

Derecho de acceso a la salud en los establecimientos penitenciarios de mujeres del Perú

Right to access to health in women's prison facilities in Peru

Omar PezoJimenez*¹ <https://orcid.org/0000-0001-7932-7206>

Ulises Massino Peñaloza de la Torre² <https://orcid.org/0000-0002-8510-2350>

Michelle Yatzmin Nina Cañari¹ <https://orcid.org/0000-0002-6314-9641>

Jhandy Steven Vega Loayza¹ <https://orcid.org/0000-0001-6229-8138>

1 Universidad Privada de Tacna, Perú.

2 Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Perú.

* Autor para correspondencia: omapezo@virtual.upt.pe

RESUMEN

Introducción: En el Perú las mujeres en los establecimientos penitenciarios carecen de acceso a la salud ante la falta de políticas públicas que conduce a una brecha de desigualdad en dicho acceso. La investigación tiene por objetivo diagnosticar la situación del acceso a los servicios de la salud en los establecimientos penitenciarios de mujeres del Perú durante el año 2021.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, con datos de los 13 establecimientos, que constituyen la totalidad de los establecimientos penitenciarios de mujeres en el Perú.

Resultados: Los resultados señalan que las atenciones en salud se concentraron en la región penitenciaria de Lima, se encontró que las regiones que no presentaban profesionales de la salud permanentes carecían de atención adecuada.

Discusión: el Estado peruano no ha cumplido con su rol como garante en relación con el derecho fundamental al acceso a los servicios de salud por parte de las entidades penitenciarias en beneficio de todas las mujeres internas que integran los Establecimientos Penitenciarios de Mujeres en el Perú. Se recomienda, bajo los principios de razonabilidad y proporcionalidad, es más que urgente definir nuevas directrices de acceso a la salud femenina, coadyuvando a que el personal de salud desempeñe un enfoque preventivo, con la capacidad de integrar la buena cultura de la institución penitenciaria.

Palabras clave: acceso a los servicios de salud; establecimientos penitenciarios; derechos humanos; Perú.

ABSTRACT

Introduction: In Peru, women in prisons lack access to health due to the lack of public policies that lead to an inequality gap in said access. The objective of the research is to diagnose the situation of access to health services in women's penitentiary establishments in Peru during the year 2021.

Method: A descriptive, cross-sectional study was carried out with data from the 13 establishments, which constitute all of the women's penitentiary establishments in Peru. The results indicate that health care was concentrated in the prison region of Lima; it was found that regions that did not have permanent health professionals lacked adequate care.

Results: Therefore, the importance of placing permanent health professionals in penitentiary centers is accentuated to guarantee care for women.

Discussion: The peruvian state has not fulfilled its role as guarantor in relation to the fundamental right of access to health services by penitentiary entities for the benefit of all female inmates who make up the Women's Penitentiary Establishments in Peru. It is recommended, under the principles of reasonableness and proportionality, that it is more than urgent to define new guidelines for access to women's health, helping health personnel to

carry out a preventive approach, with the ability to integrate the good culture of the penitentiary institution.

Keywords: universal access to health care services; prisons; human rights; Perú.

Recibido: 15/12/2023

Aprobado: 23/05/2024

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el acceso al servicio de salud ocupa un espacio vital como parte de las políticas públicas prioritarias, y por ello, los países en vías de desarrollo han venido modificando su normativa para garantizar a la población el acceso a este derecho.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) precisa que "...el derecho a la salud es el valor fundamental de la cobertura universal de salud, que debe promoverse y protegerse sin distinciones".⁽¹⁾ Específicamente en Latinoamérica, el enfoque se ha centrado en el acceso y uso de servicios de salud.⁽²⁾ En cuanto a dicha obligación, su importancia recae en la obtención de una cobertura universal de salud. Esto implicaría que todas las personas tengan la posibilidad de acceso a servicios adecuados, a tiempo y de calidad, sin discriminación alguna.⁽³⁾

