

DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL, SALUD MENTAL Y PRISIÓN EN CHILE. APROXIMACIONES HACIA UNA SENSIBILIZACIÓN CON ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

PSYCHOSOCIAL DISABILITY, MENTAL HEALTH AND PRISON IN CHILE. APPROACHES TOWARDS A SENSITIZATION WITH A HUMAN RIGHTS PERSPECTIVE

FRANCISCA FIGUEROA SAN MARTÍN*

UNIVERSIDAD DE BARCELONA

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

RESUMEN: La prisión constituye una urgencia en materia de derechos humanos, a la que se encuentran selectivamente expuestas las personas con discapacidad psicosocial y con problemas de salud mental. Las barreras que enfrentan como formas de discriminación y particularmente, el prejuicio de peligrosidad construido socio normativamente a su respecto, conducen a su encarcelamiento e invisibilidad en los recintos penitenciarios, permaneciendo expuestas a la violencia, desatención en salud y progresivo deterioro de su condición. El sistema universal de protección de derechos humanos ha generado directrices para el resguardo de este grupo de especial protección estatal en el ámbito penitenciario, en miras a sensibilizar este espacio a sus

ABSTRACT: *Prison constitutes an emergency state on human rights matters to which people with psychosocial disability and mental health problems are selectively exposed. Barriers they face as forms of discrimination and, in particular, the prejudice of dangerousness constructed around them from a socio-legal perspective lead to their imprisonment and invisibility in prison facilities, remaining exposed to violence, inattention in health and progressive deterioration of their condition. The universal system of protection of human rights has produced guidelines for the safeguard of this special group of state protection in the penitentiary system, in order to sensitize this space to their specific needs, and ensure reasonable adjustments and supports for*

* Abogada de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Máster en Criminología, Política Criminal y Sociología Jurídico Penal de la Universidad de Barcelona, y Máster en Derecho Penal de la Universidad de Sevilla. Investigadora en el Observatorio de Violencia Institucional en Chile, y Abogada Regional Metropolitana en el Instituto Nacional de Derechos Humanos. Correo electrónico: franciscafsm@gmail.com.

necesidades específicas, y garantizar ajustes razonables y apoyos para el ejercicio de derechos en igualdad de condiciones con las demás personas durante el cumplimiento de sus condenas.

the exercise of rights in equality of conditions with other people during the fulfillment of their sentences.

PALABRAS CLAVE: Discapacidad psicosocial, salud mental, prisión, derechos humanos

KEY WORDS: *Psychosocial disability, mental health, prison, human rights*

INTRODUCCIÓN

El sistema universal de protección de derechos humanos se encuentra actualmente liderando la creación de un sólido marco de resguardo de derechos en el ámbito de la discapacidad psicosocial y la salud mental. Anclado en los principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹, tales son, el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas; la no discriminación; la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas; la igualdad de oportunidades; la accesibilidad; la igualdad entre el hombre y la mujer; y el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad; se construye un cambio de paradigma socio-normativo con profundas implicancias para el sistema penal y penitenciario.

En la actualidad, tratándose de personas con discapacidad psicosocial y con problemas de salud mental, el sistema penal chileno confía sus expectativas de defensa social en la psiquiatría biomédica y manicomial, mediante la segregación de estas personas en los procesos judiciales a través del sistema de determinación de imputabilidad y peligrosidad², distribuyendo a quienes han cometido hechos constitutivos de delito en dos, los sobreseídos de reproche penal pero privados de libertad en instituciones de encierro psiquiátrico forense o sujetos a custodia y tratamiento involuntario, y los culpables que van a la prisión.

Sobre este segundo grupo de personas, salvo la limitada regulación procesal penal aplicable a la fase de ejecución de las penas privativas de libertad³, no existe normativa específica ni sensible a las características y necesidades de esta población en los recintos penitenciarios. Tampoco existe una visibilidad respecto de quienes integran este grupo de especial protección estatal, lo que impide la articulación de políticas de promoción y protección de sus derechos durante el cumplimiento de sus condenas, habilitando terreno a la violencia, el abuso de poder y el agravamiento de su condición en las prisiones.

En este contexto, se observará la situación a la luz de los estándares del derecho internacional de los derechos humanos, con el objetivo de identificar las principales barreras que enfrenta este grupo de personas en los procesos de encarcelamiento y cumplimiento de penas privativas de libertad, y las recomendaciones tendientes a reformar y sensibilizar el sistema penitenciario en la materia.

¹ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006, artículo 3.

² Ver Código Procesal Penal, Título VII: Procedimiento para la aplicación exclusiva de medidas de seguridad.

³ El artículo 482 del Código Procesal Penal dispone: *Condenado que cae en enajenación mental. Si después de dictada la sentencia, el condenado cayere en enajenación mental, el tribunal, oyendo al fiscal y al defensor, dictará una resolución fundada declarando que no se deberá cumplir la sanción restrictiva o privativa de libertad y dispondrá, según el caso, la medida de seguridad que correspondiere. El tribunal velará por el inmediato cumplimiento de su resolución. En lo demás, regirán las disposiciones de este párrafo.*

ESTÁNDARES DE DERECHOS HUMANOS: SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce en su artículo 12 el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Se trata de un derecho que no sólo implica que los Estados deben garantizar la disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y calidad en los servicios, sino además, y particularmente en el contexto de las prácticas terapéuticas en salud mental y psiquiatría, el resguardo de un ámbito de libertades de la persona en el contexto de la atención, como la de controlar la propia salud y cuerpo, el no padecer injerencias en la integridad personal, y no ser sometido a tortura y tratamientos médicos no consentidos⁴.

En el marco de los derechos de las personas privadas de libertad, las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (en adelante, Reglas Mandela) establecen que es responsabilidad del Estado proveer el acceso a servicios de atención en salud mental, sin discriminación en razón de la situación jurídica en que se encuentra la persona, que éstos deben ser gratuitos y cumplir con los mismos estándares que en el exterior, que deben cubrir la evaluación, promoción, protección y mejoramiento de la salud, contar los recintos penitenciarios con personal especializado, con cobertura de atención y tratamiento a todos los reclusos que lo necesiten, así como asistencia psiquiátrica post penitenciaria⁵.

En el caso de las mujeres, los estándares contenidos en las Reglas de Bangkok establecen algunas medidas específicas desde el enfoque de género, entre éstas, el acceso a programas amplios de atención de salud y rehabilitación que tengan en consideración las cuestiones de género y estén habilitados para el tratamiento de los traumas, la sensibilización del personal penitenciario en el sufrimiento psíquico de las mujeres en prisión con el objetivo de que puedan reaccionar adecuadamente y entregar el apoyo correspondiente, así como aplicar estrategias para la prevención del suicidio y autolesiones, en el marco de una política amplia de atención en salud mental en los recintos penitenciarios⁶.

