



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

PANORÁMICA SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD

Alumna: Naranjo González, Eva María

Tutora: Prof^a. D^a. María Hernández Padilla
Dpto: Enfermería

Junio, 2017



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

PANORÁMICA SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD

Alumna: Naranjo González, Eva María

Tutora: Prof^a. D^a. María Hernández Padilla

Dpto: Enfermería

Firma

Junio, 2017

INDICE

RESUMEN/ABSTRACT.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. METODOLOGÍA.....	9
3. PANORÁMICA SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD: ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	10
3.1. Necesidades de salud de las mujeres presas.....	11
<i>3.1.1. Aspectos comunes a todas las mujeres presas.....</i>	<i>12</i>
<i>3.1.2. El embarazo como situación particular de las mujeres presas.....</i>	<i>19</i>
<i>3.1.3. Mujeres de edad avanzada en privación de libertad.....</i>	<i>20</i>
3.2. Recursos sanitarios y programas de salud en prisión.....	21
<i>3.2.1. Servicios sanitarios disponibles.....</i>	<i>23</i>
<i>3.2.2. Programas de salud implantados.....</i>	<i>28</i>
3.3. Otras necesidades básicas.....	34
4. CONCLUSIONES.....	40
5. BIBLIOGRAFÍA.....	42
ANEXOS.....	51

RESUMEN

Las mujeres privadas de libertad presentan un índice de marginalidad marcado por un bajo nivel socioeconómico, un pasado de abusos sexuales y físicos, y una elevada tasa de drogodependencias. Además, debido a la baja proporción de reclusas en los centros penitenciarios, éstas se encuentran en una situación de minoría en comparación con los reclusos hombres, lo que desemboca en una invisibilidad de sus necesidades como mujeres. El objetivo de este trabajo es conocer el estado de salud de las mujeres encarceladas, atendiendo a las necesidades que presentan y los servicios sanitarios que reciben. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos y páginas web de organismos internacionales, y se ha hecho una revisión de los artículos seleccionados, en total, 78. Los resultados encontrados reflejan que las reclusas padecen un elevado índice de enfermedades crónicas, con especial atención a los trastornos mentales y enfermedades de transmisión sexual. También tienen un menor acceso a los servicios sanitarios en comparación con los que se ofertan en la comunidad, sobre todo en el plano de los servicios bucodentales, ginecológicos y psicológicos. Los programas implementados en las prisiones femeninas son insuficientes e inespecíficos para la situación de las mujeres presas y, los programas dirigidos a la lucha contra la violencia de género son escasos y de reciente implantación. Además, se describe que las condiciones en las que conviven las reclusas en prisión no son adecuadas, llegando incluso a violar los derechos de las mujeres encarceladas. Se describe así que la insuficiencia y precariedad de las instalaciones y el ambiente antihigiénico de las cárceles, afecta de manera negativa a la salud de las presas. De esta forma, las demandas de salud de las mujeres reclusas superan los servicios recibidos, por tanto, se concluye que las necesidades, en materia de sanidad, que presentan las mujeres privadas de libertad no son correctamente atendidas. Esto se traduce en un estado de desigualdad de salud de la población penitenciaria femenina con respecto a sus homólogos masculinos y las mujeres en la comunidad general.

Palabras clave: salud/ health, mujer/women, prisión/prison.

ABSTRACT

Incarcerated women show a high level of marginality influenced by their low socioeconomic status, a history of sexual and physical abuse, and a high rate of drug addiction. Also, due to the low proportion of women inmates in the penitentiary system, these women find themselves in a situation of minority against men prisoners, which leads to their necessities as women being invisibilized. The aim of this text is to recognize the health status of women inmates, regarding their health necessities and the sanitary services they received. We have performed a

bibliographic search through some databases and web pages of international organizations, then we have made a review of the selected articles, a total of 78. The results show that women inmates have a high rate of chronic diseases, especially mental illnesses and sexually transmitted diseases. Also, they have less access to health services, in comparison with the ones offered in the community, especially in the area of oral, gynecological and psychological services. Health programs implemented in female prisons are insufficient and nonspecific to the situation of women inmates, and programs that addressed gender violence are limited and newly implemented. Moreover, life conditions in prison are highly inadequate, even violating women inmates' rights. It is thus described that the inadequacy and precariousness of the facilities and the unhygienic environment, negatively affects the health of women inmates. Therefore, the health demands of women prisoners outweigh the sanitary services received by them, so, we conclude that the health needs of women inmates are not being properly attended. This means that women prisoners are immersed in a state of health inequality in regard to their male counterparts and women in the general community.

Key words: salud/health, mujer/women, prisión/prison.

1. INTRODUCCIÓN

El tema elegido consiste en conocer el estado de salud en el que se encuentran las mujeres en situación de privación de libertad.

Siempre me han interesado enormemente los temas relacionados con la perspectiva de género. La razón por la que elegí centrarme en la población reclusa femenina, es precisamente porque se trata de una población doblemente discriminada: por ser mujeres y por estar presas. Un grupo sobre el que nadie quiere hablar, un grupo invisible a los ojos del mundo. El imaginario social no reconoce a la mujer presa con la mujer tipo; sumisa, cuidadora, obediente... La mujer presa rompe estos moldes impuestos por la sociedad patriarcal en la que vivimos. La invisibilidad de la mujer presa está estrechamente relacionada con este hecho. La autora Noelia Igareda refleja a la perfección esta situación:

“La sociedad tiene el pensamiento de que una mujer, una madre, una esposa que llega a delinquir tiene que ser un monstruo... es la antimujer”¹

Así, cuando alguien es invisible, los derechos humanos tienden a volverse invisibles igualmente. Para ejemplificar esta invisibilidad a la que se enfrentan las mujeres que están

¹ Cita extraída del corto-documental *Anti-mujeres, existir mal*, 2016 [fecha de consulta 11/06/2017]. Acceso disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=VOKOb-8kTuA>

presas, reseño las palabras de la Asamblea Inter-Parlamentaria, que informa que: “*Ya en 1980, se reconoció que las mujeres encarceladas no reciben la misma atención y consideración que los presos masculinos. Sin embargo, no fue hasta el año 2009 en el que la ONU encargó a un grupo de expertos que desarrollaran una serie de estrategias enfocadas explícitamente en reducir esta brecha en la desigualdad de trato*” (Penal Reform International, 2013).

También abordo este tema, porque es extremadamente importante romper el tabú que supone todo lo relacionado con la prisión. No importa el delito, ellas aún siguen siendo personas, mujeres, y como tales, muestran necesidades básicas que requieren ser abordadas de forma igualitaria al resto de la sociedad. Con este texto, pretendo visibilizar la importancia de conocer la problemática de este colectivo tan vulnerable.

Así, la importancia de estudiar y ahondar más en el tema concerniente a las mujeres presas radica sobre todo en el hecho de que las mujeres reclusas son una minoría dentro del sistema carcelario internacional, dominado por la figura masculina. Tal y como han descrito diversas organizaciones internacionales, entre ellos *Amnistía Internacional*, la *Asociación para la Prevención de la Tortura (APT)* y distintos organismos (ONU, OMS), las mujeres que están en situación de privación de libertad constituyen entre un 2% y un 9% de la población carcelaria total en el mundo. Esta cifra es superior tan sólo en 15 países, entre ellos Tailandia (13,5%) y Hong Kong (20.8%) (Institute for Criminal Policy Research, 2016; OMS, 2009).

Dentro de estos límites, este porcentaje varía enormemente de unos países a otros. En Europa, también hay una clara variación en las proporciones de reclusas. Así, el porcentaje medio de mujeres presas en la Unión Europea oscila entre el 4,4% y el 4,9% (OMS, 2009), aunque las variaciones entre países van desde Francia (3.3%) a Letonia (8.1%) (Institute for criminal policy research, 2016). En concreto, España es uno de los países de la Unión Europea en el que existe una tasa más alta de mujeres presas, siendo ésta de un 7.46% en el último año (OMS, 2009; Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), 2014; SGIP-Estadística penitenciaria, 2016).

Otra de las circunstancias que señala la relevancia de investigar esta cuestión, es el perfil sanitario que caracteriza a las mujeres encarceladas, marcado por un pasado de maltrato, enfermedad mental y drogodependencia (ONU, 2008; Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), 2012; Penal Reform International, 2008). Uno de los rasgos principales que engloba a la mayoría de mujeres presas, es la alta proporción de abusos sufridos, tanto físicos como psicológicos. El número de reclusas que han sido abusadas física y/o sexualmente varía entre un 50% y un 90% (Penal Reform International, 2008; ONU, 2008; Fair, 2009; Blackburn, 2008). Este tipo de violencia es normalmente ejercida por personas del

entorno familiar cercano a la mujer, tales como padres/madres, hermanos/as o parejas. Esto supone que la situación de agresión, presenta un aspecto constante y prolongado en el tiempo (Jokinen, 2011; Weilandt, 2013; Kelly, 2010; de Miguel Calvo, 2014), una violencia socializada. Llama la atención la relación, en el caso de las mujeres presas, entre ser víctima de delitos y cometer activamente otros crímenes. La autora Miren Ortubay explica esta relación de la siguiente forma:

“El papel de la mujer en el sistema penal es fácilmente intercambiable. Ellas se deslizan con mucha facilidad del papel de víctima al papel de infractora. ¿Por qué pasa esto? Porque el papel de víctima tiene muchas exigencias. Una buena víctima tiene que ser sumisa, obediente, tiene que demostrar su inocencia y su pasividad, es decir, convencer de que no ha hecho nada para merecer lo que le ha pasado”²

Así, en las prisiones de Estados Unidos, alrededor entre un 68.4% y un 85% de las reclusas han sido víctimas de maltrato físico y/o sexual (Kelly, 2010; ONU, 2008; Blackburn, 2008) y en Australia, se estima que un 89% de las mujeres recluidas en la cárcel habían sufrido algún tipo de abuso (Fair, 2009; Easteal, 2001).

A nivel europeo, informes de la OMS indican que las mujeres encarceladas experimentan a lo largo de sus vidas, tres veces más ataques físicos y/o sexuales que su contraparte masculina (OMS, 2009). Concretamente, en el Reino Unido, un total del 50% de las reclusas declaró ser víctima de violencia doméstica y un 33% de agresiones sexuales (ONU, 2008). En España, se destacan datos como los de Cataluña, en el que el 88.4% de las presas han sido víctimas de algún tipo de violencia, siendo la media española de un 80% (de Miguel Calvo, 2014; Cruells y Torrens, 2004).

Relacionado con un pasado de abusos, la alta tasa de trastornos mentales crónicos diagnosticados a las presas forman parte también de su realidad de salud. De este modo, se ha relacionado la vivencia previa de situaciones de maltrato con la aparición de ciertos tipos de trastornos psiquiátricos, concretamente con el estrés post-traumático (Belknap, 2015; Tye, 2006; McPhail, 2012). Además, los estudios muestran que existe una incidencia significativamente mayor de enfermedades mentales en las mujeres que se encuentran recluidas en prisiones (Constantino, 2016; Van den Bergh, 2011).

Algunos estudios indican que el índice de enfermedades mentales presentes en las reclusas se sitúa entre un 60% y un 80% (McPhail, 2012; ONU, 2008; OMS, 2009). Asimismo, se estima

² Cita extraída de la ponencia *Mujeres encarceladas: castigo, feminidad y domesticación*. Universidad del País Vasco, 2014 [fecha de consulta 11/06/2017]. Acceso disponible en: <https://ehutb.ehu.es/video/58c66d40f82b2b836e8b4574>

que cerca de un 41% de las presas que intentan suicidarse, han sido víctimas de diversos tipos de maltrato y que las mujeres presas se autolesionan 14 veces más que los hombres encarcelados, tendiendo a intentar suicidarse en mayor medida que la población carcelaria masculina (OMS, 2009). Estos datos chocan con la realidad en la población general, en la que la tasa de suicidios masculinos es mayor que la femenina; por cada 100.000 habitantes, 15 hombres recurren al suicidio frente a 8 mujeres (de Miguel Calvo, 2014; OMS, 2014).

En Estados Unidos, el 73% de mujeres en prisiones estatales y el 61% de presas en centros de reclusión federales padecían alguno o varios trastornos mentales (ONU, 2008). Destaca el caso del Reino Unido, en el que entre un 80% y un 90% de las internas refiere problemas de salud mental (ONU, 2008; OMS, 2009), y el 37% de la población carcelaria femenina ha realizado algún intento de suicidio a lo largo de su vida (ONU, 2008). En España, según estadísticas oficiales, alrededor del 40% de la población penitenciaria sufre algún tipo de trastorno mental y de personalidad, aunque estos datos no se encuentran desglosados por género (Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía, 2016).

Otro rasgo que identifica a las mujeres encarceladas, es la elevada prevalencia de dependencia a algún tipo de droga. A pesar de que las presas muestran un elevado índice de drogodependencias, entre un 60%-80% (Penal Reform International, 2013; ONU, 2008; OEDT, 2012), tienen un menor acceso a tratamientos intracarcelarios de desintoxicación/deshabitación que los reclusos hombres (Defensor del Pueblo Andaluz, 2006; Mosher, 2006).

Unido a este perfil sanitario extremadamente vulnerable, encontramos también un perfil socio-económico frágil. Las reclusas tienden a proceder de niveles socio-económicos bajos, presentan una baja escolaridad, y ocupan puestos de trabajo de escasa remuneración económica o bien están desempleadas, lo que perpetúa su situación de marginalidad. Este perfil, aun con pequeñas variaciones entre países, se mantiene casi inalterable en la totalidad de la población carcelaria femenina de todos los sistemas penitenciarios del mundo (Defensor del Pueblo Andaluz, 2006; Barbosa Galvão, 2012; Eliason, 2004; Kaushik, 2009).

Mostrando algunos datos específicos, observamos que en China, un 70.4% de las reclusas desarrollan trabajos u ocupaciones de bajo estatus social y presentan pocos ingresos (Jie Zhang, 2010). En México, más de la mitad de las mujeres presas informan sobre ingresos mensuales inferiores a 260 dólares americanos antes de su ingreso en prisión (Amnistía Internacional, 2016).

En Europa, esta tendencia se mantiene. En Finlandia, solamente la mitad de la población penitenciaria femenina había terminado la educación primaria (Jokinen, 2011), y en España,

entre el 30%-40% de las presas tienen exclusivamente estudios primarios (*Defensor del Pueblo Andaluz, 2006; Cruells y Torrens, 2004*). Además, alrededor del 70% se encontraba en situación de desempleo antes de ser encarceladas (*Grupo de trabajo sobre Salud Mental en prisión, 2012*).

Esta situación marginal de las mujeres reclusas, aumenta el riesgo de sufrir enfermedades de tipo crónico y de presentar un nivel de salud deficitario e inferior al del resto de la población, como ya hemos visto. Sumándose a esto, el bajo nivel socio-económico descrito, condiciona la posibilidad de que estas mujeres acudan a un profesional sanitario en caso de afección o dolencia, sobre todo en países en los que la asistencia sanitaria es de carácter mayoritariamente privado (*Penal Reform International, 2013; Viitanen, 2013; Crissman, 2015*).

Por último, es necesario destacar el aumento casi exponencial de la entrada de mujeres en prisión. En los últimos diez y veinte años, las cifras de presas, aun siendo bajas comparadas con la población masculina, se está incrementado significativamente en relación con los reclusos hombres (*Amnistía Internacional, 2000; Fair, 2009; OMS, 2009; ONU, 2008; Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), 2011*). Así, en Argentina, la cantidad de mujeres en cárceles federales ha crecido un 350% desde 1990 a 2007 (*CELS, 2011*), y en Inglaterra y Gales, el internamiento de mujeres en centros penitenciarios ha aumentado en un 200% desde 1996 a 2006 (*Van den Bergh, 2011*). Debido a este aumento desorbitado del ingreso de mujeres en prisión y el escaso número de centros penitenciarios específicos de mujeres, los módulos y prisiones femeninas generan una sobrepoblación carcelaria (*Amnistía Internacional, 2016; Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL), 2007; Kaushik, 2009; Eliason, 2004; Fair, 2009*). Por ejemplo, las prisiones femeninas de Chile o Zambia, se encuentran al 300% de su capacidad (*Todrys, 2011; CEJIL, 2007*), y en Europa, 28 países muestran una ocupación carcelaria mayor al 100% (*Quaker Council for European Affairs (QCEA), 2007*).

Sumándose a la masificación de las cárceles de mujeres, se destaca el uso de módulos antiguos que ya no utilizan para albergar mujeres dentro de prisiones masculinas, o cárceles de antigua construcción que sirvieron en el pasado para albergar a reclusos masculinos (*Penal Reform International, 2013; CELS, 2011; Fair, 2009*). Puesto que estos centros carcelarios fueron diseñados para suplir y adaptarse a las características de una población masculina, se pone de manifiesto que no cumplen con las necesidades y características que presentan la población penitenciaria femenina. Así, las mujeres son recluidas en módulos o prisiones con un nivel de seguridad mucho mayor del necesario por los delitos cometidos (*Fair, 2009; ONU, 2008; Penal Reform International, 2008*). Por otra parte, y debido a la antigüedad de los edificios, éstos a

veces ni siquiera cumplen con los requisitos mínimos de habitabilidad (CELS, 2011; CEJIL, 2007; Todrys, 2011; Kaushik, 2009).

Resumiendo, los elementos que reflejan la relevancia de estudiar y documentar las circunstancias en las que viven día a día las presas, son: el pobre estado de salud que presentan las reclusas incluso antes de ingresar en prisión, el ritmo de crecimiento que muestra esta población y, sobretodo, la invisibilidad a la que el sistema penitenciario las ha condenado, debido a las bajas cifras de representación en los sistemas carcelarios.

Por lo tanto, conocer las necesidades biopsicosociales que reclama una parte tan específica de la población es de suma importancia y urgencia, debido a que las mujeres encarceladas se presentan como un grupo social susceptible de una extrema marginación, por su condición de presas y por su condición de mujeres en la sociedad actual. En estos momentos en los que se está luchando por los derechos de las mujeres cada día, no nos podemos olvidar de aquellas que están más silenciadas: las mujeres presas.

De este modo, los objetivos que se plantean para este estudio son:

Objetivo general: Conocer la situación de salud de las mujeres privadas de libertad.

Objetivos específicos:

- Conocer sus demandas específicas de salud.
- Conocer los recursos sanitarios disponibles con los que cuentan.

2. METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre la cuestión de la salud de las mujeres encarceladas. Se han utilizado dos tipos de fuentes:

Por un lado, datos e informes procedentes de organismos oficiales, organizaciones internacionales y gobiernos de diferentes países; como Amnistía Internacional, la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, el *European Prison Observatory*, el Instituto Nacional de Estadística, el Fondo Documental de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y el *World Prison Brief*.

