

El derecho humano a la salud de las mujeres privadas de libertad

Caso CRS Cotopaxi

Vanessa Lozada



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR

Ecuador

30 años

Serie Magíster

El derecho a la salud de las mujeres privadas de libertad Caso CRS Cotopaxi

Vanessa Lozada

Serie Magíster
Vol. 346

El derecho a la salud de las mujeres privadas de libertad: Caso CRS Cotopaxi
Vanessa Lozada

Primera edición

Producción editorial: Jefatura de Publicaciones
Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador
Annamari de Piérola, jefa de Publicaciones
Shirma Guzmán, asistente editorial
Patricia Mirabá, secretaria

Corrección de estilo: Guillermo Maldonado
Diseño de la serie: Andrea Gómez y Rafael Castro
Impresión: Fausto Reinoso Ediciones
Tiraje: 90 ejemplares

ISBN Universidad Andina Simón Bolívar,
Sede Ecuador: 978-9942-604-86-6
© Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador
Toledo N22-80
Quito, Ecuador
Teléfonos: (593 2) 322 8085, 299 3600 • Fax: (593 2) 322 8426
• www.uasb.edu.ec • uasb@uasb.edu.ec

La versión original del texto que aparece en este libro fue sometida a un proceso de revisión por pares, conforme a las normas de publicación de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

Impreso en Ecuador, diciembre de 2022

Título original:

El derecho humano a la salud de las mujeres privadas de libertad en el Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Norte Cotopaxi, con base al Modelo de Gestión Penitenciario del Ecuador de 2013

Tesis para la obtención del título de magíster en Derechos Humanos
con mención en Exigibilidad Estratégica
Autora: Andrea Vanessa Lozada Cepeda
Tutor: Adrián Raúl López Andrade
Código bibliográfico del Centro de Información: T-3687

CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	7
INTRODUCCIÓN	9

Capítulo primero

EL DERECHO HUMANO A LA SALUD DE LAS MPL	15
LA SALUD DE LAS MUJERES EN LAS POLÍTICAS PENITENCIARIAS	15
APORTES DESDE EL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS	20
APORTES DESDE EL ENFOQUE DE GÉNERO	21
APORTES DESDE EL ENFOQUE DE SALUD COLECTIVA.....	23
ARTICULACIÓN DE ENFOQUES	27
MARCO NORMATIVO PARA LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD DE LAS MPL.....	30

Capítulo segundo

EL DERECHO A LA SALUD DE LAS MPL EN LA POLÍTICA PENITENCIARIA: MGP DE 2013	43
POLÍTICAS PÚBLICAS GENERALES	43
MGP	49
APLICACIÓN DEL MGP EN EL ALA DE MUJERES DEL CRS COTOPAXI.....	56
SALUD DE LAS MPL EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA DE COVID-19	71

Capítulo tercero

PROPUESTA DE LINEAMIENTOS DE POLÍTICA PÚBLICA PARA UN ENFOQUE INTEGRAL DEL DERECHO A LA SALUD DE LAS MPL.....	77
PROPUESTA DE LINEAMIENTOS DE POLÍTICA PÚBLICA	77
Lineamiento 1: Atención en salud física.....	78
Lineamiento 2: Atención en salud mental.....	79
Lineamiento 3: Agua y alimentación.....	80
Lineamiento 4: Higiene.....	81
Lineamiento 5: Infraestructura	81
Lineamiento 6: Violencia contra las mujeres.....	82

Lineamiento 7: Contexto pandemia de COVID-19.....	83
Lineamiento 8: Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes.....	84
ANÁLISIS DE ACTORES.....	84
ACCIONES DE EXIGIBILIDAD.....	87
Exigibilidad política.....	88
Exigibilidad jurídica.....	89
CONCLUSIONES.....	91
BIBLIOGRAFÍA.....	97
LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS.....	105
ANEXOS.....	107

*Hay muchas maneras de matar.
Pueden meterte un cuchillo en el vientre.
Quitarte el pan.
No curarte de una enfermedad.
Meterte en una mala vivienda.
Empujarte hasta el suicidio.
Torturarte hasta la muerte por medio del trabajo.
Llevarte a la guerra, etc...*
Solo pocas de estas cosas están prohibidas en nuestro Estado.
Bertolt Brecht

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Programa Andino de Derechos Humanos de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, por sus enseñanzas y por todo lo recibido.

A los docentes Adrián López, Gina Benavides y Carlos Reyes, por guiar la presente investigación.

INTRODUCCIÓN

Las políticas penitenciarias tienen por objetivo generar condiciones idóneas para lograr la reintegración social de las personas privadas de libertad (PPL) en un marco de garantía de sus derechos. Según Alexandra Zumárraga, para lograr una efectiva rehabilitación social es indispensable materializar el derecho humano a la salud, ya que solo así se viabiliza la activa participación de las PPL en las actividades ofertadas en los centros de rehabilitación social (CRS).¹

En 2013, Ecuador reformuló el Modelo de Gestión Penitenciaria (MGP) con la finalidad de rehabilitar y reinsertar socialmente a las PPL a través de la ejecución de distintas actividades.² En pro de este objetivo la política en mención establece que, a través de los recursos humanos y materiales necesarios se garantizará el derecho a la salud integral de las

- 1 Alexandra Zumárraga, citada en Nadia Núñez, «Incumplimiento del principio de rehabilitación social y su incidencia en las personas privadas de libertad ¿De victimarios a víctimas?» (tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, 2018), 27-30, <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6178/1/T2606-MDPE-Nu%C3%B1ez-Incumplimiento.pdf>.
- 2 Ecuador Ministerio de Justicia Derechos Humanos y Cultos (MJDHC) *Modelo de Gestión Penitenciaria del Ecuador* (Quito: MJDHC, 2013), 10, <https://es.slideshare.net/MARKv6/modelo-de-gestion-penitenciaria-del-ecuador>.

PPL.³ Se estipula además que, para la implementación de este instrumento se utilizará la nueva infraestructura penitencia.⁴

Desde 2014, el portal periodístico Plan V ha realizado varias investigaciones sobre la situación de salud y condiciones de vida de las PPL del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte (CRS RSCN) Cotopaxi, evidenciando que en este se vulnera el derecho a la salud integral de las PPL en general.⁵ En 2016, la Fundación Regional de Asesoría en Derechos Humanos (INREDH) determinó que el Estado ecuatoriano no ha formulado políticas penitenciarias efectivas para garantizar integralmente la salud de las mujeres privadas de libertad (MPL). La Fundación afirmó que las reclusas se enfrentan a la falta de servicios de salud especializados y a condiciones de vida atentatorias a su dignidad.⁶

En Ecuador existen alrededor de 2520 MPL, aproximadamente 630 en el CRS RSCN.⁷ Todas permeadas por el MGP y por las disposiciones que este documento establece sobre la materialización del derecho a la salud. Las cifras expuestas podrían incrementar significativamente si se considera que el actual Gobierno de Guillermo Lasso ha propuesto eliminar la tabla de consumo de drogas, y que la criminalidad de las mujeres en el contexto ecuatoriano se vincula mayoritariamente a delitos de microtráfico en los que actúan principalmente en calidad de «mulas».⁸

En este orden de ideas corresponde analizar: ¿Cómo el derecho humano a la salud es garantizado a las MPL en el CRS RSCN a partir del MGP de Ecuador de 2013?

3 Ibid., 5-7.

4 Ibid., 10.

5 Susana Morán, «La cara cruel de la cárcel de Latacunga», *Plan V*, 26 de marzo de 2018, párr. 1-5, <https://www.planv.com.ec/historias/sociedad/la-cara-cruel-la-carcel-latacunga>.

6 Mónica Vera, «Hacia una nueva política penitenciaria: ¿Se están cumpliendo las obligaciones del Estado en la creación de políticas públicas para personas privadas de libertad?», *INREDH*, 13 de octubre de 2016, párr. 1-5, <https://inredh.org/hacia-una-nueva-politica-penitenciaria-se-estan-cumpliendo-las-obligaciones-del-estado-en-la-creacion-de-politicas-publicas-para-personas-privadas-de-la-libertad/>.

7 Coordinadora del área de Salud del ala de mujeres del CRS RSCN, entrevistada por la autora, lunes 5 de junio de 2021.

8 Andreina Torres, «Drogas, cárceles y género en Ecuador: La experiencia de mujeres mulas» (tesis de maestría, FLACSO Ecuador, 2008), 11, <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/1281/4/TFLACSO-2008ATA.pdf>.

Los objetivos específicos son: 1. Identificar el marco conceptual y de protección internacional y nacional del derecho humano a la salud con especificidad en las MPL. 2. Analizar cómo el disfrute a la salud es garantizado en el pabellón de las mujeres del CRS RSCN; 3. Desarrollar lineamientos de política pública con enfoque de derechos humanos, género y salud colectiva que permitan garantizar efectivamente el derecho a la salud de las MPL.

La metodología seleccionada para la presente investigación es cualitativa. Según Corbetta, este método es un proceso en el que se pretende comprender e interpretar el mundo social a partir de las experiencias vividas por los sujetos de investigación en su contexto y circunstancias específicas.⁹ Además permite que las voces de las MPL sean escuchadas más allá de los muros de los CRS. Posibilita comprender cómo experimentan la salud, y, viabiliza la comprensión de las circunstancias en las que se materializa este derecho.

Respecto a los métodos de investigación, en principio, se plantearon dos: la observación participante y las entrevistas. La observación participante consiste en la producción de datos a través de la observación del quehacer de los agentes sociales en sus escenarios naturales.¹⁰ Se planteó con la finalidad de observar la interacción de las MPL en las instalaciones de los servicios médicos y en los espacios de convivencia del ala de mujeres CRS RSCN, y a partir de esta información definir los elementos de salud a analizar. Por otro lado, la técnica de la entrevista consiste en un diálogo coloquial o conversación que se establece entre el investigador y el sujeto, con el fin de obtener respuestas a distintas interrogantes, y con el propósito de resolver la pregunta central de investigación.¹¹ La aplicación de esta técnica permite a las MPL sentirse en confianza para referirse a su salud física y mental, narrar en sus propias palabras sus experiencias de salud, y profundizar sobre las experiencias de salud relevantes.

9 Pergiorgio Corbetta, *Metodologías y técnicas de investigación social* (Madrid: Mc Graw Hill, 2010), 31-63.

10 María Jociles, «La observación participante en el estudio etnográfico de las prácticas sociales» *Revista colombiana de Antropología* 54, n.º 1 (2017): párr. 7.

11 Laura Díaz, Uri Torruco, Mildred Martínez y Margarita Varela, «La entrevista recurso flexible y dinámico», *Scielo*, 2, n.º 7 (2013): párr. 4.

Debido a la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19 se suspendieron por completo las visitas a los CRS del país con la finalidad de precautelar la salud de las PPL e impedir posibles contagios.¹² Frente a este riesgo inminente para las PPL, así como también para la investigadora, se decidió no aplicar el método de observación participante debido a que implicaba convivir con las PPL durante varias visitas. En reemplazo, los elementos de salud a analizar se identificaron a partir de la articulación de las Reglas Bangkok y el enfoque de salud colectiva.

Las entrevistas se realizaron a diez MPL y al personal de salud del ala de mujeres del CRS RSCN Cotopaxi. La dirección autorizó se entrevistase a las mujeres que se encontraban en la sala de espera del área de Salud el día 6 de junio de 2021. Frente a la presencia de la investigadora en el pabellón, cuatro mujeres que se encontraban en el patio interno, solicitaron participar en la entrevista. Por otro lado, el personal de salud indicó que aceptaban contribuir en la investigación, pero de forma superficial y sin que sus nombres fueran revelados, ya que contaban con autorización de la dirección del CRS, pero no con la autorización del Ministerio de Salud Pública (MSP). Cabe indicar que la autorización para las entrevistas del personal de salud fue solicitada a la Coordinación Zonal 3 de Salud del MSP, pero no se obtuvo respuesta. Siendo esta una limitación para el desarrollo de esta investigación. Se acota que la contribución del personal médico representa un insumo relevante para el presente trabajo.

Como aspecto ético en la investigación, previa aplicación de las entrevistas, se socializó el consentimiento informado con las MPL. En este instrumento se incluyeron los objetivos de la investigación, el procedimiento de participación, los beneficios y riesgos de la participación, el principio de voluntariedad en el que se incluye decidir libremente no participar, no contestar una o varias preguntas, o retirarse en cualquier momento de la entrevista. El principio de confidencialidad que contiene la posibilidad de realizar la entrevista de forma anónima, y, la devolución de la información que implica compartir los resultados con las participantes de la misma.

12 Diego Puente, «Las visitas a las cárceles quedan suspendidas por completo», *El Comercio*, 17 de marzo de 2020, párr. 1.

Las entrevistas se estructuraron a partir de las categorías obtenidas de la articulación de las Reglas Bangkok y el enfoque de salud colectiva. Las interrogantes se clasificaron en servicios de salud y condicionantes de la salud. Los servicios de salud comprenden la prevención, atención y tratamiento en servicios de salud física y mental. Los condicionantes de salud se integran por elementos como: agua y alimentación, higiene, infraestructura y hacinamiento y violencia.

El trabajo se ha estructurado en tres capítulos. En el primero, se realiza una aproximación teórica a la definición de políticas penitenciarias y se establece su rol en la salud de las MPL. A continuación, se exponen los principales problemas de salud de las mujeres en general, y de las MPL en particular. Posteriormente, se revisan los principales aportes de los enfoques de derechos humanos, género y salud colectiva en las políticas penitenciarias. Seguidamente, se analiza cómo instrumentos normativos internacionales de derechos humanos y nacionales conciben el derecho a la salud de las MPL. Por último, se revisa el alcance de la acción de *habeas corpus* frente a situaciones especiales de salud de las PPL.

En el segundo capítulo, se analiza la manera como se entiende la salud de las MPL en los Planes Nacionales de Desarrollo, las Agendas Nacionales de Mujeres, y el Ministerio de Salud Pública. Seguidamente, se ubican las categorías específicas de la salud y vinculadas a la salud que permiten explicar cómo el derecho humano a la salud es garantizado integralmente a las MPL en los CRS. Posteriormente, se examina si en lo formal el MGP considera los enfoques de derechos humanos, género y salud colectiva. A continuación, a partir de las entrevistas realizadas a MPL y al personal de salud se analiza si la implementación del MGP permite materializar el derecho humano a la salud integral de las MPL. Finalmente, se revisa si la salud de las MPL es considerada en las políticas penitenciarias, acciones de protección, *amicus curiae*, sentencias y dictámenes que han surgido para afrontar la pandemia de COVID-19.

En el tercer capítulo, se proponen lineamientos de política pública con enfoque en derechos humanos, género y salud colectiva. A continuación, se realiza la matriz de análisis de actores. Posteriormente, se plantean estrategias de exigibilidad política y jurídica. Por último, constan las conclusiones y la bibliografía.

CAPÍTULO PRIMERO

EL DERECHO HUMANO A LA SALUD DE LAS MPL

En este primer capítulo se presenta una aproximación teórica sobre el significado y alcance de las políticas penitenciarias para el ejercicio del derecho a la salud. Para ello, se determinan los principales aportes que los enfoques de derechos humanos, género y salud colectiva realizan a estas políticas. Enseguida, se plantea la articulación de los enfoques para una comprensión integral de las políticas penitenciarias dirigidas a garantizar la salud de las mujeres al interior de los CRS. Finalmente, se expone el marco jurídico nacional e internacional que regula la situación de salud de las MPL.

LA SALUD DE LAS MUJERES EN LAS POLÍTICAS PENITENCIARIAS

La Constitución de la República del Ecuador de 2008 establece que las políticas públicas se orientarán a hacer efectivos los derechos, y a desarrollar de manera progresiva el contenido de los mismos.¹³ Estas constituyen el conjunto de decisiones, objetivos, estrategias y acciones que implementa el Estado para garantizar los derechos humanos,

13 Ecuador, *Constitución de la República del Ecuador*, Registro Oficial 449, 20 de octubre de 2008, arts. 85 y 11.

y para solucionar los problemas públicos considerados prioritarios. Se vinculan así las necesidades sociales con una planificación política en el mediano y largo plazo.¹⁴

Específicamente, las políticas penitenciarias son «actividades o acciones que las autoridades públicas en el ámbito penitenciario realizan para resolver y dar respuesta a las múltiples necesidades, intereses y preferencias de las PPL, con el fin de promover, proteger y hacer efectivos sus derechos humanos fijados en la Constitución y en los Tratados Internacionales».¹⁵ Entonces, las políticas penitenciarias deben viabilizar el cumplimiento de la obligación estatal de rehabilitar integralmente y reinsertar socialmente a las PPL.

Para Alexandra Zumárraga, los requisitos indispensables para lograr una efectiva rehabilitación social son: integridad personal, salud, educación y trabajo. Sin embargo, la autora posiciona el derecho a la salud como trascendental para el ejercicio de otros derechos, ya que solo si las PPL gozan de un buen estado de salud podrán participar activamente en las actividades educativas, laborales y recreacionales que ofrecen los CRS. Siendo así, sin políticas penitenciarias que garanticen el derecho a la salud es imposible la rehabilitación social.¹⁶

Siguiendo a Patricia Pérez (2018), los sistemas penitenciarios no han sido una prioridad para las políticas públicas, menos aún, las MPL quienes constituyen una minoría en los CRS. Tradicionalmente, las políticas públicas penitenciarias han pretendido ser imparciales y establecer un tratamiento igualitario para todas las PPL sin distinción alguna de género. Sin embargo, formular políticas penitenciarias «neutras», es incurrir en un sesgo androcéntrico, ya que se invisibilizan las distintas

14 Ecuador Defensoría del Pueblo, 2016, citado en Ecuador Defensoría del Pueblo, «Enfoque de Derechos en las Políticas Públicas de Servicios Públicos Domiciliarios» (Quito: Defensoría del Pueblo de Ecuador, 2018), 6, <https://n9.cl/i4gjj>.

15 Carlos Iza, «Los privados de libertad y la falta de políticas de rehabilitación y reinserción social integral» (tesis de pregrado, Universidad Central del Ecuador, 2014), 13, <https://n9.cl/wzdog>.

16 Alexandra Zumárraga, citada en Nadia Núñez, «Incumplimiento del principio de rehabilitación social y su incidencia en las personas privadas de libertad ¿De victimarios a víctimas?» (tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, 2018), 27-30.

necesidades especiales de las reclusas, y la cárcel se convierte así en un espacio de vulneración femenina.¹⁷

En este sentido, concretar el derecho humano a la salud de las mujeres en los CRS constituye un reto para las políticas penitenciarias, pues se requiere interrelacionar género, salud y privación de libertad; e incorporar las especificidades y necesidades reales de las internas. Solo así se evita que las reclusas, a más de sobrellevar el peso de las políticas criminales represivas, deban tolerar la ausencia de políticas públicas sociales inclusivas. El derecho a la salud debe ser garantizado tanto a las mujeres intramuros como a aquellas que no están privadas de su libertad; de lo contrario, se estaría acentuando el papel de la cárcel como un agente discriminador de género.¹⁸

En general, la salud de las mujeres tiende a deteriorarse por aspectos biológicos y sociales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2009), la salud de las mujeres es afectada principalmente por enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, pulmonares, de transmisión sexual, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mamas, cataratas y depresión.¹⁹ En la salud física influyen procesos biológicos como el ciclo menstrual y la menopausia. Por ejemplo, las pérdidas menstruales se encuentran consideradas entre las principales causas de anemia en las mujeres.²⁰ Asimismo, en este período, la higiene es imprescindible para prevenir infecciones en la zona íntima.²¹

-
- 17 Patricia Pérez, «Mujer, cárcel y desigualdad: El caso chileno» (tesis de maestría, Universidad de Valparaíso, 2018). 1-3, <https://www.unilim.fr/trahs/788&file=1>.
 - 18 Bárbara Sordi, Renata Dotta y Aline Mattos, «¿Privarlas de libertad es privarlas de salud? Interlocuciones entre género, salud pública y prisión a partir de la experiencia de un equipo de atención básica», *Papers* 102, n.º 2 (2017), [file:///D:/USER/Downloads/321462-Text%20de%201'article-457719-1-10-20170508%20\(1\).pdf](file:///D:/USER/Downloads/321462-Text%20de%201'article-457719-1-10-20170508%20(1).pdf).
 - 19 Organización Mundial de la Salud (OMS), «Las mujeres y la salud. Los datos de hoy la agenda de mañana», Organización Mundial de la Salud, 2009, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70121/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf?sequence=1.
 - 20 Pilar Zazo, Mercedes Rubert, Ángel Alberquilla y Concepción de la Piedra, «Anemia ferropénica en la premenopausia», *Elsevier*, 52, n.º 7 (2020), <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-anemia-ferropenica-premenopausia-S0212656719304937>.
 - 21 Marcia López, Felipe Ubilla, Cristian Morales, Pedro Zitko, Viviana Burgos y Angélica Rivera, «Hábitos higiénicos vulvo-vaginales de consultantes

Por otro lado, con relación al ámbito sociocultural la salud de las mujeres se ve afectada por la triple jornada laboral. Se exige la inserción de las mujeres al mercado laboral remunerado; sin embargo, no se las ha dejado de considerar como las principales responsables del cuidado del hogar y de la crianza de los hijos. De este modo, responder cabalmente a estas obligaciones implica sacrificar su salud, ya que el exceso de tareas físicamente representa un desgaste, lo que genera estrés, frustración, depresión, entre otros.²²

Las MPL se exponen a eventuales infecciones genitourinarias, agobio, claustrofobia y ansiedad.²³ A esto se suma el que, por lo general, por ser minoría en el Sistema de Rehabilitación Social (SRS), son hacinadas en CRS o pabellones con edificaciones adaptadas que no han sido diseñadas considerando el factor género para su construcción.²⁴ Esto resulta preocupante si se considera que el hacinamiento «afecta el bienestar físico y mental de las PPL, ya que genera tensión y violencia, exacerba los problemas de salud mental y física existentes y aumenta el riesgo de transmisión de enfermedades contagiosas».²⁵

Acerca de la salud mental, al interior de los CRS se enfrentan a una triple sanción: penal, social y moral, puesto que el delito no es una acción socioculturalmente aceptada para las mujeres, y al perpetrarlo quebrantan las leyes jurídicas, pero también las normas establecidas para su género.²⁶ Ello genera dos efectos: primero, sufren crisis de identidad,

ambulatorias en gineco-obstetricia», *Rev Chil Obstet Ginecol*, 80, n.º 4 (2015), <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v80n4/art02.pdf>.

- 22 Palomino, Grande y Linares, *La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI*, 12.
- 23 Centro de Estudios Latinoamericanos sobre Inseguridad y Violencia (CELIV), *Contextos de encierro en América Latina: Una lectura con perspectiva de género* (Buenos Aires: CELIV, 2016), 16-8, <http://celiv.untref.edu.ar/descargas/contextos-de-encierro-de-america-latina.pdf>.
- 24 Carmen Antony, «Panorama de la situación de las mujeres privadas de libertad en América Latina desde una perspectiva de Género. Violaciones de los Derechos Humanos de las mujeres privadas de libertad». Congreso Mujeres México, Ciudad de México, 28 y 29 de abril de 2003, 4, <https://n9.cl/h4dvw>.
- 25 ONU, «Manual sobre estrategias para reducir el hacinamiento en las prisiones», ONU, 2014, n.º 24, https://www.unodc.org/documents/congress/backgroundinformation/Prison_Reform/UNODC_HB_on_Overcrowding_ESP_web.pdf.
- 26 Andrea Aguirre, «Situación de las mujeres privadas de libertad», en *Horizonte de los derechos humanos Ecuador 2012*, ed. Gina Morela Benavides Llerena y Gardenia

ya que el acto delictivo transgrede la socialización sobre el «deber ser» de las mujeres. Segundo, las familias las abandonan en los CRS, evitan visitarlas y lidiar con la humillación y deshonra de una «mala mujer».²⁷ Estas situaciones terminan por generar en ellas trastornos mentales tales como la depresión y ansiedad.

Así también, el papel central que tiene la maternidad en la definición de las mujeres actúa como un factor opresivo para quienes se encuentran privadas de libertad, ya que deben lidiar con la posibilidad de suspender su capacidad de custodiar y tutelar a sus hijos o, por el contrario, deben cuidar de ellos incluso en la cárcel.²⁸ Si en observancia a las normas o por decisión, las mujeres no cumplen su condena junto a sus hijos, se presenta el riesgo de que sufran de depresión y ansiedad por su separación. Si, por el contrario, sus hijos las acompañan en los CRS, las mujeres sacrificarán su salud y subsistencia por la de sus hijos, que podría conllevar incluso a ceder hasta su alimento si es necesario.

Finalmente, tanto las mujeres libres como las privadas de libertad, se exponen a ser víctimas de discriminación y violencia por el hecho de ser mujeres. Ello debido a patrones de género que abarcan estructuras patriarcales y las sitúan en una posición subordinada respecto de los hombres.²⁹ La violencia contra las mujeres constituye un problema de salud pública, ya que tiene consecuencias en el bienestar físico, mental y sexual. Entre estas, se identifican lesiones corporales, huesos rotos y quemaduras; mentales, como la depresión, intentos de suicidio y estrés postraumático; y, en lo sexual y reproductivo, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.³⁰

Chávez Núñez (Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador-Programa Andino de Derechos Humanos, 2013), 8.

27 Marcela Lagarde, *Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas* (Coyoacán: Universidad Nacional Autónoma de México, 2005), 683-4.

28 *Ibid.*, 678.

29 Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (CONAVIM), *Glosario de términos sobre violencia contra la mujer*, n.º 121, http://cedoc.inmujeres.gob.mx/lgamv/v/conavim/glosario_conavim.pdf.