Sobre este punto, la Organización Mundial de la Salud ha recomendado proveer la atención de salud mental al interior de las prisiones o en establecimientos de salud generales, no en instituciones psiquiátrico forenses, entre otros motivos, porque las personas en aquellos recintos quedan afectadas por un severo estigma luego de sus internaciones, porque no hay evidencia científica de que sean espacios mejores para el tratamiento en salud, y porque en éstos hay un elevado riesgo de padecer vulneraciones de derechos humanos⁷. En tal sentido, y con el objetivo de garantizar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, se ha recomendado la detección, prevención y el cuidado apropiado de la salud mental en las prisiones, garantizando la disponibilidad de apoyo psicosocial y el acceso a medicación psicofarmacológica prescrita adecuadamente; y que en caso de llegar a necesitar la persona cuidados intensivos, sea transferida temporalmente a salas de psiquiatría en hospitales generales con las medidas de seguridad apropiadas. Así mismo, se capacite a los funcionarios de las prisiones en salud mental, incluyendo temáticas de detección y prevención del suicidio, establecer visitas regulares por equipos especializados; garantizar la continuidad de los tratamientos para cuando la persona recupera su libertad; y educar e informar a los familiares en el tema, con el objetivo de reducir el estigma y la discriminación, y facilitar la comprensión de las aficciones psicoemocionales asociadas al encarcelamiento, así como las estrategias para reducir-

⁴ ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS, *Salud Mental y Derechos Humanos*, A/GRC/34/32, 2017, p. 7.

⁵ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Mandela)*, E/CN.15/2015/L.6/Rev.1, 2015, Reglas 24, 25 y 110.

⁶ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, *Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delinquentes (Reglas de Bangkok)*, A/RES/65/229, 2011, Reglas 12, 13 y 16.

⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Mental Health and Prisons*, WHO headquarters and the International Committee of the Red Cross, 2005, p. 1-4.

las. Todo esto, en un marco de implementación de políticas de promoción de la salud mental en las prisiones que incluyan la atención a las personas con problemas de adicciones, como parte de los objetivos generales que deben trazarse en materia de salud pública.

En la misma línea, la Organización Mundial de la Salud recomienda que los países adopten una legislación que reconozca y garantice los derechos de las personas privadas de libertad en la atención en salud, el derecho a acceder a tratamientos y atención de calidad, el derecho a rechazar tratamientos, a apelar sobre el internamiento involuntario, a la confidencialidad, a la protección contra la discriminación, la violencia, y los tratamientos que pueden llegar a ser constitutivos de tortura o trato cruel, inhumano o degradante, como las contenciones, la sobremedicación y experimentación científica o médica no consentida. Tal legislación debe además garantizar el acceso a la justicia con igualdad de condiciones a los demás internos, y adoptar la protección de otros derechos básicos para las personas privadas de libertad, asegurando condiciones de habitabilidad acordes a los estándares internacionales de derechos humanos, alimentación adecuada, acceso a aire libre, actividades significativas y el contacto con familiares y vínculos como condiciones que promueven el bienestar mental, entre otras. En definitiva, se ha planteado que el enfoque de salud mental en la gestión de las prisiones debe orientarse a la promoción integral de derechos humanos, garantizando el trato digno y el respeto a su dignidad inherente en cuanto seres humanos⁸.

Por su parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece un cambio de paradigma consistente en el paso del modelo biomédico de comprensión de la discapacidad, a un modelo social y de derechos humanos, donde ésta pasa a ser considerada como un resultado de interacciones entre una persona con deficiencias mentales de largo plazo, y un entorno cargado de barreras que impiden su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás⁹.

Desde este nuevo escenario sionormativo, se desprenden implicancias fundamentales para los regímenes penitenciarios que exceden la atención en el plano sanitario. Entre éstas y de acuerdo a los lineamientos entregados por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹⁰ y el Grupo de Trabajo sobre Detención Arbitraria¹¹, las siguientes:

- La prohibición absoluta a la privación de libertad basada en la discapacidad real o percibida.
- La realización de ajustes razonables en las prisiones para promover la igualdad y evitar la discriminación de este grupo de personas.
- Garantizar la accesibilidad en estos recintos, no sólo física, sino también en la información y la comunicación con el personal de custodia, para que las personas con discapacidad puedan acceder en igualdad de condiciones a los servicios y actividades de la vida en prisión.
- Identificar y remover las barreras que impiden su participación plena al interior del recinto, realizando ajustes que consideren el género y la edad de la persona.
- Considerar el elevado riesgo que las personas con discapacidad tienen de sufrir violencia, abusos de poder y abandono al interior de los recintos penitenciarios.
- Entregar apoyos para que puedan disfrutar y hacer ejercicio de sus derechos de forma segura.
- Garantizar el acceso a servicios de salud sin discriminación por motivo de discapacidad, y entregarse la atención siempre sobre la base de un consentimiento libre e informado.

⁸ Ibid., p. 4.

⁹ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006, artículo 1.

¹⁰ COMMITTEE ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES, *Observations on the Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners prepared by Committee on the Rights of Persons with Disabilities*, 2013, pr. 2-14.

¹¹ WORKING GROUP ON ARBITRARY DETENTION, Report of the Working Group on Arbitrary Detention, A/HRC/30/37, 2015, pr. 106.

- Identificar la discapacidad oportunamente, con el objetivo de adoptar medidas para impedir que ésta progrese o que se desarrolle al interior de la prisión.
- Entregar servicios de atención en salud y rehabilitación que no sean sólo medicalizantes, sino que consistan en la implementación de medidas para promover que las personas con discapacidad alcancen y mantengan los máximos niveles de independencia, inclusión y participación en todos los aspectos de la vida en la prisión.
- Prohibición de las prácticas médicas como medidas disciplinarias o de control social, como el uso de la contención química o mecánica en personas con discapacidad psicosocial, ya que pueden llegar a constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante.
- Prohibición del uso del aislamiento o confinamiento en solitario en personas con discapacidad psicosocial, por ser altamente nocivo para la salud e integridad psíquica de la persona¹².
- Capacitar a los agentes del sistema penal y penitenciario en el enfoque de derechos de las personas con discapacidad, con el objetivo de que se realicen los ajustes de procedimiento necesarios para garantizar su derecho al acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás personas.
- Implementar mecanismos independientes de monitoreo en las prisiones, que revisen que las personas con discapacidad cuenten con ajustes y apoyos para que puedan expresar su voluntad y formular reclamos.
- Sensibilizar al personal de estas instituciones sobre las múltiples formas de violencia y abuso de poder que pueden sufrir; entre otras medidas de resguardo de derechos.