Por otro lado, los documentos encontrados en bases de datos internacionales. Las bases de datos consultadas han sido: CUIDEN, GLOBAL HEALTH, MEDLINE, NURSING AND ALLIED DATABASE, SAGE JOURNALS y GOOGLE SCHOLAR. Para llevar a cabo esta búsqueda, se seleccionaron las “palabras clave” siguientes: mujer/women, prison/prisión, salud/health.

Se utilizaron unos criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión fueron: Mujer mayor de 18 años, año de publicación del 2000 en adelante, que las palabras clave aparezcan

en el resumen, y con acceso a texto completo. Los criterios de exclusión fueron: Textos en idioma diferente al inglés y español.

El total de resultados obtenidos en todas las bases de datos fueron de: CUIDEN (46 resultados), MEDLINE (266 resultados), NURSING AND ALLIED DATABASE (53 resultados), SAGE JOURNALS (128 resultados) y GOOGLE SCHOLAR (172.000 resultados). De todos ellos, se utilizaron para la realización de este estudio, 55 artículos. A estos textos han de añadirse aquellos encontrados en las páginas web de diferentes organismos y organizaciones internacionales, por lo que, el total fue de 71 artículos. Finalmente, la información encontrada en los textos seleccionados fue clasificada, organizada y posteriormente redactada por áreas temáticas. Dichas áreas se corresponden con los objetivos que se plantean en este trabajo.

Las tablas explicativas de los resultados obtenidos en las bases de datos y la tabla que contiene las características de los textos que conforman la bibliografía final, se pueden encontrar en el apartado de Anexos.

3. PANORÁMICA SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD: ESTADO DE LA CUESTIÓN

Influenciada fuertemente por el ambiente marginal, anteriormente detallado, que caracteriza a gran parte de la población penitenciaria femenina, la salud de las presas a lo largo del mundo es de peor calidad (*Chen, 2013; OMS, 2009; Penal Reform International, 2008*). Esto se traduce en una mayor tasa de afecciones crónicas; destacando entre ellas las enfermedades de transmisión sexual (ETS), ginecológicas, hepatitis, enfermedades cardiopulmonares y trastornos mentales (*CEJIL, 2007; Fair, 2009; Viitanen, 2013; Kelly, 2010; Crissman, 2015*).

Concretamente, el grave deterioro de salud mental que presentan las mujeres presas, es ampliamente superior a la que muestran el resto de mujeres en la población general. Debido a esto, los textos que abordan esta cuestión, conectan los antecedentes de maltrato y vivencia de eventos traumáticos, que caracterizan a las presas, con la aparición de este tipo de trastornos (*Belknap, 2015; Tye, 2006; McPhail, 2012*). También se enlaza el bajo nivel económico con la aparición de trastornos físicos crónicos, como problemas en el aparato musculo-esquelético, ya que esta situación frecuentemente empuja a las mujeres a recurrir a profesiones poco remuneradas que demandan grandes esfuerzos físicos (*Harner, 2016; Viitanen, 2013; Crissman, 2015*).

A pesar de que la mayoría de enfermedades y trastornos valorados en las presas son diagnosticados durante la estancia de la mujer en la cárcel, el carácter crónico de las mismas pone de manifiesto que dichas afecciones se iniciaron antes de su ingreso en prisión (*Belknap, 2015; ONU, 2008; Crissman, 2015*).

La misma situación ocurre con los trastornos psicológicos/psiquiátricos. De este modo, aunque la mayor parte de los trastornos mentales, al igual que enfermedades crónicas, son diagnosticados por los servicios de salud de la prisión (*Belknap, 2015; ONU, 2008*), los desórdenes mostrados manifiestan una larga trayectoria evolutiva. De esta forma, se especifica que el desarrollo de la enfermedad en cuestión es, normalmente, previo al ingreso en la cárcel (*Barbosa Galvão, 2012; Mignon, 2016; Penal Reform International, 2008*).

Recientes investigaciones llevadas a cabo en Sudamérica, establecen la premisa de que el bajo nivel de educación y escolaridad que caracteriza a las presas, supone un factor de riesgo en sí mismo para el desempeño de prácticas dañinas para la salud, debido a la baja cultura sanitaria que manifiestan estas mujeres (*Jaramillo, 2007*). Partiendo de esta base, se describen, a continuación, las diferentes carencias en materia de salud y servicios sanitarios que muestran las mujeres en prisión.

3.1. Necesidades de salud de las mujeres presas

Según la norma general, alrededor de la mitad de las presas informa que su salud ha empeorado desde su ingreso en prisión. Entre el 85%-95% de las reclusas padecen al menos un trastorno o presentan algún síntoma de mala salud (*Mignon, 2016; Crissman, 2015; Scott, 2015*). En Finlandia, casi la mitad de las mujeres encarceladas son consideradas no aptas para trabajar, debido a los problemas de salud que presentan (*Jokinen, 2011*), mientras que en España, únicamente un 57.1% de las presas valora su estado de salud como “bueno”. En recientes encuestas, esta cifra se sitúa aún más baja (*Grupo de trabajo sobre salud mental en prisión, 2012*).

Se especifica que, a pesar de que la mayor parte de los problemas de salud que presentan las presas se iniciaron antes de su ingreso en prisión, una parte de las reclusas indican haber desarrollado ciertas enfermedades durante su estancia en la cárcel, en su mayoría problemas mentales y de tipo infeccioso; Colombia, con un 28.9%, Argentina con un 47% y Cataluña (España) con un 42% (*Jaramillo, 2007; CELS, 2011; Cruells y Torrens, 2004*).

De acuerdo con recientes investigaciones, las afecciones que más frecuentemente afectan la salud de las mujeres en prisión son de tipo crónico e infeccioso. Los más prevalentes son los trastornos relacionados con la salud mental y aquellos derivados de un abuso de drogas (*OMS, 2009; Cruells y Torrens, 2004; CEJIL, 2007; Monster, 2005; Kelly, 2010; Anderson, 2002*). De hecho, numerosos estudios han demostrado que el abuso de sustancias provoca alrededor del 50% de las enfermedades que padecen las reclusas; principalmente, enfermedades

infecciosas (VIH, Hepatitis) y trastornos mentales (patología dual) (*Grupo de trabajo sobre salud mental en prisión, 2012*).

Así, se encuentran una elevada tasa de afecciones físicas; tales como asma, hipertensión, problemas dentales y ginecológicos (*Moschetti, 2015; Harner, 2013; Eliason, 2004; van den Bergh, 2011; Fair, 2009*). Destacan las enfermedades de transmisión sexual (ETS), como Hepatitis C, VIH y Tuberculosis, y un elevado índice de enfermedades infecciosas como gonorrea, herpes y hongos (*Abbott, 2016; OMS, 2009; Todrys, 2011; Fair, 2009; Chiphambano, 2007*). Cabe mencionar, que las reclusas procedentes de minorías étnicas presentan una mayor tasa de problemas cardiovasculares, enfermedades infecciosas y asma (*Crissman, 2015*) En concreto, las Aborígenes de Australia muestran una mayor tasa de alteraciones del oído (*Abbott, 2016*).

En España, los trastornos más descritos son aquellos derivados del abuso de drogas (58% en Cataluña) y enfermedades de transmisión sexual. También destacan los problemas bucodentales y respiratorios (*Cruells y Torrens, 2004; de Miguel Calvo, 2014; Arroyo-Cobo, 2011*).

3.1.1. Aspectos comunes a todas las mujeres presas

Los problemas de salud física de las reclusas son numerosos y variados. Algunos de los más frecuentes son las cefaleas (especialmente la migraña), el insomnio y los trastornos musculoesqueléticos, tales como problemas de espalda y de articulaciones (*Mignon 2016; Abbott, 2016; Eliason, 2004; Monster, 2005; Jokinen, 2011; Anderson, 2002*). Así, en Australia, un 40% de las presas padece dolores de espalda (*Crissman, 2015*) y en Finlandia, investigaciones recientes describen una proporción de trastornos musculoesqueléticos del 75.3% entre las reclusas (*Viitanen, 2013*).

Los problemas bucodentales también son importantes entre las presas. Entre un 50% y un 80% de las reclusas presenta caries, abscesos y presencia de pus o sangre (*Mignon, 2016; Harner, 2013; Eliason, 2004; Paredes i Carbonell, 2000; Jaramillo, 2007; van den Bergh, 2011*). Ya que se ha comprobado que dicho problema persiste aún en presas con una buena higiene oral, estos problemas se pueden atribuir a una larga trayectoria de consumo de drogas o falta de asistencia bucodental (*Jaramillo, 2007; Maculan, 2013; Paredes i Carbonell, 2000*). Con respecto a la tasa de presas con una adicción a sustancias ilegales, recientes estudios estiman que en Canadá, un 97% de sus reclusas tienen o han tenido dependencia a las drogas y/o alcohol (*Fair, 2009*). En Estados Unidos, la proporción varía entre un 60%-70% (*Kelly, 2010; Mosher, 2006; Drach, 2016*) y en Australia, supone un 63% de las encarceladas (*Tye, 2006*). En Europa,

alrededor del 75% de las mujeres que ingresan en prisión tienen problemas con las drogas (QCEA, 2007). Esta proporción es singularmente elevada en Escocia (98%) y Alemania (75%). Una de las tasas más bajas está en Suiza, con un 26% de presas drogodependientes (Moschetti, 2015). Las reclusas suelen presentar un mayor abuso de drogas que de alcohol (QCEA, 2007). La excepción la conforman China, con un 60.7% de las reclusas que realiza un uso abusivo del alcohol (Zhang, 2010), y Finlandia, en que un 55% de las presas presenta una adicción alcohol (Jokinen, 2011). Se destaca que incluso, algunas presas, declaran comenzar el consumo de drogas ya en prisión (Paredes i Carbonell, 2000; Cruells y Torrens, 2004; Kaushik, 2009). De esta forma, se relaciona de forma directa la alta proporción de presas drogodependientes con el elevado índice de problemas bucodentales que presentan. Las drogas también pueden influir en la aparición o complicación de trastornos mentales (*Grupo de trabajo sobre salud mental en prisión*, 2012; Anderson, 2002), que se tratará cuando se aborde el estado de salud mental de las reclusas.

Las alteraciones del aparato respiratorio afectan también a una gran cantidad de presas. Los artículos analizados muestran que entre un 40% y un 65% de las reclusas tiene problemas respiratorios, siendo el asma la enfermedad más prevalente, seguido del enfisema pulmonar (Moschetti, 2015; Fair, 2009; Harner, 2013; Anderson, 2002). La gripe y la neumonía se presentan como las enfermedades infecciosas que más problemas respiratorios causan, seguido de la tuberculosis (Paredes i Carbonell, 2000; Barbosa Galvão, 2012; Jokinen, 2011). Los casos de tuberculosis adquieren especial importancia en África. En Zambia, la prevalencia de tuberculosis pulmonar entre las mujeres presas es de un 20% (Todrys, 2011). En Europa, la tuberculosis supone un problema especialmente grave si se compara la mayor proporción que hay de dicha enfermedad dentro de prisión, con la existente en la comunidad general (QCEA, 2007; Moschetti, 2015). En España, el índice de tuberculosis en población penitenciaria es algo menos de un 3% (datos generales de hombres y mujeres) (*Secretaría General de Instituciones Penitenciarias*, 2016).

En relación a este tema, se observa que alrededor de un 80%-90% de las presas dice haber hecho un uso/abuso del tabaco en algún momento de su vida (Viitanen, 2013; Drach, 2016; Jokinen, 2011; Crissman, 2015), y sobre un 40%-70% se declara como fumadora en la actualidad (Moschetti, 2015; Eliason, 2004; *Grupo sobre salud mental en prisión*, 2012). Las cifras en Australia son mayores. Una investigación realizada en diversas prisiones femeninas, pone de manifiesto que un 82.9% de las mujeres encarceladas fuma de forma habitual (Crissman, 2015). Tal y como han puesto de relieve algunos estudios, esta alta prevalencia de abuso del tabaco puede estar relacionada con los problemas respiratorios que muestran las presas. Además, se

informa que la pasividad y permisividad de los técnicos de prisión con el tema del tabaco, da lugar a que las reclusas sigan fumando dentro de la cárcel, provocando un alto índice de fumadoras pasivas, lo que agrava sus problemas respiratorios (*Monster, 2005; Harner, 2013; Viitanen, 2013; van den Bergh, 2011*).

Igualmente, las cifras de afecciones cardiovasculares aparecen bastante altas (40%-50%) destacando la hipertensión arterial como la enfermedad más común (*Viitanen, 2013; Crissman, 2015; Harner, 2013; Chen, 2013*). En este ámbito, se señala que una proporción bastante elevada de reclusas presentan enfermedades de riesgo para el desarrollo de problemas cardiovasculares, entre ellas, la diabetes, la obesidad y el sobrepeso (*Chen, 2013; Harner, 2016; Abbott, 2016; Drach, 2016*). Concretamente, una proporción desmesurada de mujeres encarceladas presenta sobrepeso, alrededor de un 70% de la población penitenciaria femenina de América y Europa presenta un peso mayor al correspondiente a su estatura y edad (*Jaramillo, 2007; CEJIL, 2007; Smoyer, 2016; Drach, 2016*). Información más detallada sobre los aspectos relacionados con este aumento de peso son descritos en el apartado de “otras necesidades básicas”.

Particularmente, las mujeres encarceladas muestran una tasa muy elevada de trastornos ginecológicos; prácticamente la totalidad de reclusas declaran haber sufrido algún problema de tipo ginecológico en algún momento de su vida (*Moschetti, 2015; Van den Bergh, 2011; Viitanen, 2013; Jaramillo, 2007*). Así se destacan dos tipos de problemas, los trastornos relacionados con el ciclo menstrual, alcanzando cifras de un 53% de afectadas en los centros penitenciarios femeninos de Estados Unidos (*Eliason, 2004*) y las enfermedades de transmisión sexual, donde las mujeres encarceladas presentan una mayor tasa de enfermedades de transmisión sexual que los hombres presos y las mujeres en la comunidad general (*Sprague, 2016; Chimphambano, 2007; Moschetti, 2015*).

La proporción de reclusas con enfermedades de transmisión sexual (ETS) varía de unos países a otros, pero en general, la tasa no baja de un 20% (VIH y Hepatitis) (*Todrys, 2011; Chimphambano, 2007; Viitanen, 2013*). Las afecciones que más se repiten en todos los países son el VIH y la Hepatitis C (*Cruells y Torrens, 2004; Eliason, 2004; Crissman, 2015; Anderson, 2002*). Se destaca el caso de Canadá, en el que el índice de Hepatitis B entre las mujeres encarceladas es particularmente elevado (*Monster, 2005*). Los casos de VIH son más acusados en África (*Todrys, 2011*) y Malawi, donde la tasa llegó a alcanzar el 50% de las mujeres presas infectadas (*Chimphambano, 2005*). La tasa de Hepatitis C entre las mujeres encarceladas se reporta como la más elevada en todos los países, especialmente en Australia, con un 45%, (*Crissman, 2015*) y Finlandia, con un 59.4% (*Jokinen, 2011*). En lo relativo a

España, las ETS más frecuentes fueron el VIH/SIDA, Sífilis, Hepatitis, Gonorrea, Herpes y Hongos. La prevalencia de VIH fue de 5.4% y de Hepatitis C un 19.5%, datos masculinos y femeninos. Sobresale el hecho que el 40% de los casos diagnosticados de SIDA en la población carcelaria fueron mujeres (*Secretaría general de instituciones penitenciarias, 2016*).

Los problemas relacionados con la integridad de la piel también se describen como abundantes. Las presas detallan problemas habituales de picor en la piel y diversas afecciones de la misma, como eccema o urticaria (*Cruells y Torrens, 2004; Monster, 2005; Abbott, 2016; Jaramillo, 2007; Cruells y Torrens, 2004; Anderson, 2002*). En España se reportan incluso casos de sarna. Estos problemas son comúnmente relacionados por las presas con la baja calidad de los productos de higiene que se les proporciona en prisión (*Paredes i Carbonell, 2000; Cruells y Torrens, 2004*). Los trastornos del aparato urinario son también comunes (*Abbott, 2016; Viitanen, 2013; CELS, 2011*), usualmente se relacionan también con condiciones de higiene inadecuadas, siendo la más prevalente la cistitis (*CELS, 2011; Paredes i Carbonell, 2000*). Información más detallada sobre los aspectos relacionados con la falta de higiene en la cárcel son descritos en el apartado de “otras necesidades básicas”.

Por último, se describen también la presencia de problemas gastrointestinales, siendo los más comunes la gastritis, el estreñimiento y la diarrea (*CELS, 2011; Jaramillo, 2007; Jokinen, 2011; Anderson, 2002*).

Sobre los problemas en materia de salud mental, las mujeres encarceladas presentan tasas muy elevadas de trastornos mentales, mayores que su contraparte masculina y que las mujeres en la comunidad general. Numerosos estudios informan que gran parte de estos problemas mentales que presentan, son derivados de un pasado marginal, bien a consecuencia del consumo de drogas o debido a la vivencia de situaciones traumáticas, como los abusos físicos y/o sexuales (*Belknap, 2015; Tye, 2006; McPhail, 2012; OMS, 2009; Scott, 2015; Moschetti, 2015; de Miguel Calvo, 2014; Anderson, 2002*).

A nivel internacional, y a pesar de que la proporción varía de unos países a otros, la cifra mínima se sitúa sobre un 50% de trastornos mentales en las presas (*McPhail, 2012; Jokinen, 2011*). Asimismo, Colombia presenta un 55% de problemas mentales (*Jaramillo, 2007*) y el 73% de las mujeres reclusas de Estados Unidos tienen al menos un problema de salud mental (*Constantino, 2016*). Se recalca la reiterada presencia de enfermedades mentales en una fase aguda, sobre todo en los casos de depresión. Así, en Australia, 30% de reclusas tiene depresión mayor (*Fair, 2009*), en Colombia, 33% de trastornos mentales afectan de forma grave la salud de las presas (*Jaramillo, 2007*); y en Brasil, 25.5% de las mujeres encarceladas presentan trastornos mentales en grado de severidad (*Constantino, 2016*).

En Europa, concretamente en Inglaterra y Escocia, el 90% de las reclusas tiene un trastorno mental y/o drogodependencia (OMS, 2009), y en Irlanda del Norte, un 88% tiene depresión. El índice más bajo es para Suiza, donde un 30%-40% de las presas presenta alguna afección mental (QCEA, 2007). Con respecto a España, investigaciones recientes establecen que un 84.4% de la población penitenciaria (hombres y mujeres) presentan algún tipo de trastorno mental (Arroyo-Cobo, 2011; de Miguel Calvo, 2014).