La población penitenciaria en Latinoamérica, en su mayoría, vive en condiciones de hacinamiento. No obstante, requiere de condiciones más humanitarias, que incluye un adecuado acceso a la salud, la salud médica básica, la salud especializada, la salud gineco-obstétrica, la salud dental y la salud psicológica; todos estos servicios son necesarios para una correcta cobertura e indispensables en poblaciones vulnerables. Los reclusos se consideran un grupo de población especial, ya que son diferentes a otras poblaciones en cuanto a su libertad de movimiento.⁽⁴⁾

Los estudios sobre el acceso a servicios de salud de las mujeres privadas de libertad en Latinoamérica son escasos. Sobresalen los estudios de Vildoso-Cabrera y su equipo de investigación, quienes estudiaron la infraestructura penitenciaria y los derechos de las internas del Establecimiento Penitenciario Anexo de Mujeres de Chorrillos (Perú), tales como el derecho a la salud y a contar con un ambiente adecuado.⁽⁵⁾ Además, la investigación de Brenda J. Van den Bergh y su equipo que indagó sobre el tratamiento que se les da a las mujeres presas en términos de financiamiento, aspectos sociales y de salud.⁽⁶⁾ Por último, la investigación realizada por Carvalho da Graçay otros autores buscó conocer cómo se brindan a los internos de un centro penitenciario público el acceso a los servicios de salud.⁽⁷⁾

En el ámbito internacional la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948,⁽⁸⁾ proclama el derecho al bienestar general, con especial mención a la asistencia médica y los servicios sociales, resaltando el acceso a la salud y el goce del mismo. Asimismo, en las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos, también conocidas como las Reglas Mandela, se destaca la existencia de elementos fundamentales para las buenas prácticas dirigidas a los reclusos, como la gestión de las prisiones.

En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 2000,⁽⁹⁾ se precisa en relación al acceso a la salud, que este derecho solo se hará efectivo cuando se creen políticas en materia de salud y se apliquen a través de la diversidad de instrumentos y medidas jurídicas que puedan elevar al más alto nivel la salud física y mental, como también lo establece la Organización Mundial de la Salud. Estos principios se encuentran expresos en dicho Pacto Internacional, el que establece las condiciones para asegurar los servicios y la atención médica en sus niveles más altos, al igual que la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial, que prioriza el objetivo de la no discriminación en este derecho.

Es propicio rescatar, en cuanto al cuidado de la salud de las mujeres, las concepciones traídas a colación por Castañeda Abascal, quien en su investigación acerca de las "Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género",⁽⁹⁾ proclama que desde un análisis con enfoque de género es posible denotar una desigualdad social preeminente entre varones y mujeres. Esta desigualdad se manifiesta no solo en diferencias biológicas (anatómicas y fisiológicas en cuanto a su tratamiento singular en la mujer), sino

también en los perfiles epidemiológicos de género. Estos perfiles comprenden un análisis basado en los siguientes términos: modos de vivir, de enfermar y de morir de las mujeres.

La posición de la mujer en un establecimiento penitenciario, en comparación con la de un varón se ha encontrado estigmatizada y subordinada a una posición secundaria, precaria e incluso desigual. El listado de demandas y necesidades que aqueja a una mujer presa implica identificar circunstancias específicas desde una política de género. Es decir, se debe reconocer que las necesidades y el tratamiento carcelario para una mujer deben ser creados considerando su ámbito familiar, su rol social (muchas veces estereotipado), sus capacidades y oportunidades económico-laborales, así como cualquier característica social que genere una brecha de desigualdad social entre hombres y mujeres, ya sea en instituciones carcelarias o no.

Y es así como Yagüe Olmos, a consecuencia de su investigación respecto a las mujeres presas del Centro Penitenciario de Mujeres de Alcalá de Guadaíra, denominada "Mujeres en prisión: intervención basada en sus características, necesidades y demandas",⁽¹⁰⁾ ha demostrado de manera objetiva que las demandas de una mujer presa importan un análisis sociopolítico que permita mejorar las condiciones carcelarias mediante una serie de programas. Estos programas buscan eliminar situaciones de vulnerabilidad para la mujer, como la violencia o dependencia. En este punto, se destaca la promoción de hábitos saludables para evitar y superar la adicción a sustancias ilícitas, la atención oportuna a las presas mayores de edad, discapacitadas física o psíquicamente, y el máximo interés en el desarrollo de la maternidad en una mujer presa (ginecología, pediatría, psicología, etc.).

