

Salud Penitenciaria en Chile: retos para su transformación desde la mirada de la Salud Colectiva

Daisy Iturrieta Henríquez* • Carolina Tetelboin Henrion**

RESUMEN

La Salud Colectiva, se ha propuesto históricamente reflexionar y comprender las múltiples sociedades, culturas, los modos de vida y cómo cada uno de ellos desde sus diferencias, demandan una preocupación y respuestas distintas por parte del Estado a través de las políticas públicas en Salud. Todos los seres humanos tienen derecho a una vida digna y por tanto a ejercer el Derecho a la Salud de manera plena, sin embargo, para las mujeres, hombres, niños y niñas que como personas habitan las cárceles, esta aspiración se evidencia como uno de los nudos más críticos que enfrenta la gestión penitenciaria. El objetivo del presente artículo, es dar visibilidad a la problemática de la Salud Penitenciaria en Chile, recuperada desde investigaciones previas realizadas entre el 2008-2018, integrando los aportes que la Salud Colectiva ofrece para su análisis e introduciendo los retos que se deben gestar para la transformación del contexto carcelario en esta materia.

PALABRAS CLAVE: Salud Penitenciaria, Proceso salud-enfermedad-atención, Determinación Social.

Penitentiary health in Chile: challenge for its transformation from the Collective health view

ABSTRACT

The collective health has historically proposed to reflect and comprehend the multiple societies, cultures, ways of lives and how each of them, from their differences, demand a different concern and responses from the State through public policies in Health. All human beings have the right of having a decent

* Socióloga, Magister en Salud Pública, Doctora en Ciencias en Salud Colectiva. Académica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Chile. Coordinadora del Grupo de Trabajo Estudios Sociales para la Salud de CLACSO.

** Profesora investigadora de los programas de Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Departamento de Aten-

ción a la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México. Coordinadora del Grupo de Trabajo Estudios Sociales para la Salud, CLACSO.

Fecha de recepción: 09 de julio de 2020.

Fecha de aceptación: 20 de agosto de 2020

life and exercise the right to health, however, for women, men, boys and girls that inhabit prison. This aspiration is evidenced as one of the most critical issues that prison management confronts.

The objective of this article is to give visibility to the problem of Prison Health in Chile, recovered from previous research carried out between 2008-2018, integrating the contributions that Collective Health offers for its analysis and introducing the challenges that must be gestated to the transformation of the prison context in this area.

KEY WORDS: Prison health, health process-sickness-attention, social determination.

Introducción

Chile es un país en el que prevalece un modelo económico-político neoliberal, demarcando una sociedad de mercado con fracturas en la concepción de derecho y garantía, generándose tensiones en la definición de las políticas públicas de salud y en sus resultados.

El Derecho a la Salud en este país, ha sido minimizado, tensionado históricamente y reducido en la Constitución Política de la República de Chile a la expresión mínima de Derecho a la Protección de la Salud. Lo anterior, trae consigo consecuencias negativas en la vivencia del proceso de salud-enfermedad-atención de las personas, ejemplificadas con mayor magnitud en las instituciones penitenciarias, en donde las condiciones de vida y salud, violentan el derecho a la vida digna y a la salud en particular, lo que nos lleva a problematizar el entramado que cruza la salud como construcción social, como bien público y como Derecho Fundamental.

La sociedad humana es un espacio de construcción de mundo, pues en ella confluyen condiciones objetivas e interpretaciones de la vida cotidiana, así como también se colocan, en diálogo contradicciones y consensos. Aplicado a la salud,

podemos sostener que ésta es un hecho constituido por la biología, pero domesticado por las condiciones sociales y culturales, a la vez que es un acto de formación y reformulación continua, el cual se constituye en una estructura de comportamiento social que tiene su trazabilidad en la individualidad de los sujetos. La salud es definida como un “objeto construido y transformado cultural, social e históricamente como producto de la existencia humana” (Casallas, 2017), que está vinculado al anclaje material y territorial que tienen los seres sociales y, por ende, al modelo de sociedad en el cual se desenvuelven.

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

Vinculado a lo anterior, la cárcel se define como “la conjugación entre el espacio físico, en el cual se encuentra la persona privada de la libertad y su entorno, donde se desarrolla un estilo de vida particular de supervivencia, adaptación, sometimiento, interacción cultural, social y educativa dentro del sistema”(INPEC - INPEC, 2019), permeada por relaciones sociales y de poder, en donde participan distintos actores sociales y a distintos niveles de jerarquía, lo que demarca una realidad social compleja en una sociedad desigual como la chilena.

