

Original

RESP

Acceso a la atención sanitaria en cárceles chilenas: una mirada desde los internos

Sanhueza GE¹, Candia J²¹Área de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.²Universidad San Sebastián. Concepción. Chile.

RESUMEN

Objetivos: Analizar la percepción de acceso a las cárceles chilenas en una muestra representativa nacional de personas privadas de libertad y examinar las covariables más importantes de dicho acceso.

Materiales y métodos: Este estudio utiliza datos secundarios de la *Primera Encuesta Nacional de Calidad de Vida Penitenciaria (2014)*, e indaga en torno a la percepción de los internos de ambos sexos respecto al acceso a los servicios de salud en el interior de las cárceles. Para ello, utiliza datos estadísticos descriptivos y un modelo de regresión logística ordenada.

Resultados: Los resultados descriptivos en el ámbito nacional muestran que el acceso a los servicios de salud en las cárceles tiende a ser “difícil” (el 44,7% de casos en esta categoría). Los resultados multivariados de la regresión logística ordenada indican que los hombres (con una razón de posibilidades u odds ratio, OR=0,43) y quienes reportaron mejor infraestructura (OR=0,70) tenían menores probabilidades de reportar un “difícil acceso a servicios de salud”. Por otra parte, los internos de las cárceles concesionadas (OR=1,61) y quienes habían reportado mayores grados de maltrato (OR=1,26) se asociaron a mayores probabilidades de reportar un “difícil acceso”.

Discusión: El estudio sugiere que la facilidad en el acceso a la atención de salud está vinculada de forma dinámica a otros aspectos de la vida en el interior de las cárceles, como a la composición de la población penal (sexo), a los aspectos materiales de la prisión (infraestructura, tipo de cárcel) e, inclusive, a algunos aspectos relacionales (nivel de maltrato). Futuros estudios podrían expandir la discusión en torno a la temática salud y la cárcel, incorporando variables y análisis más complejos.

Palabras clave: prisiones, Chile, percepción, reclusos, atención a la salud.

ACCESS TO HEALTHCARE IN CHILEAN PRISONS: AN INMATES' PERSPECTIVE

ABSTRACT

Objectives: To analyze the perception of access to Chilean prisons in a representative national sample of persons deprived of liberty as well as to examine the most important covariates of such access.

Materials and methods: This study uses secondary data from the First National Survey on the Quality of Prison Life (2014), investigating inmates' perceptions regarding access to health services inside the prisons. To do this, it uses descriptive statistics and a logistic regression model.

Results: Descriptive results at the national level show that access to health services in prisons tends to be “difficult” (44,7% of cases in this category). Multivariate logistic regression results indicate that men (OR=0.43) and those who reported better infrastructure (OR=0.70) were less likely to report “difficult access to health services”. On the other hand, prison inmates (OR=1.61) and those who had reported higher levels of maltreatment (OR=1.26) were associated with a higher probability of reporting “difficult access to health services”.

Discussion: Our study suggests that access to health care is dynamically linked to other aspects of life within prisons such as the composition of the prison population (sex), some of the material aspects of prisons (infrastructure, type of facility), and even some relational aspects (level of mistreatment/abuse). Future studies could expand the discussion around healthcare in prisons, incorporating more complex both variables and analyses.

Keywords: prisons, Chile, perception, inmates, health care.

INTRODUCCIÓN

La situación de salud está condicionada por determinantes sociales de la salud (DSS) que se comprenden como los factores y mecanismos por los cuales las condiciones sociales afectan al grado de salud. Cuando existen diferencias en el acceso a este servicio, por parte de un segmento de la población, emerge una situación de inequidad, lo que, a su vez, implica una situación de injusticia, por tratarse de algo evitable y remediable¹. Por tanto, se hace relevante conocer, desde la percepción de los internos de ambos sexos en las cárceles, las facilidades de acceso a la atención de salud, por representar a una población que se encuentra en una condición de vulnerabilidad y riesgo de exclusión social, especialmente por su situación de encierro.