30 OMS y Organización Panamericana de la Salud (OPS), «Violencia contra la mujer un tema de salud prioritario», OMS / OPS, 1998, n.º 2, https://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf.

APORTES DESDE EL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

Según Joaquín Herrera Flores (2007), los derechos humanos «son procesos; es decir, el resultado siempre provisional de las luchas que los seres humanos ponen en práctica para poder acceder a los bienes materiales e inmateriales necesarios para la vida». ³¹ Los bienes exigibles para la vida son la antesala de los derechos humanos, las luchas sociales propenden al reconocimiento de estos bienes como derechos. La finalidad es dotar a las personas de instrumentos jurídicos, políticos o económicos para posibilitar la construcción de condiciones para una vida digna. Ello comprendería, vivir en autonomía contando con la posibilidad de diseñar un plan o proyecto de vida personal, disponer de condiciones materiales de existencia, y vivir sin humillaciones. ³²

El enfoque de derechos humanos plantea que los individuos deben reivindicar sus legítimas aspiraciones, reconocerse, asumirse y ser considerados como sujetos de derechos. ³³ Según Claudia Giménez y Xavier Valente, este enfoque contempla las especificidades de los grupos más vulnerables de la población evitando establecer criterios homogéneos a realidades heterogéneas. Este enfoque toma en consideración las características de los derechos en las políticas públicas como son: universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. ³⁴ En este mismo sentido, siguiendo a Van Hoof, el enfoque basado en derechos al reconocer que las personas tienen derechos que pueden exigir, da origen a las obligaciones de respetar, proteger, garantizar y promover los derechos. ³⁵

31 Joaquín Herrera, *La reinención de los derechos humanos* (Andalucía: Atrapasueños, 2007), 22.

32 Corte Constitucional de Colombia, «Sentencia del 17 de octubre de 2002 (Sentencia T-881/02: Principio de Dignidad Humana)», *Principio de Dignidad Humana*, 17 de octubre de 2002, párr. 1, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/T-881-02.htm>.

33 Universidad del Rosario, «La discapacidad desde el horizonte de los derechos humanos», *Universidad del Rosario* (2007): 4, <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/5aed0de6-1256-44a0-84e3-bf4fb920b244/content>.

34 Claudia Giménez y Xavier Valente, «El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas: ideas para un debate en ciernes», *Cuadernos del CENDES* 27, n.º 74 (2010): 9, <https://www.redalyc.org/pdf/403/40316176004.pdf>.

35 Ecuador Defensoría del Pueblo, «Enfoque de Derechos en las Políticas Públicas de Servicios Públicos Domiciliarios (Quito: Defensoría del Pueblo de Ecuador, 2018), 7, <https://n9.cl/i4gjj>.

Entonces, adoptar el enfoque de derechos humanos en las políticas públicas significa partir del reconocimiento de la dignidad de las personas, y considerarlas como sujetos de derechos. Realizar análisis de poder y ubicar a los sectores oprimidos para restituirles su poder. Valorar las diferencias para alcanzar la igualdad material. Así también, considerar la responsabilidad estatal como elemento fundamental para el cumplimiento de sus obligaciones.

A lo ya señalado, Antonio González añade otro componente del enfoque de derechos en las políticas públicas «la participación de la sociedad, y en particular de aquella más discriminada, en la definición de los principales problemas, necesidades y déficit de derechos, el diseño, monitoreo y evaluación de las políticas».³⁶ Ciertamente, es importante incorporar la participación social en la formulación y evaluación de las políticas, pues los aportes de los titulares de derechos, son indispensables para orientarla la materialización efectiva de sus derechos.

Siguiendo a Carlo Pardo, el enfoque de derechos humanos en las políticas penitenciarias implica basar las políticas penitenciarias en las normas de derechos humanos. Asumir que las PPL son titulares de derechos y responsabilizar al Estado por la humanización de los CRS.³⁷ Entonces, al interior de los CRS las PPL deben ser tratadas con igual respeto que todo ser humano. Basar las políticas penitenciarias en los instrumentos de derechos humanos permite establecer parámetros mínimos que deben servir como referencia al Estado para garantizar efectivamente una vida digna a este grupo de atención prioritaria.

APORTES DESDE EL ENFOQUE DE GÉNERO

No existe una única definición de género; para Judith Salgado este puede ser entendido como una categoría de análisis. El género estudia las relaciones de poder basadas en la diferencia sexual; la subordinación, desigualdad y opresión de la que son víctimas las mujeres; la desvalorización e inferiorización de lo femenino frente a lo masculino; el

36 Antonio González, «Políticas públicas con enfoque de derechos humanos: Una propuesta para su conceptualización», *Aportes Andinos*, n.º 23. (2008).

37 Carlos Pardo, *Políticas públicas y derechos humanos en las cárceles colombianas* (Bogotá: Universidad Católica de Colombia, 2008), 30.

androcentrismo; la dicotomía público–privado; y la construcción social asentada en la jerarquización sexual.³⁸

El género es una categoría relacional o un concepto útil para analizar los nexos asimétricos de poder que se producen basándose en el sexo. A través del género es posible desnaturalizar las esencialidades y roles atribuidos a las personas a partir de su anatomía; proceso en el cual las mujeres han sido las menos favorecidas, ya que el poder de los varones se ha configurado como el eje de la organización social, política, económica, familiar y más.

Según Evangelina García, las políticas públicas con enfoque de género cuentan con tres faros orientadores: los derechos, la diversidad y el empoderamiento. Las políticas públicas se deben orientar a garantizar el pleno ejercicio de los derechos a partir de los compromisos asumidos por el Estado. La diversidad considera las diferencias existentes en la población con el objetivo de lograr la equidad e igualdad. El empoderamiento se refiere a la libertad de tomar decisiones sobre los asuntos que afectan directamente a la persona.³⁹

En este sentido, integrar el enfoque de género en las políticas públicas implica considerar las prerrogativas establecidas en el ordenamiento jurídico nacional y en los instrumentos internacionales de derechos humanos. Reconocer que en una misma persona se pueden intersecar distintas categorías que operan privilegiándola u oprimiéndola; y, justamente es en respuesta a ello que se deben atender los requerimientos específicos de los distintos grupos poblacionales; y, fortalecer la autonomía que es la facultad que tiene una persona para elegir y actuar basándose en su propio criterio.

38 Judith Salgado, «Género y derechos humanos», *Foro: Revista de Derecho*, n.º 5 (2006).

39 Evangelina García, «Políticas públicas con perspectiva de género: Contribución a su despeje doctrinario, conceptual y metodológico», Primer Seminario de Cultura Institucional (Ciudad de México: Instituto Nacional de las Mujeres, 2016), 25–7, <https://n9.cl/zfezd>.

Gráfico 1. Enfoque de género en las políticas públicas



Fuente y elaboración: Evangelina García, 2016.

Incorporar el enfoque de género en las políticas penitenciarias conlleva: garantizar efectivamente los derechos de las MPL; reconocer que los CRS no son espacios neutrales, sino que reflejan la experiencia particular y las necesidades de los varones; y, atender los requerimientos específicos y las vulnerabilidades específicas de las mujeres y su diversidad.⁴⁰ Aplicar la perspectiva de género en las políticas penitenciarias implica reconocer que, debido al contexto social de subordinación de las mujeres, la prisión tiene un impacto más severo en sus vidas; y por ello recibir un tratamiento igualitario al de los hombres no es necesariamente justo.

APORTES DESDE EL ENFOQUE DE SALUD COLECTIVA

La salud tradicionalmente ha sido concebida desde el enfoque biomédico como el resultado de procesos internos individuales. La postura crítica de salud colectiva considera a la salud como la consecuencia de las relaciones sociales.

La OMS, como parte de la estructura de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), define a la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente [como] la ausencia de

40 Astrid Sánchez, Leonardo Rodríguez, Gustavo Fondevila y Juliana Morad, *Mujeres y prisión en Colombia. Desafíos para la política criminal desde un enfoque de género* (Bogotá: Centro de Investigación y Docencia Económica de México / Pontificia Universidad Javeriana / Comité Internacional de la Cruz Roja Colombia, 2018), 30, file:///D:/USER/Downloads/mujeres_y_prision_en_colombia.pdf.

afecciones o enfermedades». ⁴¹ Esta definición es ahistórica y apolítica; introduce en su definición la expresión completo bienestar; sobre la cual no existe un consenso universal, y hasta cierto punto resulta utópica. Formalmente se menciona que la salud va más allá de la ausencia de enfermedades; pero, en el fondo en esta acepción continúa imperando el modelo biomédico, pues, no considera los contextos sociales, económicos ni políticos, así como tampoco las diversidades entre los grupos sociales. Siendo así, ciertos grupos permanecen invisibilizados o relegados frente a otros.

Según Masfret Colom, el modelo biomédico «se centra en la enfermedad, en recuperar las constantes vitales y el buen funcionamiento del cuerpo, se centra en las dificultades biológicas, el entorno ejerce poca influencia, todo gira alrededor de la enfermedad». ⁴² Para el enfoque biomédico el cuerpo es considerado como el conjunto de partes, que al descomponerse deben ser reparadas. Los profesionales de la salud entran en escena después de que se ha producido la enfermedad, y cumplen un rol meramente técnico.

Siguiendo a Carlos Madariaga, el enfoque biomédico resulta reduccionista, y sus principales limitaciones son: la preeminencia de lo individual por sobre lo colectivo, de los fenómenos biológicos por sobre los sociales, de las acciones curativas por sobre las preventivas y, de la atención clínica por sobre la intervención comunitaria. ⁴³ Entonces, el enfoque biomédico reduce al ámbito biológico el origen de las enfermedades, dejando de lado el aspecto social; se centra en curar la enfermedad, no en abordar integralmente a la persona y su entorno; y, se prioriza la atención médica, en lugar de prevenir la configuración de sociedades malsanas que enferman a múltiples personas.

41 Conferencia Sanitaria Internacional, *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, 7 de abril de 1948, https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

42 Dolors Masfret Colom, «Modelos de Trabajo Social Sanitario. La gestión y la clínica», citado en Rebeca Juesas, Moisés Álvarez, Benito Otero y Beatriz García, «La importancia del Modelo Biopsicosocial frente Al Modelo Biomédico en el Trabajo Social Sanitario», *Ocronos*, 6 de febrero de 2020, <https://revistamedica.com/modelo-biopsicosocial-biomedico-trabajo-social-sanitario/>.

43 Carlos Madariaga, «Interculturalidad, salud y derechos humanos: Hacia un cambio epistemológico», *Reflexión*, n.º 36 (2008): 1, <http://www.cintras.org/textos/reflexion/r36/interculturalidad.pdf>.

En contraste, siguiendo a Pedro Palomino, María Grande y Manuel Linares el enfoque de salud colectiva entiende a la salud como un sistema en el que interactúan tres categorías: En la primera «se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan su salud de carácter no modificable. [...] [En la segunda] los determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, que son influenciados por la comunidad y las redes sociales [...] [como las] condiciones de vida, trabajo, alimentos y servicios básicos. [...] [Posteriormente se encuentran] las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales».⁴⁴

La salud colectiva puede definirse como la interrelación existente entre la sociedad y sus formas de reproducción, con los modos de vivir de los grupos que integran esta sociedad, y los individuos pertenecientes a dichos grupos. Básicamente, esta visión conecta lo social y lo biológico, y complejiza el estudio del fenómeno salud-enfermedad, superando la tendencia a estudiar solo las enfermedades en las personas, y reemplazándola por un análisis integral que visibiliza las causas sociales que las originan.

El enfoque de salud colectiva no se centra únicamente en la reparación de la enfermedad, sino que aborda dimensiones sociales e individuales que se relacionan entre sí. En suma, hablar de salud implica referirse a la organización social, a la naturaleza, a las condiciones de vida, a la desigualdad social, y más. Por ende, la salud no es un hecho individual, sino colectivo y, en este sentido, el estado de salud de una persona depende también de la articulación social.

Para Juan Fernando Terán, formular políticas públicas con enfoque de salud colectiva implica: Concebir la salud desde una perspectiva social, colectiva e individual. Asumir como punto de partida las necesidades de la comunidad. Y, emprender acciones en ámbitos no sanitarios para aumentar más vida a los años.⁴⁵

44 Pedro Palomino, María Grande y Manuel Linares, «La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI», *Revista Internacional de Sociología*, n.º 72 (2014): 72-8, <https://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/587/607>.

45 Juan Fernando Terán, «Pensando lo público con la lógica de la salud colectiva: Hacia una mayor calidad de vida desde la agricultura ecológica» (2020): 1-3.

Por consiguiente, formular políticas públicas con enfoque de salud colectiva significa considerar los contextos determinantes que influyen en el proceso salud-enfermedad. Situar como base las necesidades ciudadanas, atendiendo especialmente los requerimientos específicos de las personas que son directamente afectadas por las políticas. Reconocer que el área de acción no se limita exclusivamente a servicios de atención sanitaria. E involucrar a varios sectores en la salud para lograr el bienestar integral.

Ahora bien, según Mónica Lopera y Jeniffer Hernández la situación de salud que viven las PPL trasciende el fenómeno biomédico de salud-enfermedad. Deben ser entendidas como el resultante de la interacción entre los determinantes estructurales, institucionales y personales; y atender las necesidades de salud, así como los factores ligados a las condiciones propias del confinamiento.⁴⁶

Al interior de los CRS, la salud colectiva comprende: en lo general, que la estructura socioeconómica, que se basa en la acumulación de riqueza, lo cual genera grupos excluidos, entre estos las PPL para quienes las autoridades de turno determinan políticas segregativas. En lo particular, que la sociedad carcelaria se constituye por un sistema de relaciones de poder que diferencia entre grupos fuertes y débiles. La salud de estos grupos es determinada principalmente por los siguientes condicionantes: la alimentación, el encierro y la falta de actividad física, la continuidad de los vínculos interpersonales, la continuidad de estudios formales o informales, la configuración de la identidad, y la relación con el entorno. Y en lo individual, los factores biológicos y la historia personal de las PPL.⁴⁷

Al conectar las tres categorías de la salud colectiva con los principales condicionantes de la salud de las PPL, se evidencia la importancia

46 Mónica Lopera y Jeniffer Hernández, «Situación de salud de la población privada de la libertad en Colombia. Una revisión sistemática de la literatura», *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 19, n.º 0 (2020): 6.

47 Unión Europea, Presidencia, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Programa de Justicia e Inclusión, *Programa de Capacitación en Prevención y Atención de Salud en Centros de Privación de Libertad. Guía Docente Orientación a los Equipos de Salud en Atención en Centros de privación de libertad*, 69-73, <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/ORDEN%20GUIA%20DOCENTE%20EQ%20SALUD%20Y%20ANEXOS.pdf>.

de: Reconocer que la salud en los espacios de confinamiento tiene sus propias especificidades; optimizar las condiciones de vida en las cuales se cumplen las condenas; y superar la idea de que la salud al interior de los CRS se reduce a un asunto de acceso a atención médica.

Finalmente, siguiendo a Laura Ordoñez y Claudia Cortés, las políticas de salud con enfoque colectivo dirigidas a mujeres en prisión deben evitar la individualización, y comprender que los efectos que sufren derivan de problemas sociales y estructurales, que vinculan las desigualdades de género, clase y raza, entre otras categorías de diferenciación.⁴⁸ Implementar el enfoque de salud colectiva en los pabellones de mujeres de los CRS implica reconocer que la salud de las internas deriva de la estructura de la sociedad, en la cual las diferentes identidades de una persona, entre ellas la sexogenérica, actúan facilitando u obstaculizando su acceso a este y otros derechos.

ARTICULACIÓN DE ENFOQUES

Los aportes de los enfoques de derechos humanos, género y salud colectiva en las políticas penitenciarias son claves en el análisis de la situación de salud de las MPL. Los tres enfoques coinciden en que los grupos en situación de mayor vulnerabilidad deben ser empoderados, para lo cual es imprescindible asumir como punto de partida de las políticas a los titulares de los derechos. Entonces, interconectar estos tres enfoques en las políticas penitenciarias dirigidas a garantizar la salud de las MPL, implica considerar a las internas como sujetas de derechos y ubicarlas como el eje o centro de su diseño, formulación e implementación.

Los enfoques de derechos humanos y de género concuerdan en que las políticas públicas deben basar sus contenidos en las normas establecidas en el ordenamiento jurídico interno, y en las normas internacionales de derechos humanos; ello permite determinar condiciones mínimas en las cuales los Estados deben materializar los derechos. Siendo así, las políticas penitenciarias concernientes a la salud de las MPL, deben cimentarse en los cuerpos jurídicos nacionales y en las

48 Laura Ordoñez y Claudia Cortés, «Medicalización psiquiátrica en tres prisiones femeninas brasileras: Un abordaje etnográfico sobre los itinerarios de criminalización, patologización y farmacologización», *Salud colectiva*, n.º 16 (2020): 1-16.

normas internacionales relativas a los derechos de las mujeres, las PPL y la salud.

Los tres enfoques coinciden también en que es indispensable que las políticas públicas atiendan los requisitos específicos de los destinatarios de las mismas. En este sentido, las políticas penitenciarias relativas a la salud de las internas deben contemplar las condiciones propias de la privación de libertad y las distintas categorías que se pueden presentar en la población objetivo.

Los tres enfoques muestran similitud en que el proceso de las políticas públicas debe ser participativo. En todas las etapas del ciclo de las políticas se deben considerar las posturas y perspectivas de los beneficiarios de las mismas. Siendo así, las opiniones de las propias MPL respecto a su derecho a la salud, debe ser tomada en cuenta en la formulación, implementación y evaluación de las políticas penitenciarias.

Una vez que se han revisado los puntos en los cuales coinciden los tres enfoques corresponde ahora indicar la forma en la cual se complementan; así, incorporar el enfoque de género en los derechos humanos y la salud colectiva implica cuestionar la aparente neutralidad de los derechos y de la salud, y reconocer que esta supuesta imparcialidad es representada por los varones y extrapolada a las mujeres. Por lo cual, es imperioso integrar la perspectiva de las mujeres a las normas jurídicas y políticas públicas.

Las políticas penitenciarias orientadas a garantizar la salud de las internas en los CRS deben considerar que, debido a la relación desigual de poder existente entre hombres y mujeres, la experiencia de privación de libertad es más opresiva para las mujeres, quienes al ser sentenciadas por un delito transgreden por completo todos los rasgos de la personalidad o de los comportamientos que se esperan de ellas. En palabras de Marcela Lagarde:

Hay aspectos específicamente genéricos que hacen más opresivo el hecho carcelario para las mujeres. Entre otros, la diferente significación de la prisión en la vida de hombres y mujeres. Aun cuando para ambos géneros la prisión tiene como consecuencia además del castigo, el desarraigo y la separación de su mundo, para las mujeres es mucho mayor, ya que la mayoría son abandonadas por sus parientes en la cárcel. Ser delincuente y haber estado en prisión, son también, estigmas mayores para las mujeres. Para los hombres, en cambio, puede ser un elemento de prestigio machista; sin

embargo, las mujeres ex convictas quedan estigmatizadas como malas, en un mundo que construye a las mujeres como entes del bien y cuya maldad es imperdonable e irreparable.⁴⁹

Asimismo, incluir la mirada de las mujeres en la salud implica reconocer que física y psicológicamente requieren valoraciones especializadas que asuman que los roles socioculturalmente asignados tienen incidencia en su situación de salud. Básicamente, el sometimiento que se encubre bajo la denominación de vocación de esposa-madre, o bajo los falaces atributos de la femineidad, sobreexigen a las mujeres comportamientos, pensamientos y hasta emociones que muchas veces terminan por perjudicar su salud.

Específicamente, al estudiar la salud de las MPL, una situación que se presenta con regularidad es que las investigaciones existentes solo se enmarcan en la salud maternoinfantil.⁵⁰ Este enfoque resulta insuficiente, ya que se asume a la salud de las internas únicamente como un vehículo para el logro de la salud de sus hijos e hijas, con lo que se insiste en la instrumentalización de la mujer en torno a la reproducción, la crianza y el cuidado.

Por otra parte, el enfoque de derechos humanos actúa reconociendo y garantizando a las MPL varios derechos específicos para mejorar sus condiciones de vida al interior de los CRS y evitar que sean víctimas de posibles abusos de poder. Se configuran así obligaciones para los Estados que deben ser cumplidas con especial atención a la categoría de MPL. De igual manera, este enfoque legitima las luchas de las internas por materializar su derecho a la salud para vivir en condiciones de dignidad, pero también exige que se eliminen los tratos discriminatorios que impiden que gocen de una salud integral.

En síntesis, los enfoques de derechos humanos, género y salud colectiva descifran relaciones de poder, que no se presentan de manera evidente. El enfoque de género cuestiona la objetividad o neutralidad de los derechos humanos y de la salud, y permite debatir la presencia de sesgos sexistas en su teorización y práctica. Se evidencia así la

49 Lagarde, *Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*, 676.

50 Chile Ministerio de Salud, «Programa Salud de la Mujer», 1997, 5, <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Programa-de-Salud-de-la-Mujer-1997.pdf>.

importancia de incluir la perspectiva de las mujeres en el análisis y la comprensión de distintas realidades, no como una mirada parcializada, sino como una forma de incluir sus voces en áreas tradicionalmente androcéntricas. Por otro lado, el enfoque de derechos humanos reconoce que las mujeres, pese a cualquier circunstancia, son sujetas de derechos, los cuales deben ser garantizados por el Estado; con particular atención, si existe una especial relación de dependencia del mismo, como es el caso de la privación de libertad.

MARCO NORMATIVO PARA LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD DE LAS MPL

El derecho humano a la salud de las MPL se encuentra reconocido en varios instrumentos internacionales de derechos humanos suscritos y ratificados por el Estado ecuatoriano, en la propia Constitución de la República del Ecuador, en leyes orgánicas, ordinarias, en otros instrumentos normativos, y en la jurisprudencia.

En cuanto a los instrumentos internacionales, el derecho humano a la salud se encuentra reconocido, entre otros, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y en el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos. El PIDESC define a la salud como: «el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental».⁵¹

El Sistema de la ONU dispone de los órganos de los tratados de derechos humanos, que son comités de expertos independientes, que, entre otras, tienen la función de interpretar el contenido de las disposiciones de derechos humanos en forma de observaciones generales.⁵² En este sentido, la Observación General n.º 14 relativa al art. 12 del PIDESC establece que, los elementos esenciales del derecho a la salud son la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. La

51 ONU Asamblea General, *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, 3 de enero de 1976, art. 12, A/RES/2200.

52 ONU Órganos de Tratados de Derechos Humanos, *Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*, 2007, párr. 21, <https://www2.ohchr.org/spanish/bodies/treaty/index.htm>.

disponibilidad indica que el Estado deberá contar con establecimientos, bienes, servicios y programas de salud, que incluyan servicios básicos, personal y medicamentos. La accesibilidad implica que la salud es garantizada a todos sin discriminación, lo cual comprende accesibilidad física y económica, y acceso a la información de salud. La aceptabilidad establece el respeto de la ética médica y a la cultura de las personas, así como la sensibilidad a los requisitos del género y el ciclo de vida. Por último, la calidad prescribe que para materializar el derecho a la salud se requiere personal capacitado, medicamentos y equipo hospitalario en buen estado y condiciones sanitarias adecuadas.⁵³

La Observación n.º 14 en mención amplía la comprensión del derecho a la salud, y de su revisión se desprenden tres puntos claves: Primero, que el Estado es responsable de brindar todas las facilidades posibles para garantizar el derecho a la salud de la población en general. Segundo, que, si bien los elementos esenciales del derecho a la salud se enfocan primordialmente en la atención médica, no se desconoce la relevancia de los factores determinantes básicos de salud. Y, tercero, que, al incorporar la sensibilidad de género como parte constitutiva de la aceptabilidad de salud, el Estado se compromete a comprender cómo los condicionantes sociales impactan en la salud de las personas y a tomar las medidas necesarias para que estos no limiten de su derecho a la salud.

Ahora bien, acerca de la salud de las PPL las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1995, establecen que los establecimientos penitenciarios deben contar con servicios médicos, psiquiátricos y odontológicos; mismos que se vincularán «íntimamente» con los servicios sanitarios generales. Los enfermos que requieran cuidados especiales serán trasladados a establecimientos penitenciarios especializados y hospitales. En los establecimientos para mujeres existirán instalaciones especiales para embarazadas y quienes acaben de dar a luz;

53 ONU Asamblea General Comité de derechos económicos, sociales y culturales, *Observación general n.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, 11 de agosto de 2000, n.º 12, E/C.12/2000/4.

además, para los niños se implementarán guarderías con personal calificado. El médico examinará a cada recluso apenas ingrese al CRS y tan frecuentemente como sea necesario, visitará a los enfermos, e inspeccionará regularmente la alimentación y actividad física de los reclusos, la calidad y aseo de las ropas y camas, y la higiene, aseo, calefacción, ventilación y alumbrado de los establecimientos carcelarios.⁵⁴

De la revisión de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos es posible determinar que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar la salud de las PPL, y que la materialización de este derecho se debe realizar en coordinación con las instituciones nacionales encargadas de la salud. Por otro lado, la presencia de profesionales de la salud en el contexto carcelario es una obligación estatal ineludible, el médico no solo brinda atención y tratamiento; sino que, además, tiene el rol de garantizar que las PPL vivan en condiciones de salud óptimas. Finalmente, las Reglas se refieren a la salud de las MPL; pero lo hacen únicamente en consideración de su rol de madres, e ignoran sus requerimientos específicos más allá de esta función.