Es a partir de lo anterior, que el objetivo del presente artículo es reflexionar desde la mirada de la Salud Colectiva sobre la problemática de la Salud Penitenciaria en Chile y de los retos que se deben gestar para la transformación del contexto carcelario en esta materia.

Se comprende la Salud Colectiva, como una corriente de pensamiento socio-histórica que permite comprender los fenómenos de salud-enfermedad-atención y la respuesta social hacia estos, desde una perspectiva transdisciplinaria compleja, teniendo como base el materialismo histórico y la determinación social como categoría de análisis, la que se comprende como el sometimiento que genera el orden estructural, desde las esferas económicas, políticas e ideológicas-culturales, sobre el quehacer en salud, y al mismo tiempo, las prácticas de resistencia que genera la misma sociedad sobre este orden impuesto.

Lo anterior, nos ofrece una mirada distinta a la hegemónica sobre cómo pensar y actuar frente a las problemáticas sociales y sanitarias a través de la acción de las distintas formas de organización, ubicando y reconociendo la salud como un derecho humano fundamental, más allá de la enfermedad y la concepción biomédica.

Para el análisis propuesto se revisaron un cuerpo de investigaciones e informes emitidos por organismos nacionales e internacionales entre el 2008-2018. Los antecedentes revisados, evidencian el papel distante que ha ejercido el Estado chileno en materia de salud penitenciaria, pues no ha liderado la revisión de las condiciones de vida y salud a las que se ven expuestas las personas privadas de libertad y menos aún la generación de una estrategia de Salud Pública que desarrolle un abordaje integral de esta problemática social.

Complejidades presentes en la Salud Penitenciaria en Chile

Gendarmería de Chile es el organismo dependiente del Ministerio de Justicia responsable del sistema carcelario en Chile, país en el que opera un sistema mixto de provisión de servicios, participando el Estado y privados en su desarrollo.

La Declaración de Derechos y Deberes de la Constitución de la República de Chile de 1980, deja de manifiesto en el artículo 19 el derecho a la protección de la salud, para lo cual el Estado debe proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Por ello la cárcel en tanto institución pública, debe garantizar los derechos humanos fundamentales. Sin embargo, la premisa ético-política desde la cual se inicia este escrito es que ello no sucede, debido a que diferentes estudios a nivel nacional e internacional han evidenciado cómo las condiciones de las cárceles de Chile favorecen la pobreza y exclusión y como esto impacta en la calidad de vida y salud de las personas que allí cohabitan.

Lo anterior permite problematizar el Rol que ha asumido el Estado Chileno en materia de Salud Penitenciaria a través de las políticas públicas de

Salud presentes, en donde el modelo económico político neoliberal vigente en Chile, ha demarcado una sociedad permeada por relaciones mercantiles, fraccionada en clases sociales y en donde el Estado es reducido a su expresión mínima versus el protagonismo que asume el mercado para regular la provisión de bienes y servicios, dando paso a la reducción y privatización de derechos y garantías sociales, impactando de manera específica la vida de las personas que viven en contextos carcelarios.

En este sentido el modelo imperante en Chile, ha determinado el tipo de políticas, actores participantes, significaciones y prácticas desarrolladas en contextos carcelarios, pues incluso el Estado ha permitido la asociación público-privada para la provisión de servicios, dando lugar desde el año 2005 a la construcción y ejecución de cárceles concesionadas.

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

La situación de salud de la población penal es menos saludable que la población general, y la prevalencia de enfermedades infecciosas, crónicas y de riesgo, es significativamente mayor en condiciones de encarcelamiento. Además de las enfermedades infectocontagiosas, el consumo de sustancias tiene una alta prevalencia al interior de

las cárceles, y los trastornos de salud mental están sobre representados en ella (Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana, 2008).

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

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

Por otro lado, existen dificultades para acceder a la atención secundaria, pues en primera instancia se debe dar una atención primaria al interior del recinto, la que por sí tiene complejidades de acceso y los procesados tienen que pedir permiso al tribunal y los condenados al Alcaide Mayor del Centro de Cumplimiento Penitenciario, lo que implica una segunda barrera para acceder a la atención secundaria. Se ha constatado, además la brecha en la afiliación en FONASA (Fondo Nacional de Salud – Seguro Público de Salud), a la que se ven expuestas las personas privadas de libertad, una vez que ingresan a un establecimiento penitenciario, evidenciándose dificultades en cuanto a la gestión de su afiliación, lo que repercute en el acceso a la atención en la red asistencial más cercana al momento que lo requieran (Hoffman, 2009).