El acceso a la salud presenta una baja oferta frente a la alta incidencia de enfermedades crónicas, especialmente las relacionadas con la salud mental y las enfermedades de transmisión sexual. Los programas de implementación en salud no son suficientes y carecen de una adecuada identificación de las necesidades de las mujeres internas. Es importante señalar que la accesibilidad a los establecimientos de salud se basa en cuatro dimensiones: i) No discriminación, ii) accesibilidad física, iii) accesibilidad económica (asequibilidad), iv) acceso a la información. Estos requisitos no solo se comparten bajo esta normativa, sino que son de suma importancia para todos aquellos países que la suscriben.

En contraste, Colombia presenta condiciones precarias en su sistema carcelario, lo que afecta la calidad de vida de las internas y contribuye al deterioro de su salud, especialmente

en el área de diagnósticos. Los porcentajes de precariedad en el acceso a la salud se sitúan entre el 80 % y el 90 % para el año 2012.⁽¹¹⁾ En estos espacios de hacinamiento, se identifica una clara indisposición para las citas médicas y la negación para acceder a servicios de salud.

No muy lejana a esta realidad, en los establecimientos peruanos se evidencia un alto nivel de precariedad para la población femenina en lo que respecta a los tratamientos médicos, evidenciando un claro abandono en la atención especializada a enfermedades relacionadas con la transmisión sexual y la salud mental. Esto pone de manifiesto la urgencia de implementar programas de intervención para el resguardo de la salud.⁽¹²⁾ Dicha oferta no solo se centra en un enfoque del ciclo reproductivo, sino también en la asistencia primaria que forma parte de la atención integral.

Asimismo, los porcentajes de obstaculización del acceso a la salud en mujeres son superiores a las condiciones precarias de la salud pública. La alta tasa de enfermedades en condiciones propensas a volverse crónicas, especialmente entre las internas, representa un riesgo para la reincidencia en actividades delictivas. Por lo tanto, promover políticas que incentiven el acceso a diagnósticos y tratamientos se convierte en un medio que conlleva grandes beneficios desde la perspectiva de la salud pública.

Conforme a los informes de la Defensoría del Pueblo, se observa que las internas desconocen el mecanismo para exigir el acceso a la salud y presentar sus quejas, así como la falta de respuesta ante sus demandas.⁽¹²⁾ Además de las condiciones higiénicas precarias, se destaca la escasa presencia de personal médico y en psicología, así como el trato inadecuado y la imposibilidad de una convivencia saludable. Las técnicas en salud no generan un diagnóstico claro y persiste la negativa a proporcionar los tratamientos necesarios a las internas.

La presente investigación tiene como objetivo diagnosticar la situación del acceso a los servicios de salud en los establecimientos penitenciarios de mujeres en el Perú durante el año 2021.

MÉTODOS

Diseño de estudio y fuente de información

Se llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal que abarcó los 13 establecimientos penitenciarios, que constituyen la totalidad de los establecimientos penitenciarios de mujeres en el Perú. Estos se distribuyen administrativamente en 8 regiones del país. La población de estudio estuvo conformada por 2,837 internas, cifra que se corresponde con los datos proporcionados por el Instituto Nacional Penitenciario del Perú para el año 2021.

Los establecimientos penitenciarios asumidos en la presente investigación son: E.P. Anexo mujeres de Chorrillos, E.P. Mujeres Chorrillos, E.P. Fátima, E.P. Sullana, E.P. De mujeres Trujillo, E.P. Pacasmayo, E.P. Jauja, E.P. Lampa, E.P. Paco, E.P. Mujeres Arequipa, E.P. Mujeres Tacna, E.P. Mujeres Cusco, E.P. Iquitos.