En el caso específico de las personas privadas de libertad, se asume que el único derecho que les es conculcado mientras dure su condena es el de la libertad, pero no el resto de sus derechos fundamentales² establecidos en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948*, incluyendo, por cierto, el derecho a la salud en su artículo 25. De este modo, independientemente de su situación de encierro, aquellas personas encarceladas –para tener equidad en salud– deben, en primer lugar, tener acceso a esta, por lo cual hay que procurar la identificación de las barreras en el acceso a la atención sanitaria³ para toda la población que se encuentre en situación de privación de libertad.

Møller et al.⁴ refieren que existen dos grandes razones para proporcionar asistencia sanitaria en prisión. La primera se relaciona con la importancia que tiene la salud en prisión para la salud pública en general, ya que los detenidos tienen una alta carga de enfermedad y, cuando recobren su libertad, pueden llevar consigo problemas de salud no tratados y representar una amenaza para la salud de la comunidad. La segunda se refiere al compromiso que debe asumir la sociedad con la justicia social, enfocado a reducir las desigualdades con los grupos marginalizados.

La atención sanitaria en las cárceles presenta características particulares y diferentes respecto a la población en general, en primer lugar, dado el contexto determinado por la situación de encierro; por las instalaciones menos equipadas y preparadas para tratamientos más complejos; por la mayor vulnerabilidad de la población a la cual se atiende, pues se ha evidenciado que la población en esta condición presentan mayores tasas de suicidio e intentos de suicidio que el resto de la población⁵; por los trastornos adictivos que padecen⁶, los cuales se ven agravados por el deficiente o, en algunos casos, nulo acceso a la

atención en salud mental especializada^{6,7}; por mayores riesgos de contraer enfermedades transmisibles, por las facilidades de contagio, debido al hacinamiento y a la sobrepoblación en algunas cárceles: en especial, las patologías infecciosas como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus de la hepatitis C (VHC), la tuberculosis⁸, la hepatitis B y C (que es de dos a diez veces y, en algunos casos, 50 veces mayor en comparación con el resto de la población)⁹.

Aunque existen diversos estudios en relación con la salud en el interior de los penales chilenos, estos suelen estar enfocados desde una perspectiva de salud-enfermedad, indagando en “enfermedades específicas” como la tuberculosis^{10,11} y el VIH, entre otras¹². En este sentido, pocos trabajos previos han utilizado muestras nacionales para abordar temas relativos a una cuestión fundamental en términos de inclusión social: la percepción de las propias personas privadas de libertad respecto a las facilidades de acceso a la salud en el interior de las cárceles. Así, este trabajo, para el que se han utilizado los datos de la *Primera Encuesta de Calidad de Vida Penitenciaria*¹³, analiza la percepción de internas e internos chilenos respecto a la facilidad de acceso a la atención de salud en los centros penitenciarios, identificando algunas covariables relevantes que podrían estar asociadas a dichas percepciones, como el sexo de la persona que responde, el tipo de cárcel en la que habita (si es de gestión pública o privada), la percepción de la infraestructura penitenciaria, el acceso a los programas y el nivel de maltrato reportado por el interno/a (provocado por otros internos o por funcionarios de gendarmería).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se emplean datos cuantitativos secundarios obtenidos, previo permiso del autor, a partir de la *Primera Encuesta de Percepción de Calidad de Vida Penitenciaria*, llevada a cabo en el año 2013¹³. Este estudio fue de carácter transversal, descriptivo y representativo de la población penal del país, ya que empleó un muestreo aleatorio, estratificado por sexo y tiempo de condena (imputados; condenas cortas; condenas largas). La recopilación de datos se efectuó entre los meses de abril y septiembre del año 2013, en 75 cárceles del país (de un total de 83 que estaban operativas entonces), con un tamaño muestral total de 2.093 casos (sobre un universo de poco más de 47.000 casos). La tasa de respuesta fue de un 78%.

El cuestionario utilizado (del estudio mayor) consistió en una encuesta sobre la calidad de la vida carce-

laria, que indagó en diversos ámbitos de la vida en el interior de la cárcel, incluyendo la percepción de los internos respecto a la infraestructura penitenciaria, el acceso a programas de resocialización, las situaciones de violencia entre internos, el maltrato por parte de los funcionarios penitenciarios y la percepción de la facilidad de acceso a la atención de salud en el interior de las cárceles.

