



**INSTITUTO DE GOBIERNO Y DE GESTIÓN PÚBLICA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**EL SISTEMA PENITENCIARIO EN EL PERÚ: HACIA UN NUEVO
MODELO DE GESTIÓN. 2018**

**PRESENTADA POR
VICTOR HUGO HARO HIDALGO**

**ASESOR
JORGE ENRIQUE GOBITZ MORALES**

**TESIS
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN GOBIERNO Y
POLÍTICA PÚBLICA**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICA PÚBLICA**

LIMA – PERÚ

2020



**Reconocimiento - Compartir igual
CC BY-SA**

El autor permite a otros transformar (traducir, adaptar o compilar) esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>



INSTITUTO DE GOBIERNO Y DE GESTIÓN PÚBLICA

**EL SISTEMA PENITENCIARIO EN EL PERÚ:
HACIA UN NUEVO MODELO DE GESTIÓN. 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN
GOBIERNO Y POLÍTICA PÚBLICA**

**PRESENTADO POR:
VICTOR HUGO HARO HIDALGO**

**ASESOR:
Ph.D. JORGE GOBITZ MORALES**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: POLÍTICA PÚBLICA

LIMA, PERÚ

2020

Dedicatoria

Dedico la presente investigación a los profesores del Instituto de Gobierno y Gestión Pública, en especial a los profesores: PhD. Jorge Gobitz Morales y PhD. Ana María Ángeles, gracias a sus valiosos consejos se pudo materializar la presente investigación.

Agradecimientos

Agradezco a mi esposa y mis hijas por su paciencia, y a mis padres por su apoyo incondicional. Sin su aliento constante no hubiera sido posible concluir la presente investigación.

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	18
1.1 Antecedentes de la Investigación.....	18
1.2 Bases teóricas	163
1.3 Modelo Penitenciario Vigente en el Perú.....	182
1.4 Nuevo Modelo de Gestión Penitenciaria para el Perú:.....	195
1.4.1 Modelo Teórico de la Tesis	195
1.4.2 Propuesta Nuevo Modelo de Gestión Penitenciaria	202
1.5 Definición de términos básicos	216
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	221
2.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas	221
2.2 Variables y definición operacional	222
CAPÍTULO III: METODOLÓGIA.....	225
3.1 Diseño metodológico	225
3.2 Diseño muestral.....	226
3.3 Técnicas de recolección de datos	228
3.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	230
3.5 Aspectos éticos	231
CAPITULO IV : RESULTADOS.....	232
4.1 Dimensiones del Modelo de Gestión Penitenciaria	232
4.2 Análisis de la relación entre el Modelo de Gestión Penitenciaria y Reinsertar Personas Privadas de la Libertad a la Sociedad.....	254
CAPITULO V: DISCUSIÓN.....	260
CAPITULO VI: UNA APROXIMACIÓN DE LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO	287
CAPITULO VII: CONCLUSIONES.....	292
CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES	294
FUENTES DE INFORMACIÓN	296
ANEXOS	298
Anexo 1. Matriz de consistencia	298
Anexo 2. Instrumento para la recolección de datos	299
Anexo 3. Validación del Instrumento para la recolección de datos.....	305

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y CUADROS

CUADROS:

Cuadro 01: Comparativo de Estudios del Marco Teórico y Modelos Penitenciarios	179
Cuadro 02: Clasificación Establecimientos Penitenciarios - Según criterio vigente - a diciembre 2018	185
Cuadro 03: Clasificación Establecimientos Penitenciarios - Según criterio vigente vs Población Penal- a diciembre 2018	186
Cuadro 04: Clasificación Establecimientos Penitenciarios Según criterio vigente vs Población Penal a diciembre 2018	186
Cuadro 05: Establecimientos Penitenciarios Capacidad de Albergue vs Población Penal a diciembre 2018	187
Cuadro 06: Establecimientos Penitenciarios Capacidad de Albergue vs Población Penal EE.PP. TIPO A diciembre 2018	188
Cuadro 07: Establecimientos Penitenciarios que por su Población Penal deberían ser EE.PP. TIPO A diciembre 2018	189
Cuadro 08: Establecimientos Penitenciarios Tipo A por Población Penal del 2018 – Situación en el 2009	190
Cuadro 09: Matriz de Variables	222
Cuadro 10: Matriz de operacionalización de variables – Modelo de Gestión Penitenciaria	223
Cuadro 11: Matriz de operacionalización de variables – Reinsertar Personas Privadas de la Libertad a la Sociedad	224

GRÁFICOS:

Gráfico 01: Evolución de la Población Privada de la libertad del SNP	4
Gráfico 02: Evolución de la Capacidad de albergue de los Penales	5
Gráfico 03: Evolución de la Población Privada de la libertad por Genero	7
Gráfico 04: Evolución de las Población Penitenciaria por Condición Carcelaria	8
Gráfico 05: Evolución de los Incidentes de Seguridad	9
Gráfico 06: Evolución Reingreso de Población Penitenciaria a Penales	10
Gráfico 07: Evolución Población Penitenciaria con Enfermedades	11
Gráfico 08: Evolución de la Población Privada de la libertad del SNP	183
Gráfico 09: Evolución de la Población Privada de la libertad del SNP	184
Gráfico 10: Evolución de los Incidentes de Seguridad	191
Gráfico 11: Evolución Reingreso de Población Penitenciaria a Penales	192
Gráfico 12: Evolución Población Penitenciaria con Enfermedades	192
Gráfico 13: Pilares del Modelo de Gestión Penitenciaria	203
Gráfico 14: Políticas Públicas Penitenciarias	205
Gráfico 15: Ciclo Políticas Públicas Penitenciarias	206
Gráfico 16: Nuevo Modelo de Gestión Penitenciaria	215
Gráfico 17: Pregunta 01 - Conceptos de Seguridad Penitenciaria que Usted conoce y aplica	232
Gráfico 18: Pregunta 02 - Cuáles son las razones del No cumplimiento de los Conceptos de Seguridad Penitenciaria	233
Gráfico 19: Pregunta 03 - Principios de Seguridad Penitenciaria que Usted conoce y aplica	234
Gráfico 20: Pregunta 04 - Cuáles son las razones del No cumplimiento de los Principios de Seguridad Penitenciaria	235
Gráfico 21: Pregunta 05 - Técnicas de Seguridad Penitenciaria que Usted conoce y aplica	236
Gráfico 22: Pregunta 06 - Cuáles son las razones del No cumplimiento de las Técnicas de Seguridad Penitenciaria	237