Ahora bien, específicamente sobre las MPL Las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas, conocidas como las *Reglas Bangkok*, indican que, a toda reclusa que ingrese al CRS se le debe practicar un reconocimiento médico que comprenda un examen exhaustivo, con el fin de determinar sus necesidades básicas de atención de salud física, mental, sexual, reproductiva, relativa a adicciones, y a toda forma de violencia de la que haya sido víctima antes de su ingreso.⁵⁵ Este instrumento establece también que la atención en salud mental deberá ser individualizada, sensible al género, y habilitada para el tratamiento de traumas.⁵⁶ Además, enfatiza en la sensibilización del personal penitenciario.⁵⁷ En la prevención, atención y tratamiento de

54 ONU Asamblea General Consejo Económico y Social, *Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos*, 1955, n.º 22-6, 663C (XXIV).

55 ONU Asamblea General, *Reglas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes o Reglas de Bangkok*, 16 de marzo de 2011, reglas 6-7, <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/bangkokrules.aspx>.

56 *Ibíd.*, reglas 12-13.

57 *Ibíd.*

lesiones autoinfligidas, suicidio, toxicomanía, enfermedades de transmisión sexual, cáncer de cuello uterino y cáncer de mamas.⁵⁸

Sobre el derecho a la salud de las PPL la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) estipula que, al privar de libertad a una persona, el Estado adquiere un nivel especial de responsabilidad con la misma, y se constituye en garante de sus derechos. Por ello, considera que las dificultades económicas de los Estados, no los exenta de sus obligaciones con las PPL.⁵⁹

Para la CIDH, los principales problemas de salud en las cárceles de la región son: ausencia de personal, falta de elementos básicos para la prestación de servicios de salud, y falta de procedimientos claros y eficaces.⁶⁰ Frente a ello recomienda: implementar políticas públicas que aseguren la salud de las PPL, adoptar medidas presupuestarias, implementar mecanismos de supervisión externos a los servicios de salud de los CRS, y, asegurar la gratuidad de los servicios de salud.⁶¹ Específicamente, sobre las mujeres reclusas la Comisión determina que los Estados deben satisfacer sus necesidades particulares de salud.⁶²

Por consiguiente, el Estado es el responsable directo de velar por la salud de las PPL; quienes, en razón del encierro, se encuentran imposibilitadas de emprender acciones para garantizar su propio bienestar. Siendo así, el Estado debe adoptar todas las medidas necesarias para que las condiciones sanitarias del centro sean óptimas, y la atención médica oportuna y de calidad.

Específicamente sobre la salud de las mujeres, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), condena toda forma de discriminación, exclusión o restricción basada en el sexo, que tenga por objeto o resultado anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos de las mujeres; e insta a los Estados a adoptar las medidas necesarias para eliminar la

58 *Ibíd.*, reglas 14-18.

59 OEA Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*, 31 de diciembre de 2011, párr. 525-35, OEA/Ser.L/V/II. Doc.64.

60 *Ibíd.*, párr. 536.

61 *Ibíd.*, párr. 575.

62 *Ibíd.*, párr. 525-35.

discriminación contra la mujer.⁶³ En la esfera de la atención médica se exhorta a los Estados a asegurar el acceso a los servicios de atención médica a las mujeres en condiciones de igualdad con los hombres; asimismo, se insta a garantizar una nutrición adecuada y servicios apropiados durante el embarazo parto y período de lactancia.⁶⁴

Lograr la igualdad entre hombres y mujeres es indispensable para el ejercicio efectivo de los derechos humanos; sin embargo, en distintos ámbitos de la sociedad las mujeres son consideradas como ciudadanas de segunda categoría; por ello, los Estados tienen el deber de erradicar todo tipo de discriminación contra ellas. La CEDAW establece que las mujeres deberán recibir atención médica en condiciones de igualdad a los hombres; y únicamente se consideran sus requerimientos específicos en el período de embarazo y lactancia. La cuestión es que, si bien las mujeres en muchos casos se enfrentan a las mismas enfermedades que los varones, no las experimentan de forma igualitaria; debido a esto, sus requerimientos específicos de atención médica deberían considerarse durante todo el ciclo de vida, y no exclusivamente en el período de gestación, ello además sin contar con que existen enfermedades que afectan únicamente a las mujeres. Entonces, se debe tener cuidado al incluir el enfoque de igualdad en la salud, evitando que este no actúe invisibilizando los requerimientos específicos de las personas.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará) afirma que esta acción constituye una violación de derechos humanos, y la entiende como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer; puede ser perpetrada por cualquier persona, o por el Estado, y puede ocurrir en cualquier lugar.⁶⁵ A partir de la Convención de Belem do Pará es posible señalar que las mujeres tienen derecho a vivir una vida libre de violencia, en todo lugar y bajo cualquier circunstancia. Este

63 ONU Asamblea General, *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, 3 de septiembre de 1981, art. 1, <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>.

64 *Ibíd.*, art. 12.

65 OEA Comisión Interamericana de Mujeres, *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer*, 28 de marzo de 1996, arts. 1-2, <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/BelemDoPara-ESPANOL.pdf>.

instrumento permite además considerar a los CRS como instituciones en las cuales se puede producir violencia contra la mujer. Se debe tener presente que, al privar a una persona de su libertad, esta adquiere una especial relación de dependencia con el Estado; por ende el Estado adquiere un poder de incidencia supremo en la vida de las MPL, toda decisión que las autoridades tomen sobre el tratamiento de las internas, por más baladí que parezca, terminará por beneficiarlas o violentarlas. Entonces, las cárceles pueden ser espacios de rehabilitación, pero también lugares donde se ejerce violencia contra las mujeres.

Ahora bien, de la revisión de la CEDAW y Convención de Belem do Pará es posible afirmar que todas las mujeres tienen derecho a vivir una vida libre de discriminación y de violencia; incluidas obviamente las MPL. La Convención de Belem do Pará no especifica la violencia contra las mujeres en cuanto a su salud integral, pero sí menciona que se puede perpetrar en cualquier establecimiento, incluidas las instituciones de salud, y como se analizó en el apartado que antecede también en los CRS. Por otro lado, la CEDAW menciona que la atención médica que reciban las mujeres debe ser igual a la de los varones, pero no desarrolla sus posibles requerimientos específicos de salud, a excepción claro está del período de gestación.

Concretamente, sobre la salud de las MPL, la Recomendación 35 sobre la violencia por razón de género del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer establece que, la discriminación contra la mujer está vinculada a otros factores que afectan sus vidas, uno de estos es obviamente la privación de libertad.⁶⁶ Así también se determina que el derecho a una vida libre de violencia por razones de género es indivisible e interdependiente del derecho a la salud y de la protección contra la tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes.⁶⁷ En este sentido, se señala que el Estado tiene, entre otras, la obligación de formular políticas públicas concretas y de proporcionar los recursos presupuestarios necesarios para este fin.⁶⁸

66 ONU Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), *Recomendación General Número 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer*, 26 de julio de 2017, párr. 12, file:///D:/USER/Desktop/5a2192294.pdf.

67 *Ibíd.*, párr. 15.

68 *Ibíd.*, párr. 26.

La Recomendación 35 reconoce que la situación de privación de libertad de las mujeres es un factor que incrementa su exposición a ser víctimas de discriminación. Esto quiere decir que la discriminación afecta de forma diferenciada a las mujeres a partir de las distintas condiciones que se presentan en sus vidas, incluso al interior de los CRS se pueden presentar distintas condiciones para las MPL. Además, se especifica que el derecho a la salud y a una vida libre de violencia van de la mano, la violencia contra la mujer es un asunto de salud pública, y privar a una mujer de su derecho a la salud es una forma de violencia. Por otro lado, la falta de recursos económicos no justifica incumplir con el derecho a la salud, pues en determinados casos se estarían incluso comprometiendo el derecho a la vida.

La Recomendación General n.º 24 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer determina que, es responsabilidad del Estado eliminar la discriminación contra la mujer con relación al acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo de vida.⁶⁹ Se amplía así su protección más allá del período de gestación y lactancia. Además, se estipula que las políticas que afecten la salud de las mujeres deben incluir la perspectiva de género y basarse en datos confiables sobre las enfermedades y condiciones que ponen en peligro su salud.⁷⁰ Asimismo, se establece que al materializar la salud de las mujeres se deben considerar aspectos biológicos como la menstruación y la menopausia; socioeconómicos, como relaciones desiguales de poder; psicosociales, como la depresión; y de ética médica, como el respeto a la confidencialidad.⁷¹

Esta misma recomendación reconoce que las mujeres tienen requerimientos específicos de salud a lo largo de toda su vida. Se establecen así derechos concretos, ya que el efectivo ejercicio de su derecho a la salud implica para el Estado la observancia de aspectos biológicos, socioeconómicos, psicosociales y éticos. Entonces, este instrumento obliga a los Estados a considerar la categoría de género en la formulación de políticas que incidan en la salud de las mujeres.

69 *Ibíd.*, párr. 2.

70 *Ibíd.*, párrs. 9 y 31.

71 *Ibíd.*, párr. 12.

Los aportes de las Recomendaciones n.º 24 y 35 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, y las Reglas para el Tratamiento de las Reclusas son claves para analizar el derecho a la salud de las MPL. La Recomendación n.º 24 y las Reglas Bangkok estipulan que es responsabilidad del Estado eliminar la discriminación contra la mujer en el ámbito de la salud, esta disposición implica considerar a la salud de las reclusas, tan importante como la salud de las mujeres que no se encuentran privadas de libertad.

Asimismo, los tres instrumentos posicionan a la salud como un derecho elemental en la vida de las mujeres. No se centran en los períodos de embarazo o lactancia, ni las consideran únicamente un medio para la salud del niño o niña que está por nacer, sino que se enfocan en enfermedades propias de las mujeres o en aquellas a las que se tienen mayor predisposición.

Los tres instrumentos indican, además, que las mujeres tienen requerimientos específicos de salud. Concretamente, se consideran aspectos psicológicos como la depresión, y biológicos como la menstruación, menopausia, enfermedades de transmisión sexual, cáncer de cuello uterino y de mamas. Identificar estas enfermedades le permite al Estado adoptar las medidas necesarias para prevenirlas, atenderlas y tratarlas oportunamente.

Otro punto importante en el que concuerdan estos instrumentos, es que consideran que las políticas públicas que afecten la salud de las mujeres deben incluir el enfoque de género. Ello garantiza que al menos formalmente las relaciones de poder que las mismas sobrellevan sean consideradas en el efectivo ejercicio de su derecho a la salud. No obstante, para materializar las políticas se requiere también de la asignación de los recursos económicos necesarios.

Por último, la Recomendación n.º 35 y las Reglas Bangkok vinculan directamente violencia y salud; se especifica que no es posible materializar el derecho a la salud sin una vida libre de violencia; pero también, que la violencia contra las mujeres es un problema de salud pública. Siendo así, las dependencias encargadas de atender la salud de las MPL deben asumir la violencia contra las mismas como un ítem a abordar dentro de sus responsabilidades. Se debe brindar apoyo y asistencia a las mujeres que han sido víctimas de violencia antes de ingresar al CRS, pero también se debe tener presente que las cárceles, como

cualquier otro lugar de encierro, son espacios en los cuales se puede producir violencia de género.

Finalmente, lo expuesto se complementa con dos disposiciones, una de la Recomendación n.º 35 y otra de las Reglas Bangkok. La Recomendación n.º 35 estipula que determinadas categorías de las mujeres, las exponen a una mayor o menor vulnerabilidad. Siendo así, al interior de los CRS se deben adoptar las medidas necesarias para precautelar el derecho a la salud de todas las internas por igual, sin discriminación de ningún tipo. Por otro lado, las Reglas Bangkok indican que, a más del personal médico, el personal penitenciario debe precautelar la salud de las MPL, por ello deben ser capacitados para posibles episodios de alteración o ansiedad de las reclusas. Se evidencia así, que, a más del médico, el personal penitenciario también son garantes de la salud de las reclusas.

En lo referente a la normativa nacional, la Constitución estipula que el derecho a una vida digna debe asegurar la salud de las personas. Ahora bien, la salud es un derecho que garantiza el Estado, y cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos: el derecho al agua, alimentación, cultura física y ambiente sano.⁷²

Específicamente, sobre la salud de las PPL la Constitución determina que, se debe contar con los recursos humanos y materiales para materializar este derecho. Justamente, la protección de las PPL y la garantía de sus derechos es una de las finalidades del SRS.⁷³

Por otro lado, la Constitución establece además que es responsabilidad del Estado adoptar todas las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia, en especial la ejercida contra las mujeres. Asimismo, reconoce el derecho a la igualdad formal y material, y el derecho a la no discriminación.⁷⁴ Estas disposiciones contra la violencia y discriminación también deben ser observadas en la protección y ejercicio del derecho a la salud de las MPL.

Por su parte, la Ley Orgánica de Salud establece que toda persona, sin discriminación alguna, tiene derecho a las acciones y servicios de

72 Ecuador, *Constitución de la República del Ecuador*, Registro Oficial 449, 20 de octubre de 2008, art. 66, 2 y art. 32.

73 *Ibíd.*, arts. 51 y 201.

74 *Ibíd.*, arts. 66, 3 y 4.

salud; además, reconoce la atención preferente a los grupos vulnerables.⁷⁵ Finalmente, el Código Orgánico Integral Penal (COIP) manifiesta que las PPL tienen derecho a la salud preventiva, curativa y de rehabilitación. Del mismo modo, establece la gratuidad en los estudios, diagnósticos, tratamientos y medicamentos. Específicamente, sobre la salud de las reclusas se determina que el departamento médico deberá contar con personal femenino especializado.⁷⁶

Por lo expuesto, a escala nacional el derecho a la salud se encuentra reconocido en el cuerpo normativo de mayor jerarquía. La salud de las MPL no está considerada de forma específica en la Ley Orgánica de Salud; en el COIP, apenas y se establece que el personal médico que atienda a las reclusas debe ser femenino. Esta última consideración es una comprensión superficial, que abona visiones restrictivas y estereotipadas, que reproducen las diferencias sociales y formativas entre mujeres y hombres. En síntesis, en la normativa nacional, la salud de las MPL es reconocida, pero no es una prioridad.

Ahora bien, además de las políticas públicas y la normativa, otro mecanismo que permite garantizar los derechos de las PPL es la jurisprudencia. La Corte Constitucional (CC) en Ecuador se ha referido al hábeas corpus como una acción que al plantearse en el contexto de los CRS propende a proteger la integridad física y mental de los reclusos, permitiendo al juez constitucional disponer medidas conducentes a asegurar el derecho a la salud y la vida de las PPL.⁷⁷

En el marco de esta acción, los jueces podrán disponer que los internos e internas reciban atención médica en instituciones externas al centro, ello en coordinación con el sistema de salud pública y con el debido resguardo policial. Sin embargo, la Corte reconoce también que existen afectaciones a la salud que requieren tratamientos especializados, permanentes y continuos, que no pueden ser atendidos al interior de los CRS, ni tampoco se puede acceder a dichos servicios

75 Ecuador, *Ley Orgánica de Salud*, Registro Oficial 434, Suplemento, 18 de diciembre de 2015, art. 7.

76 Ecuador, *Código Orgánico Integral Penal*, Registro Oficial 180, Suplemento, 10 de febrero de 2014, art. 12.

77 Ecuador Corte Constitucional (CC), «Sentencia», en *Juicio n.º 209-15-JH/19 y 359-18-JH (acumulado)*, 12 de noviembre de 2019, párr. 32-34. file:///D:/USER/Downloads/0209-15-JH-sen.pdf.

externamente, aun si se coordinase con el sistema de salud pública. Ante ello, la Corte dispone que solo al agotar estas dos posibilidades se podrán ordenar medidas alternativas a la privación de libertad para que las personas accedan a los servicios de salud requeridos.⁷⁸

Del análisis realizado por la CC se desprende que, los jueces cumplen el rol de garantes de los derechos de las PPL. Se debe considerar que las posibilidades de atención de salud de los reclusos y reclusas no se restringen a los servicios que oferta el centro, como tampoco a las limitadas facilidades que este ofrezca a los reclusos para recibir atención externa. En casos especiales, materializar el derecho a la salud de las PPL prevalece incluso sobre la pena estipulada para la infracción cometida.

Por otra parte, corresponde señalar que, aunque el dictamen de la Corte se enfoca exclusivamente en el tratamiento de la enfermedad, sería interesante analizar también la posibilidad de que las acciones constitucionales permitan a las PPL practicarse exámenes de salud preventivos en instituciones externas a los CRS. Pues, si bien la sentencia no se refiere a la salud de las MPL, los CRS por lo general no disponen de programas permanentes de detección temprana de cáncer de mamas y de cuello uterino; enfermedades consideradas recurrentes en las mujeres, siendo así, a las internas debería otorgárseles la oportunidad de ser revisadas preventivamente de estas y otras afectaciones de salud en instituciones externas.

Finalmente, cabe indicar que el dictamen de la Corte se refiere únicamente a la salud física de las PPL, sin considerar que los problemas de salud mental también pueden invalidar la autonomía de las personas, e inclusive forzarlas a requerir de cuidado y asistencia permanente. En este sentido, cabe mencionar que, las MPL tienden a padecer de depresión, afectación que, sin la atención profesional oportuna, podría agravarse y convertirse en un trastorno grave y crónico, el cual incluso puede terminar en autolesiones o suicidios.

Por consiguiente, según el análisis de la CC, la acción de hábeas corpus en el contexto de los CRS viabiliza ordenar medidas alternativas a la privación de libertad para garantizar la salud de las PPL. En contraparte, el análisis no contempla la pertinencia de interponer esta acción en cuestiones relativas a salud preventiva y mental.

78 *Ibíd.*, párrs. 40-51.

De esta forma, se ha ubicado un marco teórico para la comprensión de las políticas penitenciarias y su rol en el derecho a la salud, articulando los enfoques de derechos humanos, género y salud colectiva. Además, se ha fijado un amplio marco de protección que brinda estándares de protección al derecho a la salud de las MPL, siendo el más alto las Reglas Bangkok, que debería orientar la formulación e implementación de estas políticas.

CAPÍTULO SEGUNDO

EL DERECHO A LA SALUD DE LAS MPL EN LA POLÍTICA PENITENCIARIA: MGP DE 2013

En este capítulo, se presenta la comprensión que las políticas públicas generales y las que el MSP han establecido sobre el derecho a la salud de las MPL. A continuación, se analiza el MGP, elaborado por el SRS para observar si considera los enfoques de derechos humanos, género y salud colectiva en la garantía del derecho a la salud de las mujeres. Esta evaluación se realiza a partir de dos categorías: servicios de salud y condiciones de vida. Posteriormente, como caso ilustrativo, y a partir de la información obtenida en entrevistas, se analiza la implementación del MGP en el ala de mujeres del CRS RSCN. Finalmente, en el contexto de la pandemia de COVID-19 se revisan las políticas penitenciarias diseñadas para afrontar la emergencia sanitaria, y las acciones planteadas en sede jurisdiccional.

POLÍTICAS PÚBLICAS GENERALES

En cuanto a las políticas públicas generales corresponde indicar que, para el efectivo ejercicio de los derechos humanos los gobiernos requieren una hoja de ruta que oriente las decisiones políticas, administrativas y económicas. En Ecuador, ello se lo ha hecho a través del Plan

Nacional para el Buen Vivir 2013–2017 y el Plan Nacional de Desarrollo 2017–2021, que constituyen instrumentos de planificación que establecen las políticas nacionales para el período de gobierno.

El Plan Nacional 2013–2017 estableció que el SRS es un pilar fundamental para lograr la justicia y la seguridad ciudadana; así también, indica que la violencia de género es uno de los principales conflictos que afecta a la colectividad. Las políticas relativas a estos temas son: Consolidar la transformación del SRS y prevenir y erradicar la violencia de género en todas sus formas. Así también, las metas que se estipulan son: Reducir el hacinamiento en los CRS, y reducir la tasa de homicidios y asesinatos a mujeres. En cuanto a los lineamientos estratégicos sobre las PPL sobresalen tres: mejorar las condiciones de habitabilidad de los CRS, proteger los derechos de las PPL, e implementar un modelo de atención integral, conocido actualmente como MGP.⁷⁹

Si bien, el Plan no se refiere al derecho a la salud de las PPL, corresponde indicar que en términos generales la concibe como una herramienta para el bien común. Establece que la salud se alcanza a través de prácticas, y que es un prerrequisito para lograr las condiciones y el fortalecimiento de las capacidades y potencialidades individuales y sociales. Las políticas más relevantes al respecto son: ampliar los servicios de prevención y promoción de salud para mejorar las condiciones y hábitos, garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de salud, garantizar el acceso al agua y servicios de saneamiento, y, promover hábitos de alimentación nutritiva y ocio activo. Así también, destacan dos metas con relación a las mujeres: Reducir la razón de mortalidad materna y, aumentar la prevalencia de la lactancia materna.⁸⁰

Por lo expuesto, el Plan concibe a la salud desde un enfoque colectivo, no se centra en las enfermedades, sino que la asume como el resultado de condiciones, capacidades y potencialidades. Las políticas se refieren a la importancia de la prevención, y a la relevancia que determinados bienes tienen en la salud. Por otro lado, la violencia contra las mujeres no se vincula en lo absoluto al ámbito de la salud, lo cual

79 Ecuador Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), *Plan Nacional de Desarrollo: 2013-2017* (Quito: SENPLADES, 2013), 210-1, https://issuu.com/buen-vivir/docs/plan_nacional_para_el_buen_vivir_20/206.

80 *Ibíd.*, 144.

evidencia que existe una visión sectorializada de la política pública que dificulta la acción articulada de distintas carteras de Estado. Sobre las metas cabe decir que el Plan no reconoce los requerimientos específicos de la salud de las mujeres más allá del rol maternal, y específicamente sobre la salud de las reclusas, no se hace ninguna mención. Por consiguiente, la salud de las MPL no es considerado un asunto relevante en el Plan.

Una vez examinado el Plan Nacional 2013–2017, corresponde revisar el Plan Nacional 2017–2021. Sobre el SRS, este instrumento establece como políticas garantizar los derechos de las PPL, e implementar un sistema penal que fomente la efectiva rehabilitación y reinserción social y familiar. Asimismo, acerca de la erradicación de la violencia de género, la política más relevante es fortalecer los sistemas de protección de derechos especializados y el sistema de salud sexual y reproductiva. Entre las metas más relevantes se encuentran: Reducir la tasa de PPL y, reducir la tasa de femicidios.⁸¹

En el Plan 2017–2021 tampoco se hace mención al derecho a la salud de las MPL; sin embargo, es imprescindible revisar la forma en la que este instrumento entiende a la salud. Así, según el Plan, la salud es un componente para lograr la vida digna. Esta se compone por aspectos condicionantes, cuestiones físicas y mentales, y tiene incidencia individual y colectiva. Sobre su ejercicio se estipula que comprende la prevención, protección, promoción y atención; con relación a los servicios de salud se indica que deben enfocarse en las necesidades particularidades de los usuarios, considerando edad, sexo y cultura. La política de salud que más destaca es: Garantizar el derecho a la salud y al cuidado integral durante el ciclo de vida. Las metas sobre la salud de las mujeres abordan nuevamente puntos de mortalidad materna y lactancia.⁸²

En este instrumento la salud es también concebida desde una perspectiva colectiva, dos puntos lo develan: el enfoque en la prevención de enfermedades y la relevancia que se otorga a las condiciones de vida en la salud. Un punto interesante que se incorpora a la prestación de

81 SENPLADES, *Plan Nacional de Desarrollo: 2017-2021* (Quito: SENPLADES, 2017), 54-9, https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf.

82 *Ibíd.*, 58-9.

los servicios de salud es la atención de las necesidades específicas de los usuarios, lo cual vislumbra un acercamiento a la perspectiva de género. Otra cuestión es que, aquí la erradicación de la violencia de género si se vincula al fortalecimiento del sistema de salud, cuestión que no ocurre en el Plan 2013-2017. Por otro lado, el tema de la rehabilitación social apenas se menciona, y en concreto, sobre la salud de las MPL no se realiza precisión alguna, lo cual demuestra que no es considerado un asunto prioritario.

Por otro lado, al revisar la *Agenda Nacional de Mujeres e Igualdad de Género 2014-2017*, y la *Agenda Nacional de Mujeres y Personas GLBTI 2018-2021*, ambos instrumentos que se desprenden del Consejo Nacional para la Igualdad de Género (CNIG) y se conciben como herramientas de transversalización de política pública, se evidencia que ninguno de los dos instrumentos se refiere a las MPL, ni a su derecho a la salud. Aun así, corresponde indicar que las agendas conciben a la salud como un derecho que comprende el acceso a la atención integral de salud y a contar con las condiciones necesarias para mantenerla. Según ambos instrumentos las enfermedades de las mujeres se vinculan estrechamente al cumplimiento de los roles de femineidad que socialmente les son asignados; debido a ello, estos se centran únicamente en la salud sexual y reproductiva.⁸³

Las agendas exponen que entre las principales causas de morbilidad de las mujeres se encuentran infecciones durante el embarazo, complicaciones durante el parto y abortos. Indican, además la importancia de la prevención, diagnóstico, atención y tratamiento del VIH/sida, cáncer de mamas y cáncer cérvico-uterino. Mencionan que, el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia es un asunto de salud pública. La principal política de ambos instrumentos es: promover la salud integral de las mujeres y el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.⁸⁴ En la *Agenda Nacional de las Mujeres y la Igualdad de Género 2014-2017* el principal lineamiento es fortalecer la prevención

83 Consejo Nacional de Igualdad de Género, *Agenda Nacional de las Mujeres y Personas GLBTI 2018-2021* (Quito: SENPLADES, 2018), 108. https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/2018/11/Agenda_ANI.pdf.