Los problemas más habituales son los trastornos del estado de ánimo, tales como depresión y ansiedad, le siguen los trastornos de la personalidad y trastorno del estrés postraumático. Los trastornos psicóticos son menos prevalentes (QCEA, 2007). Otros problemas mentales destacables a nivel internacional son los relativos a una baja autoestima, desórdenes alimenticios e insomnio, usual en todas las mujeres encarceladas (Viitanen, 2013; Monster, 2005; Drach, 2016; Moschetti, 2015).

De esta forma, se encuentran tasas elevadas de depresión en Honduras (43.7%), el sur de Brasil (48.7%) (Constantino, 2016) y China (46.65%) (Zhang, 2010). Sobresale el caso de Australia, cuya proporción de depresión entre mujeres presas varía considerablemente dependiendo del estudio, de 52% a 82% (Crissman, 2015; Abbott, 2016), y Estados Unidos, en el que este índice varía entre un 33% y un 59.2% (Eliason, 2004; McPhail, 2012; Mignon, 2016). Europa presenta cifras similares a la media internacional: Dinamarca (40.7%), Inglaterra y Gales (54%) (Jokinen, 2011). Con respecto al alcance de la ansiedad clínica entre las mujeres encarceladas, se observa una relación estrecha entre ésta y los trastornos depresivos; se detallan datos como los de Australia con un 52%- 60% (Abbott, 2016; Crissman, 2015), Estados Unidos entre el 12% y el 22.5% (Sprague, 2016; Kelly, 2010; Scott, 2015), y España entre un 45.3% y un 23.3% (incluye a hombres y mujeres) (de Miguel Calvo, 2014; Arroyo-Cobo, 2011).

Los trastornos de personalidad más habituales entre las presas son el trastorno antisocial, bipolar y límite (Jokinen, 2011; Monster, 2005; McPhail, 2012; QCEA, 2007; Anderson, 2002). El trastorno límite de la personalidad, aunque se presenta a nivel internacional, se menciona especialmente en investigaciones realizadas en Australia, con un 43%, y Estados Unidos, con un 50% (Scott, 2015; Tye, 2006). El trastorno antisocial de la personalidad es especialmente prevalente en Estados Unidos (11% en prisiones de Chicago) y Finlandia (Scott 2015; Jokinen, 2011). A su vez, es el más diagnosticado en Europa, seguido del trastorno bipolar (QCEA, 2007); también es el más prevalente en España (Paredes i Carbonell, 2000; Arroyo-Cobo, 2011).

Los trastornos psicóticos no son comunes entre la población penitenciaria femenina y, por tanto, no suelen alcanzar cifras reseñables. Sin embargo, algunos países se desmarcan de esta norma.

Así, Australia sobresale por su elevada tasa de presas con trastornos psicóticos tales como esquizofrenia (15%), trastorno paranoide (30%) y otras psicosis (23%) (*Mignon, 2016; Tye, 2006*), Estados Unidos por su índice de esquizofrenia entre reclusas (14.4%) y Reino Unido por la presencia, entre las presas, de diversas psicosis, específicamente esquizofrenia y trastorno neurótico (66%-76%). En España también se recalca la habitual presencia de trastornos psicóticos entre las reclusas (*de Miguel Calvo, 2014; Arroyo-Cobo, 2011; Quaker Council for European Affairs, 2007*).

Igualmente, es de especial importancia hablar de la notable presencia del trastorno del estrés postraumático en las presas. A pesar de no ser diagnosticado oficialmente, diversos artículos han descrito la presencia de síntomas típicos de este trastorno entre las mujeres reclusas, como son los elevados índices de ansiedad, estrés y sensación de tensión constante que muestran las mujeres encarceladas (*Eliason, 2004; Tye, 2006; Crissman, 2015; Scott, 2015; Belknap, 2015*). Algunos estudios le han puesto cifra a este trastorno, como en Australia con un 36% (*Tye, 2006*), o una prisión de Chicago (EEUU) con un índice del 13% (*Scott, 2015*).

En relación a la causa de esta afección, la totalidad de los artículos que tratan este tema, coinciden en que la aparición del trastorno del estrés postraumático se debe a la vivencia de situaciones emocionalmente impactantes como abusos físicos, psicológicos y sexuales o la pérdida de seres queridos (*McPhail, 2012*). Así, y dado el historial de abusos que caracteriza a las mujeres encarceladas, este trastorno cobra especial importancia, dada la eminente presencia masculina entre el personal de prisión y la política de cacheos y registros físicos continuos, lo que provoca en las presas niveles de estrés y ansiedad elevados (*Eliason, 2004; Crissman, 2015; McPhail, 2012*).

Sumándose a todo esto, es necesario mencionar los casos de abusos sexuales y/o físicos que sufren algunas reclusas a manos del personal penitenciario. Diversas investigaciones han revelado el abuso que sufren algunas presas durante su estancia en prisión (*Kaushik, 2009; Eliason, 2004; Blackburn, 2008*). Así, en ciertas cárceles femeninas de Estados Unidos la cifra de abusos sexuales en prisión se sitúa en un 17.2% (*Blackburn, 2008*) y un informe de Amnistía Internacional (2016) denuncia el abuso físico y sexual de más de 100 mujeres encarceladas en centros penitenciarios de México. Otra investigación llevada a cabo por el *CEJIL* (2007) en las prisiones femeninas de Sudamérica, pone énfasis en la sospecha de abusos físicos y/o sexuales infringidos en estos países a la mujer reclusa, así como sospechas de prostitución forzada en cárceles mixtas. Por otro lado, un artículo sobre las mujeres en las cárceles de India pone de relieve la realidad que viven. Con frecuencia, estas mujeres se convierten en víctimas de abuso y explotación física y sexual dentro de las prisiones (*Kaushik, 2009*). Finalmente, un estudio

sobre las mujeres presas en África, informa del testimonio de varias reclusas de Zambia víctimas de maltratos físicos y/o sexuales durante su encierro o detención. Igualmente informa sobre los casos de abusos físicos sufridos por las mujeres presas en Mauritania, o las violaciones y violencia sexual a la que son sometidas las mujeres encarceladas en la República Democrática del Congo (*Todrys, 2011*). Estos abusos en prisión, añadidos al pasado de maltrato que muestran las presas, provoca que el trastorno del estrés postraumático ya presente en algunas reclusas, se vea agravado, y/o que se desarrolle en otras mujeres (*Crissman, 2015; McPhail, 2012*).

También se destacan las enfermedades mentales a consecuencia de un abuso de sustancias, y la presencia de patología dual entre las mujeres encarceladas, aunque la patología dual no es muy estudiada en esta población (*Grupo de trabajo sobre salud mental en prisión, 2012; Anderson, 2002*). Se describen datos como los de los de Australia y Nueva Zelanda, en los que el 63%-71% de las reclusas que presentaron un trastorno mental, también mostraron un abuso de drogas (*Tye, 2006*). En Suiza, un 32.8% de las presas desarrollaron trastornos del comportamiento como consecuencia de una drogodependencia (*Moschetti, 2015*). En España, la prevalencia de una patología dual diagnosticada en la población penitenciaria se cifra en un 9.6% (mujeres y hombres), los presos y presas ingresados en hospitales psiquiátricos penitenciarios fueron excluidos de esta estadística (*Grupo de trabajo sobre Salud mental en prisión, 2012*).

Por último, en lo relativo a la tasa de autolesiones y suicidios, las mujeres encarceladas manifiestan un índice de suicidios mayor que las mujeres en la comunidad general. A nivel internacional, se afirma que las mujeres presas llevan a cabo más intentos de suicidio y de forma más repetida, que los hombres presos y que las mujeres en la población general (*OMS, 2009; QCEA, 2007; van den Bergh, 2011; Penal Reform International, 2008*). En Inglaterra y Gales, las mujeres encarceladas se autolesionan 14 veces más que los hombres presos (*OMS, 2009*). Los factores asociados conforman una mezcla entre circunstancias similares a las presentadas por la demografía general, y circunstancias especiales del ambiente carcelario, como la duración de la condena, el tipo de crimen cometido y la conflictividad de la reclusa en cuestión. En cuanto a los métodos utilizados, las mujeres suelen recurrir a tácticas menos violentas, como intoxicaciones y cortes. Algunos estudios relacionan esto con el hecho de que la tasa de suicidios completos sea mayor en los presos hombres, pero la proporción de intentos de suicidios es mayor en las reclusas (*Zhang, 2010*).

Se describen datos de riesgo o intento de suicidio como los de Brasil, con un índice del 25% de suicidios (*Constantino, 2016*) y Estados Unidos, con una proporción que ronda el 33% en población penitenciaria femenina con pensamientos suicidas (*Eliason, 2004*). Se subraya el elevado índice de intentos de suicidio en las cárceles femeninas de Canadá, a pesar de las

medidas implantadas en los últimos años (*Monster, 2005*). De Europa, se encuentran datos como los de Dinamarca, con un 17.9% presas en riesgo de perpetrar un suicidio (*Jokinen, 2011*), o los de Reino Unido, cuya tasa de suicidios entre la población penitenciaria femenina es de un 25% (*Constantino, 2016*). En España, la proporción de suicidios aumentó entre los años 2011-2013. A fecha de 2015, las muertes por suicidio de la población penitenciaria fueron 23 (3 mujeres) (*Secretaría general de instituciones penitenciarias, 2016*).

3.1.2. El embarazo como situación particular de las mujeres presas

Aproximadamente un 5-6% de las mujeres encarceladas están embarazadas (*McCoy, 2016; Eliason, 2004*). Alrededor de un 90% ya se encuentra embarazada antes de ingresar en prisión, y una alta proporción de esos embarazos no han sido planificados (*Diwana, 2015*).

Además, debido al elevado índice de abuso de drogas que reportan y las enfermedades de transmisión sexual que presentan, estos embarazos se consideran de alto riesgo. Diversas investigaciones informan que muchas de estas reclusas tienden a seguir consumiendo drogas dentro de la prisión, situación que incrementa la probabilidad de muerte neonatal y problemas durante el parto (*Bogart, 2005; McCoy, 2016*). De esta forma, la tasa de abortos involuntarios es especialmente alta en esta población (*Eliason, 2004; Scott, 2015*).

En lo relativo a los abortos involuntarios, las presas también reclaman la falta de información sobre las razones del aborto por parte del personal sanitario (*Defensor del Pueblo Andaluz, 2006; Tapia, 2010*). También describen una carencia absoluta de empatía por parte de los oficiales de prisión, pues en ocasiones, no se traslada a la presa al hospital o se traslada a las presas de vuelta a la prisión en el mismo día del parto o tras sufrir un aborto (*Tapia, 2010; McCoy, 2016; Hewko, 2014*).

En lo que respecta a los abortos voluntarios, esta posibilidad a menudo es negada a las reclusas, ya sea por motivos morales o económicos; se menciona especialmente el caso de Estados Unidos, en el que las presas deben pagar el precio de la intervención. Además, el coste para la ejecución de abortos aumenta conforme a las semanas de gestación, y los fondos federales destinados a esta causa se restringen a situaciones de incesto, violación o peligro para la vida de la madre (*Eliason, 2004; Tapia, 2010; McCoy, 2016*).

Aparte de los contratiempos en materia de la salud física, las mujeres presas embarazadas también presentan dificultades relacionadas con la salud mental. Ya que una parte de esos embarazos no han sido planificados, el estrés psicológico al que se enfrentan las reclusas en este ámbito debido es intenso (*Diwana, 2015*). Adicionalmente, la inminente separación de la

madre y su hijo/a, provoca en éstas una fuerte sensación de angustia en las presas, llegándose así a agravar posibles trastornos mentales ya desarrollados (McCoy, 2016; Mignon, 2016; Easteal, 2001; Penal Reform International y Asociación para la Prevención de la Tortura (APT), 2013).

El uso de cadenas y esposas para inmovilizar a las reclusas durante el proceso anterior, durante y posterior al parto es habitual (Tapia, 2010; Mignon, 2016; Hewko, 2014; McCoy, 2016; Penal Reform International y APT, 2013). A pesar de que las Reglas de Bangkok (2010), la ONU (2008) y la OMS (2009) prohíben el uso de métodos de contención restrictivos a las mujeres encarceladas en situación de embarazo y parto, la realidad que se vive es muy distinta. Así, asociaciones de derechos humanos como *Amnistía Internacional* (2000) y *Quaker United Nations Office* (Townhead, 2006), documentan casos a nivel internacional de mujeres en proceso de parto encadenadas durante su transporte, retenidas con sujeciones en la cama del hospital y en ocasiones, en el quirófano durante el parto. En este sentido, según la *American Civil Liberties Union*, únicamente 18 Estados en EEUU han prohibido o restringido el uso de grilletes o cadenas en mujeres encarceladas que se encuentran embarazadas (McCoy, 2016). En España, las reclusas se quejan del mal trato recibido durante el parto, informándose casos de mujeres que han sido encadenadas en el interior del quirófano (*Defensor del Pueblo Andaluz*, 2006).

3.1.3. Mujeres de edad avanzada en privación de libertad

Alrededor del 5% de la población penitenciaria femenina tiene más de 55 años. Entre el año 2000-2009 en Estados Unidos, el número de prisioneros y prisioneras mayores de 55 años se incrementó en un 79%. A pesar de todo esto, los textos que hablan sobre las necesidades de salud especiales de estas mujeres son pocos (Williams, 2012). Se pone de manifiesto que la mayor parte de encuestas de salud no distinguen entre población joven y mayor y, si lo hacen, no diferencian por género, lo que provoca una invisibilización de las mujeres encarceladas de mayor edad (Crissman, 2015).

Los estudios encontrados, muestran una elevada tasa de enfermedades crónicas entre esta población y unas necesidades psicológicas especiales (Williams, 2012). De hecho, un estudio en Reino Unido, informa que recibir tratamiento en servicios de salud mental antes de ingresar en prisión está fuertemente relacionado con edades mayores (Viitanen, 2013). Siguiendo con la estadística en la comunidad general, esta población muestra enfermedades crónicas avanzadas

como la diabetes, enfermedades cardíacas y respiratorias, estados finales de trastornos hepáticos y deterioro cognitivo. También sobresalen especialmente la migraña y los problemas de espalda (*Williams, 2012*).

Igualmente, la falta de protocolos para la atención de salud geriátrica y para la asistencia en las últimas etapas de la vida, producen un impacto negativo en el día a día de estas reclusas. Destaca el hecho de que, en Australia, el servicio sanitario penitenciario no cuente con ningún fondo especial destinado a financiar las necesidades de salud específicas que muestran las reclusas de mayor edad (*Crissman, 2015*).

Debido a las necesidades específicas de salud que presenta esta población, se calcula que el gasto para la manutención de las presas con un deterioro de salud avanzado, como las mujeres de mayor edad, es tres veces mayor a la de la población penitenciaria joven (*Williams, 2012*). Además, varios estudios han señalado que las penitenciarías no se encuentran adaptadas arquitectónicamente para cumplir las necesidades que requiere este colectivo, y las actividades y trabajos ofertados no se ajustan a las limitaciones físicas que presentan (*Harner, 2013; Harner, 2016; Moschetti, 2015; Williams, 2012*).

Algunos países como Estados Unidos, Australia y Argentina, proporcionan datos sobre las mujeres reclusas con discapacidades o deterioros de salud avanzados. Así, Australia informa de un 20% de discapacidades presentes en las mujeres isleñas encarceladas (*Abbott, 2015*) y en Argentina, un 7% de las presas manifiesta un deterioro progresivo de la visión (*CELS, 2011*). En Estados Unidos, las reclusas presentan problemas del habla/lenguaje (3%), de oído (8%), de visión (12%) y de movilidad (2%) (*Harner, 2013*). En España, llama la atención que la mayor parte de mujeres reclusas se encuentren en la franja de edad de 30-60 años (*Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2016*). Esto, sumado a diversas investigaciones que afirman que la mujer presa es, en materia de salud, 10 años mayor de la que le corresponde (*Crissman, 2015*), plantea una situación compleja con una población penitenciaria femenina bastante envejecida.

3.2. Recursos sanitarios y programas de salud en prisión

Las normas desarrolladas por organismos internacionales y leyes nacionales de cada país (democrático), garantizan el derecho de las reclusas a recibir una atención sanitaria que dé respuesta a las necesidades que éstas presentan, y a la no discriminación en los servicios prestados debido a su género, etnia, religión, nacionalidad o preferencia sexual (*ONU, 2008*).

Sin embargo, estos principios no siempre se ven reflejados en la práctica diaria en las prisiones femeninas. Ya sea por falta de presupuesto o resultado de una mala coordinación de servicios,

el acceso a los servicios de salud al que tienen alcance las presas son considerablemente menores que el observado en la comunidad general (*Crittenden, 2015*). En relación a esto, cabe destacar que en la mayor parte de sistemas penitenciarios del mundo, los ministerios de Justicia/Interior son los encargados de proporcionar y gestionar los servicios sanitarios proporcionados a la población penitenciaria. La excepción a esta norma la conforman Australia, Brasil y algunos países de Europa (Francia, Reino Unido, Italia y algunas zonas de España) (*Maculan, 2013; Abbott, 2015; Barbosa Galvão, 2012; OEDT, 2012*); En España se promulgó una ley en el año 2003 para dar solución a esta situación. *La Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del sistema Nacional de Salud*, dicta que “Los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud. A tal efecto, en el plazo de 18 meses desde la entrada en vigor de esta ley y mediante el correspondiente real decreto, se procederá a la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en el Sistema Nacional de Salud, conforme al sistema de traspasos establecidos por los estatutos de autonomía”. A pesar de esto, actualmente, únicamente está implantada en la zona del País Vasco (desde 2011) y Cataluña (desde 2014) (*Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, 2016*).

En los últimos años y, a consecuencia de la reciente crisis económica mundial, se ha producido un descenso generalizado en los servicios sanitarios ofertados a la población penitenciaria. Las mujeres, debido a su situación de minoría en el sistema penitenciario, se ven afectadas en mayor medida por esta tendencia de restricción a los servicios de salud (*Crittenden, 2015*). Cabe mencionar que el grado de provisión de estas prestaciones sanitarias varía de unas zonas a otras, siguiendo, normalmente, una tendencia paralela al nivel socio-económico que presenta cada país (*Maculan, 2013*).

Estas circunstancias se ven exacerbadas por el hecho de que muchos países contratan los servicios de empresas privadas para proporcionar y gestionar los cuidados sanitarios en las cárceles (*Aranda, 2013; Mignon, 2016*). Esta pérdida del control sobre la asistencia de salud que se suministra a las presas, provoca, en ocasiones, situaciones que incurren en la ilegalidad. En Estados Unidos, se descubrió que la empresa de salud penitenciaria privada más importante del país empleaba personal sin licencia y con historial delictivo (*Mignon, 2016*).

Con respecto a la atención a la drogodependencia, se destaca que los medios que ofrecen en las prisiones constan, de forma exclusiva, de la creación e implantación de programas específicos (*Belknap, 2015; Mignon, 2016; Secretaría general de instituciones penitenciarias, 2016*). De

esta manera, los recursos sanitarios en materia de drogodependencia, se tratarán en la sección dedicada a los programas ofertados en prisión.