Gráfico 23: Pregunta 07 - Como califica Ud. la gestión del modelo penitenciario en el manejo y gestión de la Seguridad Penitenciaria	238
Gráfico 24: Pregunta 24 - Cuáles son las Razones por los que Ud. considera que el modelo penitenciario, en el manejo y gestión de la Seguridad Penitenciaria, no ha logrado los resultados esperados	239
Gráfico 25: Pregunta 01 - Como califica la Infraestructura de los Establecimientos Penitenciarios, respecto a las exigencias para la gestión de tratamiento penitenciario	240
Gráfico 26: Pregunta 02 - Cuáles son las Razones por las que considera que la Infraestructura de los Establecimientos Penitenciarios No se ajustan a las exigencias para la gestión de tratamiento penitenciario	240
Gráfico 27: Pregunta 03 - Como califica Ud. las condiciones de Uso y Acceso, a la Tecnología que permita el manejo integral y adecuado de la gestión de Tratamiento Penitenciario	241
Gráfico 28: Pregunta 04 - Cuáles son las razones por las que Ud. considera que las condiciones de Uso y Acceso a la Tecnología NO permiten, el manejo integral y adecuado de la gestión de Tratamiento Penitenciario	242
Gráfico 29: Pregunta 05 - Como califica el Nivel de cumplimiento de los Manuales Operativos de Tratamiento Penitenciario:	243
Gráfico 30: Pregunta 06: Cuáles son las Razones del No cumplimiento de los Manuales Operativo de Tratamiento Penitenciario:.....	244
Gráfico 31: Pregunta 07 - Como califica el Nivel de cumplimiento de las Normas de Tratamiento Penitenciario:.....	245
Gráfico 32: Pregunta 08 - Cuáles son las Razones del No cumplimiento de las Normas de Tratamiento Penitenciario:.....	245
Gráfico 33: Pregunta 09 - Como califica Ud. la gestión del modelo penitenciario en el manejo y gestión del Tratamiento Penitenciario	246
Gráfico 34: Pregunta 10 - Cuáles son las Razones del No cumplimiento de los Procesos de la gestión de Tratamiento Penitenciario:.....	247
Gráfico 35: Pregunta 01 - Como califica la Tecnología disponible en la gestión de Salud penitenciaria.....	248
Gráfico 36: Pregunta 02 - Cuáles son las Razones por que considera que la Tecnología disponible en la gestión de Salud penitenciaria No se ajustan a las exigencias de la demanda de la sociedad	248
Gráfico 37: Pregunta 03 - Como califica los Manuales Operativos disponible en los Establecimientos Penitenciarios, respecto a las exigencias para la gestión de salud penitenciaria.....	249
Gráfico 38: Pregunta 04 - Cuáles son las Razones por las que considera que los Manuales Operativos de salud penitenciaria no son los adecuados.....	250
Gráfico 39: Pregunta 05 - Como califica el Nivel de cumplimiento de las Manuales Operativos de Salud Penitenciaria.....	251
Gráfico 40: Pregunta 06 - Cuáles son las Razones del No cumplimiento de lo dispuesto en los Manuales Operativos de Salud Penitenciaria.....	251
Gráfico 41: Pregunta 07 - Como califica Ud. la gestión del modelo penitenciario en el manejo y gestión de la Salud Penitenciaria.....	252
Gráfico 42: Pregunta 08 - Cuáles son las Razones por los que Ud. considera que el modelo penitenciario en el manejo y gestión de la Salud Penitenciaria no ha logrado los resultados esperados.....	253
Gráfico 43: Pregunta: Cuáles son las razones del No cumplimiento de los Conceptos de Seguridad Penitenciaria.....	255
Gráfico 44: Pregunta: Como califica la Infraestructura de los Establecimientos Penitenciarios, respecto a las exigencias para la gestión de tratamiento penitenciario.....	256
Gráfico 45: Pregunta: Como califica la Tecnología disponible en la gestión de Salud penitenciaria.....	256
Gráfico 46: Pregunta: Cuáles son las razones del No cumplimiento de los Principios de Seguridad Penitenciaria:	257
Gráfico 47: Pregunta: Cuáles son las Razones del No cumplimiento de los Manuales Operativo de Tratamiento Penitenciario	257

Gráfico 48: Pregunta: Cuáles son las Razones por que considera que la Tecnología disponible en la gestión de Salud penitenciaria No se ajustan a las exigencias de la demanda de la sociedad	257
Gráfico 49: Pregunta: Cuáles son las razones del No cumplimiento de las Técnicas de Seguridad Penitenciaria:	258
Gráfico 50: Pregunta: Cuáles son las Razones por las que considera que la Infraestructura de los Establecimientos Penitenciarios No se ajustan a las exigencias para la gestión de tratamiento penitenciario.	258
Gráfico 51: Pregunta: Como califica el Nivel de cumplimiento de las Manuales Operativos de Salud Penitenciaria.	259
Gráfico 52: Pregunta: Como califica Ud. la gestión del modelo penitenciario en la reinserción de las personas privadas de la libertad a la sociedad.	259
Gráfico 53: Evolución de la Capacidad de albergue de los Penales.....	261
Gráfico 54: Pregunta: Como califica la gestión del modelo penitenciario en la reinserción de las personas privadas de la libertad a la sociedad.....	264
Gráfico 55: Pregunta: Como califica la infraestructura de los Establecimientos Penitenciarios, respecto a las exigencias para la gestión de tratamiento penitenciario.	265
Gráfico 56: Pregunta: Como califica la gestión del modelo penitenciario, en el manejo y gestión de la Salud Penitenciaria.	266
Gráfico 57: Pregunta: Cuáles son las razones por las que considera que la infraestructura de los establecimientos penitenciarios no se ajusta a las exigencias para la gestión de tratamiento penitenciario.	266
Gráfico 58: Pregunta: Cuáles son las Razones por los que Ud. considera que el modelo penitenciario en el manejo y gestión de la Salud Penitenciaria no ha logrado los resultados esperados.....	267
Gráfico 59: Pregunta: Como califica las condiciones de Uso y Acceso a la Tecnología que permita el manejo integral y adecuado de la gestión de tratamiento penitenciario.	268
Gráfico 60: Pregunta: Como califica la Tecnología disponible en la gestión de Salud Penitenciaria.	269
Gráfico 61: Pregunta: Cuáles son las razones por las que Ud. considera que las condiciones de Uso y Acceso a la Tecnología NO permiten, el manejo integral y adecuado de la gestión de Tratamiento Penitenciario.	269
Gráfico 62: Pregunta: Cuáles son las Razones por que considera que la Tecnología disponible en la gestión de Salud penitenciaria No se ajustan a las exigencias de la demanda de la sociedad.	270
Gráfico 63: Pregunta: Como califica Ud. la gestión del modelo penitenciario en el manejo y gestión del Tratamiento Penitenciario.	271
Gráfico 64: Pregunta: Cuáles son las Razones del No cumplimiento de los Manuales Operativo de Tratamiento Penitenciario.....	272
Gráfico 65: Evolución Población Penitenciaria con Enfermedades.....	275
Gráfico 66: Pregunta 04 - Cuáles son las Razones por las que considera que los Manuales Operativos de salud penitenciaria no son los adecuados.....	276
Gráfico 67: Pregunta 07 - Como califica Ud. la gestión del modelo penitenciario en el manejo y gestión de la Salud Penitenciaria.....	276

RESUMEN

El Instituto Nacional Penitenciario (INPE) enfrenta una crisis sin precedentes que abarca todos sus ámbitos; por un lado se observa: 1) un crecimiento significativo de la población penitenciaria, y por otro lado 2) las malas e insuficientes condiciones de la infraestructura de una buena parte de los establecimientos penitenciarios. Estos dos factores generaron: 1) el desborde en la capacidad de albergue de las establecimientos penitenciarios; 2) un deterioro progresivo de los servicios básicos, comprometiendo la gestión de la seguridad penitenciarias, con 3.5 incidentes de seguridad al día; 3) una reducción considerable de los ambientes para la adecuada puesta en práctica de los planes y programas de tratamiento, generando una tasa de reincidencia de 26%, comprometiéndose además la salud de los internos, que ya llegan a más de 16,000 internos con enfermedades como TBC y VIH. Es una realidad tangible el fracaso del actual modelo de gestión penitenciaria, a pesar de todos los esfuerzos y lo invertido por el INPE. En la presente investigación se realizó un estudio detallado de los “factores” probables que llevaron a esta situación y el diseño de la propuesta de un nuevo modelo penitenciario diseñado en el marco de las teorías de Michel Foucault y los modelos de Pre-Libertad y Abierto, que permita superar la difícil situación actual, el cual se refuerza con un estudio de percepción a los funcionarios públicos directamente involucrados en la gestión penitenciaria.