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

La pregunta que surge de entrada es ¿Por qué no fueron asistidos?, la evidencia da cuenta de que los funcionarios de Gendarmería de guardia del recinto, no pudieron prevenir estos acontecimientos,

ya que no efectuaron las rondas al interior de las torres, tal como lo exige su reglamento, permaneciendo en el perímetro externo del recinto, tampoco actuaron frente a los gritos ni al desplazamiento de estoques de más de dos metros por los muros externos de la torre. Las llamas se propagaron alrededor de las 5:00 horas y los bomberos fueron alertados del siniestro a las 05:47 horas, por la llamada efectuada por un interno. Los funcionarios no utilizaron los escasos mecanismos ni protocolos de emergencia existentes, además, la infraestructura disponible (mangueras, red seca y húmeda) no funcionó.

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

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

- A nivel nacional, promover la construcción de una cultura que reconozca el respeto, la protección de los derechos y garantías de las personas privadas de libertad.
- Coordinar y asesorar en las subdirecciones, direcciones regionales, Escuela de Gendarmería y los departamentos de la Institución, en el desarrollo e implementación de programas y planes orientados al cumplimiento de los DD.HH.

- Promover el desarrollo de actividades de capacitación en el marco de los DD.HH. que incentiven su aplicación al interior del Servicio.

- Coordinar la entrega de información y colaborar en la elaboración de informes relativos a la materia, solicitados por organismos, tanto nacionales como internacionales, encargados de observar su cumplimiento (Gendarmería de Chile, s. f.).

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

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

ner un baño en buenas condiciones y sólo un 60% considera que duerme en un lugar limpio.

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

La ocupación sobre los factores psicosociales y la cohesión social, es otro desafío, pues el entorno carcelario en el que las personas se desenvuelven, la falta de apoyo social, el estrés y el poco control sobre sus vidas, afecta negativamente sobre la situación de su salud. Ejemplo, sólo 22,9% declara haber participado en algún taller psicológico o social y, con fuerza, 66,5% proclama la necesidad de contar con mayores beneficios penitenciarios, que desde la óptica del enfoque de derechos humanos no se vincula con privilegios, sino más bien con la igualdad de condiciones, que se debiese tener con las mujeres y hombres, que en su calidad de ser humano cohabitan un espacio de nuestra sociedad.

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

Lo anterior, se valida con los hallazgos del estudio titulado “Atención de salud en los centros de cumplimiento penitenciario: un desafío pendiente para la salud pública en las provincias de San Felipe y Los Andes” (Iturrieta y Tetelboin, 2016) realizado en el año 2014. En él se confirman los hallazgos de los organismos internacionales y nacionales, permitiendo dar visibilidad a esta problemática y configurándose, como un tema preocupante desde lo público. Los resultados dan

cuenta de una contradicción, entre lo dispuesto por los reglamentos de Gendarmería de Chile y los hallazgos de la investigación, ratificándose condiciones de vida indignas (hacinamiento, violencia, fractura familiar, sometimiento etc.), contextos sanitarios deficientes, tensión entre la relación médico-paciente, escaso acceso a la atención médica especializada, problemas de salud mental escasamente abordados, escaso abordaje de las indicaciones de dietas alimenticias diferenciadas y presencia de causas de mortalidad evitables.

A nivel particular, el estudio evidenció que la Salud, está vinculada sólo a las prácticas de atención de la enfermedad. En general, la atención se lleva a cabo por solicitud espontánea, por parte de los internos, sin contar con una programación preventiva; los técnicos paramédicos, son la figura troncal del proceso de atención dentro de los espacios denominados “Unidad de enfermería”. El médico, con escasas horas de servicio en cada centro de atención penitenciario, es quien tiene la facultad de derivar, por lo que las complejidades de salud de los internos en los horarios que no se encuentra el médico, queda frecuentemente a criterio del funcionario de turno, a cargo del Centro de Cumplimiento Penitenciario.

Para efecto de resolver las urgencias, existe una buena coordinación con la red de Salud, ejemplificada en la coordinación que se tiene con el servicio de urgencia (SAPU) más cercano al recinto penal. Desde el discurso del equipo de Salud existe entrega de fármacos, pero ello es cuestionado por los internos. Por parte de los funcionarios y profesionales se verbaliza una valoración positiva a los procesos de atención y condiciones para ésta. Sin embargo, dichos relatos se contraponen a lo expresado por los internos e internas, quienes en su mayoría demandan una atención oportuna, humana y la integración de acciones de preven-

ción y promoción pertinentes al espacio que habitan. En este sentido, se evidencia la pérdida de autonomía por parte de los internos, remitiéndose la atención en salud a lo establecido por los centros de cumplimiento penitenciarios y no en función de lo que establece la normativa vigente.