84 Consejo Nacional de Igualdad de Género, *Agenda Nacional de las Mujeres y la Igualdad de Género 2014-2017* (Quito: SENPLADES, 2014), 90-8.

y atención de las infecciones de transmisión sexual;⁸⁵ y en la *Agenda Nacional de las Mujeres y Personas LGBTI 2018-2021* es trabajar en la prevención del cáncer de cuello uterino, y atender enfermedades mentales y psicológicas.⁸⁶

De la revisión de las Agendas Nacionales de Mujeres, se depende que, ninguno de estos dos instrumentos se refiere en lo absoluto a las MPL. Esto evidencia que el tema de los derechos de las reclusas, pese a ser un grupo de atención prioritaria, no se encuentra posicionado como un asunto de interés, ni siquiera entre las organizaciones de mujeres, que participan activamente en la formulación de instrumentos del CNIG. En términos generales, las agendas conciben a la salud desde un enfoque colectivo ya que indican que se requieren condiciones indispensables para vivir en salud, y que la prevención es la mejor forma de combatir las enfermedades. Los instrumentos reconocen que las principales enfermedades que contraen las mujeres se enlazan a los roles que socialmente les son asignados, lo cual permite afirmar que en la construcción de los documentos se consideró la perspectiva de género. Aun así, las agendas resultan insuficientes, ya que se centran básicamente en los requerimientos específicos de salud sexual y reproductiva de las mujeres; pero, dejan de lado otros problemas de salud que son comunes en las mismas como: osteoporosis, artritis, trastornos tiroideos, y más.

Por otra parte, cabe referirse a la planificación de salud, ya que la prestación de los servicios de salud de los CRS del país son responsabilidad del MSP. Ello, debido a que mediante acuerdo interministerial suscrito el 26 de junio de 2014 por las máximas autoridades del entonces Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos (MJDHC) y del MSP, acordaron el traspaso de la gestión y prestación de los servicios de salud de los CRS, correspondientes al MJDHC al Ministerio de Salud, esto por considerarse el ámbito de su competencia.⁸⁷

El MSP establece en su misión que se garantizará la salud a través de la promoción de la salud e igualdad, la prevención de enfermedades, y

85 *Ibíd.*, 100.

86 *Ibíd.*, 131.

87 Ecuador MJDHC/MSP, «Acuerdo Interministerial 00004906», 2014, 16, https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_00004906_2014%2026%20jun.pdf.

la provisión de servicios de atención integral. Asimismo, entre los principales objetivos estratégicos del MSP se encuentran: incrementar la eficiencia y efectividad del sistema de salud, la promoción y prevención de salud, y el acceso de la población a los servicios de salud.⁸⁸

De la revisión de la misión del MSP se colige que la institución se refiere a la salud desde un enfoque integral, ya que no se centra únicamente en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. La promoción de salud y prevención de enfermedades, conlleva a impulsar políticas y estrategias que optimicen las condiciones de vida y permitan a la población mantenerse saludable. No obstante, ello se complementa con la prestación de los servicios de salud, ya que al presentarse una enfermedad, la persona requiere atención y cuidado médico. Siendo así, el MSP debe velar por el buen funcionamiento de los consultorios médicos y centros de salud, pero también por garantizar condiciones de vida saludables.

En la última rendición de cuentas de Planta Central del MSP y de la Coordinación Zonal 3 de Salud no se realiza ninguna mención sobre la situación de salud de las PPL. Por otro lado, la rendición de cuentas de la Dirección Distrital de Salud de Latacunga sí se refiere a la salud de las PPL del CRS RSCN e indica que, se han realizado 5522 pruebas de VIH, vacunado a 4195 PPL contra la influenza, y diagnosticado a 518 PPL de hipertensión, diabetes o tuberculosis.⁸⁹ Sin embargo, específicamente sobre la salud de las mujeres reclusas no se señala información alguna.

Los informes de rendición de cuentas del MSP contienen información de carácter general. La ausencia absoluta de información relativa a la salud de las MPL es un indicativo de lo irrelevante que resulta este grupo poblacional para esta institución. Sobre las PPL en general se destacan acciones de prevención de enfermedades víricas y de transmisión sexual, así como diagnósticos de condiciones de salud relacionadas con

88 MSP, «Estatuto Orgánico Sustantivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública» (Quito: MSP, 2011), arts. 1 y 2, <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/ESTATUTO-SUSTITUTIVO-MSP-ALCANCE-REFORMA-ABRIL17.pdf>.

89 MSP, *Rendición de cuentas 2019* (Quito: MSP, 2019), 14, <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/09/PPT-RENDICI%20%93N-DE-CUENTAS-2019-05D01-LATACUNGA.pdf>.

la alimentación y el sedentarismo. Sería importante investigar si estas afectaciones preexistían al ingreso de las personas al CRS, o si fueron adquiridas en el mismo; como también sería relevante conocer la distribución por sexos, edades y clase social de estas enfermedades. Lamentablemente, los documentos disponibles no detallan esta información.

Por lo expuesto, es preciso indicar que, de la revisión de las políticas públicas generales, se evidencia una total ausencia de información sobre el derecho a la salud de las MPL. Ello demuestra que el tema no se encuentra posicionado como un asunto de relevancia a escala nacional. Situación preocupante si se considera que las políticas generales son la base para las políticas específicas.

MGP

A manera de antecedentes, corresponde indicar que el MGP se expidió en el Gobierno de Rafael Correa, mandato que se puede dividir en dos períodos. El primero inicia en 2007, y se denomina «garantista»; y el segundo inicia a partir de la revuelta policial «30S» en 2010, y se denomina «unitivista». Del primer período destaca: la Constitución del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, la promulgación de una Constitución garantista de los derechos de las PPL, la promulgación del COIP, la utilización de la prisión preventiva como última ratio y la concesión de indultos. En contraste, del segundo período destaca: Una postura de «mano dura» por el aumento de población carcelaria debido a la modificación de infracciones leves de sustracción a delitos, y a la consideración de la reincidencia al dictar prisiones preventivas y sentencias.⁹⁰

En este contexto, el Ministerio de Justicia conforma una comisión de reforma penitenciaria con el objetivo de aumentar la presencia del Estado en los CRS, a través de la reglamentación de las labores de los funcionarios y de la regulación de la vida diaria de las PPL. Esta comisión trabajó en los CRS, emitió criterios técnicos y especializados,

90 Ramiro Ávila, 2018, citado en Steven Guevara, «Institución total y disciplina: Una lectura del modelo ecuatoriano de gestión penitenciaria como proyecto biopolítico» (tesis de pregrado, Universidad Central del Ecuador, 2020), 40-52, <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/22032/1/T-UCE-0013-CSH-269.pdf>.

y realizó visitas a diferentes países para compartir buenas prácticas penitenciarias. De estas visitas se sugiere en 2011 al Estado ecuatoriano firmar un convenio internacional con República Dominicana, pues este país contaba con un Modelo de Rehabilitación prometedor, implementado durante ya quince años, que se alineaba a lo requerido en ese momento por el Gobierno ecuatoriano. De allí nace el MGP de 2013.⁹¹

Ahora bien, con los antecedentes expuestos, en las líneas que continúan se analizará si el MGP considera los enfoques de derechos humanos, género y salud colectiva, en la garantía del derecho a la salud de las MPL. Para el estudio de las disposiciones relativas a la salud del MGP corresponde señalar que esta política considera que, «se debe analizar a la persona infractora no solo como quien ha infringido la ley, sino también como el resultado de una continuidad de ausencias familiares, educativas, laborales y de salud».⁹² En este sentido, las personas que infringen la ley son, en parte, consecuencia de la falta de capacidad del Estado para garantizar los derechos más básicos de sus ciudadanos. Se colige así, que las PPL han sido también víctimas de la ausencia estatal.

El modelo estipula además que es responsabilidad del Estado rehabilitar y reinsertar en la sociedad a las PPL, dirigiendo hacia ellas todo un aparato educativo, laboral, médico, psicológico, deportivo, etc. que les permita trabajar por construir un plan de vida.⁹³ Siendo así, el Estado, a través de los CRS, desea compensar las distintas ausencias de las personas infractoras, poniendo a su disposición los medios necesarios para que puedan ejercer plenamente los derechos que antes les fueron negados. Por consiguiente, el MGP reconoce a las PPL como sujetos de derechos.

En esta misma línea, el MGP reconoce a la salud de las PPL como un derecho que debe respetar y hacer respetar el Estado, lo que implica que los internos e internas cuenten con los recursos humanos y materiales

91 Steven Guevara, «Institución total y disciplina: Una lectura del modelo ecuatoriano de gestión penitenciaria como proyecto biopolítico» (tesis de pregrado, Universidad Central del Ecuador, 2020), 40-52, <https://n9.cl/yt0hs>.

92 Ecuador MJDHC, *Modelo de Gestión Penitenciaria del Ecuador* (Quito: MJDHC, 2013), 5, <https://es.slideshare.net/MARKv6/modelo-de-gestion-penitenciaria-del-ecuador>.

93 *Ibíd.*, 5.

necesarios para garantizar su salud integralmente.⁹⁴ En este orden de ideas, al articular las Reglas Bangkok y el modelo de salud colectiva se desprende que, los principales elementos que permiten explicar cómo el derecho humano a la salud es garantizado integralmente a las MPL en los CRS, son dos: los servicios de salud y las condiciones de vida. La primera categoría comprende la prevención, atención y tratamiento en servicios de salud física y mental; mientras que la segunda categoría se integra por condicionantes de la salud, como son: agua y alimentación, higiene, infraestructura y hacinamiento, y violencia.

En lo que respecta a servicios de salud física cabe indicar que, el modelo establece que el propósito del área de Salud es desarrollar programas de carácter preventivo y curativo, mismos que se propone sean realizados por un equipo interdisciplinario de médicos, enfermeros y odontólogos, en conjunto con otras áreas.⁹⁵ De igual manera, se determina que, entre las principales funciones del área de Salud se encuentran: identificar las condiciones de salud de las PPL, brindar atención y tratamiento médico, y recetar y supervisar la ingesta de medicamentos.⁹⁶ Además, se reconoce que las PPL pertenecientes a grupos de atención prioritaria requieren atención médica especializada. Concretamente, sobre las mujeres en período de gestación, se dispone el acceso a servicios de ginecología.⁹⁷

Por consiguiente, de la revisión realizada se desprende que, el modelo posiciona la prestación de los servicios de salud física como un asunto prioritario. El objetivo del área de salud no se reduce a la curación de enfermedades, sino que se propone atender también los elementos que pueden producirlas. Asimismo, se prevé que los servicios de salud sean brindados por profesionales médicos especializados. Además, se considera que la salud no se circunscribe únicamente al ámbito médico, ya que para garantizarla se plantea ejecutar un trabajo articulado con otras áreas. Ahora bien, en el modelo no se establecen programas de salud preventivos y curativos enfocados en las principales enfermedades que afectan a las mujeres de forma general. No se determinan programas de salud preventivos y curativos que atiendan las principales enfermedades

94 *Ibíd.*, 7.

95 *Ibíd.*, 30.

96 *Ibíd.*, 15.

97 *Ibíd.*, 35.

a las que se exponen las MPL. Tampoco se prevé que el equipo interdisciplinario de médicos sea integrado por profesionales especializados en la salud de las mujeres. De lo expuesto se colige que, en el modelo no se reconocen servicios de salud física específicos para las MPL, a excepción de las mujeres que se encuentran en período de gestación.

En cuanto a los servicios de salud mental el modelo establece que, entre los principales objetivos del área de Psicología se encuentran: motivar a las PPL a recuperar su vida personal y social fuera de problemas, asesorar y atender psicológicamente a las PPL y fortalecer los vínculos de las PPL y sus familias, esto último en conjunto con el área de Trabajo Social.⁹⁸ Así también, las principales funciones del área de Psicología son: realizar consultas, detectar problemas psicológicos, proporcionar tratamiento psicológico, realizar terapias psicológicas individuales, grupales y ocasionales a partir de las necesidades que surjan, y referir a evaluaciones psiquiátricas en caso de ser necesario.⁹⁹

De lo expuesto se desprende que, el modelo considera que los servicios de atención psicológica se deben enfocar en trabajar los problemas personales de las PPL, animándolas a vivir en armonía con sus familiares, y a respetar las leyes jurídicas y sociales establecidas. Sin embargo, no posiciona la prevención de los principales problemas de salud mental a los que se exponen las mujeres en general y las MPL en particular. No determina el rol del área de Psicología frente a las mujeres que se encuentran en período de gestación o puerperio dentro de los CRS. Tampoco regula la función del área de Psicología frente a las mujeres que asumen la crianza de sus hijos dentro de los CRS. Menos aún se ha normado sobre el apoyo a mujeres que han sido víctimas de violencia de género. Siendo así, los servicios de salud psicológica no prevén entre sus objetivos ni funciones atender los requerimientos específicos de salud mental de las MPL.

Por otro lado, sobre la segunda categoría de análisis que corresponde a condiciones de vida como: agua y alimentación, higiene, infraestructura, hacinamiento y violencia. El modelo reconoce al agua y a la alimentación como derechos. Respecto al agua únicamente se estipula que es un derecho esencial para la vida, fundamental e irrenunciable; y

98 *Ibíd.*, 30.

99 *Ibíd.*, 15-6.

en cuanto a la alimentación se establece que, las PPL tienen derecho a contar con un régimen alimenticio suficiente que mantenga su salud.¹⁰⁰ Entre las funciones del área de Salud se estipula la revisión mensual del menú diario acorde a las necesidades alimenticias de las PPL.¹⁰¹ Para los grupos de atención prioritaria se establecen regímenes alimenticios especiales, y concretamente sobre las mujeres embarazadas y en período de lactancia se determina que se establecerán dietas especiales bajo supervisión de nutricionistas que eviten su desnutrición y la de su hijo o hija.¹⁰²

En este sentido, el modelo reconoce la importancia del derecho al agua y a la alimentación en el contexto carcelario, considera a la alimentación como constitutiva del derecho a la salud, y asume el rol de los profesionales de la salud más allá de la prestación de servicios de médicos, posicionándolos como garantes de las condiciones de vida de las PPL. Además, se reconocen los requerimientos alimenticios específicos de las PPL pertenecientes a grupos de atención prioritaria. No obstante, no se reconoce que procesos biológicos como el ciclo menstrual influyen en las necesidades alimenticias de las mujeres, y afectan su salud. Por lo tanto, el modelo se centra únicamente en los requerimientos nutricionales de las mujeres en tanto cumplan el rol de madres.

Con respecto a la higiene se deben diferenciar dos ámbitos: la del centro y la personal. En cuanto a la higiene del centro, el modelo establece entre las funciones del área de Salud la inspección de las condiciones de higiene y salubridad de distintas dependencias como: cocina, almacenaje de alimentos y almacenaje agua.¹⁰³ En contraste, en cuanto a la higiene personal, el modelo estipula que se evaluará la conducta de las PPL, entre otros criterios, basándose en la higiene, aseo y presentación personal.¹⁰⁴ Así, se considera que el modelo presenta al Estado únicamente como responsable de la higiene de los elementos materiales del centro, pero al abordar la higiene de las PPL se invierte la responsabilidad sobre la propia PPL, a través del mecanismo de evaluación de conducta. Siendo así, el modelo desconoce que la higiene personal

100 *Ibíd.*, 38-9.

101 *Ibíd.*, 15.

102 *Ibíd.*, 35.

103 *Ibíd.*, 15.

104 *Ibíd.*, 52.

es fundamental para evitar problemas de salud como: diarrea, cólera, parásitos y sarna.¹⁰⁵ Así como tampoco reconoce los requerimientos higiénicos específicos de las mujeres para prevenir enfermedades infecciosas en su zona íntima.

Por otro lado, sobre la infraestructura y hacinamiento, el modelo señala a manera de antecedentes que, los CRS del país cuentan con una infraestructura inadecuada con limitados espacios para el desarrollo de actividades; así como también, con sobrepoblación carcelaria, ya que existe un déficit de plazas para albergar a las PPL. Frente a ello, el mismo modelo plantea como objetivo estratégico utilizar la nueva infraestructura penitenciaria en su implementación, esto con la finalidad de mejorar las condiciones de vida de las PPL y atender las necesidades específicas de los grupos de atención prioritaria.¹⁰⁶ Sobre esto último, el modelo dispone que, las PPL pertenecientes a los grupos en mención cuenten con espacios físicos adecuados, suficiente iluminación y ventilación apropiada acorde a sus requerimientos específicos de salud. Para las mujeres en período de gestación o lactancia se disponen dormitorios seguros, iluminados, ventilados, sin ruido y ubicados en la planta baja y cerca de los servicios de salud; asimismo, para los niños y niñas se prevé la construcción de guarderías. De lo expuesto, se colige que el modelo sí considera los requerimientos básicos de infraestructura específicos de las mujeres. Pero, por otro lado, si bien se reconoce el problema de la sobrepoblación carcelaria, no se estipula ninguna disposición al respecto.

Finalmente, sobre el elemento de violencia el modelo distingue dos tipos, intracarcelaria y extracarcelaria. Respecto a la violencia intracarcelaria reconoce prácticas de tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes ejercidas por funcionarios del centro, así como también agresiones, extorciones y asesinatos que se practican entre las propias PPL.¹⁰⁷ Respecto a la violencia extracarcelaria, en el marco de las relaciones familiares, reconoce la violencia de género. Dicho ello, frente a la vio-

105 OPS y OMS, «Manual de capacitación a familias. Practicando la higiene cuidamos nuestra salud», *MDGIF*, 2010, 4, <https://www1.paho.org/per/images/stories/PyP/PER37/26.pdf>.

106 Ecuador, «Modelo de Gestión Penitenciaria del Ecuador», 9-10.

107 *Ibíd.*, 9.

lencia intracarcelaria el modelo establece que las PPL tienen derecho a denunciar a las autoridades competentes sobre abusos, torturas y malos tratos de palabra u obra que reciban por parte de los funcionarios del centro.¹⁰⁸ Frente a la violencia extracarcelaria determina que el área de Trabajo Social en apoyo al fortalecimiento de las relaciones familiares, deberá trabajar temas de violencia de género.¹⁰⁹ Al reconocer la violencia por razones de género ocurrida en el seno familiar, como un asunto a tratar dentro de los CRS, el modelo intenta precautelar el bienestar de las mujeres, que como se indicó en el capítulo primero, la violencia contra las mujeres es un problema de salud pública. No obstante, el MGP no ha especificado el rol de las áreas de Salud y Psicología frente a episodios de violencia intra y extracarcelaria. Así como tampoco contempla que la violencia por razones de género pueda ser perpetrada intracarcelariamente por los funcionarios del centro, frente a ello no se establece norma o disposición alguna.

Por consiguiente, del análisis realizado sobre los elementos condicionantes de la salud se deduce que, el modelo no asume la salud como un asunto exclusivamente biológico, sino que considera que elementos externos pueden incidir positiva o negativamente en el estado de salud de las PPL. Siendo así, toma en consideración las necesidades particulares contextuales de las PPL pertenecientes a grupos de atención prioritaria para garantizar integralmente su derecho a la salud. No obstante, esta lógica es aplicada únicamente a las MPL que se encuentran en período de embarazo o lactancia. Por ende, el modelo centra su atención en la salud de las mujeres solo en tanto cumplan el rol de madres.

En conclusión, a partir de las consideraciones realizadas es posible afirmar que, las ausencias de las políticas públicas generales se han trasladado al MGP. Siendo así, el modelo integra el enfoque de derechos humanos en su definición de PPL, en su forma de entender el derecho a la salud, en su noción de responsabilidad estatal frente al derecho a la salud de las PPL, en las funciones de prestación de servicios médicos que se asignan a las áreas de Salud y Psicología, y en la consideración de los requerimientos específicos de atención en salud de determinados grupos de atención prioritaria. A pesar de ello, no considera el enfoque

108 *Ibíd.*, 38-9.

109 *Ibíd.*, 31.

de género en sus disposiciones sobre los servicios de salud física y mental; esta ausencia se traduce en discriminación y violencia contra las MPL, y convierte a los CRS en instituciones genéricamente opresivas. Finalmente, se debe reconocer que, aunque el modelo no desarrolla exhaustivamente ninguno de los elementos determinantes de la salud, si reproduce el modelo de salud colectiva, ya que considera que en salud la prevención y curación son trascendentales. Comprende que la salud se determina también por aspectos sociales, y no únicamente por cuestiones biológicas y médicas. Considera las necesidades médicas y contextuales específicas de las PPL pertenecientes a grupos de atención prioritaria. Pero, al igual que ocurre con la prestación de los servicios de salud, en las condiciones de vida tampoco son considerados los requerimientos de salud específicos de las mujeres, esto claro está, a excepción de las mujeres que se encuentran en período de embarazo. La responsabilidad del Estado es garantizar la salud de las mujeres durante todo su ciclo de vida, y esta responsabilidad aumenta si se refiere a la salud de las MPL, que se encuentran en una relación de total dependencia con el Estado.

En síntesis, de la revisión de las disposiciones relativas a la salud de las PPL en el MGP se concluye que esta política sí contempla el enfoque de derechos humanos, no considera el enfoque de género y reproduce el modelo de salud colectiva.

APLICACIÓN DEL MGP EN EL ALA DE MUJERES DEL CRS COTOPAXI

Con el objetivo de examinar si la implementación del MGP garantiza el derecho a la salud de las MPL, se ha seleccionado el ala de mujeres del CRS RSCN como establecimiento ilustrativo o ejemplificador. Con autorización del exdirector del centro, ingeniero Patricio Limaico, se entrevistó a diez MPL, a la coordinadora de salud, médica, psicóloga y trabajadora social de esta ala. De las diez MPL entrevistadas, ocho decidieron revelar sus nombres con la premisa de que sus voces sean escuchadas en el exterior del CRS. Así también, se entrevistó a la abogada Gabriela Hidalgo, directora del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes (MNPT). Para el análisis de la situación de salud se retoman las categorías: servicios de salud y condiciones de vida, como se indicó, la

primera categoría comprende la prevención, atención y tratamiento en servicios de salud física y mental; mientras que la segunda se integra por elementos vinculados a la salud como: agua y alimentación, higiene, infraestructura, hacinamiento y violencia.

A manera de contexto, corresponde indicar a breves rasgos la situación general de salud de las MPL del CRS RSCN. En tal sentido, se entrevistó a la coordinadora de Salud del ala de mujeres del centro materia de estudio, quien realizó las siguientes precisiones: el MSP es la institución responsable de brindar el servicio de salud a las aproximadamente 630 MPL que viven en el centro. El área de Salud está conformada por seis profesionales: un médico general, un médico familiar, una psicóloga, una odontóloga, una obstetra y un auxiliar de farmacia. Las profesionales de la salud realizan aproximadamente setenta atenciones diarias, divididas de la siguiente forma: veinte atenciones en medicina general, diez atenciones en medicina familiar, veinte atenciones en psicología, diez atenciones odontología y diez atenciones en obstetricia-ginecología. Por otro lado, entre las principales causas por las cuales las MPL solicitan los servicios de salud se encuentran: enfermedades gastrointestinales, enfermedades dermatológicas e infecciones vaginales. Por último, los medicamentos son provistos por el MSP y direccionados específicamente a la farmacia de la que dispone cada pabellón.¹¹⁰

Para complementar estos rasgos generales cabe indicar que, el MNPT ha realizado ya tres visitas al CRS RSCN en 2016,¹¹¹ 2017¹¹² y 2018,¹¹³ entre otras razones, para identificar los servicios de salud y las condiciones de vida. En los informes se indica que durante las tres

110 Coordinadora del área de Salud del ala mujeres del CRS RSCN, entrevistada por la autora, lunes 5 de junio de 2021.

111 Ecuador Defensoría del Pueblo, «Informe de visita al Centro de Privación de Libertad Regional Sierra Centro Norte de Latacunga» (Quito: Defensoría del Pueblo, 2016), 1-30, <https://www.dpe.gob.ec/wp-content/dpemnpt/2016/informe-CRS-regional-latacunga-2016.pdf>.

112 Ecuador Defensoría del Pueblo, «Informe de visita al Centro de Privación de Libertad Regional Sierra Centro Norte de Latacunga» (Quito: Defensoría del Pueblo, 2017), 1-35, <https://www.dpe.gob.ec/wp-content/dpemnpt/2017/informe-CRS-latacunga-2017.pdf>.

113 Ecuador Defensoría del Pueblo, «Informe de visita al Centro de Privación de Libertad Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi» (Quito: Defensoría del Pueblo,

visitas se inspeccionó el pabellón de mujeres. Sin embargo, al revisar la documentación se evidencia que el mecanismo analiza y evalúa la situación de los varones como un asunto prioritario, y a las mujeres como un tema complementario, ya que la información específica sobre las mismas en determinados asuntos es limitada, y en otros inexistente.

La abogada Gabriela Hidalgo, directora del MNPT, reconoció en una entrevista realizada para la presente investigación que: «Los elementos a revisar en las visitas realizadas por el MNPT están asociados al cumplimiento de normas de derechos humanos. No obstante, es necesario enfatizar más en los instrumentos específicos sobre los derechos de las MPL». ¹¹⁴

Dicho ello es importante señalar que, el MNPT no realiza un estudio detallado sobre los servicios de salud física y mental de las mujeres. En el informe de 2016 no se precisa información alguna sobre la atención a las mujeres, y en los informes de 2017 y 2018 apenas se menciona la disponibilidad de métodos anticonceptivos hormonales para ellas, ¹¹⁵ y la falta de medicamentos en el área de Ginecología. ¹¹⁶

Al revisar los informes es evidente que el MNPT no considera que categorías como sexo-género pueden definir los requerimientos de salud. Al describir de forma general el acceso a los servicios de salud de las PPL, se complejiza precisar si los requerimientos específicos de salud de las mujeres son atendidos o no cabalmente al interior del CRS. De las escasas dos líneas que se mencionan en los informes sobre los servicios en salud para las mujeres, se colige que para el MNPT la salud de las internas se resume en el consumo de anticonceptivos o fármacos para garantizar su salud sexual y reproductiva.