Palabras Claves: Gestión Penitenciaria, Modelo Penitenciario, Gestión Carcelaria, Seguridad Penitenciaria, Tratamiento Penitenciario, Salud Penitenciaria.

ABSTRACT

The current date, the “Instituto Nacional Penitenciario” (INPE) faces an unprecedented crisis that encompasses all of its areas: 1) A significant growth in prison population; on the one hand there was: 2) the poor and insufficient conditions of a good part of the penitentiary establishments; These two factors led to the collapse of the shelter capacity of the penitentiary establishments, a progressive deterioration of the basic services, compromising the management of the penitentiary security, with 3.5 security incidents per day, a considerable reduction of the environments for the development of the plans and treatment programs, generating a recidivism rate of 26%, also compromising the health of inmates, who already reach more than 16,000 inmates with diseases such as TB and HIV. It is a tangible reality the failure of the current penitentiary management model despite all the efforts and the invested by the INPE. In the present investigation, a detailed analysis of the factors that had a situation and the design of the proposal of a new penitentiary model designed within the framework of the theories of Michel Foucault and the Pre-Freedom and Open models, which allow to overcome the current difficult situation, which is reinforced by a perception study of public officials directly involved in prison management.

Keywords: Penitentiary Management, Penitentiary Model, Prison Management, Penitentiary Security, Penitentiary Treatment, Penitentiary Health.

RESUMO

O Instituto Penitenciário Nacional (INPE) enfrenta uma crise sem precedentes que abrange todas as suas áreas; por um lado, observa-se: 1) um crescimento significativo da população carcerária e, por outro lado, 2) as condições precárias e insuficientes da infraestrutura de grande parte dos estabelecimentos penitenciários. Esses dois fatores geraram: 1) o excesso de capacidade de abrigo dos estabelecimentos penitenciários; 2) deterioração progressiva dos serviços básicos, comprometendo o gerenciamento da segurança prisional, com 3,5 incidentes de segurança por dia; 3) redução considerável dos ambientes para a implementação adequada de planos e programas de tratamento, gerando uma taxa de reincidência de 26%, comprometendo também a saúde dos internos, que já alcançam mais de 16.000 internos com doenças como TB e HIV. O fracasso do atual modelo de gestão penitenciária é uma realidade tangível, apesar de todos os esforços e investimentos realizados pelo INPE. Na presente investigação, foi realizado um estudo detalhado dos prováveis "fatores" que levaram a essa situação e o desenho da proposta de um novo modelo penitenciário, elaborado no âmbito das teorias de Michel Foucault e dos modelos Pré-Liberdade e Aberto, para superar a atual situação difícil, reforçada por um estudo de percepção de funcionários públicos diretamente envolvidos no gerenciamento penitenciário.

Palavras-chave: Gerenciamento Penitenciário, Modelo Penitenciário, Gerenciamento Penitenciário, Segurança Penitenciária, Tratamento Penitenciário, Saúde Penitenciária.

INTRODUCCION

Descripción de la situación problemática

El Instituto Nacional Penitenciario (INPE) se encuentra en una crisis sin precedentes, la cual ha desbordado su capacidad administrativa y operativa, impidiendo que se puedan brindar adecuadamente los servicios de seguridad, tratamiento y salud en los establecimientos penitenciarios que están bajo su competencia. La situación de las cárceles ha alcanzado niveles muy complicados para los internos, la prueba empírica llevo a la conclusión que la política pública penitenciaria ha fracasado, no se ha podido alcanzar los objetivos de la resocialización y la reinserción de la población penitenciaria; así mismo, prácticamente la totalidad de los “Establecimientos Penitenciarios Intramuros” están en malas e insuficientes condiciones de “infraestructura penitenciaria”; situación que ha llevado a la imposibilidad de brindar adecuadamente los servicios de seguridad, tratamiento y salud penitenciaria. Adicionalmente a las malas condiciones de infraestructura de los “establecimientos penitenciarios intramuros”, se ha sumado los problemas de hacinamiento por la creciente población penitenciaria.

En la investigación, se encontró que las condiciones de “seguridad” en los “establecimientos penitenciarios intramuros” son deficientes, por protocolo los establecimientos penitenciarios deben contar con los “equipos” y “personal adecuado”, necesario para garantizar niveles mínimos de seguridad; sin embargo,

en la práctica esos equipos o están estropeados o son inexistentes, el personal no es suficiente para poder cumplir con los estándares de seguridad. De igual manera ocurre con el tratamiento penitenciario y la salud penitenciaria; dado que, los profesionales especializados en realizar las etapas de tratamiento y de salud se encuentran abrumados no solo por la falta de presupuesto sino por cada vez un número más reducidos de sus colegas, imposibilitándolos a cumplir con los lineamientos de tratamiento y salud penitenciaria establecidos en los planes y manuales operativos del INPE.

Esta situación de crisis en el INPE, ha imposibilitado la “ejecución” y el “desarrollo adecuado” de los “planes operativos” y “programas de seguridad penitenciaria”, “tratamiento penitenciario” y “salud penitenciaria” de los internos, situándolos en una falta directa del “Código de Ejecución Penal vigente”, el que contempla que “el interno” (persona privada de su libertad) deberá recibir un “tratamiento integral” iniciando en su ingreso y culminando con su liberación, como lo señala el decreto legislativo N° 654 de 1991 en el artículo. 3°. Así mismo, dicho código en el artículo 97° también señala que: el “tratamiento penitenciario”, debe ser “progresivo”, comprendiendo la ejecución de “programas de resocialización” para la “persona privada de la libertad”, los cuales deberán darse en forma “individual” y en forma “grupala”, dependiendo de la “naturaleza de la atención”, promoviendo la participación de las “personas privadas de la libertad”, y de las “instituciones públicas” y las “instituciones privadas”, además de “la familia” y “la sociedad”. En la práctica, como se ha encontrado en la información estadística que forma parte del sustento de la presente investigación, el modelo penitenciario vigente no ha cumplido nada de lo señalado en “la ley” para las “personas privadas de la libertad”,

quienes carecen de una adecuada seguridad penitenciaria, tratamiento penitenciario y salud penitenciaria.