Para la recolección de datos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete profesional software estadístico IBM SPSS Statistics versión 26 para Windows (SPSS Inc., de Estados Unidos). El análisis de datos es descriptivo, se realizó utilizando tablas de frecuencias, en las cuales se trabajó con la frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS

Los resultados del estudio acerca de la distribución de los diversos tipos de atenciones médicas demostraron desigualdades evidentes entre las regiones priorizándose la capital con relación a las demás regiones. Tal es el caso de la atención psicológica (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución por regiones de la atención psicológica a la población penitenciaria femenina.

ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO REGIÓN	POBLACIÓN PENITENCIARIA		ATENCIÓNES PSICOLÓGICAS	
	n	%	n	%
LIMA	1440	50.8	2280	68.3
CHICLAYO	685	24.1	252	7.5
HUANCAYO	106	3.7	212	6.4
PUNO	158	5.6	0	0.0
PUCALLPA	19	0.7	0	0.0
AREQUIPA	246	8.7	418	12.5
CUSCO	145	5.1	91	2.7

SAN MARTÍN	38	1.3	85	2.5
Total	2837	100.0	3338	100.0

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos del Instituto nacional Penitenciario del Perú

La región de Lima agrupa el 68.3 % del total de las atenciones, ya que su población es la mitad de la población penitenciaria femenina. Este hecho no se refleja de manera consistente en las demás regiones, a excepción de San Martín, donde no existe una proporción adecuada entre la población penitenciaria y el número de atenciones psicológicas. En las regiones de Puno y Pucallpa, no se registró ninguna atención durante el año 2021, evidenciando una demanda no atendida en salud mental en casi todas las regiones penitenciarias.

Del mismo modo se evidencia la desproporción en las atenciones gineco-obstétricas de la población penitenciaria femenina, como se expresa en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución por regiones de la atención gineco-obstétrica a la población penitenciaria femenina.

ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO REGIÓN	POBLACIÓN PENITENCIARIA		ATENCIÓNES GINECO- OBSTÉTRICAS	
	n	%	n	%
LIMA	1440	50.8	5516	67.9
CHICLAYO	685	24.1	748	9.2
HUANCAYO	106	3.7	1604	19.7
PUNO	158	5.6	0	0.0
PUCALLPA	19	0.7	0	0.0
AREQUIPA	246	8.7	142	1.7
CUSCO	145	5.1	117	1.4
SAN MARTÍN	38	1.3	0	0.0
Total	2837	100.0	8127	100.0

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos del Instituto nacional Penitenciario del Perú

Solo en las regiones de Lima y Huancayo, los porcentajes de atenciones cubren la proporción de la población penitenciaria. Sin embargo, en las demás regiones, especialmente en Chiclayo, que es la segunda en densidad poblacional penitenciaria, el porcentaje de atenciones realizadas es del 9.2 %. Más aún, en las regiones de Puno y Pucallpa, no se realizó ninguna atención gineco-obstétrica, siendo este tipo de atención fundamental. Según la Sala Situacional del Cáncer en el Perú, el cáncer de cuello uterino es el más frecuente ⁽¹³⁾ y cada mes de retraso en el diagnóstico aumenta el índice de mortalidad en un 8 %.⁽¹⁴⁾

La atención odontológica también reitera esta tendencia a la concentración en la capital, se observa una alta concentración en la región Lima (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución por regiones de la atención odontológica a la población penitenciaria femenina.

ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO REGIÓN	POBLACIÓN PENITENCIARIA		ATENCIÓNES ODONTOLÓGICAS	
	n	%	n	%
LIMA	1440	50.8	5160	92.1
CHICLAYO	685	24.1	0	0.0
HUANCAYO	106	3.7	0	0.0
PUNO	158	5.6	339	6.1
PUCALLPA	19	0.7	0	0.0
AREQUIPA	246	8.7	98	1.7
CUSCO	145	5.1	6	0.1
SAN MARTÍN	38	1.3	0	0.0
Total	2837	100.0	5603	100.0

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos del Instituto nacional Penitenciario del Perú

Lima concentra un 92.1 % de la atención a las reclusas y solo la región Puno cubre esta atención en proporción a su población. En las demás regiones penitenciarias, no se cubre esta necesidad de atención odontológica, siendo inexistente en regiones como Chiclayo, Huancayo, Pucallpa y San Martín. Estos datos van en contra de la realidad peruana, donde las caries dentales y las enfermedades periodontales son las más prevalentes. Estas enfermedades conllevan a la pérdida de la dentadura y, por consiguiente, a una mala formación del bolo alimenticio, presentando problemas en la digestión como consecuencia.

En la tabla 4, se muestra nuevamente una alta concentración de la atención médica en la región Lima, donde su población penitenciaria femenina tuvo el 87.7 % de las atenciones realizadas en total. Solo las regiones Arequipa y Cusco se acercan en el porcentaje de atenciones en proporción a su población penitenciaria, sin llegar a cubrirla completamente. Peor aún, en las demás regiones no se cubren las atenciones médicas, llegando incluso a no haber tenido ninguna atención en la región Pucallpa (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución por regiones de la atención médica general a la población penitenciaria femenina.

ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO	POBLACIÓN PENITENCIARIA	ATENCIÓNES MÉDICAS
----------------------------------	----------------------------	--------------------

REGIÓN	n	%	n	%
LIMA	1440	50.8	13912	87.7
CHICLAYO	685	24.1	321	2.0
HUANCAYO	106	3.7	12	0.1
PUNO	158	5.6	240	1.5
PUCALLPA	19	0.7	0	0.0
AREQUIPA	246	8.7	905	5.7
CUSCO	145	5.1	402	2.5
SAN MARTÍN	145	5.1	402	2.5
Total	2837	100.0	15872	100.0

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos del Instituto nacional Penitenciario del Perú

Dado que la atención médica es fundamental para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en los seres humanos, es crítico que estas no se cubran en la mayoría de los centros penitenciarios.

Otro aspecto de interés es el relativo a la cantidad de profesionales que proporcionan atención en cada una de las regiones, la disponibilidad de personal resulta de cardinal importancia y determina las situaciones de desigualdad.

La comparación de las diversas especialidades médicas y odontológicas además de los profesionales que brindan atención psicológica demuestra la concentración ya evidenciada en otros aspectos. En la tabla 5 se muestra la distribución de profesionales de la salud en las diversas regiones penitenciarias del Perú.

Tabla 5. Distribución por regiones de los profesionales de la salud en las diversas penitenciarias del Perú.

ESTABLECIMIENTO REGIÓN	MÉDICO		GINECO-OBSTETRA		ODONTÓLOGO		PSICÓLOGO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
LIMA	7	58.3	0	0.0	0	0.0	12	54.5
CHICLAYO	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.5
HUANCAYO	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.5
PUNO	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
PUCALLPA	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
AREQUIPA	3	25.0	1	33.3	2	66.7	5	22.7
CUSCO	1	8.3	1	33.3	1	33.3	1	4.5
SAN MARTÍN	1	8.3	1	33.3	0	0.0	2	9.1
Total	12	100.0	3	100.0	3	100.0	22	100.0

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos del Instituto nacional Penitenciario del Perú

Se observa que el personal médico se concentra principalmente en la región Lima, con 7 médicos, seguida de la región Arequipa con 3, y finalmente, la región Cusco y San Martín cuentan con un profesional médico cada una. Las demás regiones no tienen un profesional médico.

En cuanto al personal gineco-obstetra, solo las regiones penitenciarias de Arequipa, Cusco y San Martín cuentan con un profesional, mientras que las demás regiones carecen de este profesional. Respecto al personal odontológico, las regiones Arequipa y Cusco cuentan con 2 y 1 odontólogos, respectivamente.