Por otro lado, en lo relativo a la salud mental no se realiza ninguna mención de forma específica sobre las mujeres. La única cuestión que se aborda con respecto a este tema es la vinculación familiar; y se especifica que el área de Trabajo Social se enfoca únicamente en la obtención de beneficios penitenciarios y deja de lado el establecimiento de lazos

2018), 1-61, https://www.dpe.gob.ec/wp-content/dpemnpt/2018/informe_visita_crsr_latacunga_2018.pdf.

114 Gabriela Hidalgo, entrevistada por la autora, 19 de noviembre de 2020.

115 Ecuador Defensoría del Pueblo, «Informe de visita 2017», 21.

116 Ecuador Defensoría del Pueblo, «Informe de visita 2018», 42.

familiares.¹¹⁷ Lo expuesto es preocupante en razón del significado que puede tener la prisión en el autoconcepto de las mujeres; al reconocer que tienen mayores probabilidades de ser abandonadas, se debe priorizar su vinculación familiar, ello evitaría posibles cuadros depresivos y aportaría a su estabilidad emocional.

Ahora bien, desde un enfoque colectivo se ha reconocido la importancia de las condiciones de vida en la salud; y aunque los informes no se refieren específicamente a los determinantes de la salud de las mujeres, sí mencionan algunos aspectos de relevancia como son: infraestructura y hacinamiento, limpieza e higiene, y alegaciones de tortura y malos tratos. En lo referente a infraestructura se señala que, las condiciones de los pabellones son óptimas, y se reconoce la implementación de áreas como el Centro de Recreacional Infantil y el restaurante-cafetería «Tomatito».¹¹⁸ En lo relativo al hacinamiento se establece que, el número de MPL supera la capacidad recomendada, a tal punto que deben compartir camas.¹¹⁹ Finalmente, acerca de la limpieza e higiene se determina que se acumula basura alrededor del pabellón, que el patio se inunda constantemente por el deterioro de las tuberías, y que la falta de dotación de kits de aseo personal genera problemas por el inaccess a toallas sanitarias.¹²⁰

En el informe se expone que la infraestructura del pabellón de mujeres se encuentra en buen estado, pero no se señala si responde a los requerimientos específicos de las mujeres. Por otro lado, hacinamiento a las PPL perjudica su salud física y mental. Ahora bien, la acumulación de basura y el patio inundado son focos infecciosos que pueden causar enfermedades cutáneas o respiratorias, e incluso pueden ocasionar accidentes mortales como electrocuciones. Así también, la falta de dotación permanente de toallas sanitarias es claramente atentatoria a la salud de las mujeres, ya que las obliga a utilizar este insumo durante más tiempo del recomendado, o incluso a usar otros elementos en su defecto, exponiéndose así a infecciones.

117 Ecuador Defensoría del Pueblo, «Informe de visita 2016», 18-9.

118 Ecuador Defensoría del Pueblo, «Informe de visita 2017», 5.

119 Ecuador Defensoría del Pueblo, «Informe de visita 2016», 6.

120 Ecuador Defensoría del Pueblo, «Informe de visita 2017», 5-9.

En lo referente a las alegaciones de tortura y malos tratos se indica que, entre las internas se han presentado situaciones de agresión física y verbal. Se señala también que los miembros de la Policía Nacional dañan y se llevan sus pertinencias al ejecutar los procedimientos de requisa.¹²¹ Además solicitan sus números telefónicos al finalizar las visitas íntimas.¹²² Por lo expuesto, se concluye que en los CRS se pueden producir casos de violencia de género, pues, básicamente los miembros de la policía, abusando de su relación de poder, acosan a las internas.

En síntesis, para el MNPT la salud de las mujeres no se posiciona como un asunto relevante. No obstante, analizando determinados datos que los informes no vinculan con el derecho a la salud, permiten concluir que los servicios de salud y las condiciones de vida de las internas han sido atentatorias a su salud.

Una vez expuesto el contexto, corresponde analizar la experiencia de las MPL en los servicios de salud física y mental brindados en el CRS RSCN. En cuanto a la salud física preventiva, es preciso indicar que se preguntó a las MPL acerca de las pruebas o exámenes preventivos que se les ha realizado en el CRS. De las 10 entrevistadas, 8 afirmaron que no se les ha practicado ninguna prueba, y 2 que se les había practicado el examen de Papanicolaou.

La inconformidad por la falta de prevención en salud, se evidencia en las siguientes manifestaciones: «Si lograr que nos atiendan cuando estamos enfermas es difícil, que nos atiendan sin ninguna enfermedad es imposible».¹²³ «Aquí si no es una emergencia no nos atienden, menos nos van a realizar algún control o examen preventivo».¹²⁴

El MGP no determina que los programas de salud preventiva deban considerar los requerimientos específicos de salud de cada sexo. En la práctica ello se traduce en la ausencia de programas permanentes de detección temprana de problemas de salud recurrentes en las mujeres como el cáncer de mamas o cáncer de cuello uterino.

En el ámbito curativo, se preguntó a las mujeres sobre las principales causas por las cuales han requerido atención médica en el CRS. De las

121 Ecuador Defensoría del Pueblo , «Informe de visita 2018», 54-6.

122 Ecuador Defensoría del Pueblo , «Informe de visita 2017», 31.

123 Erika Palacio, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

124 Débora Ruiz, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

diez PPL, nueve afirmaron que la principal causa es infecciones en las vías urinarias, ocho añadieron que acuden por infecciones gastrointestinales y siete señalaron también problemas en la piel.

Una de las mujeres afirmó: «Desde que estoy aquí yo he tenido ya tres veces infecciones vaginales [...] ya me da hasta vergüenza venir a cada rato [...] me enfermo porque debemos compartir el baño entre cuatro, y no hay ni agua, ni papel».¹²⁵ Frente a esta aseveración la médico general del CRS expresó: «Las infecciones vaginales son ocasionadas por las condiciones antihigiénicas del CRS, principalmente por la falta de agua, pero en eso nosotros como médicos no podemos incidir».¹²⁶

De los resultados se colige que los principales problemas de salud que experimentan las mujeres se encuentran directamente relacionados con las condiciones de vida. Ahora bien, las infecciones genitourinarias han sido reconocidas por la literatura como una enfermedad que se presenta primordialmente en las mujeres y regularmente en las MPL. Aun cuando se ha identificado plenamente la vulnerabilidad de las reclusas frente a esta afección, el CRS no ha tomado las medidas necesarias para prevenirla, constituyéndose en la principal razón por la cual las internas requieren atención médica.

Por otra parte, se interrogó a las mujeres acerca de los tratamientos que han recibido en el CRS para afrontar los problemas de salud. De las diez entrevistadas, nueve señalaron que únicamente han recibido paracetamol y una indicó que además de paracetamol se le proveen vitaminas en razón de que se encuentra en período de embarazo.

Las afirmaciones fueron las siguientes: «El único tratamiento que nos dan es paracetamol».¹²⁷ «Para toda enfermedad solo nos dan paracetamol, y a veces no nos dan ni eso».¹²⁸ «La cura para todo aquí es paracetamol, pero por mi estado de embarazo la Dra. de Ginecología me ha comprado de su dinero vitaminas y me ha colaborado».¹²⁹

El tratamiento brindado por el área de Salud se basa en la medicalización. Los problemas de salud son entendidos individualmente, aun

125 MPPL1, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

126 Médica del área de Salud del ala mujeres del CRS RSCN, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

127 Elena Quito, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

128 Marcela Araujo, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

129 Glenda Lemus, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

cuando se ha identificado que las principales enfermedades que afectan a las MPL se encuentran vinculadas estrechamente a sus condiciones de vida. Incluso en este marco de acción médica restringida, se presentan limitaciones, ante la falta de medicamentos el personal de salud elige entre dos alternativas: prescribir únicamente analgésicos o adquirir los compuestos de sus propios recursos.

Por último, se cuestionó sobre los requerimientos de salud a los que el área médica del CRS da mayor énfasis. De las diez PPL, tres señalaron que en el CRS no se da importancia a ningún requerimiento de salud, mientras que siete expresaron que las mujeres en período de embarazo son la principal preocupación del área médica; de las siete mujeres que indicaron este último criterio, una se encontraba en período de gestación.

Las opiniones más contrastantes fueron las siguientes: «No les importa nuestra salud para nada, una tiene que estar al borde de la muerte para que le atiendan, y solo nos atienden para no cargar con nuestra muerte».¹³⁰ «Yo todos los días vengo donde la doctora a controlar mi embarazo y para mí la atención del centro es muy buena».¹³¹ Frente a estas afirmaciones la médica del CRS expresó: «la atención integral en salud es para las mujeres en período de embarazo, pero las demás no es que no tienen atención, sino que se les da según lo que necesiten».¹³²

El MGP establece que la atención médica para las mujeres en período de embarazo, y otros grupos prioritarios debe ser especializada. En la práctica esta disposición es ejecutada por el personal de salud del CRS. Se evidencia así que, al especificar en el ámbito formal las particulares necesidades de salud de las mujeres; en el ejercicio médico se consideran y atienden sus requerimientos específicos. No obstante, la salud de las mujeres debe ser garantizada integralmente en todas las etapas de su vida.

Una vez analizada la situación de salud física, corresponde ahora revisar los servicios de salud mental. Se consultó a las MPL sobre los programas de prevención de problemas de salud mental realizados por el CRS en los que han participado. De las diez entrevistadas, siete

130 Erika Palacio, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

131 Glenda Lemus, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

132 Médica del área de Salud del ala mujeres del CRS-RSCNC, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

indicaron no haber recibido ningún tipo de servicios de salud mental preventiva, y tres señalaron haber asistido a talleres sobre el cuidado de la salud mental con relación al consumo de drogas y a relaciones de pareja.

Quienes han recibido los servicios de salud preventivos indicaron lo siguiente: «Una vez nos dieron una charla sobre la vinculación entre el consumo de drogas y los problemas emocionales».¹³³ «Nos dieron una charla para mantener relaciones de pareja saludables, estuvo muy buena».¹³⁴

El MGP no posiciona la prevención de problemas de salud mental entre los objetivos del área de Psicología, en la práctica ello se traduce en la ausencia de programas de promoción y prevención en salud mental. Si bien se han realizado dos charlas sobre salud mental, estas han sido efectuadas esporádicamente y sin considerar a todas las PPL. Además, las charlas de salud mental impartidas no se enfocan específicamente en los problemas que la literatura ha identificado como principales causantes de ansiedad y depresión en las MPL.

Por otro lado, en cuanto a la atención psicológica individualizada, se consultó a las PPL cuáles habían sido las principales causas por las que han requerido atención psicológica en el CRS. De las diez entrevistadas, siete indicaron no haber requerido ningún tipo de atención psicológica, y tres señalaron haber acudido por situaciones familiares.

Las mujeres que recibieron atención psicológica compartieron lo siguiente: «Al menor de mis siete hijos le hicieron una operación a corazón abierto, ahí me deprimí, vine a psicología y sí me ayudaron a sentir mejor».¹³⁵ «Recibí atención psicológica por una sola ocasión cuando me enteré que estaba embarazada, de eso ya cinco meses».¹³⁶ «Falleció mi padre y no pude despedirme de él, eso me dolió mucho, la psicóloga me recibió y sí me fue bien».¹³⁷ Por su parte, la psicóloga del CRS indicó que, las principales causas por las cuales atiende en interconsulta son: trastornos de ansiedad y depresión generados por el

133 Marcela Ramos, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

134 Marcela Araujo, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

135 Marcela Ramos, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

136 Glenda Lemus, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

137 Erika Palacio, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

entorno carcelario y por la preocupación que les ocasiona a las mujeres el bienestar familiar.¹³⁸

En el MGP se estipula que la atención psicológica en los CRS debe propender a trabajar los problemas personales de las PPL, pero también impulsarles a vivir en el marco de la ley. De las entrevistas se desprende que la atención es brindada ocasionalmente, únicamente frente a situaciones críticas, dejando de lado la responsabilidad permanente de trabajar el respeto por las leyes jurídicas y sociales.

Se preguntó también a las mujeres la manera en que había influido la maternidad en su salud mental durante su estancia en el CRS. Diez mujeres indicaron ser madres de familia, ninguna vivía con sus hijos al interior del CRS. De las diez, nueve señalaron que sus hijos eran la mayor causa de su preocupación y tristeza, una indicó sentirse tranquila con el tema porque consideraba que sus hijos estaban bien cuidados. Las diez afirmaron no haber recibido atención psicológica por esta situación.

Algunos comentarios compartidos fueron los siguientes: «Tengo diez hijos, cinco mayores y cinco menores, los menores tienen 2, 9, 10, 12 y 16 años, se quedaron a cargo de mi mamá de 84 años, ellos son mi mayor preocupación».¹³⁹ «Pensar en mis hijos me deprime, son jóvenes de 14, 15 y 18 años, se quedaron con mis padres, pero yo sostenía el hogar y sé que están mal».¹⁴⁰ «Tengo dos hijos de 5 y 1 año y medio, pero estoy tranquila porque sé que están bien cuidados».¹⁴¹

La maternidad tiene un papel central en la vida de las mujeres, aun así, el MGP no estipula el papel del área de Psicología frente a las MPL que cumplen este rol, dentro o fuera de los CRS. En la práctica, pese a que la maternidad es la principal causa de preocupación, estrés y depresión de las reclusas. El área de Psicología no ha realizado programas de prevención de problemas de salud mental relacionados a la maternidad, así como tampoco brinda consultas individuales que les permitan asumir de mejor manera este rol en contextos de encierro.

138 Psicóloga del área de Salud del ala mujeres del CRS RSCN, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

139 Elena Quito, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

140 Marcela Araujo, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

141 Cinthia Carrera, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

Finalmente, se interrogó a las mujeres acerca de la forma en la que el área de Psicología o Trabajo Social han trabajado en el mantenimiento de sus relaciones familiares. Las diez entrevistadas indicaron que ninguna de las dos áreas ha promovido su vinculación familiar a través de ningún medio.

Sus expresiones fueron las siguientes: «Yo soy del Guayas, voy aquí siete meses y nadie me ha visitado por falta de dinero, por la cabina tampoco se puede hablar porque cuesta USD 3,00 el minuto, es demasiado».¹⁴² «Mi familia vive en la frontera entre Colombia y Ecuador a 15 horas de aquí, estoy aquí ya más de tres años y he recibido solo tres visitas».¹⁴³ «No se realiza ningún trabajo de vinculación, estoy aquí ya nueve meses y no he tenido ninguna visita».¹⁴⁴

Frente a estas expresiones, la psicóloga del CRS señaló: «Las mujeres no son abandonadas por sus familias por ello no se han realizado procesos de vinculación familiar».¹⁴⁵ Por su parte, la trabajadora social encargada de ala de mujeres indicó: «Existe una trabajadora social para más de 600 mujeres [...] la vinculación familiar solo se realiza cuando existe una solicitud de por medio, generalmente proveniente de las fundaciones en las que viven los hijos de las internas. Para las demás el trabajo consiste en proyectar películas sobre la familia y pedir resúmenes».¹⁴⁶

El MGP determina entre los objetivos del área de Psicología y las funciones del área de Trabajo Social el establecimiento y fortalecimiento de los vínculos familiares de las PPL. No obstante, el MGP no establece que se debe enfatizar en las MPL, considerando que son más propensas a ser abandonadas. Como resultado familias enteras desestructuradas, y MPL que cumplen sus procesos de rehabilitación social en soledad y depresión.

Revisada la situación de los servicios de salud físicos y psicológicos del CRS corresponde analizar cómo las condiciones de vida inciden en la salud de las MPL. En cuanto al agua y alimentación se preguntó

142 Elena Quito, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

143 Débora Ruiz, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

144 Marcela Araujo, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

145 Psicóloga del ala mujeres del CRS RSCN, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

146 Alexandra Parra, trabajadora social encargada del ala de mujeres del CRS RSCN, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

a las mujeres cómo ha influido el consumo de agua y la alimentación del CRS en su salud. Las diez entrevistadas afirmaron que el agua y la alimentación recibida en el CRS son de mala calidad y les han causado enfermedades; ocho afirmaron que el agua les ocasiona episodios de diarrea y dos de ellas no especificaron el problema de salud. Sobre la alimentación, diez mujeres afirmaron que los alimentos del CRS les ocasionan infecciones gastrointestinales y malnutrición.

Algunas de sus aseveraciones fueron las siguientes: «El agua del CRS es de color amarillo y aun sabiendo que nos descompone el estómago, nos toca tomar para sobrevivir».¹⁴⁷ «No tenemos agua, durante todo el día, y el ratito que llega, llega con lodo [...] tomamos esa agua todos los días por sed, y después nos produce diarrea».¹⁴⁸ «La comida es terrible, le diría que es sucia, pero sucia es poco, el sabor es feo, desagradable, y nos genera infecciones».¹⁴⁹ «Yo tengo supuestamente menú de dieta por el embarazo, pero todo es igual al menú de las compañeras solo le aumentan ensalada, lo peor de todo es que sirven muy poco, siempre me quedo con hambre y eso debe afectar mi nutrición y la del bebé».¹⁵⁰ La coordinadora de salud del ala de mujeres corroboró las impresiones de las PPL sobre la ración alimenticia: «La alimentación que reciben es mínima, les sirven lo básico para subsistir, incluso si les dan pollo no les sirven ni una presa completa».¹⁵¹

El MGP reconoce el derecho al agua y a la alimentación de las PPL; de manera especial para las mujeres en período de gestación para quienes se prevé una dieta especial que cubra sus requerimientos alimenticios. No obstante, pese a estas disposiciones, el CRS no garantiza a las MPL agua potable o apta para el consumo, así como tampoco alimentos inocuos que no perjudiquen su salud. Por otra parte, las porciones de alimento servidas no satisfacen la apetencia de las mujeres, haciéndolas padecer hambre. Así también, la insuficiente cantidad de alimentos proporcionados complejiza el proceso de nutrición, sobre todo durante

147 Marcela Ramos, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

148 Erika Palacio, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

149 Cinthia Carrera, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

150 Glenda Lemus, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

151 Coordinadora del área de Salud del ala de mujeres del CRS RSCN, entrevistada por la autora, lunes 5 de junio de 2021.

el ciclo menstrual y el período de embarazo, lo cual sin duda afecta el sistema inmunitario de las mujeres.

Por otra parte, en lo referente a la higiene se cuestionó a las mujeres cómo la higiene del CRS ha influido en su salud, y cómo el CRS ha asegurado su higiene personal. En cuanto a la higiene del CRS, diez entrevistadas afirmaron que las condiciones del CRS les han generado problemas de salud, ocho afirmaron que la falta de agua y la mala calidad de la misma les ha producido infecciones en las vías urinarias y hongos en la piel, dos no especificaron el problema de salud. Sobre la higiene personal, las diez entrevistadas afirmaron que el CRS no ha precautelado de ninguna forma su higiene personal; sin embargo, todas reconocieron que el momento del ingreso les entregaron un uniforme y un kit de aseo.

Las expresiones de las PPL fueron las siguientes: «Como no disponemos de agua no podemos desocupar los servicios supuestamente higiénicos, eso me ha ocasionado infecciones en las vías urinarias».¹⁵² «El agua con la que nos bañamos me ha causado hongos en la cabeza».¹⁵³ «Nuestro aseo personal no es precautelado de ninguna forma, no nos proveen de kits de aseo, ni de papel higiénico, ni de uniformes, a mí me comparten las compañeras porque mi familia no me puede apoyar».¹⁵⁴ «Solo nuestra familia se preocupa por nuestro aseo personal, ellos nos compran todo [...] aquí en fechas especiales hacen programas y de premio por algún concurso dan un rollo de papel higiénico, eso es una humillación».¹⁵⁵

El modelo reconoce que la higiene de los CRS puede incidir en la salud de las PPL. No obstante, pese a esta consideración el CRS RSCN al no proveer de agua de calidad suficiente a las MPL favorece al desarrollo de infecciones genitourinarias e infecciones en la piel. Por otra parte, el modelo no posiciona a la higiene personal de las PPL como una responsabilidad estatal, en la práctica para las mujeres ello se traduce en la desprovisión de toallas higiénicas y de papel sanitario, ambos indispensables para evitar infecciones.

152 Marcela Ramos, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

153 Erika Palacio, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

154 Débora Ruiz, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

155 Cinthia Carrera, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

Sobre la infraestructura y hacinamiento se cuestionó a las MPL si consideran que la infraestructura del CRS es idónea para albergar a mujeres, y si el número de PPL distribuido por celda les permite conservar su espacio personal e interactuar con comodidad. Sobre la infraestructura, las diez entrevistadas señalaron que consideran que el CRS no es idóneo para mujeres porque no brinda facilidades para albergar a sus hijos e hijas. Por otro lado, acerca del hacinamiento, nueve de ellas afirmaron que cada celda alberga cuatro PPL, y que cada una dispone de su propio espacio para pernoctar e interactuar confortablemente conforme con las circunstancias, una indicó que cuatro PPL si es un número excesivo en las celdas.

Algunos de sus comentarios fueron los siguientes: «Esta cárcel no es apta para las mujeres porque no considera que nosotras somos responsables de los hijos, en mi caso por el embarazo pedí que me transfieran a una casa de confianza».¹⁵⁶ «La cárcel no ha sido adecuada para vivir con nuestros hijos pequeños, solo se ha construido un espacio de juegos en el exterior pero al interior del pabellón no se ha realizado nada».¹⁵⁷ «En la celda somos cuatro no tenemos problemas cada una tiene su propia cama, vivimos bien».¹⁵⁸

El MGP reconoce que los grupos de atención prioritaria tienen requerimientos de infraestructura específicos. Sin embargo, en el CRS no se han realizado las adecuaciones pertinentes para albergar a mujeres en período de gestación, ni a niños y niñas, ello significa que las mujeres embarazadas deban ser trasladadas a otros CRS, y que las mujeres que son madres no puedan cumplir con este rol al interior del CRS, por consiguiente están obligadas a delegar esta delicada responsabilidad a familiares o instituciones, lo cual no precisamente quiere decir que los niños y niñas se encuentren en mejores condiciones. Por otra parte, aun cuando no establece disposición alguna sobre el tema del hacinamiento, en el CRS las mujeres afirman que el espacio del que disponen en cada celda sí les permite guardar la distancia personal necesaria y convivir sin problemas de territorio; así, el CRS evita su exposición a problemas de salud física y mental.

156 Glenda Lemus, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

157 Cinthia Carrera, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

158 Débora Ruiz, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

Finalmente, sobre el tema de violencia, se cuestionó a las mujeres si han recibido atención en el CRS por experiencias de violencia vividas fuera del CRS. De las diez entrevistadas, cinco indicaron no haber sido víctimas de violencia fuera del CRS, y cinco afirmaron haber sido víctimas de violencia intrafamiliar en sus hogares. De las cinco mujeres que señalaron haber sido víctimas de violencia intrafamiliar todas negaron haber recibido algún tipo de atención física o psicológica al interior del CRS por estos episodios.

Algunas de las experiencias compartidas por las mujeres que afirmaron ser víctimas de violencia intrafamiliar fueron las siguientes: «Fuera del CRS sí recibía malos tratos por parte del padre de mis hijos, pero ni dentro ni fuera del CRS he recibido atención psicológica por esa situación».¹⁵⁹ «Fui víctima de violencia intrafamiliar física y psicológica, pero nunca he recibido atención psicológica aquí en el CRS».¹⁶⁰ «Si he sido víctima de violencia intrafamiliar, y si he asistido donde la psicóloga del centro, pero no sabía que podíamos hablar de eso, entonces no le conté».¹⁶¹ Frente a estas afirmaciones la psicóloga del CRS señaló: «Las mujeres que han sido víctimas de violencia fuera del CRS no se han acercado a la interconsulta para tratar esos temas, probablemente porque entre ellas existe un factor de contención emocional y se apoyan mutuamente en ese aspecto».¹⁶²

En el MGP se reconoce la violencia de género en el marco de las relaciones familiares. Sin embargo, al no determinar específicamente el rol del área de Psicología frente a este tipo de violencia, en la práctica las MPL que han sido víctimas de violencia intrafamiliar no reciben ningún tipo de intervención psicológica para, les permita superar estos episodios.

Por último, se interrogó a las mujeres si han recibido atención en el CRS por experiencias de violencia vividas al interior del CRS. De las entrevistadas, dos indicaron no haber sido víctimas de ningún tipo de violencia, cinco señalaron haber sido víctimas de violencia por parte de compañeras, dos manifestaron haber sido víctimas de violencia por

159 Yadira Freire, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

160 Cinthia Carrera, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

161 Débora Ruíz, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

162 Psicóloga del área de Salud del ala de mujeres del CRS-RSCNC, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

parte de guías penitenciarios, y una mencionó haber sido víctima de violencia de género por parte de su pareja. De igual forma, todas negaron haber recibido algún tipo de atención física o psicológica frente a los episodios de violencia.