Según lo que se ha revisado en la información estadística, se encontró que las “personas privadas de la libertad” bajo la custodia del INPE, pasaron de 20,899 (en 1995) a 77,801 (en 2016). En 21 años la población penitenciaria creció en un 372%, lo cual es un crecimiento significativo, aun considerando que ese crecimiento se ha dado en 21 años. Sin embargo, cuando el análisis se centra solo en los últimos 6 años, se tiene que pasó de 45,021 (en 2010) a 77,801 (en 2016), un crecimiento de 173% en esos 6 años, es decir un crecimiento significativo en un periodo de tiempo tan cortó. **A pesar de la información histórica, el modelo penitenciario que aplicó el INPE no pudo prever ni tomar las medidas para afrontar esa tasa de crecimiento.**

Se tiene además que, a la problemática actual y agravada por la que está atravesando la gestión operativa de los Establecimientos Penitenciarios, que le impide brindar una seguridad adecuada, servicios de salud y de tratamiento, se suma el problema del hacinamiento de la población penitenciaria, que se hace evidente en las estadísticas publicadas por el mismo Instituto (INPE, 2009-2018). Como parte, del desarrollo de la presente investigación se descubrió, que el hacinamiento impide de manera directa que se desarrollen adecuadamente las actividades necesarias para resocializar a “las personas privadas de la libertad”, ocasionando que abandonen el establecimiento penitenciario sin haber sido completamente rehabilitadas, elevando la probabilidad de retornar al mismo en el corto plazo.

Para revertir esta situación, el INPE, durante el periodo 2009-2018 trato de enfocar todos sus esfuerzos en la elaboración y despliegue de “planes”, “estrategias” y “programas” que permitieran revertir la crisis, ejecutando un presupuesto significativo con el objetivo de: **reducir el hacinamiento penitenciario, realizar una adecuada caracterización de la población penitenciaria y mejorar la infraestructura penitenciaria**, a fin de alcanzar las condiciones de idoneidad que permitan niveles adecuados y óptimos de seguridad penitenciaria y la adecuada “ejecución” de las “actividades integrales” de los “Órganos Técnicos de Tratamiento Penitenciario” a nivel nacional. Sin embargo, esos esfuerzos del INPE, que se desarrollaron en ese periodo de tiempo (2009-2018) no dieron los resultados esperados. **¿Qué está ocasionando que el INPE no obtenga los resultados deseados? ¿Qué se ha omitido en la planificación de las actividades que ha venido realizando el INPE en estos últimos diez años?**

En los gráficos a continuación, se muestra la evolución de la caótica y deplorable situación de la población confinada en las cárceles.

Gráfico 01: Evolución de la “Población Privada de la libertad” del SNP

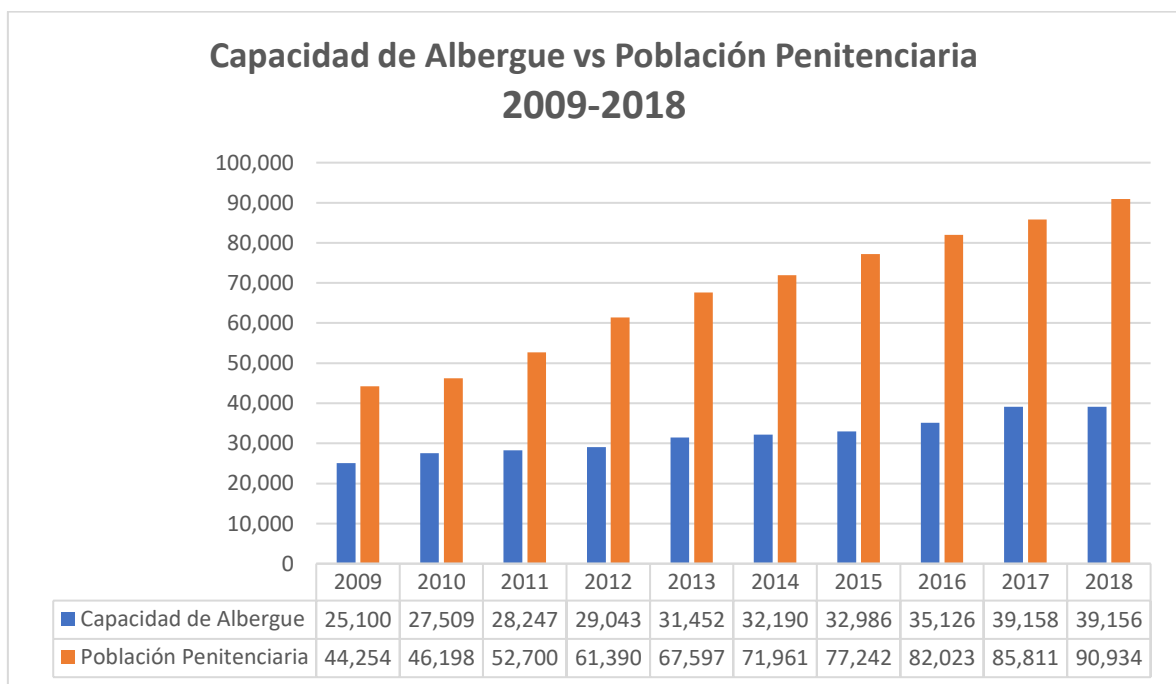


Elaboración Propia

Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 1995-2018)

Del Gráfico 1 se tiene que, en los últimos 10 años la población penitenciaria prácticamente se ha “duplicado”, dado que se tenía 44,254 reclusos en el 2009, los que en el 2018 son 90,934 reclusos, es decir un crecimiento del 105.48%. ¿Que implica ese número?; un primer indicador que se ha considerado para entender la implicancia del crecimiento de la población penitenciar es la infraestructura penitenciaria, por ello lo primero que se ha evaluado para determinar si el modelo penitenciario actual logró prever esos cambios, es sí: **“¿la infraestructura penitenciaria acompañó el crecimiento de la población penitenciaria?”** Lamentablemente la respuesta es “no”, no creció en la misma proporción, como se puede tiene a continuación en el siguiente gráfico:

Gráfico 02: Evolución de la Capacidad de albergue de los Penales



Elaboración Propia

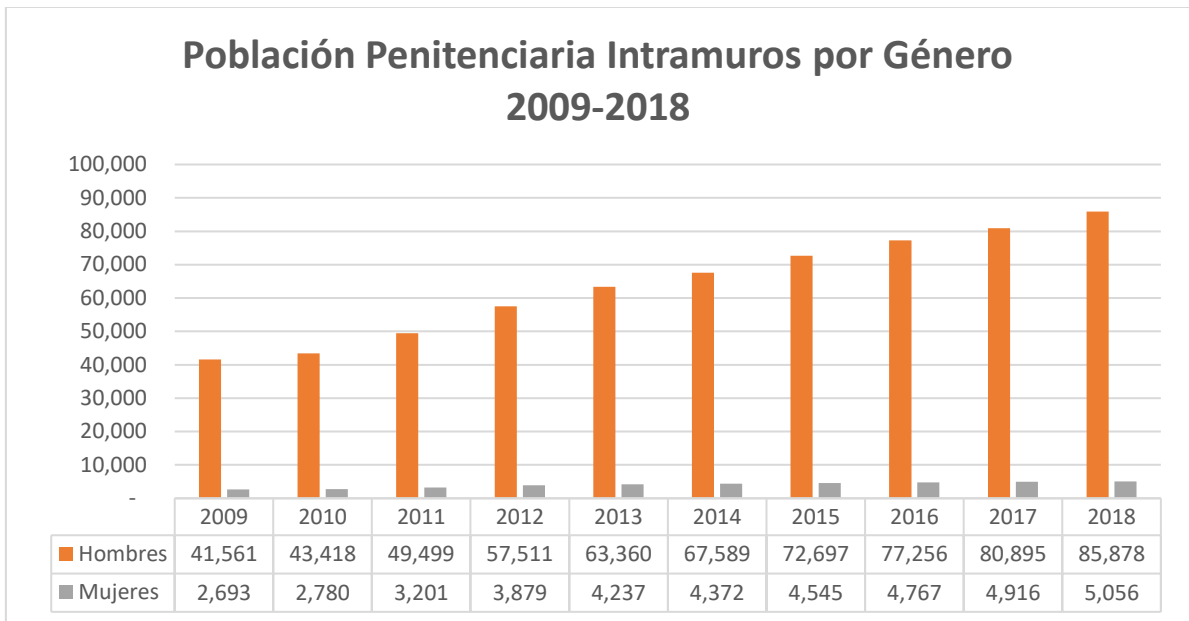
Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 1995-2018)

En el gráfico anterior, se tiene que la capacidad de albergue en el 2009 de los entonces 65 establecimientos penitenciario intramuros era de 25,100, pasando en

el 2018, con 68 establecimientos penitenciarios intramuros a 39,156; se tiene que entonces que en ese periodo de tiempo de 10 años se dio un crecimiento de 56% en la capacidad de albergue de los penales; sin embargo, **la población penitenciaria creció en 105% para ese mismo periodo de tiempo**, dado que pasó de 44,254 en 2009 a 90,934 en 2018. Se tiene que con esa capacidad de albergue en el 2009 de 25,100 y una población penitenciaria de 44,254, la sobrepoblación en los establecimientos penitenciarios intramuros ese año 2009 fue de 19,154, es decir una tasa de 76% de sobrepoblación; pasando en el 2018 a 132%, dado que en el 2018 la capacidad de albergue fue de 39,156 y la población penitenciaria de 90,934. Con esas cifras, se hace evidente que las reformas emprendidas por el modelo penitenciario vigente no lograron afrontar el crecimiento de la población penitenciaria, a pesar de la inversión que se realizó para incrementar la capacidad de albergue, el modelo penitenciario que impuso el INPE no logró que la tasa de sobrepoblación disminuya, sino que por el contrario la tasa de sobrepoblación prácticamente se duplicó en esos 10 años.

A continuación se tiene la evolución de la población penitenciaria clasificada por género; en el 2009 el porcentaje de población penitenciaria de sexo femenino fue de 6.09% y de sexo masculino fue de 93.91%, en “valores absolutos” se tuvo que la población de mujeres en los “establecimientos penitenciarios intramuros” fue de 2,693 y el de hombres de 41,561; mientras que en el 2018 el porcentaje de la población penitenciaria de sexo femenino en establecimientos penitenciarios fue de 5.56% y el de sexo masculino de 94.44%, en valores absolutos se tuvo que la población de mujeres fue de 5,056, y la de hombres de 85,878.

Gráfico 03: Evolución de la Población Privada de la libertad por Género

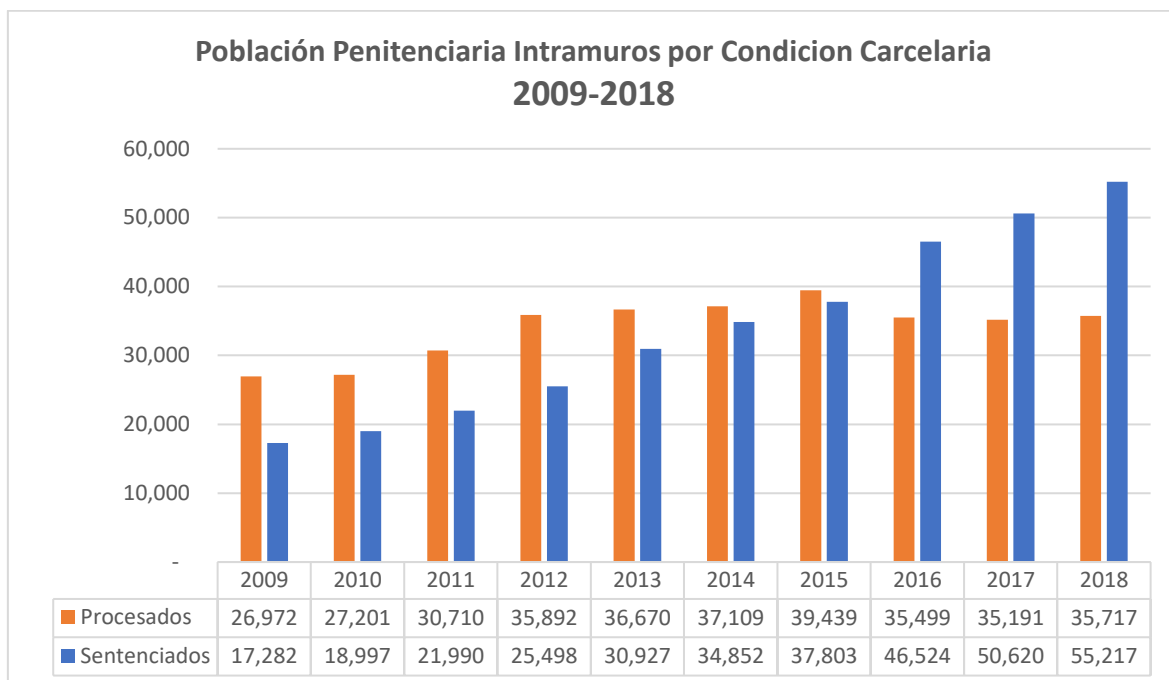


Elaboración Propia / Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 1995-2018)

Se analizó el crecimiento población por género, encontrándose que la cantidad de mujeres internadas en los establecimientos penitenciarios creció del 2009 a 2018 en 87.75%, mientras que la de hombres creció en 106.63%. Se tiene que a nivel evolución por género el modelo penitenciario actual, que impulsó el INPE, tampoco logró en ninguno de ambos géneros (hombres y mujeres) disminuir la población o el crecimiento de los mismos a pesar de la inversión en infraestructura.

A continuación, se muestra la evolución de la población penitenciaria por condición carcelaria, tanto procesados como sentenciados, la cual, si bien no depende de la gestión del sistema penitenciario sino del sistema de justicia, es relevante para el análisis que se realizó en el presente trabajo, dado que se debe considerar para la seguridad penitenciaria, tratamiento penitenciario y salud penitenciaria.