Al analizar la presencia de profesionales psicólogos, se observa que la región Arequipa cuenta con 5 profesionales, seguida de las regiones San Martín con 2. Solo las regiones Puno y Pucallpa no cuentan con este tipo de profesional. Es importante destacar que solo las regiones penitenciarias de Arequipa y Cusco cuentan con todos los tipos de profesionales de salud, mientras que las regiones de Puno y Pucallpa no cuentan con ningún profesional de salud permanente.

DISCUSIÓN

El derecho a la salud es considerado un derecho fundamental de la persona, con cobertura tanto a nivel nacional como internacional. En el caso de las mujeres internas, el acceso a los servicios de salud es una obligación estatal, enfatizándose que dicha cobertura debe ser de carácter universal y bajo el principio de no discriminación,⁽¹⁵⁾ abordando de manera integral esta atención.⁽¹⁶⁾

En lo que respecta al personal gineco-obstetra, solo las regiones penitenciarias de Arequipa, Cusco y San Martín cuentan con un profesional, mientras que las demás regiones carecen de este especialista. En cuanto al personal odontológico, las regiones Arequipa y Cusco cuentan con 2 y 1 odontólogos, respectivamente.

Se denota en la realidad peruana carencias por parte del Estado en brindar de manera efectiva y uniforme este derecho fundamental, como se aprecia en las tablas anteriores donde quedan evidenciadas desigualdades en el acceso a la salud en establecimientos penitenciarios para la atención a mujeres internas durante la etapa referida. Las atenciones psicológicas, gineco-obstétricas, odontológicas y médicas se concentran de manera desproporcionada en la región Lima en comparación con las demás regiones. Por otro lado, las regiones de Puno y Pucallpa prácticamente no han tenido atenciones en ninguna de las especialidades. Esto resulta preocupante porque impacta en los derechos fundamentales de los internos, además de las deficiencias en la infraestructura, vulnerando derechos como la dignidad humana, la salud, la vida, la integridad, el trabajo, la educación, entre otros.⁽¹⁷⁾

Al analizar los profesionales de la salud presentes en los centros penitenciarios, se encontró que más de la mitad de los profesionales se concentran en la región Lima, siendo las regiones de Arequipa y Cusco las únicas que cuentan con todos los tipos de profesionales de la salud. Por otro lado, las regiones penitenciarias de Puno y Pucallpa no cuentan con ningún profesional de la salud de manera permanente. A partir de esto, se puede deducir que estas regiones penitenciarias podrían tener una casi nula atención en especialidades como psicología, gineco-obstetra, odontología y medicina, las cuales son importantes para la prevención y tratamiento de diversas patologías en las mujeres internas.⁽¹⁸⁾

Estos datos refuerzan nuestra posición con respecto a la deficiencia estatal en aplicar y ejercer de manera efectiva políticas públicas que permitan verificar no solo que las mujeres internas gocen del derecho a la salud y cuenten con ambientes y personal profesional adecuado, sobre todo en materia de salud femenina.⁽¹⁹⁾ Pues se ha descuidado la atención de estos servicios desde un enfoque político-social. Es importante tener en cuenta que cualquier manifestación en la realidad que atente o ponga en peligro tales derechos puede ser entendida como discriminatoria, indicando la ausencia de interés por parte de la autoridad penitenciaria.

El Código de Ejecución Penal peruano ampara la cobertura eficiente de la atención en salud en los establecimientos penitenciarios, entendiéndose que ésta es comprendida por actividades que garanticen la prestación de personal especializado por la demanda de atenciones en salud. Pero con los altos niveles de hacinamiento penitenciario que

disminuyen la calidad de estos servicios resulta muy poco posible garantizar el acceso a los derechos de salud.⁽²⁰⁾

A partir de la evidencia encontrada, se concluye que hay una concentración de la atención psicológica, gineco-obstétrica, odontológica y médica en la región penitenciaria de Lima. Se evidencia una desproporción entre las atenciones y la densidad de la población penitenciaria en las diferentes regiones, siendo las regiones de Puno y Pucallpa las que prácticamente no han recibido atenciones, y que además carecen de profesionales de la salud permanentes. De esto, se deduce la importancia de contar con profesionales de la salud permanentes en los centros penitenciarios para garantizar las atenciones a las internas. Por lo tanto, se concluye que el Estado peruano no ha cumplido con su rol como garante en relación con el derecho fundamental al acceso a los servicios de salud por parte de las entidades penitenciarias en beneficio de todas las mujeres internas que integran los Establecimientos Penitenciarios de Mujeres en el Perú.