Por otro lado, la Corte de Apelaciones de Santiago, ha estado sistemáticamente emitiendo informes, en donde da cuenta de las precarias condiciones de habitabilidad a la que se exponen las personas privadas de libertad. En uno de los recientes informes emitido en el año 2016, se revela una cantidad considerable de internos que duermen casi apilados, unos sobre otros, en reducidos espacios, con nula ventilación y luz natural, en condiciones insalubres, con presencia de chinches y otros parásitos. En segundo lugar, persisten las instalaciones eléctricas irregulares, lo que constituye una amenaza permanente, no sólo de electrocución, sino que también, como agentes, potencialmente generadores de incendios. En tercer lugar, respecto a la alimentación, se registraron quejas de los internos sobre la entrega en ocasiones de alimentos fríos y panes semicongelados, además de la entrega de alimentos en una bandeja desprovista de cubiertos, lo que obliga a los internos a consumirlos con la mano, atentando a un aspecto elemental de dignidad humana. En esta misma línea, se advierte el prolongado tiempo en que los internos permanecen sin alimentación, debido a que cenan a las 17:00 hrs., debiendo esperar el desayuno que se sirve a las 9:00 de la mañana del día siguiente (Corte de Apelaciones Santiago. Comisión visita semestral de cárcel, s.f).

Dichos antecedentes ponen en evidencia que:

Las condiciones de las cárceles de Chile favorecen la pobreza y exclusión, impactando en la calidad de vida y salud de las personas que allí

cohabitan, en sus familias y en los propios funcionarios y profesionales, que se desempeñan laboralmente en dicho espacio, en donde se reafirma a partir de los aportes de Rosen (1986) que “... *las relaciones entre la gente, las condiciones en las que nacen, se desarrollan y trabajan; su edad, medio, distribución territorial, suelo en que viven, el agua que beben, su nivel económico, su nutrición, etcétera, todo se debe relacionar con las enfermedades, con la duración de la vida y con la mortalidad, a fin de determinar las causas que conducen a la enfermedad y a la muerte prematura*” .

La incorporación de la población privada de libertad a las políticas de salud pública es un desafío necesario para la intervención carcelaria, puesto que las personas privadas de libertad, al no recibir un tratamiento apropiado mientras están en la cárcel, pueden retornar a sus comunidades, representando riesgos y amenazas para su salud, su familia y la salud pública, en general (Villagra Pincheira, 2008).

Existen complejidades que se materializan en la orgánica estructural del fenómeno penitenciario, entre las que destacan: El rol que ha asumido el Estado Chileno y el Ministerio de Salud en Chile en esta materia, quien declara como Misión en su discurso la necesidad de “*construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, y que además estimule la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad y cobertura financiera*” (MINSAL, s. f.).

Dicho discurso trae consigo repercusiones políticas, económicas e ideológicas en la praxis en Salud, tensionando la posibilidad de garantizar

el Derecho a la vida digna y a la salud, en particular, en los contextos carcelarios, lo que nos lleva a cuestionar la acción de la Salud Penitenciaria en Chile, comprendida, como el conjunto de bienes y servicios encaminados, a preservar y proteger la salud de las personas que habitan en los recintos penitenciarios y a reflexionar el entramado que cruza la salud como construcción social, tomando en consideración los aportes que hace la salud colectiva al análisis de contextos divergentes y objetos de transformación que están tensionados históricamente, en este caso el Derecho a la Salud en los contextos penitenciarios.

La Salud Colectiva y sus aportes al análisis de la Salud Penitenciaria.

El quehacer de la Salud Colectiva posiciona una triada, en donde se interrelaciona la generación de conocimiento, la definición y diseño de políticas públicas y la praxis sanitaria, teniendo como núcleo medular la tensión entre las dimensiones económicas, políticas e ideológico-culturales en su pertenencia a la estructura social, desde una historia, temporalidad y lugar determinado.

Esta corriente de pensamiento, se ha preocupado de comprender de manera holística los procesos de salud-enfermedad, los que se enmarcan en un contexto sociocultural que en ocasiones es diverso como es la cárcel y que por ende a diferencia de la mirada salubrista convencional, su ocupación está en generar conocimiento y propuestas de solución a las necesidades y problemas de salud que presentan las colectividades. Esta mirada cuestiona el núcleo del positivismo en salud, el causalismo y la teoría del riesgo y se permite avanzar hacia interpretaciones sustentadas en el materialismo histórico, las teorías del conflicto social y las teorías críticas dispuestas por las Ciencias Sociales (Morales, Borde y Eslava, 2013).