Ahora bien, para el presente estudio sobre acceso a la atención de salud penitenciaria, el detalle de las variables es el siguiente:

- Variable dependiente: percepción de acceso a servicios sanitarios: variable ordinal de tres categorías: 1=fácil acceso; 2=más o menos; 3=difícil acceso.
- Variables independientes:
 - Sexo: variable binaria codificada como 0=mujer; y 1=hombre. Tipo de cárcel: variable binaria codificada como 0=interno en cárcel pública; y 1=interno en cárcel privada. Recluido en la misma región: variable binaria codificada como 0=interno de otra región; y 1=de la misma región.
 - Infraestructura: índice que va entre 0-9; puntuaciones más altas indican una mejor percepción de la infraestructura penitenciaria. Nivel de maltrato: índice que va entre 0-4; puntuaciones más altas indican mayor maltrato percibido; se generó a partir de cuatro variables binarias (0-1).
 - Acceso a programas: índice que va entre 0-6; puntuaciones más altas indican un mejor acceso a los programas; se generó a partir de seis variables binarias (0-1).

En términos de validez y confiabilidad, se siguieron diversos pasos para asegurar que las preguntas fuesen pertinentes, coherentes y entendibles. En primer lugar, la validez de contenido del cuestionario pasó por una consulta a expertos internacionales, académicos chilenos y personal de la propia Gendarmería de Chile (profesionales, oficiales penitenciarios y guardias); con una primera versión de borrador, se realizaron dos grupos focales (*focus groups*) con internos en las cárceles de Santiago; luego, se realizó una encuesta piloto, que fue contestada por 50 internos; y por último, se hizo una comprobación de confiabilidad a través del cálculo del valor *alfa de Cronbach* (cuyos valores fluctuaron entre 0,67 y 0,84) para las diversas dimensiones examinadas (infraestructura, maltrato y violencia; trato de gendarmes y funcionarios; acceso a servicios de salud; acceso a programas de resocialización). El valor de confiabilidad para la dimensión “acceso a servicios de salud” fue de 0,84.

Después de estas instancias diversas de validación, se llegó a un cuestionario válido y confiable, que además fuese comprensivo de los diversos aspectos que componen la vida penitenciaria en Chile.

En cuanto a los aspectos éticos, cabe señalar que el estudio madre contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Michigan (HUM00085125), previo visado de la Gendarmería de Chile. Se resguardó la confidencialidad y el anonimato de las personas participantes, y se tuvo especial cuidado de no exponer a las personas que respondieron a posibles represalias por parte de la administración penitenciaria, para lo cual, entre otras medidas, se tuvo cautela para que nunca hubiera personal uniformado (guardias) presente durante la aplicación del cuestionario.

Los análisis estadísticos fueron realizados con el software *Stata IC 13.0* e incluyeron fundamentalmente dos tipos de técnicas: estadísticas univariadas, como tablas de frecuencia, datos estadísticos descriptivos, medias y porcentajes; y un procedimiento de regresión logística ordenada (*logistic ordered regression*), el cual es útil cuando la variable dependiente es categórica y, asimismo, cuando se quiere establecer qué variables aumentan (o disminuyen) las probabilidades de que el encuestado responda una determinada categoría de la variable dependiente, en comparación con quienes responden a las otras categorías.

RESULTADOS

Datos descriptivos de los participantes

La Tabla 1 reúne los datos descriptivos de la muestra empleada en este estudio, según los cuales, la mayoría de los encuestados fueron hombres (66,7%), habitaban cárceles públicas (89,2%) y estaban recluidos en la misma región de la cual provenían (72,3%). Debido a que el estudio madre era el primero en Chile que indagaba en una serie de temas sensibles de la vida intrapenitenciaria (como la violencia de los guardias y los abusos entre los internos, entre otros), y en ese momento, la institución aún no estaba preparada, desde el punto de vista de la organización, para lidiar con autoobservaciones, se decidió que, una vez que los internos contestaran la encuesta, los identificados fueran eliminados de la base de datos final, con el fin de salvaguardar su anonimato y su integridad física y psíquica.