Se recomienda, bajo los principios de razonabilidad y proporcionalidad, es más que urgente definir nuevas directrices de acceso a la salud femenina, coadyuvando a que el personal de salud desempeñe un enfoque preventivo, con la capacidad de integrar la buena cultura de la institución penitenciaria, puesto que sin estas medidas, se podrían trasladar también problemas sanitarios a la comunidad, salvaguardando así, no solo el derecho a la vida de las internas a través de los esfuerzos nacionales, si no a la integridad, y la salud de todos los peruanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cosavalente-Vidarte O, Zevallos L, Fasanando J, Cuba-Fuentes S. Proceso de transformación hacia las redes integradas de salud en el Perú. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2019 [citado 15/12/2023]; 36(2): 319-325. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200022
2. Jelin E, Mombello L, Caggiano S, Grimson A, Zamberlin N, Abel L. Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural. Buenos Aires. AR; IDES;

2006. Disponible en: <https://publicaciones.ides.org.ar/libro/salud-migracion-regional-ciudadania-discriminacion-comunicacion-intercultural>

3. Dmytraczenko T, Almeida G. Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe: Evidencia de países seleccionados. Direcciones en Desarrollo. Washington, DC: Banco Mundial. 2017. doi:10.1596/978-1-4648-1177-7.
4. Heidari E, Dickinson C, Wilson R. Fiske J. Oral health of remand prisoners in HMP Brixton, London. British Dental Journal [Internet]. 2007 [citado 15/12/2023]; 202(2): E5-E5. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/bdj.2007.32>
5. Vildoso-Cabrera E, Navas C, Vildoso-Picón L, Larrea L, Cabrera Y. Prison infrastructure, the right to health and a suitable environment for the inmates of the Women's Annex in Chorrillos Prison (Peru). Rev. esp. sanid. penit. [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 02]; 21(3): 149-152. Available from: <https://dx.doi.org/10.4321/s1575-06202019000300005>.
6. Van den Bergh BJ. Gatherer A., Fraser A., Moller L. Imprisonment and women's health: concerns about gender sensitivity, human rights and public health. Bulletin of the World Health Organization [Internet]. 2011 [citado 15/12/2023]; 89(9): 689-694. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3165969/>
7. Carvalho da Graça B, de Melo Mariano M, Gusmão MA de JX, Fernandes Cabral J, Ferreira do Nascimento V, Souza Gleriano J, Hattori TY, Pereira Terças-Trettel AC. Dificuldades das mulheres privadas de liberdade no acesso aos serviços de saúde. Rev. bras. promoç. saúde (Impr.); 31(2): 1-9, [Internet]. 2018 [citado 15/12/2023]; 31 (2) Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-907005>
8. Castañeda Abascal IE. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2007 Jun [citado 15/12/2023]; 33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200011&lng=es.
9. Ramos Padilla M. La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2006 [citado 15/12/2023]; 23(3): 201-220. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000300010&lng=es.