Gráfico 04: Evolución de las Población Penitenciaria por Condición Carcelaria



Elaboración Propia

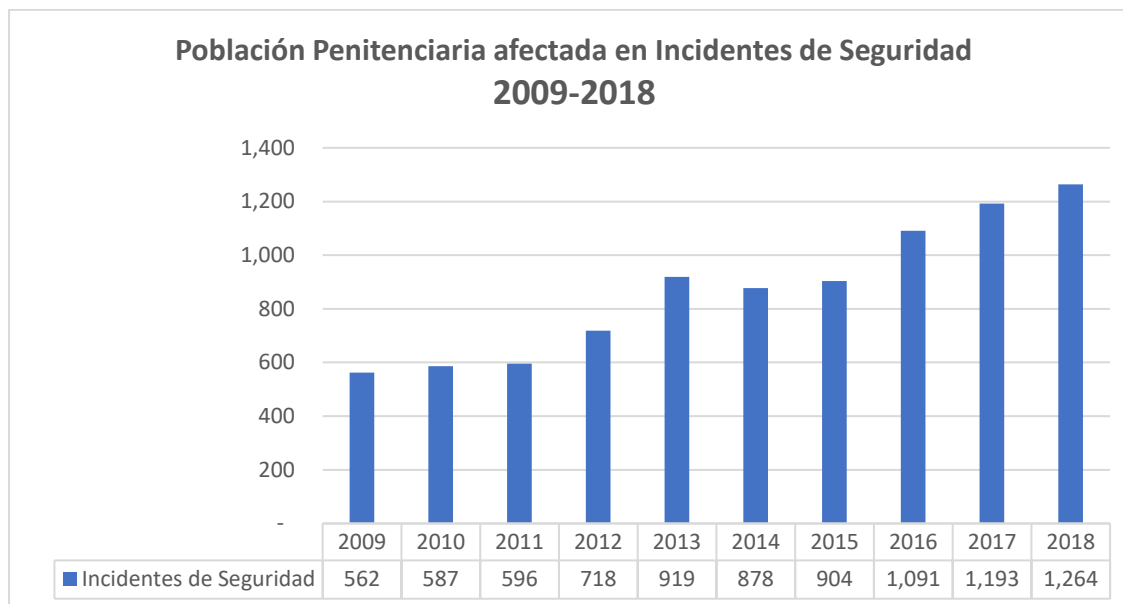
Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 2009-2018)

En el gráfico anterior, se tiene que en 2009 la cantidad de procesados internados en los establecimientos penitenciarios fue de 26,972 y de sentenciados fue de 17,282, el porcentaje de sentenciados es de 39.05% frente al porcentaje de procesados de 60.95%, mientras que en el 2018 se revierte esa proporción, dado que se tienen 35,717 procesados y 55,217 sentenciados, en el 2018 los sentenciados son ahora el 60.72% de la población penitenciaria, lo cual es un avance del modelo penitenciario actual, aunque no llega a ser significativo, dado que 40% de la población carcelaria en condición de procesado sigue siendo un porcentaje elevado.

A continuación, se muestra la información de otro indicador relevante y significativo, que permitirá un adecuado “análisis de los resultados” del actual modelo penitenciario impulsado por el INPE: el indicador de “Seguridad

penitenciaria”, en el siguiente gráfico se tiene la evolución de los incidentes de seguridad registrados en los establecimientos penitenciarios intramuros (cárceles) del 2009 a 2018:

Gráfico 05: Evolución de los Incidentes de Seguridad



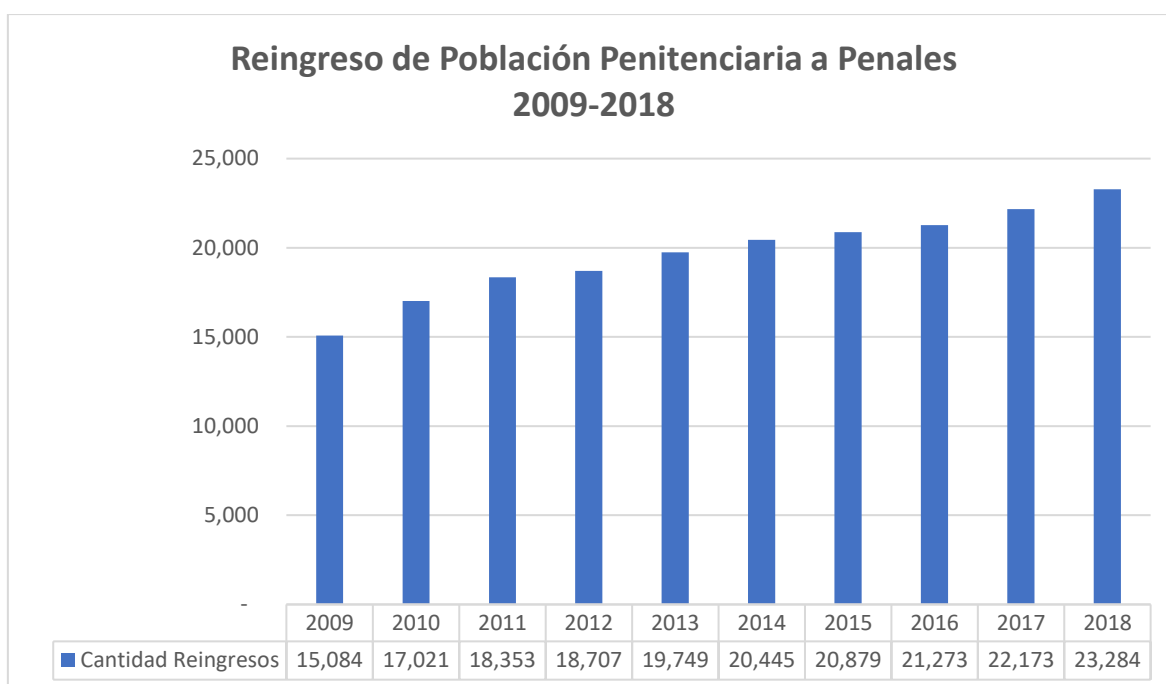
Elaboración Propia

Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 2009-2018)

En el gráfico anterior, se tiene que, en el 2009, en los 65 establecimientos penitenciarios intramuros se registraron 562 incidentes de seguridad, prácticamente 1.5 incidentes por día; cifra que en el 2018 pasa a 1,264 incidentes de seguridad en los 68 establecimientos penitenciarios intramuros, es decir a prácticamente 3.5 incidentes por día. Estas cifras muestran que del 2009 al 2018 los incidentes de seguridad crecieron en 125%, por lo que el modelo penitenciario actual, impulsado por el INPE, tampoco pudo llevar una gestión de seguridad penitenciaria adecuada, la cual ha sido desbordada por el cada vez mayor crecimiento poblacional y la limitada infraestructura penitenciaria.

Otro indicador importante que se consideró, dada su relevancia para analizar la efectividad del modelo penitenciario vigente, es el resultado del “Tratamiento penitenciario”, la mejor manera de medirlo es con el indicador de “reingreso de población penitenciaria a los establecimientos penitenciarios intramuros”, la que se aprecia en el gráfico a continuación.