3.2.1. Servicios sanitarios disponibles

El protocolo habitual que se sigue en las prisiones consta de una exploración médica al ingreso en prisión, con la opción a realizar un examen de VIH/SIDA. En algunos países, esta revisión inicial incluye una evaluación psicológica (Aranda, 2013; Maculan, 2013; CEJIL, 2007). En Australia, sin embargo, la exploración inicial la realiza un profesional de enfermería o médico generalista, y dependiendo de los problemas que se encuentre, se deriva a alguno de los diferentes tipos de especialidades enfermeras. Tras la valoración de las mismas, las presas pueden ser derivadas nuevamente o no a servicios médicos especializados (Abbott, 2016).

A partir de este punto, es cuando la asistencia en materia de salud se distingue de la proporcionada a la comunidad general. Así, la calificación que las reclusas otorgan a los servicios de salud recibidos, suele ser “mala” o “muy mala” (Paredes i Carbonell, 2000; Todrys, 2011; Harner, 2013; CEJIL, 2007; Freitas, 2016). En Colombia, solo un 42.1% de las reclusas calificó la asistencia sanitaria como buena, y el 46.2% afirmó que su salud había empeorado (Jaramillo, 2007). En Brasil, entre un 44.1% y 63.64% de las reclusas declaró no haber recibido ningún tipo de asistencia sanitaria (Costa Rodrigues, 2016; Barbosa Galvão, 2012). En Argentina, entre el 47.6% y el 57.6% de las presas considera que el cuidado recibido es de mala calidad, y entre el 59.2% - 67.4% estima que su salud ha empeorado debido a la falta de asistencia médica (CEJIL, 2007).

La atención sanitaria recibida por las presas en el plano internacional es insuficiente, ineficaz, de mala calidad y centrada en cuidados de emergencia (CEJIL, 2007; Barbosa Galvão, 2012; OMS, 2009; Todrys, 2011; van den Bergh, 2011). Destaca así la falta de profesionales de salud, de instalaciones y material médico adecuado, de fármacos, y una larga lista de espera para acceder a cuidados especializados (CEJIL, 2007; Defensor del Pueblo Andaluz, 2006; Todrys, 2011; Eliason, 2004). Además, se presenta una falta de servicios de salud mayor en las prisiones localizadas en áreas rurales, debido a la carencia de asistencia médica continuada, éste es el caso de países como China, Canadá o Bolivia (Zhang, 2010; Monster, 2005; CEJIL, 2007).

Personal Sanitario: La falta de personal sanitario es un problema general en las cárceles/módulos de mujeres de todo el mundo, sin embargo, el grado de intensidad con el que afecta a las reclusas difiere de unos países a otros (Defensor del Pueblo Andaluz, 2006; Todrys, 2011; Monster, 2005; Amnistía, 2000; Harner, 2016).

La situación se muestra especialmente crítica en India y Zambia. En Zambia, hay una media de 14 profesionales de salud para 16.666 presos (mujeres y hombres). En estos países, tanto la atención médica general como especializada se lleva a cabo mediante ONGs, aunque ésta es insuficiente; asistencia en el VIH y Tuberculosis en Zambia, y campamentos de tratamiento de problemas bucodentales, vista y oído en India. En India se denuncia, también, el abandono y la despreocupación por las reclusas con lepra (*Todrys, 2011; Kaushik, 2009*). En las cárceles públicas de Brasil, la atención sanitaria es proporcionada por personal voluntario (*Barbosa Galvão, 2012*).

Existe una particular escasez de profesionales de enfermería en Uruguay y Grecia, donde los oficiales de prisión ejecutan las tareas de enfermería (*CEJIL, 2007; Maculan, 2013*). En Polonia, cuyo personal sanitario carece de la formación adecuada, el cuidado de presas con discapacidad se delega en otras reclusas. Esta situación también se da en Estados Unidos (*Maculan, 2013; Harner, 2013*). En Letonia, dos de las 12 cárceles del país no cuentan con ningún médico o médica asignados. En Francia, hay una media de entre 3-5 profesionales de salud para cada 1000 reclusos/as, y en algunas incluso menos (*Maculan, 2013*).

Se señalan dos excepciones: Australia, cuyo ratio de personal sanitario es de 4 profesionales de enfermería y 0.2 profesionales de la medicina por cada 100 reclusas (*Abbott, 2016*) y España, que presenta una media de 3 profesionales por cada 200 reclusos/as (*Secretaría general de Instituciones Penitenciarias 2016*).

Instalaciones y material médico: El estado y carencia de las instalaciones sanitarias, y la disponibilidad de material médico son también denunciados por las presas. De este modo, se expresa una insuficiencia generalizada de espacios e instrumental adecuados para tratar a las mujeres encarceladas (*CEJIL, 2007; Defensor del Pueblo Andaluz, 2006; Maculan, 2013; Todrys, 2011; Kaushik, 2009; Barbosa Galvão, 2012*).

Nuevamente, países menos desarrollados como India y Zambia, presentan las peores condiciones de tratamiento. En India, las enfermerías destinadas a albergar enfermas, son utilizadas como alojamiento particular de las reclusas más privilegiadas económicamente (*Kaushik, 2009*). En Zambia, únicamente 15 de las 86 prisiones del país (de hombres y mujeres) poseen enfermerías equipadas y, en el resto de prisiones/módulos de mujeres, la asistencia sanitaria se proporciona en celdas improvisadas con material sanitario básico (*Todrys, 2011*).

Estados Unidos y Brasil presentan, también, una acusada carencia de instalaciones e instrumental médico disponible para las mujeres presas; sobre todo en los módulos de mujeres dentro de prisiones masculinas (*van den Bergh, 2011; Eliason, 2004; Barbosa Galvão, 2012; Costa Rodrigues, 2016*). Este hecho se repite, igualmente, en las cárceles europeas. En concreto,

se menciona la situación de Portugal, Italia y España (*Freitas, 2016; QCEA, 2007, Defensor del Pueblo Andaluz, 2006*). Así, en Italia, las enfermerías femeninas son utilizadas como celdas de aislamiento (*QCEA, 2007*) y, en España, se describe una falta de instalaciones sanitarias específicas para mujeres en los módulos femeninos (*Defensor del Pueblo Andaluz, 2006; Fair, 2009*).

Fármacos: Las presas presentan un elevado consumo de medicamentos (*CEJIL, 2007; Abbott, 2015; Eliason, 2004; Viitanen, 2013*). A pesar de esto, diversos estudios determinan un desabastecimiento general de medicamentos (*Hewko, 2014; Moschetti, 2015; Monster, 2005; Jaramillo, 2007*) e informan que la medicación que se les administra a las reclusas se basa en analgésicos y pastillas para inducir el sueño, destinados a paliar el dolor, las migrañas y el insomnio (*Viitanen, 2013; de Miguel Calvo, 2014; Monster, 2005; Jokinen, 2011; CELS, 2011*). Esta falta de fármacos provoca, a su vez, una interrupción en los tratamientos de las reclusas, con las consecuencias que eso conlleva (*Jaramillo, 2007; Monster, 2005; Sprague, 2016; Tapia, 2010; Eliason, 2004*). Destaca el caso de Canadá, cuya prohibición de tener fármacos procedentes del exterior o de otras presas, provoca que las mujeres encarceladas deban esperar varios días para tener acceso a analgésicos (*Monster, 2005*). De igual manera, es llamativa la situación de Bolivia y Paraguay, en cuyas cárceles, la mayor parte de los medicamentos de los que se disponen, proceden de donaciones (*CEJIL, 2007*).

También se señala la realidad de las prisiones de Estados Unidos y Australia, en las que el acceso a medicación para el tratar el VIH, Hepatitis C y otros fármacos para tratar las ETS se considera más un privilegio que un derecho, en Estados Unidos incluso ocurre con los medicamentos de tipo anticonceptivo (*Eliason, 2004; Sprague, 2016; Williams, 2012; Hewko, 2014*). Asimismo, en España, se distingue una falta de fármacos paliativos y el uso de medicamentos obsoletos para el tratamiento de la Hepatitis C, únicamente entre un 1% y 3% recibe los últimos tratamientos disponibles (*Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía, 2016*).

Servicios médicos especializados: La asistencia sanitaria especializada se presenta aún más insuficiente, de mala calidad y con una lista de espera excesiva (*Defensor del Pueblo Andaluz, 2006; Maculan, 2013; CEJIL, 2007; Barbosa Galvão, 2012; Abbott, 2016*). Igualmente, las reclusas reclaman la falta de comunicación con las y los profesionales de salud y denuncian que no se les informa de los resultados de sus pruebas médicas (*Defensor del Pueblo Andaluz, 2006; Tapia, 2010*). Los servicios más demandados son los de ginecología, salud mental y odontología (*Harner, 2013; Viitanen, 2013; van den Bergh, 2011; Abbott, 2016; Maculan, 2013; Chen, 2014*).

Los servicios de salud suministrados en prisión que muestran un mayor contraste con aquellos proporcionados a la mujer en la comunidad general, son los ginecológicos. Los cuidados prenatales y puerperales se califican de mala calidad y de no seguir los estándares mínimos requeridos y, las reclusas normalmente deben trasladarse al Hospital más cercano para ser atendidas por la ginecóloga o ginecólogo (*de Miguel Calvo, 2014; McCoy, 2016; Tapia, 2010; van den Bergh, 2011; Jaramillo, 2007; Amnistía Internacional, 2000*). Específicamente, las presas de Zambia, Bolivia y Estados Unidos describen el cuidado prenatal y puerperal en prisión como inexistentes, además, en Estados Unidos tan solo 13 Estados tienen regulado por norma el trasladar a un Hospital a las reclusas embarazadas durante el proceso del parto (*McCoy, 2016; CEJIL, 2007; Todrys, 2011; Tapia, 2010; Eliason, 2004; Crissman, 2015*).

La atención ginecológica recibida es catalogada de insuficiente y centrada en solucionar problemas agudos, careciendo así de cuidados preventivos. En las prisiones femeninas de Brasil y Argentina, apenas se llevan a cabo pruebas para la detección temprana de patologías tales como cáncer de cuello uterino y de mama (*CELS, 2011; Barbosa Galvão, 2012; Penal Reform International y APT, 2013*). La situación no varía aun cuando la atención ginecológica se realiza dentro de la cárcel y, usualmente, el ginecólogo o ginecóloga del Hospital más cercano se traslada de forma periódica a la prisión. Se informa así de una insuficiencia de profesionales ginecológicos (*Diuana, 2016; Barbosa Galvão, 2012; Defensor del Pueblo Andaluz, 2006; Monster, 2005*). En Paraguay, en la mayoría de las prisiones no hay ningún ginecólogo o ginecóloga asignados y en Chile existe una falta de instalaciones ginecológicas adecuadas (*CEJIL, 2007*). En España se denuncia la insuficiencia de ginecólogos incluso en los módulos de madres. En concreto en Andalucía, ningún ginecólogo acude a las prisiones, excepto en Sevilla y Alcalá de Guadaira (*Defensor del Pueblo Andaluz, 2006*).

La atención en materia de salud mental es descrita como insuficiente y altamente medicalizada (*Amnistía Internacional, 2000; Abbott, 2015; Belknap, 2016; Easteal, 2001; McPhail, 2012; Moschetti, 2015; de Miguel Calvo, 2014*). Así, la asistencia psiquiátrica para trastornos en fase aguda se suele proporcionar en módulos especiales en Hospitales especializados, o en prisiones que alojen específicamente a población penitenciaria con estas características (*Kaushik, 2009; Tye, 2016; Grupo sobre salud mental en prisión, 2012; QCEA, 2007; Maculan, 2013*). Sin embargo, en cárceles regulares, la terapia psicológica es escasa y de difícil acceso. De esta manera, las reclusas declaran que existe una importante carencia de psicólogos en prisión (*Paredes i Carbonell, 2000; Defensor del Pueblo Andaluz, 2006; Tye, 2016; Monster, 2005; Crissman, 2015; CEJIL, 2007; Jaramillo, 2007*).

Por ejemplo, en Canadá, hay una falta de enfermeras especialistas en salud mental en las áreas penitenciarias para reclusas con trastornos mentales y también se informa que la mayoría de consultas psiquiátricas se realizan mediante una llamada entre el psiquiatra y el oficial de prisión a cargo (*Monster, 2005*). En Reino Unido, se denuncia la insuficiencia de instalaciones especiales para tratar reclusas con trastornos mentales en fase aguda (*Maculan, 2013*). En España, concretamente en Andalucía, en cuatro centros penitenciarios no acude ningún psiquiatra, y en otros cuatro, sólo pasa revisión, a hombres y mujeres, una vez al mes (*Defensor del Pueblo Andaluz, 2006*).

Los servicios odontológicos, por norma general, se realizan fuera de los límites de la prisión. La necesidad de trasladar a las reclusas, junto con la escasez de dentistas disponibles, deriva en una lista de espera de varios meses para poder recibir tratamiento, teniendo una de las listas de espera más largas (*Easteal, 2001; Defensor del Pueblo Andaluz, 2006; Maculan, 2013; Mignon, 2016; Harner, 2013; Eliason, 2004*). Por ejemplo, en Australia, las mujeres deben cumplir penas de 18 meses mínimos para tener acceso a tratamiento dental (*Crissman, 2015*). En Estados Unidos, la lista de espera llega a los 6 meses (*Eliason, 2004*), y en Portugal, la lista de espera es de 3 meses. Polonia se constata como una de las pocas excepciones, ya que recientes estudios informan que todas las presas habían recibido una media de tres visitas del dentista (*Maculan, 2013*).

Por norma general, estos servicios, junto con las demás especialidades, se encuentran ubicados en Hospitales externos a la zona de la prisión, por lo que las mujeres se ven obligadas a trasladarse al hospital más cercano para poder recibir este tipo de atención médica. De este modo, debido a la larga distancia a recorrer y a una falta generalizada de oficiales de prisión, la lista de espera para recibir asistencia médica especializada se vuelve incluso más extensa (*CEJIL, 2007; Defensor del Pueblo Andaluz, 2006; Kaushik, 2009; Crissman, 2015; Abbott, 2015; Diuana, 2016*).

A esto se le suma que hay poca cantidad de vehículos, que muchos no reúnen las condiciones necesarias para el transporte de personas, y que la mayoría están ubicados en las cárceles masculinas, por lo que las presas dependen de las necesidades que presenten los reclusos hombres (*Kaushik, 2009; Todrys, 2011; CEJIL, 2007; Barbosa Galvão, 2012*). Para dar solución a este problema, en España se está incentivando el uso de la telemedicina para agilizar la asistencia médica especializada a la población penitenciaria (*Secretaría general de instituciones penitenciarias, 2016*).

De esta manera, a causa de la larga lista de espera para recibir tratamiento especializado y a las cortas sentencias que suelen cumplir las mujeres reclusas, muchas mujeres salen de la cárcel

sin ni siquiera haber sido tratadas (Mignon, 2016; Tye, 2006; Sprague, 2016; Crissman, 2015). Este hecho cobra especial importancia cuando la presa padece alguna drogodependencia o trastorno mental. En este aspecto, Reino Unido ha desarrollado una ley que estipula que una persona no sea excarcelada, si al momento de terminar el cumplimiento de su pena, presenta síntomas de trastorno mental en fase aguda (Maculan, 2013).

3.2.2 Programas de salud implantados

En general, y según los textos estudiados, los programas que más se ofertan en las prisiones de todo el mundo están orientados al tratamiento de enfermedades infecciosas (Hepatitis C, VIH y otras ETS) y a la desintoxicación de drogodependencias. En las cárceles de algunos países, se implementan programas para el tratamiento específico de presas con trastornos mentales. Estos programas resultan insuficientes y, sobre todo, inespecíficos y, la mayoría están basados en las necesidades y características de la población masculina (Cervelló, 2006; Belknap, 2015; Easteal, 2001; Monster, 2005; Scott, 2015; Crissman, 2015; Harner, 2016; McPhail, 2012). Pocos centros penitenciarios ofrecen proyectos de educación para la salud para mujeres encarceladas que están embarazadas o para reclusas con algún tipo de discapacidad o enfermedad avanzada (McCoy, 2016; Craig, 2009; Williams, 2012; Secretaría general de instituciones penitenciarias, 2016). Las excepciones las conforman el programa “*Women and Infants at Risk (WIAR)*” implantado en Detroit (EEUU), que proporciona tratamiento preventivo en abuso de sustancias en embarazadas, y atención prenatal y puerperal (McPhail, 2012). También existe el “*Programa para Personas con discapacidad física, sensorial, psíquica o intelectual*”, implantado en España; que se ocupa de la detección, gestión de certificados y traslado de la persona en cuestión a una celda o centro sin limitaciones arquitectónicas (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2016; García, 2012).

Programas Salud Mental: Los programas dirigidos a mejorar la salud mental de las presas, se centran en asistir a las reclusas que ya presenten algún trastorno mental, se señala por tanto la inexistencia general de programas dirigidos a prevenir problemas mentales y mejorar el estado de salud de las presas (McPhail, 2012; Harner, 2016; Crittenden, 2015; Jaramillo, 2007; Cruells y Torrens, 2004; Maculan, 2013). Las excepciones las encontramos en los programas para la prevención del suicidio desarrollados en prisiones femeninas de algunos países (Crittenden, 2015; Sims, 2013; García, 2012). En concreto, en India, se imparte un programa de relajación y meditación, implantado en todas las cárceles femeninas del país, y que está

dirigido a la mejora del estado emocional de las presas y como actividad recreativa y deportiva. Su tasa de asistencia es alta y las presas expresan una gran satisfacción (Kaushik, 2009).

El resto de programas que encontramos son, en su mayoría, protocolos de actuación que se ponen en marcha una vez que se detectan síntomas de trastornos mentales en las presas, careciendo así de un carácter preventivo. Se caracterizan por su falta de adaptación a la situación personal de cada mujer, la ausencia de perspectiva de género en los mismos y la baja oferta de plazas (McPhail, 2012; Smoyer, 2016; Scott, 2015; Cruells y Torrens, 2004; Cervelló, 2006; Crittenden, 2015; Maculan, 2013; Fair, 2009). Así, los programas que se llevan a cabo en Estados Unidos, consisten en una serie de proyectos destinados a tratar los trastornos mentales que presentan las presas y, debido a la descentralización de las competencias penitenciarias en EEUU, cada penitenciaría pone en marcha un tipo de plan diferente al resto (McPhail, 2012; Scott, 2015; Crittenden, 2015). En Reino Unido, se implantó en 2009 el programa “*Assessment care in custody and treatment (ACCT)*”, como respuesta a la elevada tasa de suicidios que presentan las presas; asignándose a la reclusa en cuestión un guardia de prisión específico, realizándose una evaluación de su salud mental, revisándose por primera vez a las 24 horas de implantarse por un asesor, y cerrándose cuando es considerado que ese riesgo ya no existe. Aunque está pensado para prevenir suicidios, la realidad es que este protocolo se implanta una vez que la reclusa haya intentado autolesionarse (Sims, 2013).