Algunas de las vivencias compartidas por las mujeres fueron las siguientes: «Dos compañeras me agredieron físicamente, después de eso no recibí ningún tipo de atención, lo único que hicieron fue cambiarme de celda». ¹⁶³ «El día de mi cumpleaños una guía me agredió físicamente, me dio un rodillazo, después de eso no me brindaron atención alguna». ¹⁶⁴ «Cuando recién llegué un guía me pretendía, yo me sentía incómoda, pero no avisé por miedo a represalias». ¹⁶⁵ «Antes el papá de mis hijos me agredía, cuando me detuvieron yo le llamaba desde aquí del CRS para recibir su apoyo, pero él por teléfono continuaba con el maltrato, me decía que no valgo, me humillaba. No he recibido ningún tipo de atención». ¹⁶⁶

El MGP reconoce la violencia intracarcelaria, pero no especifica el rol de las áreas de Salud y Psicología frente a posibles episodios de violencia. En la práctica las MPL no reciben atención médica ni psicológica cuando son agredidas al interior del CRS. Asimismo, al no reconocer que la violencia por razones de género pueda perpetrarse al interior del CRS por parte del personal administrativo o de seguridad, no se adoptan las medidas necesarias para prevenirla, afrontarla y brindar tratamiento a quienes la han experimentado. La violencia psicológica ejercida por parte de la pareja de una de las PPL a través de llamadas telefónicas evidencia que aún dentro de los CRS las mujeres están expuestas a ser víctimas de violencia intrafamiliar. Todos estos escenarios no son contemplados en las políticas penitenciarias.

En conclusión, a partir de las consideraciones realizadas es posible señalar que, en la práctica, el MGP no garantiza la promoción, prevención y atención en salud física y mental especializada en mujeres en general, y en MPL en particular. Esto debido a diversos factores: en primer lugar, no se cubren situaciones específicas de salud de la mujer, al no prevenir el cáncer de mamas, cáncer de cuello uterino

163 Cinthia Carrera, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

164 Erika Palacio, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

165 MPPL2, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

166 Marcela Ramos, entrevistada por la autora, martes 6 de junio de 2021.

e infecciones genitourinarias. En segundo término, tampoco se contempla a la maternidad y el abandono familiar como temas a abordar para mejorar la salud mental de las PPL. En tercer lugar, respecto a las formas de atención y tratamiento, solo se contempla el suministro de analgésicos, el cual es el tratamiento empleado con mayor regularidad. Cuarto, en lo referente a las condiciones de vida, no se cuenta con agua apta para el consumo, ni de alimentos higiénicos y en cantidad suficiente, complicando así el proceso de nutrición de las mujeres. De igual forma no se suministra agua ni insumos de aseo para la higiene personal ocasionando de esta forma la presencia de infecciones. En quinto lugar, no se han realizado las adecuaciones de infraestructura necesarias para albergar a mujeres en período de gestación, lactancia o a niños y niñas. No se brinda atención física ni psicológica a las mujeres que han sido víctimas de violencia intrafamiliar fuera del CRS, ni a mujeres que han sido víctimas de violencia intracarcelaria, complejizando así la superación de estos episodios.

SALUD DE LAS MPL EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA DE COVID-19

Ante la presencia de la pandemia de COVID-19 es pertinente revisar las políticas penitenciarias implementadas con el fin de garantizar la salud de las MPL durante la emergencia sanitaria. En este sentido, cabe indicar que, según el informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, la pandemia de COVID-19 ha empeorado la salud física y mental de las PPL, puesto que las condiciones de hacinamiento y el restringido acceso a higiene y atención sanitaria las hacen más vulnerables al virus. En este sentido, se recomienda la excarcelación de personas consideradas de baja peligrosidad, de quienes sobrelleven problemas de salud subyacentes, y de personas cuya fecha de puesta en libertad sea inminente. Además, se subraya que la excarcelación no debe excluir los delitos por drogas, ya que ello perjudicaría en gran medida a las mujeres.¹⁶⁷

167 ONU Consejo de Derechos Humanos, «Los derechos humanos en la administración de justicia, incluida la justicia juvenil. Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos», ONU, 20 de abril de 2021, párrs. 6-16, file:///D:/USER/Downloads/A_HRC_47_45_S%20Salud%20PPL%20COVID.pdf.

En el informe se indica también que durante la pandemia se agravaron las desigualdades de género, generalmente en detrimento de las necesidades de salud de las mujeres, ya que los servicios de salud con perspectiva de género corren el riesgo de suspenderse. De igual forma, se señala que la restricción de recepción de paquetes en los CRS ha obstaculizado el envío de alimentos a las reclusas, debilitando así su sistema inmunitario, y afectando particularmente a embarazadas, lactantes y VIH positivo. Asimismo, la salud mental ha sido afectada negativamente por la reducción del contacto con el mundo exterior y con la familia. Entre los principales problemas de salud mental que se presentan son: depresión, ansiedad, dificultad de concentración y paranoia.¹⁶⁸

Por consiguiente, de la revisión del informe se desprende que, la pandemia de COVID-19 menoscaba aún más la ya compleja situación de salud de las MPL. En cuanto a la salud física la principal dificultad es continuar considerando como un asunto prioritario los requerimientos específicos de salud de las mujeres aún en el contexto de pandemia, especialmente de aquellas que se encuentran en situación de vulnerabilidad. En cuanto a la salud mental el problema más importante es el aislamiento del círculo familiar, ya que para las madres ello implica agonizar al no tener noticias recurrentes de sus hijos e hijas.

A escala nacional, el Sistema Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de Libertad ha establecido una serie de lineamientos y medidas de prevención, contingencia y reacción ante la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19. Entre los principales objetivos de este instrumento se encuentran: prevenir el contagio en los CRS dar respuesta inmediata a posibles contagios y coordinar acciones con el MSP para el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y recuperación de las PPL positivas en COVID-19.¹⁶⁹ Así como también la inoculación con la monodosis CanSino.¹⁷⁰ En cuanto a la salud de

168 *Ibíd.*, párrs. 21-32.

169 Ecuador Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de Libertad y a Adolescentes Infractores (SNAI), «Lineamientos y medidas de prevención, contingencia y reacción ante la emergencia sanitaria COVID-19» (Quito: SNAI, 2021), 9, <https://www.atencionintegral.gob.ec/wp-content/uploads/2022/02/SNAI-SNAI-2020-0015-R.pdf>.

170 Ecuador, MSP, «MSP vacuna a personas privadas de libertad contra la COVID-19», 18 de agosto de 2021, párr. 1, <https://www.salud.gob.ec/msp-vacuna-a-personas-privadas-de-la-libertad-contra-la-covid-19/>.

las MPL, este instrumento se refiere únicamente a las mujeres que se encuentran en período de gestión, y básicamente indica que deberán permanecer aisladas en espacios físicos habilitados para grupos de atención prioritaria.¹⁷¹

De la revisión de las medidas a adoptar en los CRS frente a la emergencia sanitaria, se desprende que este instrumento no considera los requerimientos específicos de salud de las MPL. En particular sobre las mujeres gestantes se prevé el aislamiento; sin embargo, al igual que ocurre en otras políticas, parecería que esta medida es considerada más que para resguardar a la mujer como tal, para salvaguardar la integridad del feto. Aun así, no se prevén consideraciones especiales para mujeres en período de lactancia, o para quienes cumplan con su rol de madres al interior de los CRS y permanecen junto a sus hijos e hijas.

El instrumento además no se refiere a los procedimientos a seguir para prevenir, atender y tratar las enfermedades específicas de las mujeres en el contexto del COVID-19. No hace mención alguna a la salud mental de las reclusas o a los efectos psicológicos de la separación familiar prolongada. Tampoco expone información alguna sobre la prioridad de vacunación de las internas con quebrantamientos en su salud, cuestiones que deberían contemplarse en razón de su situación de vulnerabilidad.

Igual de lamentable es el hecho de que hasta el momento los datos generados en el país sobre la emergencia sanitaria al interior de los CRS no reflejan cifras individualizadas por sexos. Se desconoce el porcentaje de mujeres reclusas que han sido infectadas por COVID-19, el porcentaje que han accedido a atención médica, que han recibido tratamiento, o que han fallecido. Ello impide calificarlas o descartarlas como un grupo de alto riesgo a sufrir las secuelas del virus.

En consecuencia, la política penitenciaria implementada para afrontar en los CRS la emergencia sanitaria generada por el COVID-19 aborda a las PPL de manera homogénea. No se contemplan los requerimientos específicos en salud de las MPL.

Por otro lado, la Defensoría del Pueblo de Ecuador (DPE) interpuso también una acción de protección en el contexto de la pandemia de

171 Ecuador SNAI, «Lineamientos y medidas de prevención, contingencia y reacción ante la emergencia sanitaria COVID-19», 21.

COVID-19 en contra del MSP, Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de la Libertad y a Adolescentes Infractores (SNAI), y Organismo Técnico del Sistema de Rehabilitación Social, afirmando que tales instituciones han incumplido la responsabilidad de salvaguardar la salud de las PPL. La acción específicamente señala que en los CRS existe hacinamiento, la infraestructura presenta problemas para habilitar espacios de aislamiento, las instalaciones sanitarias son deficientes e insuficientes, determinadas instalaciones de salud internas se encuentran inhabilitadas, el personal médico es insuficiente, y no se han entregado mascarillas ni insumos de aseo personal, como tampoco se han realizado pruebas de diagnóstico de COVID-19 a las PPL.¹⁷²

Máximo Ortega, juez de la Unidad Penal de Pichincha, aceptó parcialmente la garantía jurisdiccional. En su decisión dispuso: designar brigadas especializadas que revisen el estado de salud de las PPL, proveer de mascarillas, gel antiséptico y kits de aseo a la mayor cantidad de reclusos, dotar de equipamiento de bioseguridad al personal médico, tomar pruebas diagnósticas de COVID-19, establecer cercos epidemiológicos, adquirir fármacos para las personas infectadas, y realizar inspecciones periódicas sobre las condiciones de saneamiento, climatización, iluminación y ventilación de los CRS.¹⁷³

Ahora bien, de la revisión del proceso se evidencia que en la acción de protección presentada por la DPE se desconoce que las mujeres tengan requerimientos específicos de salud en el contexto del COVID-19. En la sentencia emitida por la Unidad Judicial Penal de Pichincha, no se dispone la adopción de ninguna medida específica para las reclusas, ni siquiera para las mujeres en estado de embarazo, período de lactancia o con hijos conviviendo al interior del centro. Por lo expuesto, aun cuando ambos organismos pretenden garantizar de mejor manera el derecho a la salud de las PPL, ninguno reconoce las necesidades particulares de salud de las mujeres reclusas durante la emergencia sanitaria.

172 Ecuador Unidad Judicial Penal con sede en la Parroquia Iñaquito del Distrito Metropolitano de Quito, provincia de Pichincha, «Sentencia», en *Juicio n.º 17294-2020-00448*, 16 de julio de 2020, 1-15, <https://www.dpe.gob.ec/wp-content/dpemnpt/accion-de-proteccion/2020-07-16%20Sentencia%20Accio%CC%81n%20de%20Proteccio%CC%81n%20PPL.pdf>.

173 *Ibíd.*, 33-5.

Por otra parte, la sociedad civil (SC) a través de *amicus curiae* puede participar también en procesos sustanciados en órganos jurisdiccionales. Justamente, en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19, la Presidencia de la República expidió el Decreto Ejecutivo n.º 1052 sobre la renovación del Estado de excepción por calamidad pública. El decreto se enfoca principalmente en la limitación del derecho a la libertad de tránsito, movilidad, asociación y reunión, con la finalidad de desplegar medidas de aislamiento y distanciamiento social para evitar contagios.¹⁷⁴ La CCE declaró la constitucionalidad del decreto, pero también exhortó al Estado a tomar acciones tendientes a proteger prioritariamente a determinados grupos de la población, entre ellos las PPL.

La CCE consideró que los CRS pueden constituirse en espacios de rápida propagación del virus debido al encierro y hacinamiento, por ello exhortó a las autoridades a otorgar indultos, amnistías, medidas cautelares y penas alternativas a la privación de libertad, prelibertad y libertad condicional. Además, indicó que estas medidas deberían aplicarse especialmente a adultos mayores, mujeres embarazadas, adolescentes y personas con enfermedades catastróficas y respiratorias.¹⁷⁵

Con el objetivo de ilustrar o ejemplificar el trabajo desde la SC, corresponde indicar que el Consultorio Jurídico de la PUCE, bajo la dirección del doctor David Cordero, presentó un *amicus curiae* para aportar a la fase de seguimiento de este dictamen. En él se expuso principalmente la situación de aglomeración en la que viven las PPL, y la invisibilización de los requerimientos específicos de las mujeres reclusas. Además, estableció que, si bien es necesario reducir el número de PPL, también se deben adoptar medidas para proteger a la población carcelaria. En este sentido, se sugirió la creación de áreas de aislamiento, el desarrollo de protocolos de aislamiento en casos de sospecha, la

174 Ecuador, *Decreto Ejecutivo 1052*, Registro Oficial 209, Suplemento, 22 de mayo de 2020, 15-20. <https://nmslaw.com.ec/wp-content/uploads/2020/05/Decreto-Ejecutivo-No.-1052.pdf>.

175 CC, «Dictamen n.º 2-20-EE/20», *Caso n.º 2-20-EE*, 22 de mayo de 2020, 47-9. http://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/e2Nhc nBldGE6j3RyYW1pdGUnLCB1dWlkOidIMmY5NWY1Y1jMzNILTRINDgtYjE1YS0xZWlZyZzYzIyZDcucGRmJ30=.

capacitación del personal de los CRS en medidas preventivas de contagio, y la dotación de implementos de bioseguridad.¹⁷⁶

De la revisión del decreto sobre el estado de excepción, el dictamen de la CCE y el *amicus curiae* se desprende que en ninguno de estos tres documentos se recomienda la adopción de medidas para garantizar el efectivo ejercicio del derecho a la salud de las MPL. El dictamen de la CCE, al igual que muchos otros instrumentos ya revisados, prioriza la salud de las MPL, siempre y cuando se encuentren en estado de embarazo. En tanto, en el *amicus curiae* aunque se reconoce que las necesidades específicas de las reclusas son invisibilizadas, tampoco se realiza sugerencia alguna para precautelar su estado de salud en el contexto de la emergencia sanitaria. La intervención de los amigos de la Corte resulta clave para ampliar en la mayor medida posible la visión de los jueces y magistrados, al abordar asuntos relativos a los derechos de las PPL. En este caso, es preciso enfatizar no considerar homogéneamente a la población, ya que categorías como sexo, raza y clase social definen la severidad de la experiencia en los CRS.

En síntesis, corresponde indicar que, en el contexto actual de emergencia sanitaria, ni las políticas penitenciarias implementadas para enfrentar la COVID-19, ni las acciones jurisdiccionales interpuestas para garantizar la salud de las PPL, ni figuras que se pueden considerar representantes de la acción de la SC, como el *amicus curiae*, contemplan a la salud de las MPL como un asunto que amerite ser analizado de forma particular durante la pandemia.

De esta manera, se ha establecido la ausencia del enfoque de género, y las limitaciones de los enfoques de derechos humanos y salud colectiva en las disposiciones relativas a la salud de las PPL en el MGP de 2013. También, se han determinado las categorías de salud concretas y vinculadas que garantizan la salud integral de las mujeres en el contexto carcelario.

176 Consultorios Jurídicos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, *Amicus Curiae* (Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2021), 1-13.

CAPÍTULO TERCERO

PROPUESTA DE LINEAMIENTOS DE POLÍTICA PÚBLICA PARA UN ENFOQUE INTEGRAL DEL DERECHO A LA SALUD DE LAS MPL

En el presente capítulo, se presentan propuestas de lineamientos de política pública con enfoque en derechos humanos, género y salud colectiva para un enfoque integral en el derecho a la salud en MPL. Los lineamientos se refieren a servicios de salud física y mental especializados en MPL, a las condiciones de vida de las reclusas en los CRS, al COVID-19, y al MNPT. Posteriormente, se ubica el mapa de actores claves. Finalmente, se plantean acciones de exigibilidad política y jurídica.

PROPUESTA DE LINEAMIENTOS DE POLÍTICA PÚBLICA

La presente propuesta de lineamientos de política pública se basa en el proceso de articulación de los enfoques de derechos humanos, género y salud colectiva, y considera los límites o vacíos del MGP y los principales estándares de protección. Su objetivo es evidenciar las particulares necesidades de las mujeres y los condicionantes sociales que impiden el efectivo ejercicio del derecho a la salud. Se inscribe en la fase de reformulación de la política pública penitenciaria, y si bien lo ideal habría sido que se construya de forma participativa, debido a

las limitaciones de acceso a los CRS, así como al actual contexto de la pandemia de COVID-19, ello no ha ocurrido.

La selección de los lineamientos se realizó a partir de las dos categorías que condicionan la situación de salud de las MPL, primero: los servicios de salud y las condiciones de vida. Los servicios de salud comprenden atención en salud física y mental. Segundo, los condicionantes de salud se componen por elementos como: agua y alimentación, higiene, infraestructura y violencia contra las mujeres. Tomando en cuenta el contexto actual de pandemia se establecieron también lineamientos para enfrentar el COVID-19. Además, se determinaron lineamientos específicos para fortalecer el MNPT. El objetivo de cada lineamiento responde a los derechos y necesidades en salud de las MPL. En general, las acciones se determinaron a partir de requerimientos específicos señalados en las entrevistas por parte de las MPL, así como también a los vacíos de la política diseñada para afrontar al COVID-19 y a los límites del MNPT. Finalmente, se eligió un solo indicador, el que se consideró más relevante, y da cuenta de manera global de la situación.

LINEAMIENTO 1: ATENCIÓN EN SALUD FÍSICA

Promover y consolidar la prestación de servicios de salud física especializados en MPL durante todo su ciclo de vida.

Objetivo: Garantizar atención especializada en salud física a las MPL.

Acciones

- a) Sensibilizar y capacitar a los profesionales médicos sobre los requerimientos específicos de salud física de las mujeres en general y de las MPL en particular.
- b) Promover programas sostenidos de formación en el derecho a la atención en salud física, con énfasis en los impactos diferenciados por género, que provocan los procesos de prisionalización sobre la salud física de las mujeres atendiendo a sus diferentes condiciones sociales, culturales y específicas de género.
- c) Agilizar la atención en la prestación de servicios de salud en los dispensarios médicos para las mujeres de los CRS.

- d) Crear programas permanentes de prevención de enfermedades identificadas como recurrentes en las MPL como infecciones vaginales.
- e) Crear programas permanentes de detección temprana de cáncer de mamas y cáncer de cuello uterino.
- f) Suministrar los medicamentos necesarios para afrontar los principales problemas de salud que enfrentan las mujeres.
- g) Brindar atención médica especializada para las mujeres en período de embarazo, lactancia, y para los niños y niñas que viven dentro de CRS.

Indicadores

Cuantitativo: Porcentaje de MPL que han participado en programas de prevención de enfermedades recurrentes en mujeres en general, y en las MPL en particular.

Cualitativo: Nivel de satisfacción de las MPL con la atención en los servicios de salud física.

LINEAMIENTO 2: ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Promover y consolidar la prestación de servicios de salud mental especializados en las MPL durante todo su ciclo de vida.

Objetivo: Garantizar atención especializada en salud mental a las MPL.

Acciones

- a) Sensibilizar y capacitar a los profesionales de la salud mental sobre los requerimientos específicos de salud mental de las MPL en particular.
- b) Realizar permanentemente campañas informativas sobre los servicios que brinda el área de psicología a las MPL.
- c) Promover programas sostenidos de formación en el derecho a la atención en salud mental, con énfasis en la salud de las reclusas, para todas las MPL.
- d) Impulsar terapias grupales permanentes de salud mental que prevengan los problemas de salud mental que se han identificado

como recurrentes en las MPL, como: trastornos de ansiedad y depresión generados por el entorno carcelario.

- e) Crear programas permanentes de prevención de problemas de salud mental relacionados con el cumplimiento del rol de la maternidad desde el CRS.
- f) Brindar terapias individuales de forma permanente a las MPL que asumen el rol de la maternidad dentro del CRS.
- g) Establecer y fortalecer los lazos familiares de las MPL, con especial énfasis en las mujeres que no reciben visitas regularmente.
- h) Establecer una estrategia para vincular virtualmente con sus familias a las mujeres que se encuentran privadas de libertad en CRS ubicados en provincias diferentes a las de sus hogares.
- i) Brindar penantemente atención psicológica especializada para las mujeres en período de embarazo y posparto.

Indicadores

Cuantitativo: Incremento del número de mujeres que asisten de manera permanente a espacios de contención psicológica. Incremento en las estadísticas sobre atenciones por problemas de ansiedad, depresión.

Cualitativo: Calificación de la calidad del servicio de salud mental del CRS por parte de las MPL.

LINEAMIENTO 3: AGUA Y ALIMENTACIÓN

Asegurar el acceso permanente a agua para consumo y a alimentos en calidad y cantidad adecuada a todas las MPL.

Objetivo: Garantizar el derecho al agua y a la alimentación a las MPL.

Acciones

- a) Proveer permanentemente de agua apta el consumo a las MPL.
- b) Promover el uso de protocolos de manipulación e higiene de alimentos.
- c) Velar por la adecuada nutrición de las MPL.
- d) Suministrar alimentos suficientes a las MPL.
- e) Establecer una estrategia de reserva de alimentos para las MPL.
- f) Establecer dietas alimenticias especiales para las MPL con enfermedades crónicas.

- g) Establecer dietas alimenticias especiales supervisadas por nutricionistas para las mujeres en período de menstruación, embarazo, lactancia, y para los niños y niñas que vivan dentro de los CRS.

Indicadores

Cuantitativo: Número de MPL que requieren atención médica por deshidratación y enfermedades gastrointestinales.

Cualitativo: Calificación de satisfacción a la porción diaria de alimentos por parte de las MPL.

LINEAMIENTO 4: HIGIENE

Facilitar elementos de aseo que permitan a las MPL vivir en condiciones de higiene.

Objetivo: Precautelar la higiene y salud de las MPL.

Acciones

- a) Suministrar continuamente a las MPL productos de limpieza y desinfección de espacios físicos, con especial énfasis en productos para la limpieza de inodoros.
- b) Proveer permanentemente agua apta para el aseo personal de las MPL.
- c) Proporcionar permanentemente insumos de aseo personal, con especial énfasis en toallas sanitarias y papel higiénico.
- d) Proveer de continuamente de uniformes coherentes con la región en la que se ubica el CRS.

Indicadores

Cuantitativo: Número de MPL que requieren atención médica por infecciones genitourinarias.

Cualitativo: Nivel de satisfacción de las MPL con la calidad del agua suministrada para aseo personal.

LINEAMIENTO 5: INFRAESTRUCTURA

Implementar o adecuar la infraestructura de los CRS a los requerimientos específicos de las MPL y sus hijos e hijas.

Objetivo: Garantizar que las MPL y sus hijos cuenten con espacios físicos adecuados en los CRS.

Acciones

- a) Implantar celdas especiales que sean confortables para las mujeres que se encuentran en período de embarazo o lactancia.
- b) Adecuar celdas especiales que contengan cunas, lactarios, cambiadores de pañales y más para las mujeres que viven con sus hijos al interior de los CRS.
- c) Implementar ludotecas, áreas de estimulación temprana, y espacios de recreación infantil para los niños y niñas que viven al interior de los CRS.

Indicadores

Cuantitativo: Número de celdas adecuadas con cunas, lactarios y cambiadores de pañales.

Cualitativo: Calificación de la confortabilidad de las celdas especiales por parte de las mujeres en período de embarazo.

LINEAMIENTO 6: VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Prevenir, atender y erradicar toda forma de violencia contra las mujeres en los CRS.

Objetivo: Garantizar el derecho a una vida libre de violencia a las MPL.

Acciones

- a) Realizar permanentemente campañas informativas sobre los servicios que brinda el área de psicología a las MPL, con especial énfasis en los servicios disponibles para atender episodios de violencia intrafamiliar.
- b) Promover programas permanentes de prevención de violencia intrafamiliar.
- c) Brindar terapias psicológicas individuales de forma permanente a las MPL que han sido víctimas de violencia intrafamiliar fuera o dentro del CRS.
- d) Promover programas sostenidos de prevención de violencia intracarcelaria entre MPL.

- e) Promover un protocolo para la atención médica y psicológica adecuada a mujeres víctimas de violencia intracarcelaria.
- f) Brindar atención psicológica individual a MPL que han sido víctimas de violencia intracarcelaria.
- g) Sensibilizar y capacitar al personal penitenciario sobre el derecho a una vida libre de violencia de las MPL.

Indicadores

Cuantitativo: Estadísticas sobre el número de incidentes de violencia entre pares al interior de los centros carcelarios.

Cualitativo: Calificación a la calidad de las terapias psicológicas recibidas por episodios de violencia intracarcelaria.

LINEAMIENTO 7: CONTEXTO PANDEMIA DE COVID-19

Atender los requerimientos específicos de salud física y mental de las MPL durante la pandemia de COVID-19.

Objetivo: Garantizar la salud de las MPL en el contexto de COVID-19.

Acciones

- a) Adecuar espacios en los CRS para ubicar temporalmente a las MPL con enfermedades subyacentes, en período de embarazo, lactancia, o que cumplen las condenas con sus hijos e hijas, ello con la finalidad de prevenir su contagio.
- b) Sensibilizar y capacitar a los profesionales médicos y psicólogos sobre los requerimientos específicos de salud de las MPL en el contexto de la pandemia de COVID-19.
- c) Establecer una estrategia para continuar con la atención especializada a MPL en el contexto de la pandemia de COVID-19.
- d) Vincular virtualmente a las MPL con sus familias, especialmente con sus hijos e hijas.

Indicadores

Cuantitativo: Número de MPL ubicadas en espacios destinados exclusivamente para prevención de contagio, atención especializada y recuperación de COVID-19.