Ahora bien, la Salud Colectiva dispone de argumentos teóricos metodológicos que permiten avanzar en el análisis de la salud penitenciaria, reconociendo la salud y la enfermedad como partes de un mismo proceso, el que atraviesa una dimensión material y simbólica y que por tanto como fenómeno social tiene sus raíces en la historicidad de los sujetos y en la subjetividad que permea la cotidianidad. En este sentido, la vida cotidiana tiene su anclaje en la cultura, la que incluye los significados y prácticas de los sujetos sociales, en donde el habitus producen prácticas en salud, en concordancia a los esquemas históricamente establecidos. Lo social determina lo biológico y por ende tiene niveles de producción y reproducción, así como niveles de complejidad, que configuran las ideologías presentes en la sociedad y por ende, las relaciones de subordinación y hegemonía (García, 1984). Finalmente desde la mirada de la Salud Colectiva, las personas se configuran como sujetos políticos, lo que permite colocar en valor la posibilidad de ser gestores de sus propios procesos de transformación y de la lucha por el reconocimiento de la Salud como un Derecho Fundamental (López, 2013).

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

La salud colectiva ha estado trabajando en la construcción integral de su objeto de estudio y por ende su preocupación se vincula con el alcance de una práctica integral de transformación vinculada a los procesos de determinación que implican

modos históricos estructurales, lo que conlleva a la emancipación de los grupos sociales y la superación de las desigualdades sociales (Bertolozzi y De la Torre, 2012).

De esta manera, desde la mirada de la Salud Colectiva, la Determinación Social, se configura como un marco orientador para el análisis de la Salud Penitenciaria, dando lugar y colocando en valor la mirada histórico social, el sentido de complejidad, el contenido transformador y el rol protagónico que tienen los sujetos sociales en la definición de las significaciones y transformaciones sobre sus vivencias del proceso de salud-enfermedad-atención. A continuación, revisaremos la vinculación de estas categorías con el contexto de salud que se da en los espacios penitenciarios.

1. La mirada histórico social asumida en el enfoque de determinación social en el contexto carcelario, se explica en la medida en que se comprende que la historia individual y colectiva, las condiciones materiales y simbólicas para sobrellevar los proceso de salud-enfermedad-atención y el tipo de relaciones que se configuran al interior de la cárcel, determinan el modo de enfermar y el tipo de respuesta a ella y que por tanto, existen cambios que se dan a través del tiempo en el perfil epidemiológico, que no se explican por los cambios biológicos ocurridos en la población ni por la evolución de la práctica médica, sino más bien por el componente de historicidad. (Laurell, 1982)
2. La determinación social, visibiliza y ubica el fenómeno de la salud desde una mirada compleja y multidimensional, dando lugar al análisis de los procesos estructurales que lo conforman (CEBES, 2011). En el contexto carcelario se reafirma por ejemplo que las

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

3. La determinación social, contiene un eje transformador, que busca “pasar de una lucha por las prestaciones y derechos más inmediatos de la salud individual, que sin embargo siguen siendo vitales, a un trabajo más amplio pero necesario por los derechos integrales humanos y de la vida” (CEBES, 2011). Avanzar desde dicha propuesta en el contexto carcelario, es de vital relevancia, pues ésta problemática de salud, no sólo la debemos referir al interno que no recibe la atención de salud, sino también al contexto familiar, quienes sufren la fractura familiar, la estigmatización en los espacios de visita y la exposición al contagio de distintas enfermedades.

En este sentido la Salud Colectiva, propone que, para pensar la determinación social en salud, es “necesario fortalecer y difundir una praxis que denuncie, enfrente y contribuya a transformar los procesos sociales que destruyen la salud y la vida de las colectividades y producen inequidades múltiples” (López, 2013). A partir

de dicho fundamento el proceso de observación-acción se torna un desafío metodológico para el estudio de la categoría de determinación social en la cárcel, es decir, se requiere avanzar de estudios declarativos, descriptivos y explicativos que dan cuenta de las observaciones de las problemáticas y necesidades en salud de los internos, hacia diseños que permitan transformar la realidad con y desde los sujetos sociales insertos en el contexto de estudio, dando lugar a la participación social como categoría de anclaje desde la mirada de la Salud Colectiva y valorizando así su responsabilidad social como eje articulador de su praxis.