10. Yagüe Olmos C. Mujeres en prisión. Intervención basada en sus características, necesidades y demandas. Revista Española de Investigación Criminológica [Internet] 2007 [citado 15/12/2023]; 4(5): 1-24. Disponible en: <https://doi.org/10.46381/reic.v5i0.29>
11. Nieto-López E, Hernández-Pacheco J, Mejía-Ortega L. Acceso a servicios de salud en un establecimiento penitenciario y carcelario masculino de Antioquia (Colombia), 2012. Revista de salud pública [Internet] 2019 [citado 15/12/2023];21(5): 526-533. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/66374>
12. Hernández-Vásquez, A., Rojas-Roque, C. Enfermedades y acceso a tratamiento de la población penitenciaria peruana: un análisis según el sexo. Rev. esp. sanid. penit. [Internet] 2020 [citado 15/12/2023]; 22(1): 9-15. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202020000100002&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202020000100002&lng=es)
13. Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de enfermedades Unidad técnica de Enfermedades No transmisibles. Sala situacional de cáncer Perú 2019 -2022. Ministerio de Salud, enero-abril 2022, (30-04-2022). Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE37/cancer.pdf>
14. Diario Oficial el Peruano. 65% de pacientes con cáncer de mama o cuello uterino retrasa o suspende su tratamiento [] Lima; 2023 [acceso 15 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.elperuano.pe/noticia/207149-65-de-pacientes-con-cancer-de-mama-o-cuello-uterino-retrasa-o-suspende-su-tratamiento>
15. Organización Mundial de la Salud. Derechos humanos. Salud y derechos humanos. Washington; 2023 [citado 15/12/2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
16. Organización panamericana de la salud. Sistemas y Servicios de Salud Cobertura Universal de Salud. Washington; 2023 [citado 15/12/2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9748:cobertura-a-universal-salud-preguntas-frecuentes&Itemid=0&lang=es#a
17. Cabanillas GE. El impacto del hacinamiento penitenciario en los derechos fundamentales de los internos en el Perú a la luz de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional [Tesis de licenciatura]. Universidad Privada del Norte; Perú 2021. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/29387>

18. Pezo Jimenez O, Peñaloza de la Torre U, García Castro R. Acceso a los servicios de salud dental en internos de establecimientos penitenciarios. Humanidades Médicas. [Internet]. 2023 [citado 15/12/2023]; 23 (1): Disponible en: <https://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/2431>
19. Pezo Jimenez O, Peñaloza De la Torre U, PezoJimenez J. Diagnóstico del acceso a servicios de salud gineco-obstetra de las mujeres internas en establecimientos penitenciarios del Perú. Med. clín. soc[Internet]. 2023 [citado 15/12/2023]; 7(2): 113-118. Disponible en: <https://doi.org/10.52379/mcs.v7i2.276>
20. Pezo Jimenez O, Bellodas Ticona CA. Condiciones de hacinamiento penitenciario y el reingreso a los establecimientos penitenciarios del Perú. Derecho glob. Estud. sobre derecho justicia.[Internet]. 2023 [citado 15/12/2023] 8 (24): 369-393. Disponible en: <https://doi.org/10.32870/dgedj.v8i24.661>

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún interés profesional o personal que pueda generar un conflicto de interés en relación a este manuscrito

Contribución de los autores

Conceptualización: Omar Pezo Jimenez, Michelle Yatzmin Nina Cañari, Jhandy Steven Vega Loayza.

Curación de datos Omar Pezo Jimenez, Michelle Yatzmin Nina Cañari, Jhandy Steven Vega Loayza.

Administración del proyecto: Omar Pezo Jimenez, Michelle Yatzmin Nina Cañari, Jhandy Steven Vega Loayza.

Investigación: Omar Pezo Jimenez, Ulises Massino Peñaloza de la Torre, Michelle Yatzmin Nina Cañari, Jhandy Steven Vega Loayza.

Metodología: Omar Pezo Jimenez,

Recursos: Omar Pezo Jimenez, Michelle Yatzmin Nina Cañari, Jhandy Steven Vega Loayza.

Supervisión: Omar Pezo Jimenez.

Validación: Omar Pezo Jimenez, Ulises Massino Peñaloza de la Torre.

Visualización: Omar Pezo Jimenez, Michelle Yatzmin Nina Cañari, Jhandy Steven Vega Loayza

Redacción del borrador original: Omar Pezo Jimenez, Ulises Massino Peñaloza de la Torre, Michelle Yatzmin Nina Cañari, Jhandy Steven Vega Loayza

Redacción (revisión y edición): Omar Pezo Jimenez.