Gráfico 06: Evolución Reingreso de Población Penitenciaria a Penales



Elaboración Propia

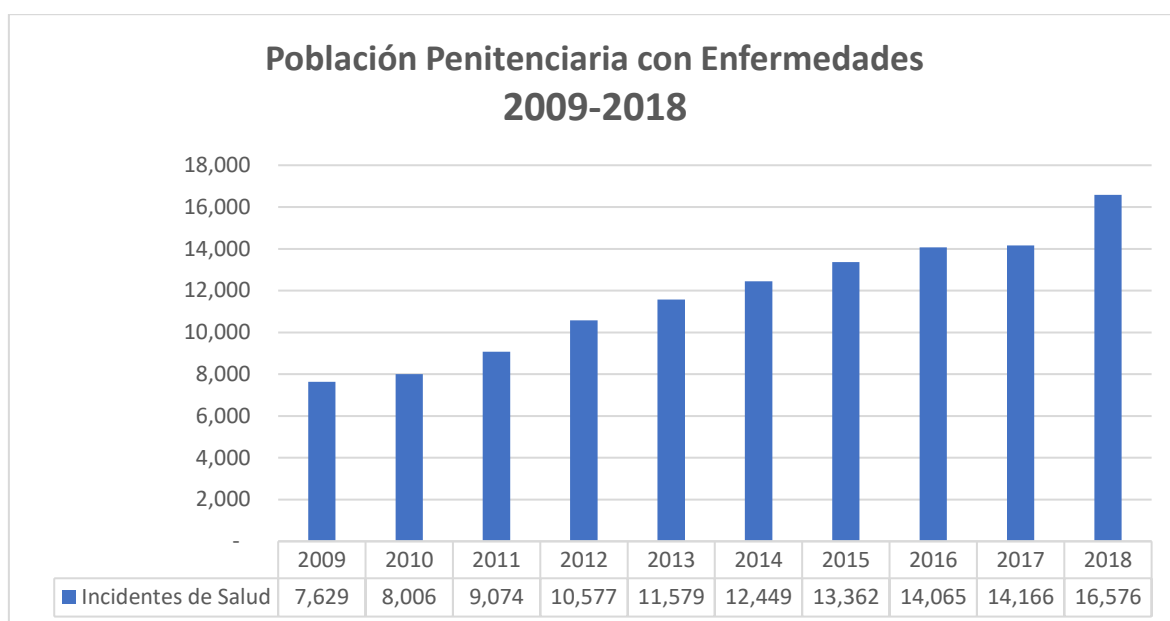
Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 2009-2018)

Del gráfico anterior, se tiene que en el 2009 la cantidad de reingresos a los establecimientos penitenciarios intramuros fue de 15,084, cifra que continuó creciendo hasta alcanzar los 23,284 en el 2018; es decir, se tiene que la cantidad de reingresos en esos diez años creció en 54.36%, un crecimiento porcentual bastante considerable. Cuando se analizó los reingresos como porcentaje de la población penitenciaria, para calcular la tasa de reingresos de cada uno de esos años, se tiene que en el 2009 la tasa de reingresos fue de 34.09%, mientras que en el 2018 fue de 25.61%, esa aparente mejora oculta que, si bien el porcentaje

es menor, el valor absoluto de los reingresos es ascendente. Considerando que los países que se toma como “referentes en tratamiento penitenciario” como Finlandia y Suecia, tienen una tasa de reingreso menor al 4%, o en el caso de España de 10%, o países más cercanos como Chile de 15%, nuestra tasa de 25.61% es considerablemente elevada, por lo que en base a esos resultados que se presentaron, se tiene que la gestión de “tratamiento penitenciario” del modelo penitenciario actual impulsado por el INPE ha fracasado en lograr los resultado de reinserción de la población penitenciaria.

Finalmente, se revisaron los resultados de la gestión de “Salud penitenciaria”, se tiene a continuación la evolución de la población penitenciaria con enfermedades:

Gráfico 07: Evolución Población Penitenciaria con Enfermedades



Elaboración Propia

Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 2009-2018)

Como se aprecia en la gráfica anterior, en el 2009 se tenía un total de 7,629 internos que se veían afectados por enfermedades, se encontró que la “población penitenciaria” de ese año fue de 44,254, se tiene que el 17.24% sufría de alguna enfermedad, en el 2018, el número de internos con al menos alguna enfermedad

es de 16,576, esa cifra sobre la población penitenciario de ese año de 90,934 nos da una tasa de 18.23%. Si bien a nivel porcentual la variación en 9 años no parece muy alta, cuando ese número se revisó en valores absolutos se encontró que se tenían 8,947 más internos en el 2018 respecto al 2009 con alguna enfermedad, lo que implica una variación porcentual de 117%, cifra que demuestra que la gestión del modelo penitenciario actual en la gestión de “Salud penitenciaria” fue deficiente, no logró los resultados esperados y por lo tanto fracaso.

Planteamiento inicial del problema de investigación

Formulación del problema

Dado los hechos expuestos formularnos la siguiente pregunta:

Problema principal:

¿De qué manera incidirá el modelo de gestión penitenciaria ante la deficiente administración penitenciaria a cargo del INPE?

Problemas específicos:

- a. ¿De qué manera incidirá el modelo de gestión penitenciaria ante la deficiente administración penitenciaria en seguridad a cargo del INPE?
- b. ¿De qué manera incidirá el modelo de gestión penitenciaria ante la deficiente administración penitenciaria en tratamiento a cargo del INPE?
- c. ¿De qué manera incidirá el modelo de gestión penitenciaria ante la deficiente administración penitenciaria en salud a cargo del INPE?

Objetivos de la investigación

Objetivo general:

Diseñar un nuevo “modelo de gestión penitenciaria” que posibilite la reinserción a la sociedad de las “personas privadas de la libertad”, alcanzando los resultados esperados que no se consiguieron con el modelo anterior.

Objetivos específicos:

- a. Diseñar un nuevo “modelo de gestión penitenciaria” que posibilite la reinserción a la sociedad de las “personas privadas de la libertad”, alcanzando los resultados esperados que no se consiguieron con el modelo anterior en seguridad penitenciaria.
- b. Diseñar un nuevo “modelo de gestión penitenciaria” que posibilite la reinserción a la sociedad de las “personas privadas de la libertad”, alcanzando los resultados esperados que no se consiguieron con el modelo anterior en tratamiento penitenciario.
- c. Diseñar un nuevo “modelo de gestión penitenciaria” que posibilite la reinserción a la sociedad de las “personas privadas de la libertad”, alcanzando los resultados esperados que no se consiguieron con el modelo anterior en salud penitenciaria.

Importancia de la investigación

El presente trabajo facilitara la “elaboración” de un nuevo “Modelo de Gestión Penitenciaria” que permita obtener los resultados esperados en seguridad, tratamiento y salud penitenciaria, lo que ningún trabajo de investigación previo, en el ámbito local ha abordado anteriormente, dado que todos los trabajos anteriores se centraban principal y únicamente en la seguridad penitenciaria, sin mayor o

ningún “énfasis” en “el tratamiento” y “la salud” de las “personas privadas de la libertad”.

Desde el punto de vista social, este trabajo de investigación permitirá el mejoramiento efectivo de las “políticas públicas” de “seguridad penitenciaria”, “tratamiento penitenciario” y “salud penitenciaria”, ayudando a disminuir las “tasas de reincidencia” de los internos; lo que contribuirá a mejorar los niveles de seguridad de la comunidad y de este modo a mejorar el bienestar de la población. La presente investigación permitirá exhortar y encaminar la política pública de Seguridad, Salud y Tratamiento Penitenciario a objetivos que estén alineadas al presupuesto del INPE, buscando en todo momento la optimización de los costos. Los Costos se minimizan en la gestión administrativa de la Seguridad, Salud y Tratamiento Penitenciario, al diseñar e implementar un modelo de arquitectura sumamente efectiva en la optimización de las Áreas Estratégicas del INPE.