4. En este sentido, los sujetos definidos como sujetos políticos desde la Salud Colectiva, cumplen un rol fundamental en los procesos de transformación, pues son precisamente ellos quienes pueden dar cuenta de cómo se vive, piensa y articulan los nudos críticos de los procesos de salud-enfermedad-atención, e incluso cuentan con la claridad de las necesidades y propuestas de mejora para sus modos de vida, lo que evidencia la capacidad de acción y de sentido. Así mismo en este contexto se debe configurar un trabajo colaborativo con actores que tengan capacidad política, dando lugar a estrategias de mediación desde distintos niveles.

Retos para la transformación de la salud penitenciaria, desde la mirada de la Salud Colectiva.

Uno de los postulados centrales de la Salud Colectiva es que el proceso de salud-enfermedad está mediado por las condiciones materiales de vida, es decir, por su determinación social, lo que implica, que se manifiesta en mayor medida, a ni-

vel de la colectividad que, del individuo, lo que conlleva a condicionar su biología y a determinar la enfermedad (Laurell, 1982).

Lo anterior se vincula con los aportes que hace la sociología, para la cual la salud es parte del proceso de socialización del individuo, lo que encierra múltiples panoramas para la práctica médica familiar, es el resultado de la interacción de factores individuales, sociales, políticos, económicos y culturales y por ende la Salud y su reproducción social en la cárcel está determinada históricamente bajo las macro y microestructuras sociopolíticas. Según Durkheim, la Salud, es un hecho social y, por tanto, una expresión cultural. Como seres sociales, compartimos una serie de principios básicos saludables que permiten integrarnos en el sistema social más cercano. Por otro lado, el sociólogo Anthony Giddens (2002), nos plantea a la enfermedad como una experiencia vivida, por lo que en ella también confluyen significados y patrones culturales, que integran una dimensión personal pero también pública.

Desde esta mirada la significación de la Salud en la cárcel, no puede seguir centrada en la acción de atender sólo la enfermedad, se requiere contar con una mirada más amplia con aportes de distintas disciplinas y diversos actores, con el fin de configurar una política pública que lea de manera distinta la configuración de las relaciones y los modos de vida que se gestan al interior de la cárcel.

En este sentido se propone como primer reto; avanzar en una construcción integral del concepto de Salud Penitenciaria, incorporando los conceptos que emergen desde las Ciencias Sociales y que han sido plasmados en la Medicina Social y la Salud Colectiva. Para ello se requiere admitir que en el contexto carcelario las personas priva-

das de libertad viven el proceso de salud- enfermedad-atención propuesto por Menéndez (López, Chapela, Hernández y Outón, 2011), desde una complejidad mayor en comparación con quienes gozan del Derecho a la libertad. Este proceso se comprende como universal y determinado por las subjetividades que se gestan en los procesos sociales e históricos de las colectividades, lo que permea también la forma de enfrentar la enfermedad. En este sentido, los hombres, mujeres, niños y niñas que habitan las cárceles en calidad de internos, sobrellevan este proceso desde una realidad y desde una posición distinta, en donde la capacidad de decisión frente a la salud sólo encuentra respuestas en los constructos de poder que se gestan en las relaciones que se configuran en dicho contexto.

Un segundo reto e interrogante para este fenómeno, es cuestionarse y dar respuesta a la vinculación entre Estado y Sociedad, como ello determina la promoción, protección y garantía de los Derechos Humanos en las personas privadas de libertad y de qué manera está dispuesta la Salud como Derecho Fundamental en los marcos jurídicos que configuran las Políticas Públicas en materia de Salud Penitenciaria.

El tercer reto, implica que para efectos de investigaciones sobre el proceso salud- enfermedad-atención en las instituciones penitenciarias, se incorpore la Determinación Social como una categoría de estudio, que supera los alcances interpretativos propuestos por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud.

A partir de este constructo teórico-metodológico, se propone avanzar de estudios declarativos y descriptivos que dan cuenta de las observaciones de las problemáticas y necesidades en salud, ha-

cia diseños explicativos que permitan transformar la realidad con y desde los sujetos sociales insertos en el contexto carcelario, dando lugar a la participación social como categoría de anclaje y valorizando así su responsabilidad social como eje articulador de su praxis. Lo anterior permite producción de conocimiento a partir de metodologías atingentes y pertinentes a los contextos penitenciarios, lo que trae como resultado formas críticas y creadoras de pensar, propiciando autonomía en los participantes para la construcción de una sociedad y de un sistema penitenciario fundado en el respeto a los derechos humanos, la diversidad y promotor de la participación social en los procesos resolutivos de las problemáticas de salud.