Parte de estos lineamientos específicos para ajustar los sistemas penitenciarios al enfoque de derechos de las personas con discapacidad y la salud mental, fueron recogidos el año 2015 por las Reglas Mandela, que contienen el principio de no discriminación y de especial protección y promoción de derechos de los reclusos con necesidades especiales, estableciendo la responsabilidad de la autoridad penitenciaria en facilitar instalaciones y acondicionamientos razonables para que las personas con discapacidad participen en condiciones equitativas y de forma plena y efectiva en la vida en prisión¹³.

Sin embargo, en el caso específico de las personas con discapacidad psicosocial y con problemas graves de salud mental, las Reglas Mandela –pese a las oportunas observaciones realizadas por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹⁴ y la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría¹⁵–, mantuvieron brechas relacionadas con la desviación de esta población hacia el sistema psiquiátrico, al contemplar su traslado a establecimientos de salud mental¹⁶, lo cual contradice directamente los estándares indubitables de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad sobre prohibición absoluta a la internación y tratamiento involuntario, incluido el internamiento de personas con discapacidad psicosocial en instituciones psiquiátricas¹⁷.

¹² Sobre la prohibición del uso de aislamiento o confinamiento en solitario en personas con discapacidad psicosocial o con problemas de salud mental, ver: *Declaración de Estambul sobre la utilización y los efectos de la reclusión en régimen de aislamiento*, en RELATOR ESPECIAL SOBRE LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES, Informe provisional del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/63/175, 2008, Anexo.

¹³ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos*, (Reglas Mandela), E/CN.15/2015/L.6/Rev.1, 2015, Reglas 2 y 5.

¹⁴ COMMITTEE ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES, *Observations on the Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners prepared by Committee on the Rights of Persons with Disabilities*, 2013.

¹⁵ WORLD NETWORK OF USERS AND SURVIVORS OF PSYCHIATRY, *Persons with psychosocial disabilities and the Standard Minimum Rules on the Treatment of Prisoners*, 2012.

¹⁶ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos*, (Reglas Mandela), E/CN.15/2015/L.6/Rev.1, 2015, Regla 109.

¹⁷ TINA MINKOWITZ, *Revised UN Prison Rules*, Mad in America. Science, Psychiatry and Social Justice, 2015; OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, *International standards on the right to liberty and security of persons with disabilities. Background note*, 2015, pr. 44, 51; COMMITTEE ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES, *Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: The right to liberty and security of persons with disabilities*, 2015, pr. 6-15; RELATOR ESPECIAL SOBRE EL DERECHO DE TODA PERSONA AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA

EL ESTADO DE LA SITUACIÓN EN CHILE

En Chile, no existe legislación ni reglamentación que atienda a las necesidades específicas de las personas con discapacidad psicosocial o con problemas de salud mental en los recintos penitenciarios. Existe sólo una norma de carácter procesal, la del artículo 482 del Código Procesal Penal, que contempla el reemplazo de la pena privativa de libertad por una medida de seguridad, cuando “*el condenado cayere en enajenación mental*”, siguiendo la lógica decimonónica de desviar a la persona hacia el sistema psiquiátrico y sus prácticas de internamiento involuntario y tratamiento forzado, lo cual contradice directamente los compromisos estatales en materia de derechos humanos y respecto a los cuales, existen observaciones específicas al Estado de Chile en sentido contrario¹⁸.

Tampoco hay normas tendientes a disminuir el impacto negativo que tiene el encarcelamiento en la salud mental de las personas, por el contrario, permanece vigente el aislamiento o confinamiento en solitario como régimen de cumplimiento de condenas, pese a existir literatura que evidencia las graves consecuencias que tiene para la integridad psíquica de las personas, y encontrarse recomendada explícitamente, la prohibición de su utilización en personas con problemas de salud mental¹⁹.

Gendarmería de Chile, institución que gestiona la custodia de las personas privadas de libertad en los recintos penitenciarios del país, no ha levantado información respecto a la situación en que se encuentran las personas con discapacidad psicosocial en las prisiones. Por otra parte, y pese a que se han realizado dos Estudios Nacionales de Discapacidad, en los años 2004 y 2015, en ninguna de estas mediciones se contempló la aplicación de un instrumento destinado a obtener información sobre las personas con discapacidad institucionalizadas o bajo custodia estatal, lo que fue motivo de observaciones específicas por parte del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad²⁰.

Tampoco existen registros oficiales publicados por las instituciones del sistema penal, Ministerio Público, Defensoría Penal Pública o Tribunales de Justicia, por lo que podemos afirmar, lamentablemente, que no existe información cuantitativa, ni menos cualitativa, respecto a las personas con discapacidad psicosocial en los recintos penitenciarios chilenos, que desconocemos cómo se concentra esta población en las prisiones y en qué condiciones se encuentran, dificultándose la posibilidad de realizar un análisis respecto a las barreras que enfrentan y las necesidades específicas que deben ser atendidas por las políticas públicas, pese a haber ratificado el Estado de Chile

Y MENTAL, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/HRC/38/36, 2018, pr. 49-51.

¹⁸ El COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, en su Informe de *Observaciones finales sobre el informe inicial de Chile*, CRPD/C/CHL/CO/1, de abril de 2016, indica sobre este punto específicamente lo siguiente:

“*Libertad y seguridad de la persona - Artículo 14*”

29. *Al Comité le preocupa el criterio de “peligrosidad” utilizado para determinar la privación de libertad con base en la presencia real o percibida de una discapacidad psicosocial. Asimismo le preocupa el elevado número de personas declaradas inimputables que son internadas durante períodos prolongados en los hospitales psiquiátricos, en su mayoría en el Hospital Philippe Pinel en Putaendo, y la espera injustificada y prolongada para que las causas de internamiento sean revisadas por un juez, lo cual viola las garantías del debido proceso.*

30. *El Comité recomienda al Estado parte revisar el criterio de peligrosidad que determina el internamiento forzado en centros psiquiátricos. Asimismo le recomienda revisar y reformar su Código Penal con el objeto de proteger efectivamente las garantías del debido proceso de las personas con discapacidad, particularmente con discapacidad psicosocial y/o intelectual, proporcionando los apoyos que requieran durante los procesos judiciales, considerando el género y la edad.*

31. *Al Comité le preocupa el internamiento de personas en hospitales psiquiátricos u otro tipo de centros residenciales de larga estadía, por motivo de la deficiencia, por requerimiento de la familia y sin el consentimiento libre e informado de la persona afectada.*

32. *El Comité recomienda al Estado parte prohibir la institucionalización forzada por motivo de la discapacidad”.*

¹⁹ *Declaración de Estambul sobre la utilización y los efectos de la reclusión en régimen de aislamiento*, en: RELATOR ESPECIAL SOBRE LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES, Informe provisional del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/63/175, 2008, Anexo.

²⁰ COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observaciones finales sobre el informe inicial de Chile*, CRPD/C/CHL/CO/1, 2016, pr. 63; INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, “Situación de los Derechos Humanos en Chile. Informe Anual 2016”, *Capítulo 2 Igualdad y No Discriminación: Derechos de las Personas con Discapacidad*, INDH, Santiago de Chile, 2014, p. 61.

instrumentos de derechos humanos en que ha asumido obligaciones específicas sobre la protección de derechos de este grupo.