En España, existen dos programas para la asistencia de la población penitenciaria con problemas mentales; los programas son comunes para hombres y mujeres. El “*Programa de Terapia asistida con animales (TACA)*”, consiste en la utilización de diversos animales para mejorar el estado emocional de la persona en cuestión. Ha sido implantado en 21 centros penitenciarios desde 2007 en colaboración con la Fundación Affinity (proporciona los animales y los materiales para su cuidado), la Asociación Arcadys y la Fundación Ayuda y Terapia Asistida por Perros Gran Canaria (ATAPGC). También, el “*Programa de Atención integral a enfermos mentales (PAIEM)*”, consta de un plan global de detección, diagnóstico y tratamiento especializado de la población penitenciaria con trastornos mentales, se ha implantado en 2005 en casi la totalidad de centros penitenciarios (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2016).

Programas de enfermedades de transmisión sexual (ETS): Los programas para el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, consisten en la detección de la enfermedad y la administración de medicación. Normalmente, también se realizan charlas sobre educación sexual y contagio de ETS como medida de prevención a toda la población penitenciaria. Sin embargo, diversos estudios los han catalogado de insuficientes e inefectivos

(Cruells y Torrens, 2004; SGIP, 2016; CEJIL, 2007; Todrys, 2011; Monster, 2005; Eliason, 2004; Sprague, 2016; Diuana, 2016). Las charlas sobre educación sexual se consideran altamente infectivas puesto que en Estados Unidos, un 67% de las presas considera bajo el riesgo de contagio de VIH sin necesidad de imponer medidas preventivas (Eliason, 2004), en Colombia, solamente un 47.1% de las reclusas toman medidas para prevenir el contagio de enfermedades sexualmente transmisibles, y en Brasil, esa cifra se encuentra entre un 30%-63%; tan sólo un 35% recibe algún tipo de educación sexual (Costa Rodrigues, 2016; Barbosa Galvão, 2012; Jaramillo, 2007).

Los programas para el tratamiento de la Tuberculosis y el VIH en Zambia son impartidos por diversas ONGs, pero éstos se encuentran disponibles en muy pocas prisiones del país, el tratamiento para la Tuberculosis se encuentra disponible solo en 3 prisiones de las 86 del país, y el del VIH/SIDA en 6 prisiones (Todrys, 2011). En Estados Unidos, el tratamiento para el VIH/SIDA se ofrece en un 10% de las prisiones federales y estatales del país (Eliason, 2004). En España, los programas sobre ETS se basan en charlas sobre educación sexual y vacunaciones de hepatitis (B y C) (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2016; García, 2012). Destacan los programas dirigidos a mujeres con historial de prostitución, implantados en Canadá, Hong Kong y Suecia. Estos programas se ejecutan en las cárceles femeninas de poblaciones que presenten un alto índice de detenciones por prostitución, y se centran en abordar la educación sexual y el pasado de violencia de las reclusas (Zhang, 2010; Monster, 2005; QCEA, 2007).

Programas contra las drogodependencias: La mayor parte de programas que tratan la adicción a drogas y alcohol se basan en programas de desintoxicación/deshabitación, y terapias sustitutivas (metadona, naltrexona...) (Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión, 2012; Maculan, 2013; QCEA, 2007; Crittenden, 2015; SGIP, 2016; García, 2012). En general, se observa una carencia en la provisión de programas de desintoxicación destinados a mujeres (Defensor del Pueblo Andaluz, 2006; McPhail, 2012; Crittenden, 2015; Monster, 2005; Easteal, 2001; Bogart, 2005). Igualmente se destaca el hecho de que la mayor parte de sistemas penitenciarios carecen de protocolos de desintoxicación/deshabitación específicos para mujeres embarazadas (Bogart, 2005; McCoy, 2016).

Así, en Estados Unidos hay programas de deshabitación tabáquica, que consisten en parches de nicotina, aunque estos son limitados y de un precio elevado (187.50\$ por 6 semanas de tratamiento) (Harner, 2013). Destaca el programa “North Carolina Project Reentry Project”, llevado a cabo en prisiones de Carolina del Norte (EEUU) y que proporciona consejo y terapias en problemas de autoestima, prevención de recaída en la drogodependencia, integración

familiar, motivación, tratamientos de salud y terapia cognitivo conductual (*McPhail, 2012*). En Grecia, Suecia y algunas partes de Alemania, no hay programas de sustitución con metadona y naltrexona, y Francia no posee un programa oficial específico para la intervención con drogodependientes en prisión (*QCEA, 2007*).

En los últimos años, se ha desarrollado en Francia, Italia y España, algunos proyectos de reducción de daños, consistentes en intercambio de jeringuillas o distribución de papel de aluminio (*QCEA, 2007; Maculan, 2013; SGIP, 2016*), aunque éstos apenas llegan a mujeres presas; en concreto, las reclusas de la prisión de mujeres de Valencia, denuncian la insuficiencia del programa de intercambio de jeringuillas (*Paredes i Carbonell, 2000*). España también tiene un programa de desintoxicación mediante el uso de metadona, y programas de deshabituación tabáquica y alcohólica; que consisten en campañas de sensibilización y educación sobre las consecuencias del tabaco y alcohol, e intervenciones con un enfoque educativo, psicosocial y conductual (*SGIP, 2016*).

A pesar de que el delito más comúnmente cometido por las mujeres que se encuentran encarceladas son crímenes relacionados con las drogas (*OEDT, 2012; QCEA, 2007; SGIP, 2016; van den Bergh, 2011; García, 2012*), esta población presenta una menor representación en los programas anti-drogas de los sistemas penitenciarios de todo el mundo (*Defensor del Pueblo Andaluz, 2006; McPhail, 2012; Crittenden, 2015; Monster, 2005; Easteal, 2001; Bogart, 2005*). Esto es debido, usualmente, a la falta de la infraestructura y espacio necesario para llevar a cabo estos programas. Esta situación, sumada a las pocas plazas ofertadas, da lugar a que la población carcelaria femenina apenas tenga una escasa oportunidad de participar en estos programas (*Fair, 2009; Defensor del Pueblo Andaluz, 2006*). Por ejemplo, en Estados Unidos, aproximadamente un 37% de las reclusas han participado en algún tipo de tratamiento de desintoxicación desde su encarcelamiento (*Crittenden, 2015*). En España, la mayor parte de los programas de desintoxicación y deshabituación se llevan a cabo mediante “Proyecto Hombre”, no obstante, los responsables de este proyecto indican la imposibilidad de implantar estos programas en las prisiones y módulos femeninos debido a la falta de espacio (*Defensor del Pueblo Andaluz, 2006*).

Además, estos programas son, usualmente, planes diseñados para tratar las adicciones a drogas en población penitenciaria masculinas, y que han sido posteriormente implementados en las mujeres encarceladas (*Cervelló, 2006; Easteal, 2001; Scott, 2015; Crissman, 2015; Harner, 2016*). Estos programas no están centrados en abordar las situaciones específicas que llevan a las mujeres a consumir drogas, una elevada tasa de los mismos fracasan en su implementación en mujeres reclusas (*McCoy, 2016; McPhail, 2012; Crissman, 2015*).

Programas de ayuda contra la violencia de género: A pesar de la alta proporción de mujeres presas que ha sufrido abusos, tanto físicos como sexuales, los programas dirigidos a mujeres víctimas de violencia de género son escasos y de implantación reciente. Estos programas se centran en proporcionar terapia psicológica a las mujeres presas y educarlas en habilidades sociales para evitar una nueva situación de maltrato en el futuro (SGIP, 2016; Jokinen, 2011; Weilandt, 2013; McPhail, 2012; Cruells y Torrens, 2004). Algunos programas proporcionan a la mujer presa una vivienda de acogida tras salir de la cárcel (Cruells y Torrens, 2004; Belknap, 2015).

El primer programa del que se tiene constancia se implantó en Polonia en el año 2005; el programa “*Work Dignified Life of Women – Victims of Domestic Violence*”, se instaura en las prisiones femeninas entre 2005 y 2008. Proporciona terapia para las mujeres víctimas de violencia doméstica y les enseña trabajos vocacionales; su objetivo es aumentar la autoestima de estas mujeres, aumentar las interacciones sociales y relaciones positivas y mejorar el estado emocional y mental de la reclusa. Incluye también terapia para las mujeres condenadas por matar a la persona que le provocaba el abuso. En la cárcel femenina de Cracovia, se instaura en 2009 el programa “*To Prevent Violence*”, cuyo objetivo es aumentar la consciencia de las presas sobre la violencia de género y prevenir la violencia doméstica, proporcionando información a las reclusas sobre las causas y consecuencias de la violencia en las relaciones de pareja/familiares (Weilandt, 2013).

En Finlandia, se desarrolla en 2010 el Programa “*SPREAD Project*”; su objetivo es proporcionar educación y apoyo a las reclusas víctimas de algún tipo de violencia, y empoderarlas para elegir un estilo de vida sin violencia. Constan de sesiones de grupo cerradas de seis mujeres (Jokinen, 2011). Por último, en España, el programa “*Ser Mujer*” se implanta en 2011 con ayuda del Instituto de la Mujer. Es un proyecto dirigido tanto a las víctimas de violencia de género como a las que no lo son. Su objetivo es prevenir y tratar la violencia de género, y consta de sesiones de educación para la salud, programas de habilidades sociales, y habilidades cognitivas y emocionales para aumentar la autoestima y el manejo de emociones y situaciones de peligro en las reclusas. Actualmente, se lleva a cabo en 17 centros penitenciarios con participación de 207 presas (SGIP, 2016).

Se destaca una falta de información relativa a la adaptación de estos proyectos a las necesidades y demandas de la población penitenciaria femenina, puesto que no se han realizado apenas estudios para comprobar la efectividad de dichos programas en mujeres presas (Belknap, 2015; Crissman, 2015). En concreto, en España, se indica una falta de información con respecto a los

programas implantados en los centros penitenciarios; ya que se informa del número de prisiones en los que están instaurados, pero no se especifica en qué centros (SGIP, 2016).

Como punto final, se describen algunos programas que, a diferencia de la mayoría, destacan por su carácter innovador y por presentar perspectiva de género: El programa “*Stay'n Out*”: Se imparte en el Centro penitenciario de Bayview (EEUU). Este programa se focaliza en el pasado de violencia física y sexual sufrida por las reclusas, como eje central de su adicción a las drogas (McPhail, 2012). Por su parte, el programa “*Aboriginal chronic care program*” se encuentra implementado en diversas cárceles femeninas de Australia; y está dirigido a la atención de los problemas de salud que se presentan en mayor proporción e intensidad en las mujeres encarceladas, mayores de 35 años, de origen aborígen o isleño. Actualmente, alrededor del 13% de las presas, se encuentran inmersas en dicho programa (Abbott, 2015). Asimismo, el programa “*Querer es poder*”: Implantado en 2007 en las prisiones de Argentina, destinado a atender las necesidades que presentan las mujeres reclusas mayores de 48 años con sentencias largas (CELS, 2011).

El programa “*VINN - The Motivational Focused Support Groups Programme for Women*” ha sido instaurado en Centros penitenciarios femeninos de Suecia, Dinamarca, Finlandia y Rusia. Su objetivo principal es proporcionar a la reclusa la capacidad de tomar las decisiones adecuadas para mejorar su vida. Constan de grupos de apoyo focal, en los que se tratan temas de autoestima, comunicación, cambios y opciones, abuso de sustancias y otras dependencias, duelo y pérdida, niños, relaciones, sexualidad y violencia (Jokinen, 2011), como vemos, un abanico muy amplio.

El programa “*CARE (Choices, Actions, Relationships and Emotions)*”: Implantado en Reino Unido está destinado a reclusas condenadas por delitos violentos o relacionados con las drogas, y su objetivo, es el manejo de emociones y desarrollo de técnicas de control de emociones. Sus áreas de desarrollo son: abuso de sustancias, violencia auto-infligida o a otros, salud mental y exclusión social (QCEA, 2007).

En el programa de mujeres de “*Venice-Giudecca*” implantado en la prisión de Venice-Giudecca (Italia), se prepara psicológicamente a las madres encarceladas que conviven con sus hijos en la cárcel para el proceso de separación de sus hijos. También se las ayuda a encontrar un espacio adecuado para sus hijos fuera del centro penitenciario (QCEA, 2007).

Finalmente, el programa “*MID*”: Se desarrolla en dos centros penitenciarios femeninos de Cataluña (España). Trabajan la motivación extrínseca e intrínseca, como método para conducir a las reclusas a querer provocar un cambio en su vida y dejar las drogas (Cruells y Torrens, 2004).

3.3. Otras necesidades básicas

Aparte de las características en materia de salud que presentan las reclusas, éstas también muestran una serie de necesidades básicas del día a día, que repercuten, a su vez, en el estado de salud que presentan. Estas necesidades son: alimentación, higiene, de vestimenta y abrigo, ocio, relaciones y confort ambiental.

Alimentación: Recientemente, en consecuencia a la crisis financiera mundial, se ha recortado el gasto que destina cada país para la alimentación de sus presos y presas (*García, 2012; Maculan, 2013*) y, debido a esto, la calidad de las comidas y la cantidad se ha reducido (*Paredes i Carbonell, 2000; Smoyer, 2016; Cruells y Torrens, 2004; Mignon, 2016; Harner, 2013; Freitas, 2016; CEJIL, 2007*). En general, se destaca la inexistencia de dietas específicas para personas con necesidades nutricionales especiales, como las diabéticas, reclusas de mayor edad y embarazadas (*Jaramillo, 2007; CEJIL, 2007; CELS, 2011; Smoyer, 2016; Maculan, 2013; van den Bergh, 2011; Hewko, 2014; Tapia, 2010*). En concreto, en Zambia, a las embarazadas y los hijos de las mujeres reclusas se les suministra la misma comida que al resto de mujeres encarceladas (*Todrys, 2011*) y, en Estados Unidos, las condiciones y la calidad de la comida proporcionada a las presas con ETS son altamente inadecuadas (*Sprague, 2016*).

De acuerdo con esto, hay dos corrientes que describen los alimentos que reciben las presas por parte de las penitenciarías. Por un lado, se encuentra la alimentación proporcionada a las presas de las cárceles y/o módulos femeninos de América Latina, África y Asia. Estos alimentos son calificados de “sosos, escasos, de mal sabor, alto contenido en grasas e hidratos de carbono, no variada y con poco valor nutricional”. El número de raciones y la cantidad de la misma es reducida, por lo que muchas mujeres dependen de la comida que reciben de sus familiares (*CEJIL, 2007; CELS, 2011; Todrys, 2011; Kaushik, 2009; Harner, 2016; Chen, 2013; Penal Reform International y APT, 2013*). Así, en India, las mujeres encarceladas reclaman que no les llegan los productos alimentarios que reciben de sus familiares; sin embargo, las prisiones cuentan con agua potable (*Kaushik, 2009*). En Paraguay, las presas se tienen que hacer cargo ellas mismas de adquirir la comida necesaria para alimentar a sus hijos y, en Argentina, el 49.7% de las reclusas se alimentan de la comida que obtienen de sus allegados (*CEJIL, 2007*). Concretamente, se destaca la situación en las cárceles de Asia y África, pues la escasez de alimentos disponibles dentro de la prisión está produciendo un suministro calórico insuficiente a poblaciones especialmente vulnerables, como las embarazadas, las mujeres de mayor edad y los niños que viven con sus madres en el centro penitenciario (*Todrys, 2011; Kaushik, 2009*). Como ejemplo, en Zambia, tanto los oficiales de prisión como las propias presas informan que

la comida suministrada es insuficiente e inadecuada y el agua está racionada y turbia. Las raciones de los alimentos proporcionados son de alrededor de 1.400 kcal; las calorías que necesita una mujer embarazada son entre 1.900-2.500 kcal (*Todrys, 2011*).

Por otro lado, está la comida que se les suministra a las mujeres encarceladas en países con un mayor nivel económico, como EEUU, Australia y Europa. Las reclusas definen esta alimentación de “sin sabor, con un alto contenido en grasas e hidratos de carbono, insana y de mal aspecto” (*Paredes i Carbonell 2000; Cruells y Torrens, 2004; Harner, 2013; Smoyer, 2016*). Según diferentes investigaciones, las presas en estos países presentan un elevado índice de obesidad; entre un 50%-60% de las mujeres encarceladas en estos países tiene un sobrepeso (*Smoyer, 2016; Drach, 2016; Harner, 2013*). Se especifican, como causas de este problema, la comida hipercalórica que se suministra en las prisiones, el difícil acceso de las presas a alimentos sanos y frescos, y la utilización de la comida como vía de escape a la realidad que viven (*Smoyer, 2016; CELS, 2011; Drach, 2016;*).

La solución de las instituciones penitenciarias ante los problemas de obesidad es disminuir las dosis de alimentos suministrados (*Smoyer, 2016; Maculan, 2013; Easteal, 2001*), lo que empuja a las reclusas a comprar productos del economato de la prisión, que carecen de alimentos sanos pero poseen un intenso sabor (Fideos de Ramen, refrescos con gas, galletas, dulces...) (*Harner, 2013; Harner, 2016; Smoyer, 2016*). De esta forma, se produce un aumento de peso aún mayor en las mujeres encarceladas.

Así, reclusas en EEUU denuncian la retirada del economato de opciones sanas de comida debido a que los presos hombres no los consumían (*Harner, 2013*). Se destaca, también, el uso de métodos insalubres para bajar de peso; tales como el vómito inducido, el uso de laxantes, o el ayuno (*Drach, 2016*). En Australia, las presas reivindican la carencia de comidas culturales para las mujeres aborígenes y de otros países (*Easteal, 2001*).

Las excepciones se encuentran en Australia y algunas prisiones femeninas del norte de Europa. En diversas prisiones de Australia, a las mujeres se les facilita 5\$ australianos al día para que hagan la compra ellas mismas (*Fair, 2009*). En las cárceles estatales de Dinamarca, las presas pueden comprar y cocinar sus propios platos dentro de la prisión, sin embargo, en las cárceles locales la comida de las reclusas es congelada (*Jokinen, 2011*). En España, casi la totalidad de los alimentos que llegan a las prisiones o módulos penitenciarios femeninos son provistos por un servicio de catering (*Aranda, 2013; Defensor del Pueblo Andaluz, 2006*).