Conclusión

Indagar sobre la cárcel es escarbar en el Chile más pobre entre los pobres. “En Chile se encierra la pobreza” es una de las frases más potentes que permite comprender que el objeto de estudio, tiene una muestra de todos los fracasos del Estado, de todas las fallas e inoperancias dispuestas en una escena en que, finalmente, la maldición de haber nacido pobre se paga con el cuerpo dispuesto tras los barrotes de la desigualdad.

La particularidad actúa sobre el objeto de estudio, pero, además es una metáfora de la indolencia de la acción, sobre los que importan menos, de los despojados, delincuentes, presos y hoy titulados como “lumpen”, quienes a la luz de los hechos no son los únicos excluidos en un sistema que colapsó, y que evidentemente se desplomó a partir de octubre del 2019 con el conocido estallido social.

En este contexto la salud penitenciaria tiene bordes difusos, contenido inconclusos y está lleno de zonas grises, el acceso a la salud se posiciona

como un privilegio y no como un derecho. En este escenario el abordaje de la salud desde el enfoque de la salud colectiva se levanta como una acción reparatoria, pues permite abordar desde lo comunitario el andamiaje necesario para que se generen grupos de trabajo proactivos y protagonistas de los procesos que garanticen el buen vivir, paso previo resignificante y redignificante para asegurar una reinserción integral.

Incorporar desde los aportes de la Salud Colectiva, la determinación social como perspectiva de análisis del proceso de salud-enfermedad-atención en la cárcel contribuye a avanzar en la Significación de la Salud Penitenciaria de manera crítica, respetuosa y reflexiva, lo que da cuenta de interpretaciones fundamentadas en antecedentes históricos, económicos, políticos, culturales y epidemiológicos, permitiendo sin duda posicionar la salud como derecho fundamental y avanzar en su garantía dentro del contexto penitenciario.

En este escenario se requiere reflexionar de manera interdisciplinaria, abriéndonos a la innovación metodológica desde una actitud transformadora y asumiendo un rol de portavoz de los fundamentos y principios que la Salud Colectiva ofrece para afrontar los procesos investigativos en el campo de la Salud Penitenciaria y las posibles acciones desde el marco de la política pública de salud.

A partir de lo documentado en el presente ensayo, se recomienda la implementación y fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud, dentro de los establecimientos carcelarios, posibilitando la detección oportuna de riesgos y eventos, así como también el desarrollo de acciones de prevención y promoción, que se verán reflejados en mejores condiciones de salud de la población y en un manejo eficientes de los recursos.

Se sugiere avanzar en la construcción de un marco conceptual que quiebre con los paradigmas imperantes sobre la cárcel, avanzado en concebirla como un espacio que rehabilite de manera integral a las personas privadas de libertad, lo que implica, necesariamente resituar el valor y la dignidad del cuerpo. El cuerpo de una persona que cometió un delito y que hasta ahora el paradigma imperante sugiere que debe ser vigilado, controlado y castigado. Ese cuerpo debe aprender de autocuidado integral multidimensional y es labor de Gendarmería de Chile, de acuerdo al mandato presente en la ley orgánica y en su reglamento, generar acciones en esta línea, propiciando el desarrollo y anclaje de la atención primaria con énfasis en lo promocional preventivo.

En tal sentido, deconstruir el entramado, que en teoría sostiene o articula el ejercicio del derecho,

Bibliografía

- Bertolozzi, M. y De la Torre, M. (2012). “Salud colectiva: Fundamentos conceptuales” [versión electrónica], *Salud Areandina*, vol. 1, Núm. 1: 24-36.
- Casallas Murillo, A. (2017). “A Medicina Social-Saúde Coletiva Latino-Americanas: Uma Visão Integradora frente à Saúde Pública Tradicional” [versión electrónica], *Revista Ciencias de la Salud*, vol. 15, Núm. 3: 397-408.
- Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana. (2008). Debates Penitenciarios N° 7. Revista electrónica N° 7. Área de Estudios Penitenciarios. Universidad de Chile. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de <https://www.yumpu.com/es/document/read/14380135/debates-penitenciarios-n-7-centro-de-estudios-en-seguridad->
- CEBES (2011). El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la Salud. Documento de posición conjunto ALAMES y CEBES. Presentado en Cebes e Alames lançam posicionamento em Conferência da OMS, Río de Janeiro. <http://cebes.org.br/2011/10/cebes-e-alames-lancam-posicionamento-em-conferencia-da-oms/> (consulta 20 de octubre de 2018).
- Corte de Apelaciones Santiago. Comisión visita semestral de cárcel 2015. (s. f.). Conclusiones informe cárceles segundo semestre 2015. <https://www.24horas.cl/incoming/article1920753.ece/BINARY/CONCLUSIONES%20INFORME%20CARCELES%20SEGUNDO%20SEMESTRE%202015.pdf> (consulta 20 de octubre de 2018).
- Estados Americanos. (2008). Informe anual de la comisión interamericana de derechos humanos 2008. <http://www.cidh.oas.org/Comunicados/Spanish/2008/39.08sp.htm> (consulta el 15 de marzo de 2017).
- Fernández N. y García F. (2015). “El incendio de la