Por otra parte, tratándose de personas con problemas de salud mental, el Instituto Nacional de Derechos Humanos en los estudios publicados sobre condiciones carcelarias a nivel nacional, ha constatado la gran deuda que el sistema penitenciario chileno tiene en la materia, identificándose importantes brechas en el acceso a la atención en salud mental, dado que la mayoría de los servicios no cuentan con profesionales especializados en el área, las personas deben ser trasladadas a servicios de la red pública para su atención, dificultándose la disponibilidad y continuidad de sus tratamientos, lo que se vuelve especialmente sensible en quienes viven con problemas de adicciones²¹. En materia de suicidios e intentos de suicidio, se constató que éstos en su mayoría se deben a asfixia por ahorcamiento cuando las personas se encuentran solas, que éstos suceden con mayor frecuencia en las cárceles concesionadas o administradas por privados, concentrando un 62,5% de los suicidios a nivel nacional, explicándose tal situación por la propia infraestructura de aquellos recintos, que atendidos sus amplios espacios y distancia entre módulos generan mayor sensación de soledad en los internos, a lo que se suma un régimen de encierro en que las personas permanecen más de 15 horas en sus celdas y sin poder conversar con nadie, a diferencia de las cárceles tradicionales, donde pese a contar con menores comodidades de espacio se les permite mayor interacción con el resto de la población penal, y sumado a esto, incide la ausencia de apoyo familiar, atendido que en la mayoría de los casos en cárceles concesionadas, las familias viven en otras regiones del país, lo que dificulta la regularidad en las visitas y mantención de vínculos sociales²².

En materia de personas con problemas de salud mental, en la escasa información disponible no existen datos sensibles a las especificidades propias del género y las relaciones de opresión que impactan de manera diferenciada, la salud mental de hombres y mujeres en el encierro. Lo que sí existe, en el caso del Centro Penitenciario Femenino ubicado en la comuna de San Joaquín, en la Región Metropolitana, es una unidad especializada de atención de salud mental que fue implementada durante el segundo semestre del año 2017, desconociéndose hasta ahora la cobertura del programa y la evaluación del mismo.

No obstante la limitación en la información disponible sobre la situación en Chile, a nivel internacional existen diagnósticos avanzados sobre la relación entre el encarcelamiento y el deterioro en la salud mental de las personas privadas de libertad, que revelan entre otras cosas, que la prisión por sí misma genera y cronifica problemas de salud mental. En esta línea, se han identificado elementos de la vida en prisión que contribuyen a tal deterioro, entre éstas la aflicción psíquica asociada a la duración de las condenas, el estrés propio del encierro, la incertidumbre sobre el futuro, la ruptura de lazos familiares y pérdida de redes de apoyo, las malas condiciones de habitabilidad en los recintos, la limitada privacidad, el aislamiento, la desatención de la salud física y la falta de medicamentos, las adicciones, la violencia al interior de la población penitenciaria, el acoso, el hostigamiento, el estigma, la discriminación, la impotencia y desconfianza ante el sistema de justicia penal, y por supuesto, las prácticas de tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes²³.

En el caso de las mujeres, esa situación se ve agravada por los factores específicos de género, entre éstos, el hecho de que gran parte de ellas continúe asumiendo responsabilidades familiares

²¹ INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, *Estudio de las condiciones carcelarias en Chile. Diagnóstico del cumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos*, Capítulo 4 Atención Médica, INDH, Santiago de Chile, 2013, p. 106; INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, *Estudio de las condiciones carcelarias en Chile 2014-2015. Seguimiento de recomendaciones y cumplimiento de estándares internacionales sobre el derecho a la integridad personal*, Capítulo IX.8 Salud Mental, INDH, Santiago de Chile, 2017, p. 133-134.

²² INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, op. cit., pp. 37-38; *Ibid.*, pp. 123-124.

²³ PENAL REFORM INTERNATIONAL, *Mental health in prison. A short guide for prison staff*, London, 2018, pp. 11-12; WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Mental Health and Prisons*, WHO headquarters and the International Committee of the Red Cross, 2005; COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*, Washington, 2011, pp. 120-121.

al ingresar a la prisión y la alta prevalencia de experiencias de violencia y abuso sexual previas al encarcelamiento²⁴, generándose procesos de fuerte medicalización en las mujeres al interior de las prisiones, los que son más frecuentes y prolongados en el tiempo que en el caso de los hombres²⁵ y responden a la idea “de que la mujer presa no es capaz de controlar su vida, de controlar sus emociones y que requiere este control médico psiquiátrico”²⁶.

A modo de ejemplo, en el caso de Argentina donde se ha observado esta situación desde un enfoque sensible a los derechos y especificidades de las mujeres privadas de libertad, se han advertido fenómenos de sobremedicación con psicofármacos orales, la aplicación abusiva de medicación inyectable y utilización del aislamiento y el encierro en espacios destinados a tratamiento psiquiátrico, como modalidades de sanción y castigo asociadas a las problemáticas de mujeres que han experimentado la violencia y crisis vitales al interior de las prisiones²⁷.

En síntesis, podemos indicar que en Chile ni el ordenamiento jurídico, ni las políticas públicas penitenciarias, ni las instituciones del sistema penal hasta ahora han atendido al resguardo de derechos y protección de las personas con discapacidad psicosocial de manera específica, y que someramente, lo han hecho respecto de las personas con problemas de salud mental, enfocando de forma muy limitada la intervención en las brechas de acceso a atención estrictamente sanitaria.

Se encuentra pendiente, al menos, la realización de un diagnóstico a nivel nacional que refleje la existencia de esta población, hasta hoy invisible en las prisiones, que levante información con enfoque de derechos humanos, observando las barreras que enfrentan en el ejercicio de sus derechos, los ajustes razonables y de accesibilidad que deben realizarse en los recintos penitenciarios, los apoyos que se deben articular para garantizar el ejercicio de su autonomía en la vida en prisión, las violencias que enfrentan en atención a su condición y los factores del entorno que deterioran la salud mental de las personas privadas de libertad y dan lugar a que surja o se agrave la discapacidad psicosocial en su contexto.

APROXIMACIÓN A LAS BARRERAS ESPECÍFICAS ASOCIADAS AL ENCARCELAMIENTO

No obstante la escasez de datos respecto al tema en cuestión a nivel nacional, con la literatura comparada y la experiencia adquirida en la visita regular a recintos penitenciarios, es posible aproximarnos a las principales barreras que enfrentan las personas con discapacidad psicosocial y las personas con problemas de salud mental en las prisiones.