Tabla 1. Datos estadísticos descriptivos de los sujetos respondientes

Variable	Categorías	Distribución porcentual	Intervalo de confianza 95%	Error estándar	N
Sexo	Mujer (0)	33,3% mujeres	[64,7-68,8]	0,010	2.093
	Hombre (1)	66,7% hombres			
Tipo de cárcel	Pública (0)	89,2% pública	[9,55-12,2]	0,006	2.093
	Concesionada (1)	10,8% concesionada			
Recluido de la misma región	No (0)	72,3% de la misma región	[70,3-74,2]	0,009	2.041
	Sí (1)	27,7% de otra región			

Facilidad de acceso a servicios de salud penitenciaria: datos estadísticos descriptivos

La percepción de los internos respecto a la facilidad para acceder a la atención médica o de enfermería en el interior de la prisión es, en su mayoría, negativa. Los resultados en el ámbito nacional muestran que un 44,7% de los internos encuestados reportaron un “difícil acceso” a la atención médica o de enfermería; solo un 20,6% reportó “fácil acceso”. La Tabla 2 muestra los datos descriptivos para las variables seleccionadas.

Análisis multivariado: regresión logística ordenada

Una segunda pregunta relacionada con el acceso tenía que ver con el establecimiento de algunas covariables que influyeran en las variaciones de su percepción. En este sentido, se incluyeron como covariables el “sexo”, el “tipo de cárcel” (pública o concesionada), la “infraestructura”, el “maltrato” y el “acceso a los programas”. La lógica de incluir el sexo tiene que ver con las conocidas variaciones que se esperan entre hombres y mujeres respecto a la percepción de acceso a los servicios de salud^{14,15}; se incluyó además el tipo de cárcel, puesto que el contexto organizacional (y

los resultados en términos de funcionamiento y operación) serían distintos para ambos sistemas¹⁶; la percepción de infraestructura fue incluida en el sentido de que la calidad de vida en prisión y los “dolores del encarcelamiento” que sufrirán los internos estarán en parte determinados por el grado de privación a los que estén sometidos en una determinada cárcel¹⁷; el “nivel de maltrato” fue incluido como una variable que medía aspectos relacionales en el interior del penal, los cuales pueden influir en que los internos busquen una suerte de “refugio” o “escape” frente a las rutinas de la cárcel, a través de la búsqueda de acceso a la asistencia sanitaria¹⁸; finalmente, fue incorporado el “acceso a programas”, ya que refiere a la importancia de la gestión penitenciaria¹⁹ para disminuir conflictos y generar un ambiente favorable a los procesos de resocialización²⁰

La regresión logística ordenada asume el supuesto de “proporcionalidad de las probabilidades entre las categorías de respuesta”: en principio, se asume que la distancia entre marcar 3 frente a 1 y 2 será la misma que entre marcar 1 frente a 2 y 3 combinados. Para poner a prueba este supuesto, se aplicó un test de “proporcionalidad de las probabilidades entre categorías de respuesta” (*approximate likelihood-ratio*

Tabla 2. Percepción de facilidad de acceso a los servicios de salud penitenciario y covariables

Variable	Categoría	Media (o porcentaje)	N
Percepción de acceso a servicios sanitarios	Fácil acceso (1)	20,6%	2.047
	Más o menos (2)	34,7%	
	Difícil acceso (3)	44,7%	
Infraestructura	Índice entre 0-9 (puntajes más altos indican mejor infraestructura)	5,40	1.871
Nivel de maltrato	Índice entre 0-4 (puntajes más altos indican mayor maltrato percibido)	1,37	1.988
Acceso a programas	Índice entre 0-6 (puntajes más altos indican mejor acceso a programas)	1,77	1.945

test of proportionality of odds across response categories), siendo el valor chi cuadrado significativo (chi cuadrado=19,83; $p<0,01$). Esto quiere decir que el supuesto de “proporcionalidad entre las categorías” ha sido violado, y que se requería, por tanto, correr un modelo logit generalizado (*generalized ordered logit*). La Tabla 3 muestra los resultados de la regresión logística ordenada multivariada.