- Cárcel de San Miguel, su veredicto absolutorio y las obligaciones internacionales de protección de los derechos humanos involucradas” [versión electrónica], *Anuario de Derechos Humanos*, Núm. 11: 135-145.
- Ferrajoli, L. (2004). *Derechos y garantías: La ley del más débil*. Traducción de: Ibáñez, P. y Greppi, A. Madrid: Trotta, 31.
- García, C. (1984). “Gramsci con Bourdieu. Hegemonía, consumo y nuevas formas de organización popular”, *Nueva Sociedad*, Núm 71: 69-78. Recuperado el 15 de octubre del 2017, de <http://nuso.org/articulo/gramsci-con-bourdieu-hegemonia-consumo-y-nuevas-formas-de-organizacion-popular/>
- Gendarmería de Chile. (s. f.). Unidad de protección y promoción de los derechos humanos. <https://www.gendarmeria.gob.cl/ddhh.html> (consulta 28 de octubre de 2019).
- Giddens, A. (2002). *Sociología*. Madrid: Alianza.
- Gutiérrez, A. (1994). *Las prácticas sociales: Una introducción a Pierre Bourdieu*. Córdoba: Ferreyra Editor.
- Hoffman, L. (2009). Voz de los Internos: Atención de salud en el recinto penal en Arica, Chile. https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1735&context=isp_collection (consulta el 30 de abril de 2015)
- Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2014). Estudio de las Condiciones Carcelarias en Chile: Diagnóstico del Cumplimiento de los Estándares Internacionales de Derechos Humanos. <http://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/38605-estudio-condiciones-carcelarias-chile-diagnostico-del-cumplimiento-estandares> (consulta 25 de marzo de 2017).
- Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2018). Estudio de las Condiciones Carcelarias en Chile 2016 - 2017: Diagnóstico del Cumplimiento de los Estándares Internacionales de Derechos Humanos sobre el Derecho a la Integridad Personal. <http://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/1180> (consulta 20 de febrero de 2019).
- INPEC. (2019). Instituto nacional Penitenciario y Carcelario. <http://www.inpec.gov.co/web/guest> (consulta 18 de octubre de 2019).
- Iturrieta, D. y Tetelboin, C. (2016). “La atención de Salud en los centros de cumplimiento penitenciario. Un desafío pendiente para la Salud Pública en las Provincias de San Felipe y los Andes” [versión electrónica], *Revista Salud Problema*, vol. 10, Núm.19: 53-67.
- Laurell, A. (1982). “La Salud-Enfermedad como proceso social”, Cuadernos Médico Sociales N° 19.
- López, S.; Chapela, M.; Hernández, G. y Outón, M. (2011). “Concepciones sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo durante los siglos XIX y XX. En: *La salud en México*. Mexico: Universidad Autónoma Metropolitana, 51-90.
- López, A. (2013). “Determinación social de la salud: Desafíos y agendas posibles”, *Divulg. saúde debate*, Núm. 49: 150-156.
- MINSAL. (s. f.). Ministerio de Salud: Misión y Visión. <https://www.minsal.cl/mision-y-vision/> (consulta 28 de octubre de 2019).
- Morales, B.; Borde, E. y Eslava C. (2013). “¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxio-lógicas” [versión electrónica], *Revista de Salud Pública*, vol. 15, Núm. 6: 797-808.
- Rosen, G. (1986). *¿Qué es la medicina social? En De la policía médica a la medicina social: Ensayos sobre historia de la atención a la salud*. México: SIGLO XXI Editores, 111.
- Unidad de Protección y Promoción de los DD.HH. (2014). Encuesta Nacional de Percepción de Calidad de Vida Penitenciaria. Recuperado de Gendarmería de Chile. https://html.gendarmeria.gob.cl/doc/ddhh/Archivos_Adicionales/Resultados_Encuesta_Percep_Calidad_Vida_Penitenciaria.pdf
- Villagra P. (2008). *Hacia una política postpenitenciaria en Chile*. Santiago de Chile: RIL editores, 45.