Se plantearán en tres momentos diferenciados para aproximar la mirada y posible intervención desde un enfoque de derechos humanos, desde aquellas barreras que conducen al encarcelamiento, aquellas que operan al interior de la prisión durante el cumplimiento de condenas privativas de libertad, y aquellas que afectan a las personas durante los procesos de excarcelación.

a) Barreras que conducen al encarcelamiento:

- Las personas con discapacidad psicosocial o con problemas graves de salud mental se encuentran selectivamente expuestas a entrar en contacto con el sistema penal en

²⁴ BODELÓN, ENCARNACIÓN, “La Violencia contra las mujeres en situación de prisión”, *EMERJ. Revista da Escola da Magistratura de Rio de Janeiro*, v.15, n. 57, Rio de Janeiro, 2012, p. 119; PENAL REFORM INTERNATIONAL, *Mental health in prison. A short guide for prison staff*, London, 2018, p. 12.

²⁵ BODELÓN, ENCARNACIÓN, op. cit., p. 119.

²⁶ BODELÓN, ENCARNACIÓN, op. cit., p. 120.

²⁷ PROCURACIÓN PENITENCIARIA DE LA NACIÓN, *La problemática de género y la salud mental en contextos de encierro*, Buenos Aires, 2018, pp. 1-6.

calidad de imputados o infractores de la norma penal. Parte de esta problemática, se asocia a factores generales que afectan al común de la población penitenciaria, pero que tratándose de este grupo de personas se acentúan en razón de su condición. Entre éstos factores, está la marginalidad y la pobreza, que en el caso de las personas con discapacidad psicosocial en medio libre, se evidencia al duplicarse la prevalencia de ésta en el estrato social más precarizado de la población o I quintil (20,4%), en relación al estrato social correspondiente al V quintil (10,7%)²⁸.

- A este factor se suma la falta de trabajo, atendidas las dificultades de funcionalidad que enfrentan en relación a los rígidos empleos tradicionales, las dificultades en el aprendizaje y el acceso a la educación, la falta de redes de apoyo social y viviendas estables, lo que en muchos casos determina que estas personas vivan en la calle, habitando de forma disruptiva el espacio público y expuestas al deterioro de sus cuerpos y hábitos de higiene²⁹, reproduciéndose su exclusión mediante la discriminación del entorno.
- Por otra parte, favorece el encarcelamiento en razón de su condición el extendido y errado estigma de peligrosidad presente en nuestra sociedad, en los agentes del sistema penal y en las leyes, y el rol que tiene en las estructuras de internamiento o privación de libertad “la falsa dicotomía que propugna que una persona que entra en conflicto con la ley o bien está “loca” o bien es “mala”³⁰, la intolerancia de nuestras sociedades con los comportamientos considerados perturbadores, las experiencias de violencia y victimización en los entornos familiares, comunitarios e institucionales que determina la sociabilización de estas personas, así como la adicción a sustancias y brechas de acceso en la atención y rehabilitación en salud mental³¹.
- De igual forma, la criminalización que se genera a propósito de tensiones familiares asociadas a la carga de cuidado que soportan principalmente, las madres y mujeres de sus familias, vinculadas a crisis asociadas a procesos de discontinuación abrupta de psicofármacos, al envilecimiento que genera la falta de autonomía y vida independiente, al aislamiento social y la solicitud de intervención que hacen los propios familiares al sistema penal, buscando de manera desesperada obtener atención institucional³² para gestionar asuntos que ante todo, son de dignidad, justicia social y derechos humanos para quienes habitan el terreno de la diversidad psíquica.

b) Barreras al interior de la prisión:

- Una de las principales barreras que enfrentan al interior de las prisiones es la invisibilización, la ausencia de evaluaciones al momento del ingreso que permitan identificar a las personas con discapacidad psicosocial o con problemas graves de salud mental en los recintos penitenciarios chilenos. Esta invisibilización tiene como consecuencia que la condición de estas personas no sea considerada para efectos de llevar a cabo una adecuada segmentación penitenciaria y destinación a módulos que cuenten con los ajustes necesarios para atender sus necesidades específicas³³.
- Si bien existen algunos recintos como el C.D.P. Santiago Sur (calle 15) y el C.P. Rancagua (módulo de “insanos”), que tienen habilitadas dependencias para albergar a este

²⁸ MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL, *II Estudio Nacional de la Discapacidad 2015, Resultados población con discapacidad mental*, Santiago de Chile, presentación de mayo de 2016.

²⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Prisons and Health*, Chapter 11: Mental health in prison, Copenhagen, 2014, p. 89; RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ROSA., *Excluidos e Internados. La problemática de las personas con discapacidad en Centros Penitenciarios*, Capítulo 7, Fundación ONCE, Madrid, 2017, p. 196.

³⁰ RELATOR ESPECIAL SOBRE EL DERECHO DE TODA PERSONA AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/HRC/38/36, 2018, p. 52.

³¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Mental Health and Prisons*, WHO headquarters and the International Committee of the Red Cross, 2005.

³² RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ROSA., op. cit., p. 196.

³³ MOLINA JEREZ, FRANCISCO., “Una buena práctica en materia de salud mental”, *Academia Penitenciaria*, Defensoría Penal Pública, 2018.

grupo de personas, se trata de casos aislados que representan mas bien posibilidades de gestión de los establecimientos que una directriz de segmentación penitenciaria a nivel nacional, enfocada en la promoción de derechos de este grupo de especial protección. En estos módulos, si bien se resguarda la seguridad de las personas de mejor manera que en las dependencias generales, cuentan con espacios más amplios y se pretende llevar un control estricto de la medicación psiquiátrica, se reproducen lógicas de discriminación en el acceso a las actividades esenciales para promover la salud mental y las destrezas de vida independiente, como son las actividades de educativas, laborales y de recreación al interior de la prisión³⁴. Así, mediante la segregación con un enfoque securitista, se merma el acceso igualitario a talleres y actividades formativas, deportivas y otras a las que sí tiene acceso la población general, denegándose la realización de ajustes razonables que permitan su participación en éstas sin discriminación por motivos de discapacidad o condición de salud mental.