Para interpretar la Tabla 3, se puede mirar la fila número 2. En ella aparecen las probabilidades de que las personas que respondían marcasen 1 (“fácil acceso”) o 2 (“más o menos”), en comparación con las probabilidades de marcar 3 (“reportando una difícil atención”). Los resultados de la regresión logística ordenada del segundo panel (o “gran fila 2”) muestran que los hombres (OR=0,43) y quienes reportaron mejor infraestructura penitenciaria (OR=0,70) tenían menores probabilidades (en OR veces) de reportar un “difícil acceso a los servicios de salud” (el valor 3 del cuestionario), en comparación con la posibilidad de reportar un “fácil acceso” (valor 1) o la categoría intermedia “más o menos” (valor 2). Por otra parte, los internos de cárceles concesionadas (OR=1,61) y quienes habían reportado mayores grados de maltrato agregado (de parte de otros internos y de funcionarios) (OR=1,26) se asociaron a mayores probabilidades de reportar un “difícil acceso a los servicios de

salud” (valor 3) en el interior de las cárceles, en comparación con las probabilidades de reportar un acceso fácil (valor 1) o intermedio (valor 2). El acceso a los programas no resultó ser un predictor significativo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Utilizando datos de la *Primera Encuesta de Percepción de Calidad de Vida Penitenciaria*¹³, este estudio examinó por primera vez en el país la percepción de acceso y calidad de la atención de salud en el interior de las cárceles chilenas. Los datos recopilados mostraron una percepción de acceso predominantemente “difícil” para la atención de salud en el interior de los centros penitenciarios chilenos, con un 44,7% de los internos que señalaron esta preferencia en el ámbito nacional. Asimismo, los datos sugieren que el acceso a la salud se percibe más difícil para las mujeres privadas de libertad; para quienes reportan una infraestructura penitenciaria más deficitaria; para quienes habitan una cárcel concesionada; y para quienes reportan mayores grados de maltrato.

El difícil acceso a la atención de salud en el interior de los recintos penitenciarios chilenos reportado en este artículo tiene implicaciones éticas, de justicia social y de salud pública, que deben ser atendidas^{1,2,4}.

Tabla 3. Regresión logística ordenada: covariables de acceso a servicios de salud

Acceso a servicios de salud penitenciario (médico o enfermera)					Número de observaciones 1.708	
1. Probabilidades de reportar “fácil acceso” frente a reportar “más o menos” o “difícil”						
	Odds ratio	Error estándar	Z	P> Z	[Intervalo de confianza 95%]	
Hombre	0,418	0,066	-5,47	0,000	0,306	0,572
Cárcel concesionada	2,554	0,702	3,41	0,001	1,489	4,379
Índice de infraestructura	0,655	0,024	-11,5	0,000	0,609	0,704
Índice de maltrato	1,514	0,099	6,35	0,000	1,332	1,722
Índice de acceso a programas	0,904	0,036	-2,45	0,014	0,835	0,980
Constante	72,34	21,50	14,40	0,000	40,399	129,5
2. Probabilidades de reportar “fácil acceso” o “más o menos” frente a “difícil acceso”						
	Odds ratio	Error estándar	Z	P> Z	[Intervalo de confianza 95%]	
Hombre	0,437	0,052	-6,93	0,000	0,346	0,552
Cárcel concesionada	1,618	0,277	2,80	0,005	1,156	2,265
Índice de infraestructura	0,700	0,018	-13,62	0,000	0,665	0,737
Índice de maltrato	1,262	0,057	5,10	0,000	1,154	1,381
Índice de acceso a programas	0,949	0,032	-1,50	0,134	0,887	1,016
Constante	6,956	1,317	10,24	0,000	4,798	10,08