Higiene: De acuerdo a las Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas, las Instituciones penitenciarias tienen el deber de proveer a las presas con ropas de abrigo y de cama, productos para el aseo de sus baños y celdas, material para higiene personal (jabón,

champú, pasta de dientes y papel higiénico), y artículos de higiene íntima y específicos de la mujer (compresas y/o tampones) (ONU, 2008; *Penal Reform International* y APT, 2013). Sin embargo, se observa que en un elevado número de prisiones, este principio no se cumple (OMS, 2009; *Penal Reform International*, 2008; van den Bergh, 2011; Jaramillo, 2007).

En cárceles de África, tales como las de Sudán o Zambia, los responsables penitenciarios no suministran ningún tipo de producto de aseo a las reclusas, por lo tanto, estas mujeres dependen de los artículos de higiene personal que les puedan enviar sus familiares desde fuera de prisión o intercambiar trabajo por bienes, práctica muy extendida en África. Sin embargo, ya que casi la totalidad de las presas en estos países proceden de entornos de extrema pobreza y que una abundante cantidad de mujeres son repudiadas y abandonadas por sus familias y parejas al entrar en prisión, gran parte de las reclusas no tienen acceso a productos básicos tales como compresas, jabón o pasta de dientes (Trods, 2011). En India, y a pesar de que va en contra de las normas, las reclusas son obligadas a limpiar los baños sin ningún tipo de producto higiénico (Kaushik, 2009).

Las protestas de las mujeres encarceladas en prisiones de América, Australia y Europa, se centran en la insuficiencia y la baja calidad de los artículos entregados por la prisión, especialmente en el tema de la provisión de productos de higiene femenina (Tapia, 2010; CELS, 2011; Diuana, 2015; van den Bergh, 2011). En algunos países, entre el 40%-70% de las reclusas necesitan del apoyo de sus familiares para la adquisición de estos artículos de aseo personal, ya sea mediante el envío de dinero o de los propios productos (CELS, 2011; Harner, 2016). En Estados Unidos, muchas cárceles no suministran productos de higiene íntima de forma gratuita, por lo que las mujeres tienen que comprar estos útiles en el economato de la prisión (Harner, 2016). En España, las presas reclaman la mala calidad de los productos de aseo que se les proporciona, ya que estos les producen irritaciones y urticarias en la piel (Cruells y Torrens, 2004).

Necesidad de abrigo: La ropa de abrigo y cama les son facilitados a la totalidad de las presas, no obstante, en países de América, África e India, la cantidad y calidad de los mismos se señala como insuficiente (Barbosa Galvão, 2012; Todrys, 2011; Kaushik, 2009). En Zambia e India, se califica la ropa de las presas como inadecuada (Trods, 2011; Kaushik, 2009) y en Paraguay, la prisión no suministra la ropa o pañales que puedan necesitar los hijos/as que viven con sus madres en la cárcel (CEJIL, 2007).

Ocio: El desarrollo de tareas deportivas y que fomenten la imaginación y el trabajo en grupo es esencial para poder disfrutar de una buena salud, tanto física como mental. En las cárceles, donde la falta de libertad ya supone un factor estresante en sí mismo, la necesidad de hacer

ejercicio y distraerse toma una importancia mucho mayor; siendo imprescindible para preservar el buen estado de salud de la reclusa (*Jaramillo, 2007; Paredes i Carbonell, 2000; Mignon, 2016;*)

A pesar de esto, la falta de espacio generalizada que hay en las prisiones femeninas, limita bastante la oferta de actividades. De esta forma, la mayoría de propuestas para el ocio se basan en actividades en el interior de prisión y para grupos grandes, como es ver la televisión, escuchar la radio o ir a la biblioteca a leer (*Jaramillo, 2007; Barbosa Galvão, 2012; Mignon, 2016; Harner, 2013; Crittenden, 2015; Tapia, 2010; Freitas, 2016; CEJIL, 2007; Maculan, 2013*). En algunas cárceles existen zonas de gimnasio, pero debido a la sobrepoblación de presas, éstas tienen que pedir permiso con anterioridad y/o seguir un horario establecido para poder utilizar dichas instalaciones (*Harner, 2013; Aranda, 2013; Monster, 2005; Defensor del Pueblo Andaluz, 2006*). En algunos casos, diversas ONGs desarrollan talleres de juegos y teatros (*CELS, 2011; CEJIL, 2007*).

La disponibilidad de espacios al aire libre varía enormemente de unos sistemas penitenciarios a otros. Así, las prisiones y módulos en Canadá y el norte de Europa se caracterizan por poseer amplios jardines y pistas de deporte (*Fair, 2009*). Por otro lado, en las prisiones femeninas de Sudamérica y países del sur de Europa, las zonas de exterior se restringen a una pista de deporte y una zona techada y, algunas cuentan con huertos (*CEJIL, 2007; Defensor del Pueblo Andaluz, 2006*).

Relaciones: Mantener la comunicación y el contacto con los familiares es de gran importancia para las mujeres dentro de prisión. Diversos estudios han relacionado un mayor contacto y apego con la familia con una mejor adaptación de la vida en prisión (*De Claire, 2015; Chen, 2013; Liu, 2013; Mignon, 2016; Penal Reform International, 2008*). De forma similar, numerosas investigaciones han demostrado que las reclusas que disfrutan de un mayor contacto con sus hijos y familiares, presentan niveles más reducidos de afecciones mentales tales como sensación de angustia, depresión y ansiedad (*De Claire, 2015; Freitas, 2016; Barbosa Galvão, 2012; Monster, 2005; Diuana, 2015; Mignon, 2016*). Ejemplo de esto, es un estudio realizado en prisiones de mujeres de Brasil, en el que se informa que las presas que no mantienen una buena comunicación y una relación estrecha con su familia, tienen un 2.49 más de probabilidad de sufrir depresión (*Constantino, 2016*).

La mayor parte de las leyes, presentan el derecho de las reclusas de recibir al menos una visita a la semana y realizar llamadas ilimitadas a sus seres queridos o abogados. La ley en España habla de un mínimo de 2 visitas a la semana (*Aranda, 2013*), sin embargo, la realidad a la que se enfrentan las reclusas es bastante diferente.

La falta de espacios adecuados para la recepción de visitas (íntimas, familiares o normales), junto con el hacinamiento y la sobrepoblación que caracterizan a las cárceles de todo el mundo, dificultan la recepción de visitas (*CEJIL, 2007; Fair, 2009; Easteal, 2001; Kaushik, 2009; Costa Rodrigues, 2016*). Un alto índice de países prohíben o restringen también las visitas íntimas para las mujeres, en especial en relaciones homosexuales (*Amnistía Internacional, 2000; CEJIL, 2007; Barbosa Galvão, 2012; Penal Reform International, 2013; Penal Reform International y APT, 2013; Costa Rodrigues, 2016*). Además, para poder realizar llamadas a familiares es necesario comprar una tarjeta de saldo telefónico, las cuales son consideradas excesivamente caras (*Mignon, 2016; CELS, 2011; Aranda, 2013; Harner, 2016; Easteal, 2001*).

A esto se le suma que, debido a las escasas penitenciarías femeninas, las mujeres suelen ser encarceladas en prisiones que se encuentran bastante lejos de su hogar, lo que dificulta aún más que las presas reciban visitas. Este hecho es más acusado en países que presentan un territorio más amplio, como es el caso de Estados Unidos, Rusia o China (*Monster, 2005; OMS, 2009; Penal Reform International, 2013; CEJIL, 2007; Tapia, 2010; Mignon, 2016*). Por ejemplo, en Portugal, la mayor parte de mujeres alojadas en alguna de las dos cárceles femeninas del país están a más de 100 kms de su ciudad natal (*Freitas, 2016*). En consecuencia, a las mujeres encarceladas se les proporciona un horario en el que se detalla la hora y días que pueden realizar llamadas telefónicas. En ciertos casos, para recibir visitas tienen que informar previamente a las autoridades de la prisión; este es el caso de las visitas íntimas o familiares (*Cruells y Torrens, 2004; Maculan, 2013; CEJIL, 2007*). Así, según estudios internacionales, las presas se quejan de la insuficiencia de las visitas recibidas (*CEJIL, 2007; CELS, 2011; Costa Rodrigues, 2016; Monster, 2005; Barbosa Galvão, 2012; Jaramillo, 2007*).

Confort ambiental: Independientemente del tipo de cárcel, un rasgo común que caracteriza a todas las prisiones y módulos de prisiones que albergan mujeres, es que son diseñadas para lidiar con las singularidades que presentan los presos hombres y no se adaptan a las necesidades que presentan las mujeres presas. Existe un exceso de cámaras de seguridad, baños y duchas alejados de las habitaciones y la inexistencia de espacios especiales para albergar niños (*Penal Reform International y APT, 2013; van den Bergh, 2011; Fair, 2009; Todrys, 2011; Kaushik, 2009; Monster, 2005; ONU, 2008; CEJIL, 2007*). A esto se le suma que, un amplio ámbito de las cárceles y módulos femeninos no son de nueva construcción. Por norma general, son edificios antiguos contruidos para alojar hombres y que, al ir creciendo la población reclusa femenina, los dedicaron al alojamiento de presas. De este modo, las prisiones de moderna edificación son destinadas a los hombres, mientras que las presas se ven obligadas a residir en

inmuebles viejos y deteriorados (CELS, 2011; Monster, 2005; Fair, 2009; Cervelló, 2006 Aranda, 2013).

La falta de instalaciones adecuadas, junto con la sobrepoblación penitenciaria, genera una situación de hacinamiento e insalubridad graves en gran parte de prisiones femeninas. Así, una gran cantidad de reclusas denuncian la existencia de celdas sin ventilar y saturadas de personas, presas durmiendo en colchones en el suelo, insuficiencia de baños y duchas, falta de higiene en todas las inmediaciones de la prisión (sobre todo cocina y baños), presencia de plagas constantes, falta de intimidad en baños y duchas, y carencia de agua caliente (Trods, 2011; CEJIL, 2007; CELS, 2011; Paredes i Carbonell, 2000; Aranda, 2013; Maculan, 2013; OMS, 2009; Penal Reform International, 2008). Dicha situación se manifiesta, especialmente, en las cárceles y módulos de mujeres de Estados Unidos, Latinoamérica, África y la zona sur de Europa (CELS, 2011; Jaramillo, 2007; Todrys, 2011; Paredes i Carbonell, 2000; Defensor del Pueblo Andaluz, 2006; van den Bergh, 2011; Harner, 2013; Diuana, 2016). Llamam la atención circunstancias como la de la prisión de mujeres de Jujuy (Argentina), en la que 25 mujeres habitaban en un tráiler de camión de 2 metros de ancho por 10 de largos (CELS, 2011). En las prisiones femeninas en Paraguay, las presas no tienen acceso a los baños durante la noche (CEJIL, 2007), hay módulos de mujeres en prisiones de Zambia, en los que llegan a dormir hasta cuatro personas en un mismo colchón (niños incluidos) (Trods, 2011) y, cárceles de mujeres en España como la de Valencia, que dispone de tan solo 12 duchas para 110 presas (Paredes i Carbonell, 2000).

Se menciona, también, el estado en el que se encuentran los espacios destinados a albergar visitas familiares o íntimas. Las presas se quejan de una falta de intimidad en estas inmediaciones y describen estos espacios como sucios, fríos, sin ventilar, con colchones sin ropa de cama y puertas con grandes ventanales sin cortinas (Paredes i Carbonell, 2000; CEJIL, 2007; Diuana, 2016; Rodrigues Costa, 2016; Defensor del Pueblo Andaluz, 2006; de Miguel Calvo, 2014).

Las excepciones a esta práctica general, las encontramos en Canadá, Australia y el norte de Europa. En Canadá, algunas cárceles con menor grado de seguridad se conforman como una estructura de “mini-casas” compartidas. En Australia existe la figura de los Centros Pre-libertad, que se componen de una serie de casas con jardines (Fair, 2009). En las prisiones femeninas de Reino Unido o Suecia, el diseño de las instituciones de mínima y media seguridad se centra en la reproducción de un “centro de ayuda”. Hay jardines, las reclusas pueden usar su propia ropa, realizar y recibir llamadas en cualquier momento y, las celdas suelen ser individuales/dobles y espaciosas (Kaushik, 2009; Fair, 2009).

4. CONCLUSIONES

Tras analizar diferentes estudios, se destaca que, a pesar de las diferencias culturales de cada país y región, todas las mujeres encarceladas presentan un perfil común; la mujer reclusa tiene entre 30 y 45 años, es madre, presenta un pasado de maltrato, es adicta a las drogas, procede de un nivel socio-económico bajo y padece como mínimo una enfermedad de tipo crónico, especialmente trastornos mentales y enfermedades cardiopulmonares. También muestra una tasa de drogodependencias elevada y una gran cantidad de problemas bucodentales, posiblemente relacionados con la propia adicción.

Los trastornos mentales que más sufren las presas son aquellos relacionados con el estado de ánimo; depresión y ansiedad. Sin embargo, en los textos estudiados se encuentran muy pocos datos en forma numérica de estos trastornos; lo que nos inclina a pensar que, en ocasiones, estas afecciones pasan desapercibidas. El alto índice de enfermedades mentales se relaciona, en su mayoría, con el historial de maltrato que presentan. Aun así, pocos artículos tratan esta relación de forma desarrollada. La tasa de suicidios es un aspecto que llama especialmente la atención, puesto que las preas presentan una magnitud mayor de intentos de suicidio que sus homólogos masculinos; al contrario de lo que ocurre en la comunidad general.

Por otra parte, los recursos sanitarios que se ofrecen en prisión son, salvo contadas excepciones, bastante menores a los ofertados en la comunidad general; esta situación es más acusada en países con un sistema sanitario privado. A pesar de ofrecerse el mismo tipo de servicios, en la realidad, estos servicios no llegan a una gran parte de la población penitenciaria femenina. Los motivos que causan esta situación se resumen en una falta generalizada de instalaciones, material y profesionales sanitarios; tanto generalistas como de atención especializada. La razón principal tras esta falta de medios se encuentra en el alojamiento de mujeres reclusas en cárceles masculinas. A las presas se les aloja en módulos completamente aislados de las instalaciones del resto de la prisión, y al mismo tiempo, no tienen espacio suficiente para construir sus propias instalaciones médicas; supeditadas así a las necesidades de los presos hombres. Otro factor que influye, es el hecho de que la sanidad en prisión la organiza el área de justicia, en vez del área de salud. Esta situación provoca una desconexión total con los servicios sanitarios que se ofertan fuera del entorno penitenciario; ya que los cuidados proporcionados en el interior de la prisión dependen del ministerio de Justicia, mientras que los cuidados suministrados fuera de la misma dependen del ministerio de Sanidad, reduciéndose la cantidad de personal sanitario que puede asistir a población reclusa, puesto que se necesita una formación especializada.

Con respecto a los programas que se ofertan a las mujeres encarceladas, éstos se describen como insuficientes, inespecíficos y no preventivos, centrándose en problemas ya existentes. Estos

programas no tienen en cuenta las necesidades especiales que presentan las presas a la hora de desarrollar técnicas de actuación adecuadas, este aspecto se observa especialmente en los tratamientos para drogodependencias. Concretamente, los programas orientados a asistir y prevenir la violencia de género son escasos y de reciente implementación. Se recalca que la información sobre los programas desarrollados en las cárceles es parcial e incompleta, puesto que indican el tipo de programa que se oferta pero no la cantidad de plazas ofrecidas, en qué prisiones se llevan a cabo y la efectividad de estos programas; provocando así un vacío de información que impide conocer la integración de las reclusas en estos proyectos.

Finalmente, las investigaciones que estudian las condiciones de vida de las mujeres en prisión muestran cárceles masificadas, con instalaciones insuficientes, frías, y antihigiénicas, comidas hipercalóricas y escasez de alimentos frescos, y una falta de espacios habilitados para la realización de actividades de ocio al aire libre. Principalmente, se destaca que no son únicamente las prisiones de los países con niveles económicos bajos las que muestran altos niveles de insalubridad; sino que las cárceles de regiones más prósperas, como Estados Unidos, Australia y Europa, también presentan condiciones de vida antihigiénicas tales como plagas, insuficiencia de baños y duchas y falta de ventilación en las celdas; incidiendo negativamente en el estado de salud de las presas. Concretamente, se destaca que la mala calidad de los productos de higiene personal que se les proporciona a las reclusas provoca que les aparezcan irritaciones y reacciones alérgicas varias.

Esta cantidad desproporcionada de enfermedades crónicas, unida a las pobres condiciones de vida en las que conviven en prisión, provoca que el estado de salud de la mujer presa se corresponda con una persona de una edad mayor a la que realmente tienen. Muestran, por tanto, una gran diferencia con la mujer que reside en libertad; las presas padecen las mismas enfermedades que las mujeres en la comunidad general, pero en una proporción mucho mayor. Además, los servicios sanitarios que les son proporcionados son insuficientes y claramente inferiores a los ofertados fuera de la prisión. De tal manera, se concluye que las mujeres encarceladas se encuentran en una situación de desigualdad en materia de salud y que esta situación se repite en todos los sistemas penitenciarios del mundo.

Se desarrollan, también, propuestas alternativas para mejorar la asistencia sanitaria que se les suministra, actualmente, a las mujeres encarceladas en todo el mundo. De esta forma, un aspecto que ayudaría a agilizar y mejorar la atención sanitaria, sería instaurar la figura de la enfermera especialista en las prisiones. Siguiendo el modelo desarrollado en Australia, un profesional de medicina y/o enfermería generalista, se encargaría de realizar un reconocimiento inicial a la reclusa en el momento de su ingreso en la cárcel; según los aspectos encontrados en esta

evaluación, se derivaría a la presa en cuestión a una enfermera especialista (de salud mental, drogodependencias, ginecología...). Ésta valoraría nuevamente a la mujer y elegiría derivarla o no, a los profesionales médicos especialistas. De esta forma, la atención sanitaria prestada se agilizaría, para así tratar con una mayor eficiencia y especificidad a la población penitenciaria. De igual forma, contribuiría a descongestionar las listas de espera de atención especializada, y conformaría un nexo de unión entre la atención hospitalaria y la asistencia prestada dentro de la prisión.

Limitaciones del estudio

En la búsqueda bibliográfica se encontraron pocos artículos que redactasen la prevalencia, con datos, de las enfermedades físicas que presentan las presas. De la misma manera se encontró escasa información relativa a ciertas enfermedades de transmisión sexual como sífilis, gonorrea, herpes y virus del papiloma humano. Asimismo, solo se hallaron cinco artículos referidos a la población penitenciaria femenina de países de África y Asia. Esta falta de estudios puede ser debida a la limitación impuesta por el idioma (inglés y español). Se destaca que, a pesar de las numerosas noticias publicadas en los medios que hablan sobre las condiciones en las que conviven las mujeres en prisiones de África, Oriente próximo y Oriente medio, los textos científicos referidos a este tema fueron limitados. Por último, se subraya la poca cantidad de artículos e informes de organismos oficiales que estudien la situación de la mujer en prisión de forma individual y con perspectiva de género.