- Otra de las barreras que enfrentan es en el acceso a la atención en salud mental, a las ya identificadas por los estudios exploratorios sobre condiciones carcelarias, se suma la discontinuación de tratamientos farmacológicos en quienes ingresan a la prisión y los recibían en el medio libre, la ausencia de alternativas de recuperación no medicalizantes, la desregulación en el consumo de psicofármacos, la ausencia de programas de promoción integral de la salud mental y mitigación del impacto que tiene en la persona el encierro y la institucionalización, la falta de formación en los funcionarios de custodia sobre problemáticas de salud mental en contextos de encierro, que permitan identificar estados de aflicción psicoemocional y prevenir suicidios y conductas de autoagresión, la naturalización de las conductas de autoagresión, la dificultad que tienen los defensores de las personas privadas de libertad en el acceso a la información clínica de sus representados, y la discontinuación en los tratamientos cuando son trasladados a otros recintos penitenciarios³⁵.
- En este escenario de invisibilización y desatención, surge además la incompreensión en la condición de la persona y la violencia como respuesta para contener los estados de aflicción y las conductas disruptivas, encontrándose expuestas a prácticas de tortura o a tratos crueles, inhumanos o degradantes, a la violencia y el abuso de poder por parte de otros internos, así como a la violencia que surge propiamente en el terreno sanitario, mediante el uso de contención química y mecánica, el aislamiento, y la sobremedicación con fines de castigo, control conductual y disciplinamiento. En este contexto, a modo de ejemplo, se denunció el caso de muerte en custodia de un joven con discapacidad mental el año 2013 en un recinto penitenciario de la ciudad de Santiago, donde a propósito de crisis asociadas a su condición de salud, se denunció que el joven fue golpeado por personal penitenciario al interior del recinto, ocasionándole la muerte en circunstancias que no lograron esclarecerse y motivaron su denuncia ante el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad³⁶.
- La ausencia de capacitación a los funcionarios de custodia en el enfoque de derechos de las personas con discapacidad psicosocial o con problemas de salud mental, y la ausencia de ajustes razonables en las prisiones para adaptar el entorno a sus necesidades específicas ocasiona además, dificultades serias para adaptarse al régimen de encierro, ocasionando especial ansiedad y estrés el esfuerzo por cumplir con los horarios, formas de relacionarse y reglas establecidas por la institución³⁷.
- Por otra parte, el estigma de peligrosidad que cargan en atención a su condición, provoca una discriminación por parte de los agentes del sistema penal que lleva al cum-

³⁴ MOLINA JEREZ, FRANCISCO., *ibidem*; RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ROSA., *op. cit.*, p. 199-200.

³⁵ MOLINA JEREZ, FRANCISCO., *ibidem*; PROCURACIÓN PENITENCIARIA DE LA NACIÓN, *Buenas prácticas en salud mental en contextos de encierro*, Buenos Aires, 2017, pp. 1-9.

³⁶ Ver caso: 7º Juzgado de Garantía de Santiago, RIT 4938-2013, RUC 1300058684-0; COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observaciones finales sobre el informe inicial de Chile*, CRPD/C/CHL/CO/1, 2016, par. 35-36.

³⁷ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ROSA., *op. cit.*, p. 200.

plimiento íntegro de sus condenas, mediante la calificación negativa de su conducta y consecuente segregación en el acceso a beneficios intrapenitenciarios como los permisos de salida y la libertad condicional³⁸.

- En el caso específico de las mujeres, “los sufrimientos de las mujeres que están en prisión o internadas contra su voluntad, y los efectos negativos conexos en el goce de su derecho a la salud, se consideran considerablemente mayores que los experimentados por los hombres. El poder y la autoridad en las cárceles y otros lugares de reclusión y de internamiento, como las grandes instituciones psiquiátricas, se basan en planteamiento históricos patriarcales y machistas de castigo y control”³⁹, que aumentan la aflicción en razón de su género. Así mismo, las experiencias previas de violencia, abuso, dependencia económica, y el sufrimiento vinculado al desarraigo con los hijos y el ejercicio de los roles de cuidado, contribuyen a una incapacitación y medicalización excesiva de la mujer al interior de las prisiones, cuya caracterización como “locas”, “irracionales” y “necesitadas de arreglo” contribuye a determinar que presentan problemas de salud mental en circunstancias que no lo sería en el caso de los hombres, y “a recetar en exceso medicamentos psicotrópicos a mujeres que padecen niveles normales de malestar asociado con la reclusión”⁴⁰, o a sobrediagnosticar “crisis” o cuadros de “excitación psicomotriz” a modo arbitrario y discrecional, como medidas de castigo y disciplinamiento⁴¹.

c) Barreras en el proceso de excarcelación:

- Cronificación o agravamiento de la discapacidad o del deterioro en la salud mental, producida por la institucionalización, la pérdida de autonomía y destrezas para la vida independiente, lo cual se agudiza en relación a este grupo de personas atendido que durante el cumplimiento de condenas se ven selectivamente discriminados en el acceso a actividades educacionales, laborales y recreativas en razón de su condición.
- Falta de lugar donde vivir, pérdida de lazos sociales y ausencia de programas de apoyo post penitenciario que preparen el tránsito hacia la vida independiente y articulen redes para generar un tránsito protegido hacia el medio libre, realizando un seguimiento a la persona una vez salida de la prisión⁴².
- Inexistencia de programas de coordinación interinstitucional que garanticen la continuidad de los cuidados y tratamientos de salud, en caso de haberlo recibido la persona durante el cumplimiento de su condena⁴³.
- Dificultad para reintegrarse en la comunidad, al identificarse con un doble estigma, ser una persona con discapacidad psicosocial o con problemas de salud mental, y haber estado privado de libertad en una prisión⁴⁴.

En síntesis, la cárcel en sí misma contribuye a agravar o a hacer que surja la discapacidad psicosocial y las afectaciones graves de salud mental en la población privada de libertad, existiendo barreras específicas que afectan a este grupo de personas en razón de su condición, todo lo cual es inaceptable y debiera alertarnos seriamente en atención a las obligaciones adquiridas por el Estado en orden a garantizar, por una parte, la integridad personal y el derecho al disfrute del más alto nivel

³⁸ *Ibid.*, 201; MOLINA JEREZ, FRANCISCO., *ibidem*.

³⁹ RELATOR ESPECIAL SOBRE EL DERECHO DE TODA PERSONA AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/HRC/38/36, 2018, pr. 71.

⁴⁰ RELATOR ESPECIAL SOBRE EL DERECHO DE TODA PERSONA AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL, *op. cit.*, pr. 82.

⁴¹ PROCURACIÓN PENITENCIARIA DE LA NACIÓN, *La problemática de género y la salud mental en contextos de encierro*, Buenos Aires, 2018, p. 4.

⁴² RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ROSA., *op. cit.*, p. 202.

⁴³ MOLINA JEREZ, FRANCISCO., *ibidem*.

⁴⁴ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ROSA., *op. cit.*, p. 203.

posible de salud física y mental en las personas privadas de libertad, y por otra, el ejercicio pleno de derechos de las personas con discapacidad en cuanto grupo de especial protección estatal.

La invisibilización, la inexistencia de normativa específica y políticas públicas sensibles al enfoque de derechos humanos en este ámbito, la inexistencia de ajustes razonables y apoyos que permitan a estas personas hacer ejercicio de su autonomía y participar plenamente en las actividades de la vida en prisión, estar protegidas de la violencia y acceder a una atención integral en salud y rehabilitación, cronifica su situación de exclusión social, desatención institucional y vulneración de derechos, incapacitándolas para el retorno hacia la vida en comunidad.