En términos de prioridades, los datos de este estudio sugieren que podrían priorizarse esfuerzos para facilitar el acceso a la salud en el interior de las cárceles concesionadas y en aquellas unidades que concentren mujeres. Al mismo tiempo, la percepción de facilidad de acceso a la salud (medida a través de la percepción de acceso a los servicios sanitarios) está relacionada a otras variables de la vida carcelaria y, en este sentido, al igual que el concepto de salud en el medio libre, en la medida en que se genere un “ambiente más saludable”, podría esperarse que los servicios de salud penitenciarios no fuesen tan requeridos; estos podrían tener que ver con mecanismos más indirectos, tales como mejorar la infraestructura del penal (especialmente los espacios de ocupación productiva y esparcimiento), disminuir los grados de maltrato y violencia (tanto entre internos como entre guardia e interno) y facilitar un mayor acceso a los programas por parte de la población penal.

En este sentido, se podrían revisar los modelos de gestión de salud penitenciaria en perspectiva comparada, como el existente en las prisiones argentinas que dependen del Servicio Penitenciario Federal, donde se ha venido desarrollando un abordaje integral de mejoramiento de la salud penitenciaria que incluye (pero no se limita) una infraestructura sanitaria en el interior de los penales; un modelo de gestión de salud moderno, enfocado en una perspectiva de derechos; y una apuesta institucional por la llamada “seguridad dinámica”, donde se usa cada aspecto de la vida penitenciaria para anticiparse a conflictos y, de este modo, mejorar el ambiente penitenciario y favorecer la reinserción.

Ahora bien, los hallazgos de este estudio reflejan, en cierta manera, cómo ciertas dinámicas de la sociedad que tiene más edad se replican en las cárceles. En este sentido, los resultados de este estudio no difieren mucho de aquellos realizados en la población general²¹, en cuanto a las dificultades de acceso a los servicios sanitarios y a la evaluación de la calidad por parte de los segmentos más desaventajados de la sociedad. No obstante, las cárceles son lugares morales especiales, donde el sentido de justicia, de legitimidad y de orden son experimentados de manera especial por quienes allí se encuentran^{17,20,22}.

Dentro de las fortalezas de este estudio, se encuentra el hecho de que se utilizaron datos de una encuesta nacional, donde se visitó la gran mayoría de los centros penitenciarios del país; asimismo, se empleó un cuestionario ampliamente validado por diversos actores relevantes del sistema penitenciario (incluyendo internos de ambos sexos); y se utilizó un muestreo aleatorio estratificado que permite extrapolar resulta-

dos para gran parte de la población encarcelada chilena. No obstante, los hallazgos de este estudio deben ser entendidos en el contexto de sus limitaciones:

- La primera de ellas es la naturaleza transversal de los datos: en este sentido, futuros estudios podrían examinar los cambios en el tiempo en la percepción del acceso y la calidad de la atención de salud penitenciaria.
- Asimismo, la variable principal utilizada (percepción de facilidad de acceso a los servicios de salud penitenciarios) constituye solo un aspecto de la salud en prisión, y futuros estudios podrían expandir la discusión en torno a la temática salud y cárcel, incorporando quizás variables más sofisticadas.

En suma, es de esperar que este primer artículo con datos nacionales sobre la percepción del acceso a los servicios de salud penitenciario, con todas las limitaciones de un primer abordaje, pueda contribuir a mejorar este aspecto en las cárceles chilenas. Para ello, se sugirieron algunas recomendaciones que permitirían avanzar en la disminución de las brechas sociales presentes en una población altamente vulnerable, que además presenta mayor demanda de atención en salud que la población general³ y que debe sobrellevar la carga del estigma social que resulta de vivir en una situación de cárcel.

AGRADECIMIENTOS

Este artículo fue posible gracias al apoyo de la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología de Chile CONICYT, a través del proyecto FONDECYT Inicio #11150840.

CORRESPONDENCIA

Guillermo Enrique Sanhueza
Profesor Asistente, Área de Trabajo Social
Facultad de Ciencias Sociales,
Universidad de Chile.
Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago
E-mail: guillermo.sanhueza@uchile.cl

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hirmas M, Poffald L, Jasmén AM, Aguilera X, Delgado I, Vega J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33:223-9.