5. BIBLIOGRAFÍA

ABBOTT, Penelope; MAGIN, Parker; HU, Wendy. Healthcare delivery for women in prison – a medical record review. *Australian Journal of Primary Health* [en línea], 2016, 22 (6). 523-529 [fecha de consulta 12/01/2017]. ISSN 14487527. Disponible en: <https://0-search.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/1851043465?accountid=14555>

AMNISTÍA INTERNACIONAL. *Sobrevivir a la muerte: tortura de mujeres por policías y fuerzas armadas en México*. Londres: Amnesty International, 2016 [fecha de acceso 4/12/2016]. Disponible en: <https://www.amnesty.org/es/documents/amr41/4237/2016/es/>

AMNISTÍA INTERNACIONAL. *Women in Prison: A Fact Sheet*. Amnesty International, 2000 [fecha de acceso 4/12/2016]. Disponible en: https://www.prisonpolicy.org/scans/women_prison.pdf

ANDERSON, Tammy L; ROSAY, Andre B; SAUM, Christine. The impact of drug use and crime involvement on health problems among female drug offenders. *The Prison Journal* [en

línea], 2002, **82** (1). 50-68 [fecha de consulta 12/01/2017]. ISSN 1552-7522. Disponible en: <http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/003288550208200104>

ARANDA OCAÑA, Mónica. *Prison conditions in Spain*. Roma: Antigone Edizioni, 2013 [fecha de acceso 5/12/2016]. Disponible en:

<http://www.prisonobservatory.org/upload/PrisonconditionsinSpain.pdf>

ARROYO-COBO, J.M. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* [en línea], 2011, **13** (3). 100-111 [fecha de consulta 12/01/2017]. ISSN 2013-6463. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/13/21>

ASOCIACIÓN PRO DERECHOS HUMANOS DE ANDALUCÍA. *Sanidad en prisión: La salud robada entre cuatro muros*. Sevilla: Asociación Pro Derechos Humanos de andalucía (APDHA), 2016 [fecha de acceso 4/12/2016]. Disponible en:

<http://www.apdha.org/media/informe-sanidad-en-prision-web.pdf>

BARBOSA GALVÃO, Mayana Camila; BARBOSA DAVIM, Rejane Marie. Woman's health in the context of the prison system. *Revista de Enfermagem UFPE on line* [en línea], 2012, **6** (10). 2574-2581 [fecha de consulta 12/01/2017]. ISSN 1981-8963. Disponible en:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2566/pdf_1515

BELKNAP, Joanne; LYNCH, Shannon; DEHART, Dana. Jail Staff Members' Views on Jailed Women's Mental Health, Trauma, Offending, Rehabilitation, and Reentry. *The Prison Journal* [en línea], 2015, **96** (1). 79-101 [fecha de consulta 13/01/2017]. ISSN 1552-7522.

Disponible en: [http://0-](http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0032885515605485)

[journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0032885515605485](http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0032885515605485)

BLACKBURN, Ashley G; MULLINGS, Janet L; MARQUART, James W. Sexual Assault in Prison and Beyond: Toward an Understanding of Lifetime Sexual Assault Among Incarcerated Women. *The Prison Journal* [en línea], 2008, **88** (3). 351-377 [fecha de consulta 13/01/2017]. ISSN 1552-7522. Disponible en: [http://0-](http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0032885508322443)

[journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0032885508322443](http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0032885508322443)

BOGART, John G. [et al.] Criminally involved drug-using mothers: the need for system change. *The Prison Journal* [en línea], 2005, **85** (1). 65-82 [fecha de consulta 12/01/2017]. ISSN 1552-7522. Disponible en: [http://0-](http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0032885504274291)

[journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0032885504274291](http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0032885504274291)

CENTRO POR LA JUSTICIA Y EL DERECHO INTERNACIONAL (CEJIL) [Et al]. *Mujeres privadas de libertad, informe regional: argentina, bolivia, chile, paraguay, uruguay*. Argentina: Folio Uno S.A, 2007 [fecha de acceso 4/12/2016]. Disponible en:

https://www.cejil.org/sites/default/files/legacy_files/mujeres_privadas_de_libertad_informe_regional_0.pdf

CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS) [Et al]. *Mujeres en prisión: los alcances del castigo*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2011. [fecha de acceso 4/12/2016]. Disponible en:

<http://www.cels.org.ar/common/documentos/MujeresEnPrision.pdf>

CERVELLÓ DONDERIS, Vicenta. Las prisiones de mujeres desde una perspectiva de género. *Revista General de Derecho Penal* [en línea], 2006, **5**. 129-150 [fecha de consulta 15/01/2017]. ISSN 1698-1189. Disponible en:

<http://www.cienciaspenales.net/files/2016/07/12mujeresenprision11.vicentacervello.pdf>

CHEN, Yu-shu; LAI, Yung-Lien; LIN, Chien-Yang. The Impact of Prison Adjustment Among Women Offenders: A Taiwanese Perspective. *The Prison Journal* [en línea], 2013, **94** (1). 7-29 [fecha de consulta 15/01/2017]. ISSN 1552-7522. Disponible en: <http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0032885513512083>

CHIMPHAMBANO, C; KOMOLAFE, O.; MUULA, Adamson S. HIV prevalence among prison inmates in a central prison in southern Malawi, 2005. *Tropical Doctor* [en línea], 2007, **37** (4). 226-228 [fecha de consulta 13/01/2017]. ISSN 00494755. Disponible en:

<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1258/004947507782333189?journalCode=tdoa>

CONSTANTINO, Patricia; GONÇALVES DE ASSIS, Simone; WERNERSBACH PINTO, Liana. The impact of prisons on the mental health of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva* [en línea], 2016, **21** (7). 2089-2099 [fecha de consulta 12/01/2017]. ISSN 1413-8123. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/en_1413-8123-csc-21-07-2089.pdf

COSTA RODRIGUES, Lúcia Helena [et al.] Género en el marco de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres privadas de libertad. *Enfermería Global* [en línea], 2016, **15** (3). 138-150 [fecha de consulta 12/01/2017]. ISSN 1695-6141. Disponible en: <https://0-search.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/1809589948?accountid=14555>

CRISSMAN, Belinda [et al.] Women's Health in Queensland Prisons: An Analysis of Stakeholder Perspectives. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* [en línea], 2016, **61** (5). 582-603 [fecha de consulta 12/01/2017]. ISSN 1552-6933. Disponible en: <http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0306624X15598960>

CRITTENDEN, Courtney A; KOONS-WITT, Barbara A. Gender and Programming: A Comparison of Program Availability and Participation in U.S. Prisons. *International Journal*

of *Offender Therapy and Comparative Criminology* [en línea], 2015, 1-34 [fecha de consulta 14/01/2017]. ISSN 1552-6933. Disponible en: <http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0306624X15601432>

CRUELLS, Marta; TORRENS, Miriam. Mujeres, integración y prisión, Un análisis de los procesos de integración sociolaboral de las Mujeres presas en Europa: Informe Nacional España [en línea] 2004 [fecha de consulta 12/01/2017]. Disponible en: <http://centreantigona.uab.cat/docs/articulos/Dones,%20integraci%C3%B3i%20pres%C3%B3.%20Un%20an%C3%A0lisi%20dels%20processos%20d%27integraci%C3%B3%20sociolaboral%20de%20les%20dones%20preses%20a%20Europa.%20SURT,%202004.pdf>

DE CLAIRE, Karen; DIXON, Louise. The Effects of Prison Visits From Family Members on Prisoners' Well-Being, Prison Rule Breaking, and Recidivism: A Review of Research Since 1991. *Trauma, Violence & Abuse* [en línea], 2016, **18** (2). 185-199 [fecha de consulta 12/01/2017]. ISSN 1552-8324. Disponible en: <http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/1524838015603209>

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ. *Mujeres privadas de libertad en centros penitenciarios de Andalucía: Informe especial al Parlamento*. Andalucía: 2006 [fecha de acceso 4/12/2016]. Disponible en:

http://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/mujeres_presas_0.pdf

DE MIGUEL CALVO, Estibaliz. Encarcelamiento de mujeres. El castigo penitenciario de la exclusión social y la desigualdad de género. *Zerbitzuan* [en línea], 2014, **56**. 75-86 [fecha de consulta 12/01/2017]. ISSN 1134-7147. Disponible en:

http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Encarcelamiento_mujeres_castigo_peniten_ciaro_genero.pdf

DE MIGUEL CALVO, Estibaliz. El encierro carcelario, Impacto en las emociones y cuerpos de las mujeres presas. *Cuadernos de trabajo social* [en línea], 2014, **27**. 395-404 [fecha de consulta 12/01/2017]. ISSN 0214-0314. Disponible en:

<http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/viewFile/43821/44556>

DIUANA, Vilma [et al.] Women's reproductive rights in the penitentiary system: tensions and challenges in the transformation of reality. *Ciência & Saúde Coletiva* [en línea], 2016, **21** (7). 2041-2050 [fecha de consulta 15/01/2017]. ISSN 14138123. Disponible en: <https://0-search.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/1822355119?accountid=14555>

DRACH, Linda L [et al.] Substance Use, Disordered Eating, and Weight Gain: Describing the Prevention and Treatment Needs of Incarcerated Women. *Journal of Correctional Health Care* [en línea], 2016, **22** (2). 139-145 [fecha de consulta 12/01/2017]. ISSN 1940-5200.

Disponible en: [http://0-](http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/1078345816634692)

[journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/1078345816634692](http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/1078345816634692)

EASTEAL, Patricia. Women in australian prisons: the cycle of abuse and dysfunctional environments. *The Prison Journal* [en línea 14/01/2017], 2001, **81** (1). 87-112 [fecha de consulta]. ISSN 1552-7522. Disponible en: [http://0-](http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0032885501081001007)

[journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0032885501081001007](http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0032885501081001007)

ELIASON, Michele J; TAYLOR, Janette Y; WILLIAMS, Rachel. Physical Health of Women in Prison: Relationship to Oppression. *Journal of Correctional Health Care* [en línea], 2004, **10** (2). 175-203 [fecha de consulta 12/01/2017]. ISSN 1940-5200. Disponible en: [http://0-](http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/107834580301000204)

[journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/107834580301000204](http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/107834580301000204)

FAIR, Helen. International review of women's prisons. *Prison Service Journal* [en línea], 2009, **184** [fecha de consulta 12/01/2017]. Disponible en:

[http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/100047ceinternational_r
eview_of_womens_prisons.pdf](http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/100047ceinternational_review_of_womens_prisons.pdf)

FREITAS, Ana Maísa; INÁCIO, Ana Risca; SAAVEDRA, Luísa. Motherhood in Prison: Reconciling the Irreconcilable. *The Prison Journal* [en línea], 2016, **96** (3). 415-436 [fecha de consulta 13/01/2017]. ISSN 1552-7522. Disponible en: [http://0-](http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0032885516635129)

[journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0032885516635129](http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0032885516635129)

GARCÍA ESPAÑA, Elisa; BECERRA MUÑOZ, José; AGUILAR CONDE, Araceli. *Realidad y política penitenciarias, Informe ODA 2010-11*. Málaga: Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología, 2012 [fecha de acceso 12/01/2017]. Disponible en:

<http://www.oda.uma.es/informes/Informe-ODA-2011.pdf>

GRUPO DE TRABAJO SOBRE SALUD MENTAL EN PRISIÓN (GSMP). *Guía: Atención y Tratamientos en prisión por el uso de drogas*. OMEditorial, 2012 [fecha de consulta 12/01/2017]. Disponible en: <http://corporativo.congresosesp.es/sesp>

HARNER, Holly M; RILEY, Suzanne. Factors Contributing to Poor Physical Health in Incarcerated Women. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* [en línea], 2013, **24** (2). 788-801 [fecha de consulta 12/01/2017]. ISSN 10492089. Disponible en: [https://0-](https://0-search.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/1373219052?accountid=14555)

[search.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/1373219052?accountid=14555](https://0-search.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/1373219052?accountid=14555)

HARNER, Holly M; WYANT, Brian R; DA SILVA, Fernanda. "Prison Ain't Free Like Everyone Thinks" Financial Stressors Faced by Incarcerated Women. *Qualitative Health Research* [en línea], 2016, **27** (5). 688-699 [fecha de consulta 14/01/2017]. ISSN 1552-7557.

Disponible en: [http://0-](http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/1049732316664460)

[journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/1049732316664460](http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/1049732316664460)

HEWKO, Lillian. Reproductive (In) justice: Women & Mothers In Prison. *The Women's Health Activist* [en línea], 2014, **39** (3). 1,3-4,10 [fecha de consulta 13/01/2017]. ISSN 15478823. Disponible en: <https://0-search.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/1534301402?accountid=14555>

INSTITUTE FOR CRIMINAL POLICY RESEARCH. World Prison Brief data [en línea] [fecha de acceso 5/12/2016]. Disponible en: <http://www.prisonstudies.org/>

JARAMILLO ÁNGEL, Claudia Patricia; BENJUMEA RINCÓN, María Victoria. Diagnóstico situacional de las internas del reclusorio de mujeres de Manizales. *Hacia la Promoción de la Salud* [en línea], 2007, **12**. 109-123 [fecha de consulta 12/01/2017]. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_9.pdf

JOKINEN, Anniina. Female prisoners in Finland and Scandinavia – A Literature Review [en línea] 2011 [fecha de consulta 15/01/2017]. Disponible en: http://philipus.de/daphne-strong.eu/DOCS/final_material/literature_review_Finland.pdf

KAUSHIK, Anupma; SHARMA, Kavita. Human Rights of Women Prisoners in India: A Case Study of Jaipur Central Prison for Women. *Indian Journal of Gender Studies* [en línea], 2009, **16** (2). 253-271 [fecha de consulta 12/01/2017]. ISSN 0973-0672. Disponible en: <http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/097152150901600205>

KELLY, Patricia J [et al.] Profile of women in a County Jail. *Journal of psychosocial nursing and mental health services* [en línea], 2010, **48** (4). 38-45 [fecha de consulta 12/01/2017]. ISSN 0279-3695. Disponible en: <https://0-search.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/862271618?accountid=14555>

LIU, Liu; WING HONG, Chui. Social Support and Chinese Female Offenders' Prison Adjustment. *The Prison Journal* [en línea], 2013, **94** (1). 30-51 [fecha de consulta 13/01/2017]. ISSN 1552-7522. Disponible en: <http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0032885513512084>

MACULAN, Alessandro; RONCO, Daniela; VIANELLO, Francesca. *Prison in Europe: overview and trends*. Roma: Antigone Edizioni, 2013 [fecha de acceso 5/12/2016]. Disponible en: <http://www.prisonobservatory.org/upload/PrisoninEuropeOverviewandtrends.pdf>

MCCOY GRUBB, Leah; DEL CARMEN, Rolando V. An Analysis of Court Decisions, Statutes, and Administrative Regulations Related to Pregnant Inmates. *The Prison Journal* [en línea], 2016, **96** (3). 355-391 [fecha de consulta 13/01/2017]. ISSN 1552-7522. Disponible en: <http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0032885516635088>

MCPHAIL, Megan E; FALVO, Donna R; BURKER, Eileen J. Psychiatric Disorders in Incarcerated Women: Treatment and Rehabilitation Needs for Successful Community

Reentry. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* [en línea], 2012, **43** (1). 19-26 [fecha de consulta 14/01/2017]. ISSN 0047-2220. Disponible en:

<https://www.questia.com/library/journal/1P3-2625093981/psychiatric-disorders-in-incarcerated-women-treatment>

MIGNON, Sylvia. Health issues of incarcerated women in the United States. *Ciência & Saúde Coletiva* [en línea], 2016, **21** (7). 2051-2059 [fecha de consulta 14/01/2017]. ISSN 1413- 8123. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2051.pdf>

MONSTER, Miranda; MICUCCI, Anthony. Meeting rehabilitative needs at a canadian women's correctional centre. *The Prison Journal* [en línea], 2005, **85** (2). 168-185 [fecha de consulta 13/01/2017]. ISSN 1552-7522. Disponible en: <http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0032885505276972>

MOSCHETTI, Karine [et al.] Disease profiles of detainees in the Canton of Vaud in Switzerland: gender and age differences in substance abuse, mental health and chronic health conditions. *BMC Public Health* [en línea], 2015, **15** (872). [Fecha de consulta 13/01/2017]. ISSN 1471-2458. Disponible en:

<http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2211-6>

OBSERVATORIO EUROPEO DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANÍAS. *Prisons and drugs in Europe: The problem and responses*. Luxembourg: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2012 [fecha de consulta 14/01/2017]. Disponible en:

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/747/TDSI12002ENC_399981.pdf

OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (ONU). *Manual para Operadores de Establecimientos Penitenciarios y Gestores de Políticas para Mujeres encarceladas*. Nueva York: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2008 [fecha de consulta 4/12/2016]. Disponible en:

https://www.unodc.org/documents/ropan/Manuales/Manual_mujeres_encarceladas.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Preventing suicide: A global imperative*. Luxemburgo: World Health Organization, 2014 [Fecha de acceso 29/05/2017]. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD EN EUROPA (OMS); OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA DROGA Y EL DELITO. *Women's health in prison: Correcting gender inequity in prison health*. Copenhagen: World Health Organization, 2009

[fecha de acceso 5/12/2016]. Disponible en:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/76513/E92347.pdf?ua=1

PAREDES I CARBONELL, Joan J; COLOMER REVUELTA, Concha. Una audición en prisión: necesidades de salud percibidas por mujeres privadas de libertad. *Atención Primaria* [en línea], 2000, **25** (8). 536-541 [fecha de consulta 12/01/2017]. ISSN Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-una-audicion-prision-necesidades-salud-S0212656700785635>

PENAL REFORM INTERNATIONAL; ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA TORTURA (APT). *Mujeres privadas de libertad: una guía para el monitoreo con perspectiva de género*. Londres: Reforma Penal Internacional, 2013 [fecha de consulta

12/01/2017]. Disponible en: http://www.apr.ch/content/files_res/women-in-detention-es.pdf

PENAL REFORM INTERNATIONAL; UKAID. *Discrimination against women in criminal justice systems*. Londres: Penal Reform International, 2013 [fecha de consulta 4/12/2016].