Por tal motivo, y en atención al prisma sensible y diferenciado que debiera orientar las posibles líneas de observación, intervención, promoción y protección de derechos de las personas con discapacidad psicosocial y con problemas de salud mental en los recintos penitenciarios, se exponen algunos lineamientos y propuestas encaminados hacia una sensibilización con enfoque de derechos humanos.

HACIA LA SENSIBILIZACIÓN DEL SISTEMA PENITENCIARIO EN EL RESGUARDO DE DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL Y CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

En primer lugar, existe consenso en torno a la necesidad de racionalizar seriamente la pena privativa de libertad, disminuirla, reducirla, “poner fin a la cultura de dependencia del internamiento y el encarcelamiento”⁴⁵, particularmente en el caso de las personas con discapacidad psicosocial y con problemas graves de salud mental⁴⁶, respecto de quienes se recomienda explícitamente que en caso de ser condenadas por hechos constitutivos de delito, se prioricen sanciones alternativas al cumplimiento de penas en prisión, “que les permitan hacer frente a su responsabilidad social, pero contando con los apoyos necesarios y en un ambiente terapéutico que en última instancia responda al objetivo de su reinserción en la sociedad”⁴⁷.

En caso de imponerse una pena privativa de libertad, deben encontrarse establecidos protocolos para el momento de su ingreso a la prisión, con el objetivo de lograr una oportuna identificación de las personas con discapacidad psicosocial y con problemas de salud mental, atender sus necesidades específicas, y hacer evaluación y seguimiento a su situación durante el periodo de privación de libertad, articulando medidas para prevenir que tales condiciones se agraven en el contexto del encierro⁴⁸.

Si bien, de acuerdo a los estándares de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad la accesibilidad debe ser universal, en tanto se avanza hacia ese objetivo una buena práctica puede ser la creación de módulos sensibles a este grupo de personas, que cuenten con ajustes razonables que preserven su dignidad, sean flexibles en el régimen de encierro, cuenten con apoyos para el ejercicio de la autonomía en todos los ámbitos de la vida al interior de la prisión y personal capacitado en el enfoque de derechos humanos de las personas con discapacidad, garantizando el acceso no discriminatorio a las actividades de formación, capacitación, a las actividades laborales, de recreación, y aquellas que promuevan la salud integral de la persona y la preparen para la vida independiente, considerando que la falta de accesibilidad y ajustes razonables en este

⁴⁵ RELATOR ESPECIAL SOBRE EL DERECHO DE TODA PERSONA AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL, op. cit., pr. 16

⁴⁶ RELATOR ESPECIAL SOBRE EL DERECHO DE TODA PERSONA AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL, ibid., pr. 48.

⁴⁷ DOCUMENTA, A.C., “Los olvidados de los olvidados: personas con discapacidad psicosocial en el sistema penitenciario del D.F.”, *Dfensor - Revista de Derechos Humanos*, año XI, N° 8, Ciudad de México, 2013, p. 27.

⁴⁸ DOCUMENTA, A.C., op. cit., p. 26; WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Prisons and Health*, Chapter 11: Mental health in prison, Copenhagen, 2014, p. 91.

ámbito, de acuerdo a lo planteado por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, son incompatibles con el derecho a la integridad personal y el derecho a la protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes⁴⁹.

En cuanto a la atención en salud mental propiamente tal, debe avanzarse hacia una cobertura general de la población reclusa, lo que implica no sólo disminuir las brechas en el acceso a la atención médica, sino replantearse un cambio profundo desde un psicopatológico e individual, a uno social y relacional⁵⁰, en necesaria e inmediata vinculación con los factores del entorno que se implican en la pérdida de bienestar de las personas privadas de libertad.

En esta línea, se recomienda entender las afectaciones de salud mental en la prisión desde “una evaluación estructural, aplicando una perspectiva basada en el derecho a la salud, del “clima” de la prisión, la reclusión y el internamiento, es decir, de la forma en que las personas experimentan su existencia y sobreviven en el interior de los centros, la forma en que se estructura y organiza el poder y los factores estructurales que permiten la persistencia de ciertas prácticas e instituciones”⁵¹. En definitiva, observar cómo afecta, agrava y deteriora la salud mental, la rigidez en el régimen penitenciario, las experiencias de tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes, las precarias condiciones de habitabilidad, la falta de acceso a actividades educacionales, laborales, recreativas, a la actividad física, la dificultad en la mantención de vínculos sociales, entre otras⁵².

Esto implica necesariamente, cuestionar la prescripción de psicofármacos como respuesta asistencial para “acallar” los efectos subjetivos del encierro, advirtiéndose en esa práctica una lógica tóxica que aumenta la problemática de las adicciones al interior de las cárceles⁵³; considerando que “el uso inadecuado o excesivo de medicamentos psicotrópicos, que es habitual en las prisiones como medio de control de la conducta, y el recurso a la reclusión en condiciones de incomunicación o aislamiento y los tratamientos médicos forzosos son cuestiones de calidad de la atención y no promueven ni protegen el derecho a la salud”⁵⁴, sino más bien, la psiquiatrización de la vida cotidiana al interior de estos recintos constituye una auténtica forma de gobierno⁵⁵, alejado del horizonte que implica el cumplimiento de la obligación estatal en el resguardo del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de las personas privadas de libertad.

Junto con garantizarse por la autoridad de custodia el piso básico de necesidades, dignidad en las condiciones de habitabilidad y respeto a los derechos humanos de las personas privadas de libertad⁵⁶, debe articularse una política de capacitación y sensibilización en los funcionarios de custodia, políticas de prevención de suicidios, autoagresiones y promoción de la salud mental en sentido amplio, garantizando una alimentación adecuada, el acceso a aire fresco, el acompañamiento psicoterapéutico especializado por profesionales de la salud mental en un marco de privacidad y sin presencia de funcionarios de custodia⁵⁷, la disponibilidad y regulación de la medicación psiquiátrica para quienes decidan tomarla, el acompañamiento en los procesos de discontinuación de psicofármacos en quienes decidan dejarla, la disponibilidad de espacios al interior de la prisión o de traslados a servicios de salud generales para la atención en casos de crisis psicoemocionales

⁴⁹ COMMITTEE ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES, *Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: The right to liberty and security of persons with disabilities*, 2015, pr. 17-18; RELATOR ESPECIAL SOBRE EL DERECHO DE TODA PERSONA AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL, op. cit., pr. 50.

⁵⁰ PROCURACIÓN PENITENCIARIA DE LA NACIÓN, *Buenas prácticas en salud mental en contextos de encierro*, Buenos Aires, 2017, pp. 11-12.

⁵¹ RELATOR ESPECIAL SOBRE EL DERECHO DE TODA PERSONA AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL, *ibid.*, pr. 21.

⁵² PROCURACIÓN PENITENCIARIA DE LA NACIÓN, *Buenas prácticas en salud mental en contextos de encierro*, Buenos Aires, 2017, p. 12.