Cualitativo: Generación de espacios de monitoreo y evaluación de la gestión de la pandemia de COVID-19 periódicos y participativos en los que intervengan las MPL.

LINEAMIENTO 8: MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA, TRATOS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES

Incorporar el enfoque de género en los procesos de observación, revisión de registros y expedientes, entrevistas, diálogos, informes y recomendaciones realizadas por el MNPT a los CRS.

Objetivo: Fortalecer los procesos y recomendaciones del MNPT.

Acciones

- a) Desarrollar procesos de formación en enfoque de género a los funcionarios del MNPT.
- b) Sensibilizar y capacitar a los funcionarios del MNPT sobre los requerimientos específicos de las MPL.
- c) Promover directrices para generar información específica sobre la situación de las MPL en las visitas del MNPT.

Indicadores

Cuantitativo: Número de informes del MNPT en los que se incluyan recomendaciones específicas con enfoque de género, elaborados y entregados a las autoridades competentes.

Cualitativo: Directrices de verificación con perspectiva de género implementadas y elaboración de estudio específico que recoja de manera anual los problemas detectados y aporte con recomendaciones específicas.

ANÁLISIS DE ACTORES

El análisis de actores es indispensable para persuadir a las autoridades competentes en la aprobación de la propuesta de lineamientos de política pública, y para promover su adopción y cumplimiento desde la SC. Las MPL son las actoras más importantes, son las principales afectadas por las políticas penitenciarias y de salud penitenciaria. Requieren que sus derechos sean reconocidos y garantizados eficazmente en los CRS. Su interés en la adopción de los lineamientos de política es alto, pero su influencia es baja. Su rol sería apoyar la propuesta.

Por otro lado, se encuentra el Directorio del Organismo Técnico del Sistema Nacional de Rehabilitación Social (DOT SNRS), entidad estatal que se integra por los ministros en materia de justicia, derechos humanos, salud pública, relaciones laborales, educación, inclusión económica y social, cultura, deporte y DPE. Su objetivo es determinar y aplicar políticas de atención integral a PPL.¹⁷⁷ Su nivel de interés e influencia en la adopción de la propuesta de lineamientos es alto, por lo cual su rol sería el de liderar el proceso.

Otro actor estatal clave es el MSP, cuya responsabilidad es la de garantizar el derecho a la salud de toda la ciudadanía, incluidas las PPL, ello a través de la prevención de enfermedades, promoción de la salud y servicios de atención.¹⁷⁸ Su nivel de interés e influencia es alto, ya que orienta las políticas públicas en el derecho a la salud. Su rol sería el de liderar el diseño, implementación y seguimiento de las políticas públicas en salud.

De igual forma, el SNAI es un actor estatal trascendental, ya que tiene el deber de atender integralmente a las PPL a través de un sistema de rehabilitación y reinserción social humano y eficiente.¹⁷⁹ Su nivel de interés e influencia es alto; no obstante, la salud de las PPL es competencia del MSP. En tal sentido, la actuación del SNAI sería también en calidad de aliado.

Asimismo, otro actor importante es la DPE, institución estatal que tiene la responsabilidad de garantizar la dignidad, promover y proteger los derechos humanos, y prevenir violaciones a los mismos.¹⁸⁰ Además, como se indicó con antelación, la DPE Coordina el MNPT. Su nivel de interés en la adopción de los lineamientos es alto, pero su influencia es media; por lo tanto, su rol sería el de apoyar la propuesta de lineamientos.

177 Ecuador, *Código Orgánico Integral Penal*, Registro Oficial 180, Suplemento, 10 de febrero de 2014, arts. 672-5.

178 MSP, «Estatuto Orgánico Sustantivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública», art. 1, <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/ESTATUTO-SUSTITUTIVO-MSP-ALCANCE-REFORMA-ABRIL17.pdf>.

179 SNAI, «Misión, visión y objetivo SNAI», accedido 30 de agosto de 2021, párrs. 1-3, <https://www.atencionintegral.gob.ec/wp-content/uploads/2021/06/mision-vision-obj-scaled.jpg>.

180 Ecuador Defensoría del Pueblo, «Filosofía Institucional», accedido 30 de agosto de 2021, párr. 1, <https://www.dpe.gob.ec/filosofia-institucional-mision/>.

Así también, otro actor relevante es el CNIG, institución estatal encargada de coordinar con las entidades rectoras y ejecutoras la incorporación del enfoque de género en planes y programas.¹⁸¹ Su nivel de interés e influencia es medio, por lo cual su rol sería también el de apoyo.

De igual manera, la Secretaría de Derechos Humanos (SDH) es otro actor clave, ya que es la instancia rectora en políticas públicas de derechos humanos, que impulsa su promoción y protección.¹⁸² Entre sus servicios se encuentran la prevención y erradicación de todo tipo de violencia contra las mujeres. Su nivel de interés e influencia es medio, debido a ello su rol sería el de apoyar la propuesta de lineamientos.

Por otro lado, en cuanto a la competencia de administrar justicia, el principal actor es la CC, institución responsable de garantiza el pleno ejercicio de los derechos y garantías constitucionales mediante la interpretación, control y administración de justicia constitucional.¹⁸³ Esta institución estatal ha expedido ya dictámenes específicos sobre la salud de las PPL. Su interés e influencia es alta y dado su poder, su rol sería el de liderazgo.

En esta línea se encuentra también la Función Judicial, institución que tiene la potestad de administrar justicia a través de sus órganos.¹⁸⁴ Su nivel de interés e influencia es alto, por lo tanto, su rol sería el de apoyo.

De igual manera, los Jueces de Garantías Penitenciarias son actores clave, ya que entre sus responsabilidades se encuentra el realizar inspecciones mensuales a los CRS con el fin de garantizar los derechos de las PPL.¹⁸⁵ Su nivel de interés es alto y su nivel de influencia es medio, por lo cual su rol también sería el de apoyo.

Por último, el último actor clave es la sociedad civil, ya que cuando esta está organizada puede formular estrategias de incidencia en políticas públicas. Las organizaciones de mujeres que trabajan por la igualdad

181 CNIG, «Relacionamiento Institucional», accedido 30 de agosto de 2021, párr. 1-3 <https://www.igualdadgenero.gob.ec/relacionamiento-interinstitucional/>.

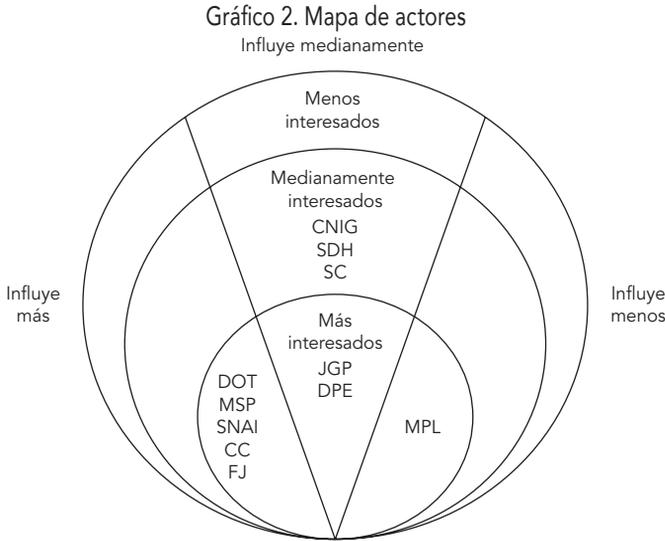
182 Ecuador Secretaría de Derechos Humanos, «Misión, Visión y Valores», accedido 30 de agosto de 2021, párr.1-2, <https://www.derechoshumanos.gob.ec/mision-vision-valores/>.

183 CC, «Misión y Visión», accedido 30 de agosto de 2021, párr. 2, <https://www.corteconstitucional.gob.ec/index.php/quienes-somos/mision-y-vision-2.html>.

184 Ecuador, *Código Orgánico de la Función Judicial*, Registro Oficial 544, Suplemento, 9 de marzo de 2009, art. 1.

185 Ecuador, *Código Orgánico Integral Penal*, art. 669.

de género y las familias de las PPL forman parte de esta clasificación. Por otro lado, en los casos de PPL sometidos a conocimiento judicial la SC la constituyen terceros ajenos al proceso que pueden presentar opiniones de trascendencia para aportar a su resolución.¹⁸⁶ En general, su nivel de interés e influencia es medio, por lo cual su rol sería el de apoyo en la propuesta de lineamientos.



Fuente y elaboración propias, 2021.

ACCIONES DE EXIGIBILIDAD

Con la intencionalidad de efectivizar los lineamientos de política pública planteados se propone como primera vía una estrategia de exigibilidad política conducente a influir en la modificación de las políticas públicas. De no resultar, se formula además una estrategia de exigibilidad jurídica que implica la defensa ante los juzgados y tribunales del derecho a la salud de las MPL, impulsando procesos de litigio estratégico; es decir, en esta segunda vía se potenciarán y ampliarán los procesos organizativos ya generados.

186 Perú Defensoría del Pueblo, «El *amicus curiae*: ¿qué es y para qué sirve? Jurisprudencia y labor de la Defensoría del Pueblo» (Lima: Defensoría del Pueblo de Perú, 2009), 17, <https://www.corteidh.or.cr/tablas/26654.pdf>.

EXIGIBILIDAD POLÍTICA

La propuesta de lineamientos de política pública presentada debe ser adoptada por el DOT SNRS para lograr su materialización. Esta instancia se conforma por el representante del SNAI, representante de la SDH, MSP, relaciones laborales, educación, inclusión económica y social, cultura, deporte, y el DPE. Su principal objetivo es la determinación y aplicación de políticas de atención integral a PPL.¹⁸⁷

Con la finalidad de que los lineamientos planteados sean adoptados, se plantean una estrategia de exigibilidad política, entendida esta como el conjunto de acciones que desarrolla un actor colectivo con el objetivo de incidir en un actor con poder decisorio para que en las leyes, políticas, programas o proyectos se incluyan los contenidos esenciales de los derechos y se garantice su cumplimiento. Las principales herramientas del actor colectivo son la creatividad, la experiencia y sus recursos propios.¹⁸⁸

Tabla 1. Estrategias de exigibilidad política

Organización	<p>1. Se realizará una invitación abierta a través de medios digitales para socializar la propuesta de lineamientos de política pública y recoger los aportes y retroalimentaciones de los asistentes. Se priorizará la participación de mujeres exprivadas de libertad, familiares de MPL y feministas. Una vez que se haya llegado a un consenso sobre los lineamientos se conformará un movimiento que promueva la adopción de los mismos por parte del DOT SNRS.</p> <p>2. De las participantes se definirá al grupo impulsor que asumirá la responsabilidad de liderar, planificar y conducir las acciones de incidencia.</p>
Cabildeo	A través de visitas directas a los integrantes del DOT SNRS se determinarán posibles aliados u opositores; ello con la finalidad de establecer tácticas de influencia, en especial sobre personas o instituciones que se encuentran indecisas.
Educación y Sensibilización	Se solicitará participar en una de las reuniones interinstitucionales del DOT SNRS con el propósito de informar y concientizar sobre los principales problemas de salud que enfrentan las MPL y proponer como solución la propuesta de lineamientos de política pública.
Medios de comunicación	Se formulará un framing estratégico para presionar a los integrantes del DOT SNRS a través de la opinión pública, posicionando en los medios de comunicación el derecho a la salud de las MPL.

187 Ecuador, *Código Orgánico Integral Penal*, art. 675.

188 Milena González, «Capacidades para la Exigibilidad», en *Manual políticas públicas y participación social* (Bogotá: ILSA, 2006), 97.

Movilización	Se coordinará una manifestación pacífica protagonizada por las MPL al interior de los CRS, y por sus familiares y organizaciones de mujeres que trabajan por la igualdad de género en el exterior; ello con la finalidad de llamar la atención de los medios de comunicación sobre la situación de salud de las reclusas y la propuesta de lineamientos de política pública.
--------------	--

Fuente y elaboración propias, 2021.

EXIGIBILIDAD JURÍDICA

Se entiende por exigibilidad jurídica a la defensa de derechos violados o vulnerados ante jueces, tribunales o instancias administrativas adecuadas. Si bien la justiciabilidad no es la primera vía para hacer efectivos los derechos, al ser activada acertadamente es considerada como un poderoso instrumento de formación y desarticulación de políticas públicas. Se divide en exigibilidad directa e indirecta; es directa cuando el objeto de la actuación judicial tiene como sustento la invocación directa de un derecho, y es indirecta cuando la tutela o protección del derecho se logra por la invocación de un derecho distinto.¹⁸⁹ Con la finalidad de que los lineamientos de política pública propuestos puedan ser exigidos a través de la administración de justicia se plantean las siguientes estrategias:

Tabla 2. Estrategias de exigibilidad jurídica

Presentación de acción de protección	Presentación de acciones de protección contra el directorio del Organismo Técnico del Sistema de Rehabilitación Social, MSP y SNAI, argumentando la vulneración de los siguientes derechos constitucionales a las MPL: derecho a la inviolabilidad de la vida, derecho a la salud integral, derecho al agua y alimentación, derecho a una vida digna, derecho a una vida libre de violencia, y derecho a la igualdad formal, material y no discriminación.
Presentación de <i>amicus curiae</i>	En acciones constitucionales ya iniciadas relativas a la salud de las PPL se presentarán <i>amicus curiae</i> que permitan considerar los requerimientos específicos de salud de las MPL en las sentencias; para ello, se promoverán contactos con académicos, organizaciones no gubernamentales, cooperación, expertos en psicología, sociología, género y derecho penitenciario.

Fuente y elaboración propias, 2021.

De esta forma, se han propuesto lineamientos de política pública articulando los enfoques de derechos humanos, género y salud colectiva; además, se han identificado los actores claves y las acciones de exigibilidad que permitirán efectivizar los lineamientos presentados, siendo el más significativo el DOT SNRS.

¹⁸⁹ *Ibíd.*, 94-5.

CONCLUSIONES

El objetivo de las políticas penitenciarias es rehabilitar integralmente y reinsertar socialmente a las PPL, mientras se promueven, protegen y hacen efectivos sus derechos humanos. La salud resulta un derecho trascendental para una efectiva rehabilitación social, ya que el gozar de buena salud permite a las PPL participar activamente en las actividades diseñadas por los CRS para lograr la rehabilitación. Las políticas penitenciarias que consideran los requerimientos específicos de salud de las MPL garantizan a la par su supervivencia y rehabilitación social.

El enfoque de derechos humanos en las políticas penitenciarias viabiliza entender a la salud como un derecho humano, reconocer a las MPL como sujetos de dignidad y derechos, y considerar al Estado como responsable de garantizar la salud de las mujeres en los CRS. De otro lado, el enfoque de género permite cuestionar la supuesta neutralidad de la salud, el derecho, instituciones estatales y políticas públicas; evidenciar que la aparente imparcialidad representa las experiencias y necesidades de los varones e invisibiliza los requerimientos específicos de las mujeres, y reconocer que incorporar la perspectiva de las mujeres no es una mirada sesgada sino incluyente. Asimismo, el enfoque de salud colectiva, posibilita el análisis de los determinantes sociales en la salud, situar como punto de partida las necesidades de las personas, demostrar que la salud no se limita exclusivamente a los servicios de atención sanitaria, y reconocer que los problemas de salud de las MPL derivan de problemas sociales y estructurales.

La articulación de los mencionados enfoques en las políticas penitenciarias que inciden en la salud de las MPL permite descifrar relaciones de poder, reconocerlas como sujetos de derechos, establecer como punto de partida las necesidades de las titulares de derechos, cuestionar la aparente objetividad del derecho y la salud, incluir la perspectiva de las mujeres en la realidad, y conectar lo biológico y lo social.

Los instrumentos internacionales de derechos humanos relativos a la salud de las mujeres consideran que la salud es un derecho elemental durante todo el ciclo de vida de las mujeres. Por otro lado, reconocen que materializar la salud de las mujeres implica considerar aspectos biológicos, socioeconómicos, psicosociales y éticos y, por otro lado, comprometen a los Estados a eliminar la discriminación contra las mujeres en el ámbito de la salud. Además, vinculan directamente salud y violencia, especificando que la violencia contra las mujeres es un problema de salud pública.

En el marco de protección nacional constitucionalmente se reconoce el derecho a la salud de las PPL, el derecho a la igualdad formal, material y no discriminación, y el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. La Ley Orgánica de Salud y el COIP no consideran que la categoría sexo-género incida en la salud e invisibilizan los requerimientos de salud de las MPL. La jurisprudencia emitida por la CCE considera al hábeas corpus como una acción que en el contexto carcelario viabiliza que en casos especiales el derecho a la salud de las PPL se materialice a través de medidas alternativas a la privación de libertad. Se posiciona la salud de las PPL incluso sobre la pena estipulada para la infracción cometida.

Las políticas públicas generales no se refieren en lo absoluto a la salud de las MPL. Asumen la salud desde un enfoque colectivo, y se disputan entre incorporar o no el enfoque de género en la salud, lo que se traduce en reconocer que las mujeres tienen requerimientos específicos de salud que deben ser garantizados integralmente durante todo el ciclo de vida; o a su vez, en considerar que la salud de las mujeres se reduce únicamente a la salud materna.

El MGP formalmente integra el enfoque de derechos humanos al considerar a las PPL como sujetos de derechos, a la salud como un derecho, y al Estado como responsable del derecho a la salud de las PPL. No considera el enfoque de género ya que no contempla los requerimientos

específicos de salud de las mujeres, excepto de quienes se encuentran en período de embarazo y lactancia. Y, reproduce limitadamente el enfoque de salud colectiva al reconocer que aspectos sociales inciden en la salud de las PPL.

La articulación de las Reglas Bangkok y el modelo de salud colectiva permite reconocer los principales elementos que explican cómo el derecho humano a la salud es garantizado integralmente a las MPL en los CRS. Las categorías identificadas son dos: servicios de salud y condiciones de vida. Los servicios de salud comprenden la prevención, atención y tratamiento en servicios de salud física y mental. Los condicionantes de la salud se integran por elementos como: agua y alimentación, higiene, infraestructura, hacinamiento y violencia.

En lo formal, el MGP no garantiza la salud de las MPL. Respecto a los servicios de salud física y mental no se establecen programas de salud preventivos y curativos enfocados en los principales problemas de salud que afectan a las MPL. No se determina el rol del área de Psicología frente a las mujeres en período de gestación, lactancia, madres al interior del CRS, o víctimas de violencia intrafamiliar o intracarcelaria. En cuanto a las condiciones de vida no se reconoce que el ciclo menstrual influye en las necesidades alimenticias de las mujeres. No se responsabiliza al Estado por la higiene personal de las PPL. No se reconocen los requerimientos higiénicos específicos de las mujeres para prevenir enfermedades y no se estipula ninguna disposición acerca de la sobrepoblación carcelaria.

El análisis de la aplicación del MGP en el CRS RSCN, a partir de las experiencias de las MPL y del personal de salud permitieron evidenciar que en la práctica las mujeres no son consideradas como sujetas de derechos ya que les son negados derechos específicos y vinculados a la salud que comprometen su supervivencia. Sus requerimientos específicos de salud biológicos y sociales tampoco son atendidos, a excepción de las mujeres que se encuentran en período de gestación, y, la salud es ejercida desde el enfoque biomédico, desconociendo así la incidencia del ámbito social en la salud.

La prestación de servicios de salud física del CRS RSCN en lo preventivo no considera programas permanentes de salud preventiva que enfoquen su atención en problemas de salud recurrentes en las mujeres. En lo curativo las principales enfermedades por las cuales las internas

requieren atención se relacionan directamente con las condiciones de vida. En general los tratamientos brindados en el CRS se basan en la prescripción de analgésicos. Únicamente las mujeres en período de embarazo reciben atención médica integral.

La prestación de servicios de salud mental del CRS RSCN Cotopaxi en lo preventivo no consideran programas de promoción y prevención en salud mental enfocados específicamente en las MPL. El área de Psicología brinda atención de forma ocasional, únicamente frente a situaciones críticas. No se ha abordado la maternidad como un asunto a atender en consulta, ello pese a que se ha identificado que esta es la principal causa de preocupación y depresión de las reclusas. Tampoco se reconoce que las MPL son propensas a ser abandonadas por sus familias por lo cual no se trabaja el tema de la vinculación familiar.

Las condiciones de vida de las MPL del CRS RSCN Cotopaxi son atentatorias a su salud. El agua es de mala calidad y su disponibilidad no es permanente. Los alimentos no son inocuos y la cantidad proporcionada es insuficiente para garantizar su nutrición. La higiene del CRS es deficiente principalmente en los servicios higiénicos. Tampoco se suministran los insumos necesarios para el aseo personal de las reclusas, lo cual genera principalmente problemas infecciosos. No se han realizado las adecuaciones de infraestructura necesarias para albergar a mujeres embarazadas o con niños y niñas.

Las MPL víctimas de violencia intrafamiliar e intracarcelaria no son atendidas en ninguna forma por el área de Salud del CRS RSCN Cotopaxi. La violencia intrafamiliar es ejercida principalmente por las parejas de las internas. La violencia intracarcelaria es ejercida principalmente entre reclusas. Los guías penitenciarios ejercen también violencia de género contra las mujeres en forma de acoso. Las reclusas no están exentas de ser víctimas de violencia intrafamiliar incluso dentro del CRS.

Las políticas penitenciarias implementadas, acciones de protección y *amicus curiae* presentados, y sentencias y dictámenes resueltos para afrontar en los CRS la emergencia sanitaria generada por la pandemia de COVID-19, no contemplan los requerimientos específicos de salud de las MPL. Únicamente se prevén medidas para mujeres en período de embarazo. No se establecen procedimientos para prevenir y atender enfermedades específicas de las mujeres. No se prioriza la vacunación

de internas con quebrantamientos en su salud. Y no se estipulan acciones para salvaguardar la salud mental de las reclusas ante la prolongada separación familiar originada por la prohibición de visitas.

En conclusión, la articulación de los enfoques de derechos humanos, género y salud colectiva en la formulación de lineamientos de política penitenciaria posibilita dar respuesta a las problemáticas que enfrentan las MPL, y orientar de manera garantista la política pública. Por otro lado, garantizar el derecho de las MPL a recibir una atención especializada en salud precisa la adopción de lineamientos que promuevan la prestación de servicios de salud física y mental especializados en MPL durante todo el ciclo de vida. Ello implica principalmente realizar procesos de sensibilización y capacitación a los profesionales de la salud, la promoción de programas sostenidos de formación en atención en salud de mujeres reclusas, y la creación de programas permanentes de prevención de problemas de salud física y mental a los que se encuentran expuestas las mujeres en general, y las MPL en específico.

El mejoramiento de las condiciones de vida de las MPL requiere de la adopción de los lineamientos que promueven el acceso permanente a agua apta para el consumo y a alimentos en calidad y cantidad adecuados. La facilitación continua de elementos de aseo que permitan a las MPL vivir en condiciones de higiene. La implementación o adecuación de la infraestructura de los CRS a los requerimientos específicos de las MPL.

La materialización del derecho de las MPL a una vida libre de violencia requiere de la adopción de políticas públicas que prevengan, atiendan y erradiquen toda forma de violencia contra las mujeres en los CRS. Ello se traduce principalmente en tres acciones: primero: promover programas permanentes de prevención de violencia intrafamiliar e intracarcelaria; segundo: promover protocolos para la atención médica y psicológica adecuada a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar o intracarcelaria; y tercero, brindar atención en salud física y mental especializada a MPL que han sido víctimas de violencia intrafamiliar o intracarcelaria.

En el contexto de la pandemia de COVID-19 las garantías en el derecho a la salud de las MPL requieren de la adopción de lineamientos que sean coherentes con la emergencia sanitaria y viabilicen atender los requerimientos específicos de salud física y mental de las MPL. Para

ello, es indispensable establecer una estrategia que permita continuar con la atención especializada a MPL, y atender también los requerimientos específicos de salud de las reclusas generados por la COVID-19.

En cuanto al MNPT se evidencia que es indispensable la incorporación del enfoque de género en los procesos de observación, revisión de registros y expedientes, entrevistas, diálogos, informes y recomendaciones que elabora para precautelar la salud integral de las MPL.

Finalmente, con el objetivo de que futuros estudios continúen analizando la situación de salud de las MPL en los CRS, se recomienda realizar investigaciones sobre: La salud de MPL en consideración de su diversidad (edad, condición migratoria, etnia, situación sexogenérica, entre otras), y las necesidades específicas de política pública que ello comporta. Los CRS como espacios en los que se produce violencia de género, el derecho humano a la salud de las MPL en las sentencias de los órganos jurisdiccionales y el derecho humano a la salud integral de las MPL en los informes y recomendaciones del MNPT.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, Andrea. «Situación de las mujeres privadas de libertad». En *Horizonte de los derechos humanos Ecuador 2012*, editado por Gina Morela Benavides Llerena y Gardenia Chávez Núñez, 257-74. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador-Programa Andino de Derechos Humanos, 2013.
- Albarracín, Luis. *Análisis de la política pública penitenciaria y carcelaria*. Bogotá: Scribd, 2016.
- Antony, Carmen. «Panorama de la situación de las mujeres privadas de libertad en América Latina desde una perspectiva de género. Violaciones de los Derechos Humanos de las mujeres privadas de libertad». Congreso Mujeres México, 28 y 29 de abril de 2003, Ciudad de México. <https://n9.cl/h4dvw>.
- Centro de Estudios Latinoamericanos sobre Inseguridad y Violencia (CELIV). *Contextos de encierro en América Latina: Una lectura con perspectiva de género*. Buenos Aires: CELIV, 2016. <https://n9.cl/rsmkb>.
- Chile Ministerio de Salud. «Programa Salud de la Mujer». Ministerio de Salud, 1997. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Programa-de-Salud-de-la-Mujer-1997.pdf>.
- Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (CONAVIM). *Glosario de términos sobre violencia contra la mujer*. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/lgamvlv/conavim/glosario_conavim.pdf.
- Consejo Nacional de Igualdad de Género. *Agenda Nacional de las Mujeres y la Igualdad de Género 2014-2017*. Quito: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), 2014. <https://n9.cl/zjssk>.
- . «Agenda Nacional de las Mujeres y Personas LGBTI 2018-2021». Quito: SENPLADES, 2018. https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/2018/11/Agenda_ANI.pdf.
- Consultorios Jurídicos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. *Amicus Curiae*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2021.
- Corbetta, Pergiorgio. *Metodologías y técnicas de investigación social*. Madrid: Mc Graw Hill, 2010.
- Díaz, Laura, Uri Torruco, Mildred Martínez y Margarita Varela. «La entrevista recurso flexible y dinámico». *Scielo* 2, n.º 7 (2013): 162-7.
- . «Relacionamiento Institucional». Consejo Nacional para la Igualdad de Género. Accedido 30 de agosto de 2021. <https://www.igualdadgenero.gob.ec/relacionamiento-interinstitucional/>.