2. Couso J. The Limits of Law for Emancipation (in the South): Dealing with Prisoners' Rights in Post-authoritarian Chile. *Griffith Law Review*. 2008;16:330-52.
3. Serrano Tárraga MD. Derecho a la salud de los internos en centros penitenciarios y sanidad penitenciaria (II). *Revista de Derecho Uned*. 2010;7:525-60.
4. Møller L, Stöver H, Jürgens R, Gatherer A, Nikogosian H. Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health. WHO Regional Office Europe; 2007. pp. 198. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf
5. Gupta A, Girdhar NK. Risk factors of suicide in prisoners. *Delhi Psychiatry Journal*. 2012;15:45-9.
6. Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007. pp. 18. Disponible en: https://www.redaipsis.org/wp-content/uploads/2015/02/Ca--rceles-y-prisiones.OMS_.pdf
7. Monras M, Aparicio A, Lopez JA, Pons I. Prevalencia de trastornos relacionados con el consumo del alcohol en población penitenciaria condenada por delitos contra la seguridad vial. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39:163-7.
8. Serrano Tárraga MD. Derecho a la Salud de los Internos en Centros Penitenciarios y Sanidad Penitenciaria (I). [Internet]. *Revista de Derecho Uned*. 2010;6:413-46.
9. Interventions to address HIV in prisons. Drug dependence Treatments. Evidence for action technical papers. Geneva: World Health Organization; 2007. pp. 36. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf
10. Herrera T. Grupos de riesgo para tuberculosis en Chile. *Rev Chilena Infectol*. 2015;32:15-8.
11. Aguilera XP, González C, Nájera-De Ferrari M, Hirmas M, Delgado I, Olea A, et al. Tuberculosis in prisoners and their contacts in Chile: estimating incidence and latent infection. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2016;20:63-70.
12. Sánchez M, Piñol D. Condiciones de vida en los centros de privación de libertad en Chile. [Internet]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2015. Disponible en: https://www.cesc.uchile.cl/docs/CESC_condiciones_centros_privacion.pdf
13. Espinoza O, Martínez F, Sanhueza G. El impacto del sistema penitenciario en los derechos humanos: la percepción de las personas privadas de libertad. En: Informe anual sobre derechos humanos en Chile. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales; 2014. p. 245-89.
14. Cárdenas A. Mujeres y cárcel: diagnóstico de las necesidades de grupos vulnerables en prisión. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales-ICSO; 2011. Disponible en: <http://www.icso.cl/wp-content/uploads/2012/01/Proyecto-Grupos-Vulnerables-CPF-GIZ-MINJU-ICSO-versi%C3%B3n-final-para-p%C3%A1gina-web-Diciembre-2011.pdf>
15. Almeda E, Di Nella D. Mujeres y cárceles en América Latina. Perspectivas críticas y feministas. *Papers. Revista de Sociología*. 2017;102:183-214.
16. Sanhueza G, Pérez F. Cárceles concesionadas en Chile: evidencia empírica y perspectivas futuras a 10 años de su creación. *Polít Crim*. 2017;12:1066-84. Disponible en: http://www.politicacriminal.cl/Vol_12/n_24/Vol12N24A11.pdf
17. Sykes GM. *The Society of Captives. A Study of a Maximum Security Prison* (with a new introduction by Bruce Western). Princeton, NJ: Princeton University Press; 2007. pp. 200.
18. De Viggiani N. Unhealthy prisons: exploring structural determinants of prison health. *Sociol Health Illn*. 2007;29:115-35.
19. Reisig MD. Administrative Control and Inmate Homicide. *Homicide Stud*. 2002;6:84-103.
20. Liebling A. *Prisons and Their Moral Performance. A Study of Values, Quality, and Prison Life*. Oxford: Oxford University Press; 2004. pp. 592.
21. Olavarría M. Acceso a la salud en Chile. [Internet]. *Acta bioeth*. 2005;11:47-64. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v11n1/art06.pdf>
22. Goffman, E. *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1972. pp. 379.