Disponible en: <https://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/05/IPU-briefing-Discrimination-against-women-English-145KB-0.pdf>

PENAL REFORM INTERNATIONAL. Women in prison: incarcerated in a man's world. *Penal Reform Briefing* [en línea], 2008, **3**. 1-11 [fecha de acceso 4/12/2016]. ISSN 1993-

0534. Disponible en: <https://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/06/brf-03-2008-women-in-prison-en.pdf>

QUAKER COUNCIL FOR EUROPEAN AFFAIRS (QCEA). *Country Report: Italy*. 2007 [fecha de consulta 12/01/2017]. Disponible en: <http://www.qcea.org/wp-content/uploads/2011/04/rprt-wip2-italy-en-feb-2007.pdf>

QUAKER COUNCIL FOR EUROPEAN AFFAIRS (QCEA). *Women in prison: A Review of the Conditions in Member States of the Council of Europe*. Bruselas: Quaker Council for European Affairs, 2007 [fecha de acceso 12/01/2017]. Disponible en:

<http://www.qcea.org/wp-content/uploads/2011/04/rprt-wip1-main-en-feb-2007.pdf>

SCOTT, Christy K [et al.] Trauma and Morbidities Among Female Detainees in a Large Urban Jail. *The Prison Journal* [en línea], 2015, **96** (1). 102-125 [fecha de consulta 13/01/2017]. ISSN 1552-7522. Disponible en: <http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0032885515605490>

SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS (SGIP). *El sistema penitenciario español*. Madrid: Ministerio del Interior - Secretaría General Técnica, 2014 [fecha de consulta 05/12/2016]. Disponible en:

http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Sistema_Penitenciario_2014_Web_Vin_2.pdf

SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS (SGIP). Estadística Penitenciaria [en línea] [fecha de acceso 5/12/2016]. Disponible en:

<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos/estadisticas.html>

SECRETARIA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS (SGIP). *Informe general 2015*. Madrid: Ministerio del Interior - Secretaría General Técnica, 2016 [fecha de acceso 12/01/2017]. Disponible en:

http://www.interior.gob.es/documents/642317/1202140/Informe_General_IIPP_2015_12615039X.pdf/3cc18099-8de3-4742-a6bf-991dcc114097

SIMS, Joyce. Is mental health care in women's prisons adequate? *Nursing Times* [en línea], 2013, **109** (46). 12-15 [fecha de consulta 13/01/2017]. ISSN 09547762. Disponible en:

<https://0-search.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/1464953753?accountid=14555>

SMOYER, Amy B; LOPES, Giza. Hungry on the inside: Prison food as concrete and symbolic punishment in a women's prison. *Punishment & Society* [en línea], 2016, **19** (2). 240-255 [fecha de consulta 12/01/2017]. ISSN 1741-3095. Disponible en: [http://0-](http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/1462474516665605)

[journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/1462474516665605](http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/1462474516665605)

SPRAGUE, Courtenay [et al.] The HIV Prison Paradox: Agency and HIV-Positive Women's Experiences in Jail and Prison in Alabama. *Qualitative Health Research* [en línea], 2016. 1-18 [fecha de consulta 13/01/2017]. ISSN 1552-7557. Disponible en: [http://0-](http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/1049732316672640)

[journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/1049732316672640](http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/1049732316672640)

TODRYS, Katherine W; AMON, Joseph J. Health and human rights of women imprisoned in Zambia. *BMC International Health and Human Rights* [en línea], 2011, **11** (8) [Fecha de consulta 12/01/2017]. ISSN 1472-698X. Disponible en:

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-698x-11-8.pdf>

TOWNHEAD, LAUREL. *Mujeres en la cárcel e hijos de madres encarceladas: Desarrollos recientes en el sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas*. Ginebra: Quaker United Nations Office, 2006 [fecha de consulta 14/01/2017]. Disponible en:

<http://www.agapepenitenciaria.org/wp-content/uploads/mujeres-en-la-carcel-e-hijos.pdf>

TYE, Christine S; MULLEN, Paul E. Mental disorders in female prisoners. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* [en línea], 2006, **40** (3). 266-271 [fecha de consulta 14/01/2017]. ISSN 1440-1614. Disponible en: [http://0-](http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1080/j.1440-1614.2006.01784.x)

[journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1080/j.1440-1614.2006.01784.x](http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1080/j.1440-1614.2006.01784.x)

VAN DEN BERGH, Brenda J [et al.] Imprisonment and women's health: concerns about gender sensitivity, human rights and public health. *Bulletin World Health Organ* [en línea], 2011, **89** (9). 689- 694 [fecha de consulta 13/01/2017]. ISSN 0042-9686. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/9/10-082842.pdf?ua=1>

VIITANEN, Päivi [et al.] Finnish female prisoners – heavy consumers of health services. *Scandinavian Journal of Public Health* [en línea], 2013, **41** (5). 479-485 [fecha de consulta 15/01/2017]. ISSN 1651-1905. Disponible en: <http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/1403494813479215>

WEILANDT, Caren. STRONG, Capacity building of female prisoners with a history of violence and abuse: Resource Material [en línea] 2013 [fecha de consulta 12/01/2017]. Disponible en: http://philipus.de/daphne-strong.eu/DOCS/final_material/resource_material_UK.pdf

WILLIAMS, Brie A [et al.] Aging in correctional custody: setting a policy agenda for older prisoner health care. *American Journal of Public Health* [en línea], 2012, **102** (8). 1475- 1481 [fecha de consulta 14/01/2017]. ISSN 0090-0036. Disponible en: <http://0-ajph.aphapublications.org.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.2105/AJPH.2012.300704>

ZHANG, Jie [et al.] Prison Inmates' Suicidal Ideation in China: A Study of Gender Differences and Their Impact. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* [en línea], 2010, **54** (6). 959-983 [fecha de consulta 15/01/2017]. ISSN 1552-6933. Disponible en: <http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/pdf/10.1177/0306624X09348200>

ANEXOS

Anexo I

BASE DE DATOS	RESULTADOS		REVISADOS	SELECCIONADOS
	PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL	PALABRAS CLAVE EN INGLÉS		
CUIDEN	41	5	46	3
GLOBAL HEALTH	0	177	50	5
MEDLINE	0	266	55	4

NURSING AND ALLIED DATABASE	1	52	53	5
SAGE JOURNALS	1	127	60	24
GOOGLE SCHOLAR	12.000	172.000	40	14
TOTAL	12.043	172.627	304	55

Anexo II

TITULO DEL ARTICULO	AÑO	AUTOR	BASE DE DATOS	TIPO DE ESTUDIO	INSTRUMENTOS UTILIZADOS	PERSPECTIVA DE GÉNERO
Health care delivery for women in prison- A medical record review	2016	Abbott, Penelope; Magin, Parker J; Hu, Wendy	Nursing and Allied Health Database	mixto	Revisión de Historiales médicos	No
Sobrevivir a la muerte: tortura de mujeres por policías y fuerzas armadas en México	2016	Amnistía Internacional	Página web de Amnistía Internacional	mixto	Entrevistas	Sí
Sanidad en prisión: la salud robada entre cuatro muros	2016	Asociación pro derechos humanos de Andalucía	Google Scholar	mixto	Revisión	No
The impact of prisons on the mental health of	2016	Constantino, Patricia; Conçalves de Assis, Simone;	Global Health	Mixto	Encuestas	Sí

prisoners in the state of Rio de Janeiro		Wernersbach Pinto, Liana				
Género en el marco de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres privadas de libertad	2016	Costa Rodrigues, Lucia Helena et al.	Nursing and allied Health Database	mixto	Cuestionarios y grupo focal	sí
Women's health in Queensland prisons: An analysis of stakeholders perspective	2016	Crissman, Belinda Et al.	Sage Journals	cualitativo	Entrevistas telefónicas	No
The effects of prison visits from family members on prisoners well being, prison rule breaking and recidivism: a review of research since 1991	2016	de Claire, Karen; Dixon, Louise	Sage Journals	cualitativo	Revisión bibliográfica	Sí
Women's reproductive rights in the penitentiary system: tensions and challenges in the transformation of reality	2016	Diuana, Vilma Et al.	Nursing and allied health database	cualitativo	Revisión bibliográfica, entrevistas, grupo focal	Sí

Substance use, disorder eating and weight gaining: describing the prevention and treatment needs of incarcerated women	2016	Drach, Linda Et al.	Sage Journals	cualitativo	Encuesta auto-administrada	sí
Motherhood in prison: reconciling the irreconcilable	2016	Freitas, Ana Maísa; Inácio, Ana Risca; Saavedra, Luisa	Sage Journals	cualitativo	entrevistas	sí
“Prison ain’t free like everybody thinks”: Financial stressors faced by Incarcerated women	2016	Harner, Holy M; Wyant, Brian R; da Silva, Fernanda	Sage Journals	cualitativo	Revisión bibliográfica y entrevistas	Sí
An analysis of court decisions, statutes and administrative regulations related to pregnant inmates	2016	Mccoy Grubb, Leah; del Carmen, Rolando V	Sage Journals	cualitativo	Revisión bibliográfica	sí
Health issues of incarcerated women in the United States	2016	Mignon, Silvia	Global Health	mixto	Revisión bibliográfica	sí
	2016	Secretaría general de	Página web de secretaría	Mixto	encuestas	No

Informe General 2015		instituciones penitenciarias	general de instituciones penitenciarias			
Hungry on the inside: prison food as concrete and symbolic punishment in a women's prison	2016	Smoyer, Amy B; Lopes, Giza	Sage Journals	cualitativo	entrevistas	sí
The HIV prison paradox: Agency and HIV-positive women's experiences in Jails and Prisons in Alabama	2016	Sprague, Courtenay Et al.	Sage journals	mixto	entrevistas	sí
Jail's staff members views on jailed women's mental health, trauma, offending, rehabilitation and reentry	2015	Belknap, Joanne; Lynch, Shannon; Dehart, Dana	Sage Journals	cualitativo	Entrevistas	No
Gender and programming: a comparison of program availability and Participation in U.S. Prisons	2015	Crittenden, Courtney; Koons-witt, Barbara	Sage journals	Mixto	Revisión de datos obtenidos mediante encuestas	No
Disease profiles of detainees in the	2015	Moschetti, Karine	Global Health	Cuantitativo	Revisión de datos obtenidos por el	No

Canton of Vaud in Switzerland; gender and age differences in substance abuse, mental health and chronic health conditions		Et al.			<i>Service of Correctional Medicine and Psychiatry</i>	
Trauma and morbidities among female detainees in a large urban jail	2015	Scott, Christy K Et al.	Sage journals	mixto	Revisión de datos y entrevistas personales	Sí
Reproductive (In) Justice: Women and Mothers in prison	2014	Hewko, Lillian	Medline	cualitativo	Revisión	sí
El encierro carcelario. Impacto en las emociones y cuerpos de las mujeres presas	2014	de Miguel Calvo, Estíbaliz	Google Scholar	mixto	Revisión bibliográfica y entrevistas	sí
Encarcelamiento de mujeres, el castigo penitenciario de la exclusión social y la desigualdad de género	2014	de Miguel Calvo, Estíbaliz	Google Scholar	cualitativo	Revisión bibliográfica y entrevistas	Sí
Preventing suicide: a global imperative	2014	Organización Mundial de la Salud	Página web de la OMS	mixto	Revisión de datos	No

El sistema penitenciario español	2014	Secretaría General de Instituciones Penitenciarias	Página web de secretaría general de instituciones penitenciarias	mixto	Encuestas y revisión	No
Prison Conditions in Spain	2013	Aranda Ocaña, Mónica	Página web de European Prison Observatory	mixto	Revisión de datos	No
The impact of prison adjustment among women offenders: a taiwanese perspective	2013	Chen, Yu-shu; Lai, Yung-Lien; Lin, Chien-Yang	Sage journals	mixto	Cuestionario auto-administrado	sí
Factor contributing to poor physical health in incarcerated women	2013	Harner, Holly; Riley, Suzanne	Nursing and allied health database	mixto	Grupo focal	sí
Social Support and Chinese female offenders' prison adjustment	2013	Liu Liu; Wing, Chui Hong	Sage journals	mixto	Revisión, cuestionarios y entrevistas	No
Prison conditions in Europe: overview and trends	2013	Maculan, Alessandro; RONCO, Daniela; VIANELLO, Francesca	Página web de European Prison Observatory	mixto	Revisión de datos y cuestionarios	No

Mujeres privadas de libertad: una guía para el monitoreo con perspectiva de género	2013	Penal Reform International; Asociación para la prevención de la tortura	Página web de asociación para la prevención de la tortura	cualitativo	Revisión	Sí
Discrimination against women in criminal justice systems	2013	Penal Reform International; Ukaid	Página web de penal reform international	cualitativo	Revisión	sí
Is mental health care in womens prisons adequate?	2013	Sims, Joyce	Nursing and allied health database	mixto	revisión	sí
Finnish female prisoners- heavy consumers of health services	2013	Viitanen, Päivi	Sage journals	cualitativo	encuesta	Sí
STRONG, capacity building of female prisoners with a history of violence and abuse: Resource material	2013	Weilandt, Caren	Google scholar	Mixto	Revisión	sí
Woman's health in the context of prison system	2012	Barbosa Galvão, Mayana Camila; Barbosa Davim, Rejane Marie	Cuiden	Mixto	Revisión	sí
Realidad y políticas penitenciarias,	2012	García España, Elisa; Becerra Muñoz, José;	Página web del Observatorio	Mixto	Revisión	sí

Informe ODA 2010-11		Aguilar Conde, Araceli	de la delincuencia			
Guía: Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas	2012	Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión	Página web de la Sociedad española de sanidad penitenciaria	mixto	revisión	No
Psychiatric disorders in incarcerated women: treatment and rehabilitation needs for successful community reentry	2012	McPhail, Megan; Falvo, Donna R; Burker, Eileen J	Medline	Mixto	revisión	sí
Prisons and drugs in Europe: The problema and responses	2012	Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías	Página web del European monitoring centre for drugs and drug addiction	Mixto	Encuestas y cuestionarios	No
Aging in correctional custody: setting a policy agenda for older prisoner healthcare	2012	Williams, Brie A; Et al.	Global health	cualitativo	Una “mesa redonda” de ideas y opiniones	No
Estrategias asistenciales de los problemas de	2011		Página web de la Revista española de	Mixto	Revisión bibliográfica y análisis de datos	No

salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo		Arroyo-Cobo, J.M.	sanidad penitenciaria		recogidos por la Coordinación de Sanidad (SGIP)	
Mujeres en prisión: los alcances del castigo	2011	Centro de Estudios Legales y Sociales, Et al.	Google scholar	mixto	Revisión y entrevistas	Sí
Female prisoners in Finland and Scandinavia- a literature review	2011	Jokinen, Anniina	Google scholar	Mixto	Revisión	No
Health and human rights of women imprisoned in Zambia	2011	Todrys, Katherine W; Amon, Joseph J.	Global health	Mixto	Revisión y entrevistas	sí
Imprisonment and women's health: concerns about gender sensitivity, human rights and public health	2011	Van den Bergh, Brenda J; Et al.	Google scholar	Mixto	Revisión	sí
Profile of women in a County jail	2010	Kelly, Patricia J; et al.	Medline	cuantitativo	encuesta	No
Prison Inmates Suicidal Ideation in China: A study of gender differences and their impact	2010	Zhang, Jie; et al.	Sage journals	mixto	Cuestionario auto-administrado	No

International review of womens prisons	2009	Fair, Helen	Medline	mixto	revisión	Sí
Human rights of women prisoners in India	2009	Kaushik, Anupma; Sharma, Kavita	Sage Journals	Mixto	Cuestionarios, entrevistas y observación	sí
Women's health in prison: correcting inequity in prison health	2009	Organización Mundial de la Salud; ONU para la droga y el delito	Google scholar	cualitativo	Revisión	sí
Sexual assault in prison and beyond: toward an understanding of lifetime sexual assault among incarcerated women	2008	Blackburn, Ashley G; Mullings, Janet L; Marquart, Jamea W.	Sage journals	mixto	Revisión y cuestionarios	sí
Manual para operadores de establecimientos penitenciarios y gestores de política para mujeres encarceladas	2008	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito	Página web de la oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito	cualitativo	Revisión	sí
Women in prison: incarcerated in a man's world	2008	Penal Reform International	Google scholar	mixto	Revisión	sí

Mujeres privadas de libertad: informe regional; argentina, Bolivia, chile, paraguay, uruguay	2007	Centro por la Justicia y el Derecho Internacional, Et al.	Google scholar	Mixto	Revisiones, entrevistas y observación	sí
HIV Prevalence among prison inmates in a central prison in southern Malawi	2007	Chimphambano, C; Komolafe, O; Muula, Adamsom S.	Sage journals	cuantitativo	Cuestionarios y recogida de muestra de sangre	No
Diagnóstico situacional de las internas del reclusorio de mujeres de Manizales. Hacia la Promoción de la Salud	2007	Jaramillo Ángel, Claudia Patricia; Benjumea Rincón, María Victoria.	Cuiden	mixto	Encuestas	No
Country Report: Italy	2007	Quaker Council for European Affairs	Página web del QCEA	Mixto	Revisión	No
Women in prison: a review of the conditions in member states of the Council of Europe	2007	Quaker Council for European Affairs	Página web del QCEA	Mixto	Revisión sobre datos obtenidos por cuestionarios	sí
Las prisiones de mujeres desde una perspectiva de género	2006	Cervelló Donderis, Vicenta	Google scholar	Mixto	revisión	sí

Mujeres privadas de libertad en centros penitenciarios de Andalucía: Informe especial al Parlamento	2006	Defensor del Pueblo Andaluz	Google scholar	Mixto	Entrevistas y observación	sí
Mujeres en la cárcel e hijos de madres encarceladas: desarrollos recientes en el sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas	2006	Townhead, Laurel	Google Scholar	cualitativo	Revisión	Sí
Mental Disorders in female prisoners	2006	Tye, Christine S; Mullen, Paul E.	Sage journals	Mixto	Entrevistas y cuestionarios	No
Criminally involved drug-using mothers: the need for system change	2005	Bogart, John G; Et al.	Sage journals	cualitativo	Revisión	sí
Meeting rehabilitative needs at a canadian's women correctional centre	2005	Monster, Miranda; Micucci, Anthony	Sage Journals	cualitativo	entrevistas	No

Mujeres, integración y prisión, un análisis de los procesos de integración socio-laboral de las mujeres presas en Europa	2004	Cruells, Marta; Torrens, Miriam	Google Scholar	cualitativo	Entrevistas y revisión	No
Physical Health of women in prison: relationship to oppression	2004	Eliason, Michele J; Taylor, Janette; Williams, Rachel	Sage journals	mixto	Revisión	sí
The impact of drug use and crime involvement on health problems among female drug offenders	2002	Anderson, Tammy L; Rosay, Andre B; Saum, Christine	Sage journals	Mixto	Revisión	No
Women in Australian prisons: the cycle of abuse and dysfunctional environments	2001	Easteal, Patricia	Sage Journals	mixto	Revisión	Sí
Women in prison: a fact sheet	2000	Amnistía Internacional	Página web de Amnistía Internacional	Mixto	Revisión	Sí
Una audición en prisión: necesidades de salud percibidas	2000	Paredes i Carbonell, Joan J;	Cuiden	Mixto	Intervención social (una audición)	sí

por mujeres privadas de libertad		Colomer Revuelta, Concha				
--	--	--------------------------------	--	--	--	--