- Ecuador Defensoría del Pueblo. *Enfoque de Derechos en las Políticas Públicas de Servicios Públicos Domiciliarios*. Quito: Defensoría del Pueblo de Ecuador, 2018. <https://n9.cl/i4gjj>.
- «Filosofía institucional». Quito: Defensoría del Pueblo. Consultado 30 de agosto de 2021. <https://www.dpe.gob.ec/filosofia-institucional-mision/>.
 - «Informe de visita al Centro de Privación de Libertad Regional Sierra Centro Norte de Latacunga». Quito: Defensoría del Pueblo, 2016. <https://n9.cl/fi4hb>.
 - «Informe de visita al Centro de Privación de Libertad Regional Sierra Centro Norte de Latacunga». Quito: Defensoría del Pueblo, 2017. <https://n9.cl/xi69g>.
 - «Informe de visita al Centro de Privación de Libertad Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi». Quito: Defensoría del Pueblo, 2018. <https://n9.cl/kumv2l>.
- Ecuador Ministerio de Justicia Derechos Humanos y Cultos (MJDHC). *Modelo de Gestión Penitenciaria del Ecuador*. Quito: MJDHC, 2013. <https://es.slideshare.net/MARKv6/modelo-de-gestion-penitenciaria-del-ecuador>.
- Ecuador MJDHC / Ministerio de Salud Pública (MSP). «Acuerdo Interministerial 00004906». Quito: MJDHC / MSP, 2014. https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_00004906_2014%2026%20jun.pdf.
- Ecuador MSP. «Estatuto Orgánico Sustantivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública». Quito: MSP, 2011. <https://n9.cl/zc0k>.
- «Rendición de cuentas 2019». Quito: MSP, 2019. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/09/PPT-RENDICI%C3%93N-DE-CUENTAS-2019-05D01-LATACUNGA.pdf>.
 - «MSP vacuna a personas privadas de libertad contra la COVID-19». MSP, 18 de agosto de 2021. <https://www.salud.gob.ec/msp-vacuna-a-personas-privadas-de-la-libertad-contra-la-covid-19/>.
- Ecuador Secretaría de Derechos Humanos. «Misión, Visión y Valores». Secretaría de Derechos Humanos. Consultado 30 de agosto de 2021. <https://www.derechoshumanos.gob.ec/mision-vision-valores/>.
- Ecuador Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. *Plan Nacional de Desarrollo: 2013-2017*. Quito: SENPLADES, 2013. https://issuu.com/buen-vivir/docs/plan_nacional_para_el_buen_vivir_20/206.
- *Plan Nacional de Desarrollo: 2017-2021*. Quito: SENPLADES, 2017. https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf.

- Ecuador Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de Libertad y a Adolescentes Infractores (SNAI). «Lineamientos y medidas de prevención, contingencia y reacción ante la emergencia sanitaria COVID-19». 2021. <https://www.atencionintegral.gob.ec/wp-content/uploads/2022/02/SNAI-SNAI-2020-0015-R.pdf>.
- . «Misión, visión y objetivo SNAI». SNAI. Accedido 30 de agosto de 2021. <https://n9.cl/0ov5f>.
- Ecuador Unidad Judicial Penal con sede en la Parroquia Ñaquito del Distrito Metropolitano de Quito, provincia de Pichincha. «Sentencia». En *Juicio n.º 17294-2020-00448*. 16 de julio de 2020. <https://n9.cl/4yh12>.
- García, Evangelina. «Políticas públicas con perspectiva de género: Contribución a su despeje doctrinario, conceptual y metodológico». Primer Seminario de Cultura Institucional. Ciudad de México: Instituto Nacional de las Mujeres, 2010. <https://n9.cl/zfezd>.
- Giménez, Claudia, y Xavier Valente. «El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas: ideas para un debate en ciernes». *Cuadernos del CENDES* 27, n.º 74 (2010): 51-80 <https://www.redalyc.org/pdf/403/40316176004.pdf>.
- González, Antonio. «Políticas públicas con enfoque de derechos humanos: Una propuesta para su conceptualización». *Aportes Andinos* n.º 23 (2008): 1-8.
- González, Milena. «CapacidaDESC para la Exigibilidad». En *Manual Políticas Públicas y Participación Social*. Bogotá: ILSA, 2006.
- Guevara, Steven. «Institución total y disciplina: Una lectura del modelo ecuatoriano de gestión penitenciaria como proyecto biopolítico». Tesis de pregrado, Universidad Central del Ecuador, 2020. <https://n9.cl/yt0hs>.
- Herrera, Joaquín. *La reinvencción de los derechos humanos*. Andalucía: Atrapasueños, 2007.
- Iza, Carlos. «Los privados de libertad y la falta de políticas de rehabilitación y reinserción social integral». Tesis de pregrado, Universidad Central del Ecuador, 2014. <https://n9.cl/wzdog>.
- Jociles, María. «La observación participante en el estudio etnográfico de las prácticas sociales». *Revista Colombiana de Antropología* 54, n.º 1 (2017).
- Juesas, Rebeca, Moisés Álvarez, Benito Otero y Beatriz García. «La importancia del Modelo Biopsicosocial frente Al Modelo Biomédico en el Trabajo Social Sanitario». *Ocronos*, 6 de febrero de 2020. <https://revistamedica.com/modelo-biopsicosocial-biomedico-trabajo-social-sanitario/>.
- Lagarde, Marcela. *Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Coyoacán: Universidad Nacional Autónoma de México, 2005.

- Lopera, Mónica, y Jeniffer Hernández. «Situación de salud de la población privada de la libertad en Colombia. Una revisión sistemática de la literatura». *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 19, n.º 0 (2020).
- López, Marcia, Felipe Ubilla, Cristian Morales, Pedro Zitko, Viviana Burgos y Angélica Rivera. «Hábitos higiénicos vulvo-vaginales de consultantes ambulatorias en gineco-obstetricia». *Rev Chil Obstet Ginecol* 8, n.º 4 (2015). <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v80n4/art02.pdf>.
- Madariaga, Carlos. «Interculturalidad, salud y derechos humanos: Hacia un cambio epistemológico». *Reflexión*, n.º 36 (2008): 1-8. <http://www.cintras.org/textos/reflexion/r36/interculturalidad.pdf>.
- Morán, Susana. «La cara cruel de la cárcel de Latacunga». *Plan V*, 26 de marzo de 2018. <https://www.planv.com.ec/historias/sociedad/la-cara-cruel-la-carcel-latacunga>.
- Núñez, Nadia. «Incumplimiento del principio de rehabilitación social y su incidencia en las personas privadas de libertad ¿De victimarios a víctimas?». Tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, 2018.
- Ordóñez, Laura, y Claudia Cortés. «Medicalización psiquiátrica en tres prisiones femeninas brasileras: Un abordaje etnográfico sobre los itinerarios de criminalización, patologización y farmacologización». *Salud colectiva*, n.º 16 (2020): 1-16.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). «Las mujeres y la salud. Los datos de hoy la agenda de mañana». *Organización Mundial de la Salud*, 2009. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70121/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf?sequence=1.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y OMS. «Manual de capacitación a familias. Practicando la higiene cuidamos nuestra salud». *MDGIF*. 2010. <https://www1.paho.org/per/images/stories/PyP/PER37/26.pdf>.
- . «Violencia contra la mujer un tema de salud prioritario». OMS / OPS. 1998. https://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf.
- Palomino, Pedro, María Grande y Manuel Linares. «La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI». *Revista Internacional de Sociología*, n.º 72 (2014): 71-91. <https://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/587/607>.
- Pardo, Carlos. *Políticas públicas y derechos humanos en las cárceles colombianas*. Bogotá: Universidad Católica de Colombia, 2018.

- Pérez, Patricia. «Mujer, cárcel y desigualdad: El caso chileno». Tesis de maestría, Universidad de Valparaíso, 2018. <https://www.unilim.fr/trahs/788&file=1>.
- Perú Defensoría del Pueblo. «El *amicus curiae*: ¿qué es y para qué sirve? Jurisprudencia y labor de la Defensoría del Pueblo». Defensoría del Pueblo de Perú, 2009. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/26654.pdf>.
- Puente, Diego. «Las visitas a las cárceles quedan suspendidas por completo». *El Comercio*, 17 de marzo de 2020.
- Salgado, Judith. «Género y derechos humanos». *Foro, Revista de Derecho*, n.º 5 (2006): 163-73.
- Sánchez, Astrid, Leonardo Rodríguez, Gustavo Fondevila y Juliana Morad. *Mujeres y prisión en Colombia. Desafíos para la política criminal desde un enfoque de género*. Bogotá: Centro de Investigación y Docencia Económica de México / Pontificia Universidad Javeriana / Comité Internacional de la Cruz Roja Colombia, 2018. file:///D:/USER/Downloads/mujeres_y_prision_en_colombia.pdf.
- Sordi, Bárbara, Renata Dotta y Aline Mattos. «¿Privarlas de libertad es privarlas de salud? Interlocuciones entre género, salud pública y prisión a partir de la experiencia de un equipo de atención básica». *Papers* 102, n.º 2 (2017): 337-71. [file:///D:/USER/Downloads/321462-Text%20de%20l'article-457719-1-10-20170508%20\(1\).pdf](file:///D:/USER/Downloads/321462-Text%20de%20l'article-457719-1-10-20170508%20(1).pdf).
- Terán, Juan Fernando. «Pensando lo público con la lógica de la salud colectiva: Hacia una mayor calidad de vida desde la agricultura ecológica». UASB-E. (2020): 1-9.
- Torres, Andreina. «Drogas, cárceles y género en Ecuador: La experiencia de mujeres mulas». Tesis de maestría, FLACSO Ecuador, 2008. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/1281/4/TFLACSO-2008ATA.pdf>.
- Unión Europea, Presidencia, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Programa de Justicia e Inclusión. «Programa de Capacitación en Prevención y Atención de Salud en Centros de Privación de Libertad. Guía Docente Orientación a los Equipos de Salud en Atención en Centros de privación de libertad». <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/ORDEN%20GUIA%20DOCENTE%20EQ%20SALUD%20Y%20ANEXOS.pdf>.
- Universidad del Rosario. «La discapacidad desde el horizonte de los derechos humanos». *Universidad del Rosario* (2007): 2-7. <https://repositorio.urosario.edu.co/>

server/api/core/bitstreams/5aed0de6-1256-44a0-84e3-bf4fb920b244/content.

Vera, Mónica. «Hacia una nueva política penitenciaria: ¿Se están cumpliendo las obligaciones del Estado en la creación de políticas públicas para personas privadas de libertad?». *INREDH*, 13 de octubre de 2016. <https://n9.cl/kddx4>.

Zazo, Pilar, Mercedes Rubert, Ángel Alberquilla y Concepción de la Piedra. «Anemia ferropénica en la premenopausia». *Elsevier* 52, n.º 7 (2020): 511-3. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-anemia-ferropenica-premenopausia-S0212656719304937>.

NORMATIVA

Conferencia Sanitaria Internacional. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. 7 de abril de 1948. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

Ecuador. *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial 449, 20 de octubre de 2008.

Ecuador *Código Orgánico de la Función Judicial*. Registro Oficial 544, Suplemento, 9 de marzo de 2009.

Ecuador *Código Orgánico Integral Penal*. Registro Oficial 180, Suplemento, 10 de febrero de 2014.

Ecuador *Decreto Ejecutivo 1052*. Registro Oficial 209, Suplemento, 22 de mayo de 2020. <https://nmslaw.com.ec/wp-content/uploads/2020/05/Decreto-Ejecutivo-No.-1052.pdf>.

Ecuador *Ley Orgánica de Salud*. Registro Oficial 434, Suplemento, 18 de diciembre de 2015.

OEA Comisión Interamericana de Mujeres. *Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer*. 28 de marzo de 1996. <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/BelemDoPara-ESPANOL.pdf>.

OEA Comisión Interamericana de Derechos Humanos. *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*. 31 de diciembre de 2011. OEA/Ser.L/V/II. Doc.64.

ONU Asamblea General Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observación general n.º14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, 11 de agosto de 2000. E/C.12/2000/4.

ONU Asamblea General Consejo Económico y Social. *Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos*. 1955. 663C (XXIV).

- *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, 3 de septiembre de 1981. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>.
- *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, 3 de enero de 1976. A/RES/2200.
- *Reglas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes o Reglas de Bangkok*, 16 de marzo de 2011. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/bangkokrules.aspx>.
- ONU Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. *Recomendación General Número 24*, 2 de febrero de 1999. <https://www.refworld.org/es/docid/5d7fbd5113.html>.
- ONU Consejo de Derechos Humanos. «Los derechos humanos en la administración de justicia, incluida la justicia juvenil. Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos». ONU. 20 de abril de 2021. file:///D:/USER/Downloads/A_HRC_47_45_S%20Salud%20PPL%20COVID.pdf.
- «Manual sobre estrategias para reducir el hacinamiento en las prisiones». ONU, 2014. https://www.unodc.org/documents/congress/background-information/Prison_Reform/UNODC_HB_on_Overcrowding_ESP_web.pdf.
- ONU Órganos de Tratados de Derechos Humanos. *Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*. 2007. <https://www2.ohchr.org/spanish/bodies/treaty/index.htm>.
- *Recomendación General Número 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer*, 26 de julio de 2017. <file:///D:/USER/Desktop/5a2192294.pdf>.

SENTENCIAS INTERNACIONALES

- Corte Constitucional de Colombia. «Sentencia T-881/02: Principio de Dignidad Humana». *Principio de Dignidad Humana*. 17 de octubre de 2002. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/T-881-02.htm>.

SENTENCIAS NACIONALES

- Ecuador Corte Constitucional. «Dictamen 2-20-EE/20». En *Caso n.º 2-20-EE*. 22 de mayo de 2020. <https://n9.cl/oz5kl>.
- «Misión y Visión». *Corte Constitucional*. Consultado 30 de agosto de 2021. <https://www.corteconstitucional.gob.ec/index.php/quienes-somos/mision-y-vision-2.html>.
- «Sentencia». En *Juicio n.º 209-15-JH/19 y 359-18-JH (acumulado)*. 12 de noviembre de 2019. <file:///D:/USER/Downloads/0209-15-JH-sen.pdf>.

LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

CC	Corte Constitucional
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, por sus siglas en inglés
CELIV	Centro de Estudios Latinoamericanos sobre Inseguridad y Violencia
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CNIG	Consejo Nacional para la Igualdad de Género
COIP	Código Orgánico Integral Penal
CONAVIM	Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres
CRS	Centro(s) de rehabilitación social
CRS RSCN	Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte
DOT SNRS	Directorio del Organismo Técnico del Sistema Nacional de Rehabilitación Social
DPE	Defensoría del Pueblo de Ecuador
INREDH	Fundación Regional de Asesoría en Derechos Humanos
MGP	Modelo de Gestión Penitenciaria
MJDHC	Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos
MNPT	Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes
MPL	Mujer(es) privada(s) de libertad
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PPL	Persona(s) privada(s) de libertad
SC	Sociedad civil
SDH	Secretaría de Derechos Humanos
SENPLADES	Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo

SNAI	Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de la Libertad y a Adolescentes Infractores
SRS	Sistema de Rehabilitación Social

ANEXO 1. PREGUNTAS ENTREVISTA A LAS MPL

I. Datos generales

Fecha:

Lugar:

II. Datos de la entrevistada

Nombre:

Profesión-Ocupación:

Institución de trabajo:

Cargo:

III. Temario

a) Servicios de salud

1. Salud física

1.1. ¿Qué pruebas o exámenes médicos preventivos le han realizado en el CRS?

1.2. ¿Cuáles son las principales causas por las cuales ha requerido atención en los servicios de salud del CRS?

1.3. ¿Qué tratamientos ha recibido en el CRS para afrontar los problemas de salud?

1.4. ¿Cuáles son los requerimientos de salud a los que el área médica del CRS da mayor importancia?

2. Salud mental

2.1. ¿En qué programas de prevención de problemas de salud mental realizados por el CRS ha participado?

2.2. ¿Cuáles son las principales causas por las cuales ha requerido atención en los servicios de psicología del centro?

2.3. ¿Cómo ha influido la maternidad en su salud mental durante su estancia en el CRS?

2.4. ¿De qué forma el área de Psicología o Trabajo Social ha trabajado en el mantenimiento de sus relaciones familiares?

b) Condiciones de vida

1. Agua y alimentación

1.1. ¿Cómo ha influido el consumo de agua y la alimentación del CRS en su salud?

2. Higiene

2.1. ¿Cómo la higiene del CRS ha influido en su salud?

2.2. ¿Cómo el CRS ha asegurado su higiene personal?

3. Infraestructura y hacinamiento

3.1. ¿Considera que la infraestructura del CRS es idónea para albergar mujeres?

3.2. ¿El número de PPL distribuido por celda le permite conservar su espacio personal e interactuar en comodidad?

4. Violencia

4.1. ¿Ha recibido atención en los servicios de salud del CRS por experiencias de violencia vividas fuera del CRS?

4.2. ¿Ha recibido atención en los servicios de salud del CRS por experiencias de violencia vividas al interior del CRS?

ANEXO 2. PREGUNTAS ENTREVISTA AL PERSONAL DE SALUD DEL CRS RSCN COTOPAXI

I. Datos generales

Fecha:

Lugar:

II. Datos de la entrevistada

Nombre:

Profesión-Ocupación:

Institución de trabajo:

Cargo:

III. TEMARIO

a) Información general (Coordinadora del área de Salud del pabellón de mujeres del CRS RSCN Cotopaxi)

1. ¿Cuántas mujeres privadas de libertad alberga el CRS RSCN Cotopaxi?
2. ¿Cómo se conforma el área de salud del pabellón de mujeres del CRS RSCN Cotopaxi?
3. ¿Cuántas atenciones realiza diariamente cada profesional?
4. ¿Cuáles son las principales causas por las que requieren atención en los servicios de salud las mujeres privadas de libertad?
5. ¿Cómo se gestionan los medicamentos para las mujeres privadas de libertad?
6. ¿Cómo afectan las condiciones de vida del CRS RSCN Cotopaxi la salud de las mujeres privadas de libertad? (agua, alimentación, higiene, infraestructura, violencia)

b) Servicios de salud

1. Salud física (Médica general del pabellón de mujeres del CRS RSCN Cotopaxi)
 - 1.1. ¿Qué pruebas o exámenes médicos preventivos se realiza a las mujeres privadas de libertad en el CRS?
 - 1.2. ¿Cuáles son las principales causas por las que las mujeres requieren atención médica en los servicios de salud?
 - 1.3. ¿Qué tipos de tratamientos se brindan a las mujeres privadas de libertad para afrontar los problemas de salud?

- 1.4. ¿Quiénes reciben atención integral en salud en el CRS?
- 1.5. ¿Qué tipo de atención brinda el área médica a las mujeres que han sido víctimas de violencia intrafamiliar?
- 1.6. ¿Qué tipo de atención brinda el área médica a las mujeres que han sido víctimas de violencia intracarcelaria?
- 1.7. ¿Cómo afectan las condiciones de vida del CRSRSCN Cotopaxi la salud de las mujeres privadas de libertad? (agua, alimentación, higiene, infraestructura, violencia)
2. Salud mental (psicóloga del pabellón de mujeres del CRS RSCN Cotopaxi)
 - 2.1. ¿Qué programas de prevención de problemas de salud mental se han realizado para las mujeres privadas de libertad?
 - 2.2. ¿Cuáles son las principales causas por las cuales las mujeres requieren atención en los servicios de psicología del CRS?
 - 2.3. ¿Cómo se fortalece la salud mental de las mujeres privadas de libertad que cumplen el rol de madres en el CRS o desde el CRS?
 - 2.4. ¿Qué procesos de vinculación familiar se han realizado para evitar el abandono de las mujeres privadas de libertad? (Trabajadora Social)
 - 2.5. ¿Qué tipo de atención brinda el área de Psicología a las mujeres que han sido víctimas de violencia intrafamiliar?
 - 2.6. ¿Qué tipo de atención brinda el área de Psicología a las mujeres que han sido víctimas de violencia intracarcelaria?
 - 2.7. ¿Cómo afectan las condiciones de vida del CRS RSCN Cotopaxi la salud de las mujeres privadas de libertad? (agua, alimentación, higiene, infraestructura, violencia)

ANEXO 3. PREGUNTAS ENTREVISTA AL MNPT

I. Datos generales

Fecha:

Lugar:

II. Datos de la entrevistada

Nombre:

Profesión-Ocupación:

Institución de trabajo:

Cargo:

III. Cuestionario

1. ¿Cuántas visitas ha realizado el MNPT al pabellón de mujeres del CRS RSCN Cotopaxi?
2. ¿Cuáles son los elementos que analizó el MNPT en el pabellón de mujeres del CRS RSCN Cotopaxi? ¿Se consideró la salud?
3. ¿Qué elementos se consideró para analizar la situación de salud de las mujeres privadas de libertad?
4. ¿Cuáles son los principales problemas de salud que presentan las mujeres en el CRS RSCN Cotopaxi?
5. ¿Cómo se garantiza la atención en salud especializada a las mujeres privadas de libertad en el CRS RSCN Cotopaxi?
6. ¿Cómo afectan las condiciones de vida del CRS RSCN Cotopaxi a la salud de las mujeres privadas de libertad? (agua, alimentación, higiene, infraestructura)
7. ¿Cuáles son las principales denuncias de malos tratos que han recibido por parte de las mujeres del CRS RSCN Cotopaxi?
8. ¿Qué recomendaciones específicas ha realizado el MNPT para mejorar la situación de salud de las mujeres en el CRS RSCN Cotopaxi?

ÚLTIMOS TÍTULOS DE LA SERIE MAGÍSTER

-
- 332 Enma Chilig Caiza, *La puericultura en Ecuador de 1920 a 1938*
-
- 333 Mónica Bolaños Moreno, *La accesibilidad al transporte público: Los derechos de las personas con discapacidad física*
-
- 334 María del Carmen Hidalgo, *De la ciudadanía universal a la producción de la migración irregularizada: El caso de Ecuador*
-
- 335 Margareth Guzmán, *La revictimización de mujeres en delitos sexuales desde la política criminal*
-
- 336 Catalina Arrobo Andrade, *Hijos e hijas de víctimas de femicidio: Aportes para una política pública de protección*
-
- 337 Lorena Cobacango Reyes, *El cambio climático: ¿Instrumento de control en los pueblos indígenas?*
-
- 338 Yomayra Rodríguez, *El impacto de los entornos virtuales en el aprendizaje colaborativo*
-
- 339 Fabián Regalado Villarroel, *Rompiendo el tejido social: Mercado San Roque, política y pandemia*
-
- 340 Carla Grefa, *Naturaleza y megaminería: La delgada línea entre coexistencia y contradicción*
-
- 341 Ángela Rocha, *Procesos interoceptivos y propioceptivos en autistas adultos*
-
- 342 Juan José Freire, *La censura cinematográfica en Ecuador: Un estudio de la calificación etaria*
-
- 343 Dianis Hernández Lugo, *Camino a la libertad: Esclavizadas en Cartagena de Indias (1750-1800)*
-
- 344 Tamia Andrango Cadena, *Videoclips de música kichwa: Representación, cambios culturales y comunitarios*
-
- 345 Miguel Saldarriaga Viteri, *El Código Militar en la construcción estatal garciana (1861-1875)*
-
- 346 Vanessa Lozada, *El derecho a la salud de las mujeres privadas de libertad: Caso CRS Cotopaxi*
-

El objetivo de esta investigación es analizar cómo el derecho humano a la salud es garantizado a las mujeres privadas de libertad (MPL) en el Centro de Rehabilitación Social Cotopaxi (CRS Cotopaxi) con base en el Modelo de Gestión Penitenciaria de 2013. El principal hallazgo es que formalmente este modelo no considera el enfoque de género y reproduce el modelo de salud colectiva. Y, en la práctica, no garantiza este derecho. El estudio se realizó aplicando una metodología cualitativa para determinar las condiciones de salud y vida de las MPL, las entrevistas contemplaron a diez MPL y funcionarios de salud que laboran en el CRS-Cotopaxi.

Vanessa Lozada (Ambato, 1993) es abogada (2016) por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Ambato; especialista superior en Derechos Humanos (2018) y magíster en Derechos Humanos con mención en Exigibilidad Estratégica (2022) por la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador; especialista en Liderazgo, Cambio Climático y Ciudades (2020) por FLACSO Ecuador. Estudia la maestría de Género y Desarrollo en FLACSO Ecuador. Actualmente es viceprefecta de Tungurahua (2023-2027).