⁵³ PROCURACIÓN PENITENCIARIA DE LA NACIÓN, op. cit., p. 9.

⁵⁴ RELATOR ESPECIAL SOBRE EL DERECHO DE TODA PERSONA AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL, *ibid.*, pr. 39.

⁵⁵ PROCURACIÓN PENITENCIARIA DE LA NACIÓN, op. cit., p. 2.

⁵⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Prisons and Health*, Chapter 11: Mental health in prison, Copenhagen, 2014, p. 87.

⁵⁷ PROCURACIÓN PENITENCIARIA DE LA NACIÓN, op. cit., pp. 10-11.

severas, y así también, la habilitación de espacios para el acompañamiento horizontal que puedan ejercer otras personas privadas de libertad en los procesos de recuperación de la salud mental, en calidad de mentores, pares o “expertos por experiencia”⁵⁸, así como abrir las puertas de la prisión a la participación de organizaciones de presos, familiares, amigos, instituciones académicas y sociedad civil en estos procesos⁵⁹, ampliando el foco de la atención psicofarmacológica al entorno social y los apoyos que la persona necesita para mejorar su calidad de vida, mediante la “implementación de programas de atención integral que incluyan, entre otras cosas, terapias individuales y colectivas en distintos ámbitos, entre ellos, el manejo de adicciones y la posibilidad de realizar actividades deportivas, lúdicas y culturales”⁶⁰. De igual forma, la preparación de la persona en el proceso de egreso, coordinando redes de apoyo social e institucional que la asistan en el ejercicio de sus derechos y en la continuidad de los cuidados de salud, una vez recuperada la libertad.

Este desafío implica necesariamente el establecimiento de un marco legal sensible a la temática y en armonía a las obligaciones de derechos humanos contraídas por el Estado en relación a este grupo de especial protección, que identifique necesidades y promueva los derechos de las personas⁶¹, garantizando el acceso a salvaguardias para velar por que no existan influencias indebidas en el ejercicio de sus derechos, y su acceso a la justicia en caso de ser vulnerados.

El Estado tiene la obligación de crear condiciones para que las personas con discapacidad psicosocial y personas con problemas de salud mental puedan hacer ejercicio pleno de sus derechos durante el cumplimiento de sus condenas, sin discriminación en atención a su condición y teniendo en consideración las especificidades de género, identificando y eliminando las barreras del entorno, y garantizando el acceso a la atención y promoción en salud mental en los recintos penitenciarios desde una perspectiva integral, con el foco en la promoción y protección de derechos humanos de las personas privadas de libertad.

BIBLIOGRAFÍA

ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS, *Salud Mental y Derechos Humanos*, A/GRC/34/32, 2017.

BODELÓN, ENCARNA., “La Violencia contra las mujeres en situación de prisión”, *EMERJ. Revista da Escola da Magistratura de Rio de Janeiro*, v.15, n. 57, Rio de Janeiro, 2012, pp. 101-130.

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*, Washington, 2011.

COMMITTEE ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES, *Observations on the Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners prepared by Committee on the Rights of Persons with Disabilities*, 2013.

COMMITTEE ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES, *Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: The right to liberty and security of persons with disabilities*, 2015.

⁵⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *ibid.*, p. 93.

⁵⁹ RELATOR ESPECIAL SOBRE EL DERECHO DE TODA PERSONA AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL, *ibid.*, pr. 42.

⁶⁰ DOCUMENTA, A.C., “Los olvidados de los olvidados: personas con discapacidad psicosocial en el sistema penitenciario del D.F.”, *Dfensor - Revista de Derechos Humanos*, año XI, N° 8, Ciudad de México, 2013, p. 26.

⁶¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Mental Health and Prisons*, WHO headquarters and the International Committee of the Red Cross, 2005, p. 4.

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observaciones finales sobre el informe inicial de Chile*, CRPD/C/CHL/CO/1, 2016.

DOCUMENTA, A.C., “Los olvidados de los olvidados: personas con discapacidad psicosocial en el sistema penitenciario del D.F.”, *Dfensor - Revista de Derechos Humanos*, año XI, N° 8, Ciudad de México, 2013, pp. 22-29.

INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, *Estudio de las condiciones carcelarias en Chile. Diagnóstico del cumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos*, Capítulo 4 Atención Médica, INDH, Santiago de Chile, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, “Situación de los Derechos Humanos en Chile. Informe Anual 2016”, *Capítulo 2 Igualdad y No Discriminación: Derechos de las Personas con Discapacidad*, INDH, Santiago de Chile, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, *Estudio de las condiciones carcelarias en Chile 2014-2015. Seguimiento de recomendaciones y cumplimiento de estándares internacionales sobre el derecho a la integridad personal*, Capítulo IX.8 Salud Mental, INDH, Santiago de Chile, 2017.

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL, *II Estudio Nacional de la Discapacidad 2015, Resultados población con discapacidad mental*, Santiago de Chile, presentación de mayo de 2016.

MOLINA JEREZ, FRANCISCO, “Una buena práctica en materia de salud mental”, *Academia Penitenciaria*, Defensoría Penal Pública, 2018.

OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, *International standards on the right to liberty and security of persons with disabilities. Background note*, 2015.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, 2006.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, *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)*, A/RES/65/229, 2011.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Mandela)*, E/CN.15/2015/L.6/Rev.1, 2015.

PENAL REFORM INTERNATIONAL, *Mental health in prison. A short guide for prison staff*, London, 2018.

PROCURACIÓN PENITENCIARIA DE LA NACIÓN, *Buenas prácticas en salud mental en contextos de encierro*, Buenos Aires, 2017.

PROCURACIÓN PENITENCIARIA DE LA NACIÓN, *La problemática de género y la salud mental en contextos de encierro*, Buenos Aires, 2018.

RELATOR ESPECIAL SOBRE LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES, *Informe provisional del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, A/63/175, 2008.

RELATOR ESPECIAL SOBRE EL DERECHO DE TODA PERSONA AL DISFRUTE DEL

MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/HRC/38/36, 2018.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ROSA, *Excluidos e Internados. La problemática de las personas con discapacidad en Centros Penitenciarios*, Capítulo 7, Fundación ONCE, Madrid, 2017.

TINA MINKOWITZ, *Revised UN Prison Rules*, Mad in America. Science, Psychiatry and Social Justice, 2015.

WORKING GROUP ON ARBITRARY DETENTION, Report of the Working Group on Arbitrary Detention, A/HRC/30/37, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Mental Health and Prisons*, WHO headquarters and the International Committee of the Red Cross, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Prisons and Health*, Chapter 11: Mental health in prison, Copenhagen, 2014.

WORLD NETWORK OF USERS AND SURVIVORS OF PSYCHIATRY, Persons with psychosocial disabilities and the Standard Minimum Rules on the Treatment of Prisoners, 2012.