Limitaciones del estudio, Límites de espacio y tiempo:

El presente trabajo de investigación, se realizó única y exclusivamente para las Cárceles (Establecimientos Penitenciarios Intramuros) que están bajo la competencia del INPE, tomando la información estadística desde el mes de enero del 2009 al mes de diciembre del 2018.

Limites teóricos:

El presente trabajo se desarrolló en los límites de las teorías de Bentham, iniciadas a mediados del Siglo XIX, y su modelo panóptico, cuyas teorías fueron ampliadas posteriormente por Michel Foucault a finales del Siglo XX. Si bien existen otras teorías de modelos penitenciarios anteriores al de Bentham, no se considerarán para la presente investigación, dado que la aplicación de esos modelos no ha logrado alcanzar los resultados esperados en los países latinoamericanos, con

realidad similar a la del Perú, por lo que han sido casi en su totalidad modificados o reemplazado.

En el “Capítulo I” se presentó el “marco teórico”, revisando las “investigaciones previas” sobre sistemas penitenciarios, con especial énfasis en los “sistemas penitenciarios” de los países de Latinoamérica, que son los más cercanos a la realidad socio cultural y económica del Perú. Este capítulo adicionalmente contiene el modelo teórico propio, que se construye en base a los modelos penitenciarios Panóptico de Jeremy Bentham, Modelo Auburniano, el Modelo de Prisión Abierta, realizándose un recuento histórico de los principales modelos penitenciarios que influyen en nuestro modelo propuesto; terminando el capítulo de “marco teórico” con la “definición de los términos básicos”.

En el Capítulo II, se presentó la formulación de la **hipótesis principal**: **“El nuevo modelo de gestión penitenciaria posibilitará la reinserción de las personas privadas de la libertad a la sociedad, alcanzándose los resultados esperados que no se consiguieron con el modelo anterior”**, así como las **hipótesis derivadas**:

- a. El nuevo “modelo de gestión penitenciaria” posibilitará la reinserción de las “personas privadas de la libertad” a la sociedad, alcanzándose los resultados esperados en seguridad penitenciaria que no se consiguieron con el modelo anterior.
- b. El nuevo “modelo de gestión penitenciaria” posibilitará la reinserción de las “personas privadas de la libertad” a la sociedad, alcanzándose los resultados esperados en tratamiento penitenciario que no se consiguieron con el modelo anterior.

- c. El nuevo “modelo de gestión penitenciaria” posibilitará la reinserción de las “personas privadas de la libertad” a la sociedad, alcanzándose los resultados esperados en salud penitenciaria que no se consiguieron con el modelo anterior.

Pasando luego a formularse las variables a considerarse en el nuevo modelo de gestión penitenciaria, así como la operacionalización de las variables. Finalmente se formuló y detalló la propuesta del nuevo Modelo de Gestión Penitenciaria propuesto para Perú.

En el Capítulo III se presentó el “diseño metodológico”: la presente tesis siguió un diseño cualitativo de investigación proyectiva, dado que se persiguió la elaboración de un modelo como propuesta de solución al problema de investigación; así mismo, se partió de un diagnóstico de las necesidades, los procesos involucrados, las tendencias futuras y las relaciones entre los principales actores que influyen directamente en el problema de investigación; continuando con el “diseño muestral”, las “técnicas de recolección de datos” y las “técnicas estadísticas” con la que se procesó la información que se recolectó mediante el instrumento, terminando con los “aspectos éticos”.

En el Capítulo IV se presentaron los “resultados estadísticos” que se recolectaron con el instrumento y que se procesaron para presentar la evidencia empírica que respaldó nuestro nuevo modelo de Gestión Penitenciaria para Perú, dado que se realizó un estudio de percepción a los funcionarios públicos directamente involucrados con la gestión penitenciaria, lo cual permitió conocer sus actitudes, intereses y el nivel de conocimiento respecto al modelo propuesto.

En el Capítulo V se presentó la “Discusión de los resultados estadísticos” mostrados en el capítulo anterior, utilizando el marco teórico para contrastar la prueba

empírica, poniendo a prueba la propuesta de nuevo “modelo de Gestión Penitenciaria” para Perú. En el capítulo VI se presenta una aproximación de lineamientos para facilitar la futura implementación del modelo. Finalmente, se concluye con los Capítulos VII y VIII, en los que se presentaron las Conclusiones y Recomendaciones respectivamente.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de la Investigación

El Sistema Penitenciario, ha acompañado a la humanidad desde los orígenes del estado mismo, como así lo demuestra su definición (BENTHAM, 1979): "La organización creada por el Estado para la ejecución de las sanciones, penas o medidas de seguridad, que implican privación o restricción de la libertad individual como condición, sin la cual no es posible su efectividad" (p. 54).

Como punto de partida de la presente investigación, se definió el problema y a continuación el propósito, centrándose en las preguntas de investigación, la justificación y la viabilidad. Como parte del desarrollo del marco teórico se realizó una revisión de todas las investigaciones previas relacionadas directamente e indirectamente con los establecimientos penitenciarios en el Perú, el modelo penitenciario vigente y sus principales actores, buscando entender las causas de las deficiencias que han llevado a la crisis actual en seguridad penitenciaria, tratamiento penitenciario y salud penitenciaria, que se incorporan al modelo propuesto, pasando a desarrollarse a continuación.

Los usuarios de los servicios del "Sistema Penitenciario" en Perú ("las personas privadas de la libertad") se han incrementado sustancialmente llegando prácticamente a duplicar su número en los últimos siete años, por hechos como los

siguientes que se menciona en las estadísticas publicadas por el INPE (INPE, 2009-2018): “ampliación de las conductas punibles, tendencia a elevar las penas privativas, recortes de beneficios penitenciarios, mayor proclividad de los jueces a dictar prisión preventiva”.

A nivel mundial, se tiene que el tratamiento de la “población carcelaria”, inicialmente se enfocó más como un problema de seguridad y resguardo (limitándose a confinarlos), y no se enfocó como un tema social. El que hacer con la “población carcelaria” ha estado presente en las agendas de muchos gobiernos a nivel internacional, y es un tema de especial interés para los gobernantes regionales y locales, dado que influye directamente en la “Seguridad Ciudadana”. Si bien en el Perú, no existen trabajos previos sobre el diseño de un nuevo Modelo Penitenciario Integral, con énfasis en la seguridad, tratamiento y salud penitenciaria, si tenemos una variada literatura sobre la gestión de seguridad, tratamiento y salud penitenciaria en otros países, dado que contar con un Modelo Penitenciario adecuado y eficiente, que es una tangible necesidad social y económica para los países “desarrollados” y en “vías de desarrollo”.

Respecto a la investigación en otros países sobre el modelo de gestión penitenciario, tenemos los casos de España, Inglaterra y Estados Unidos, en los que se ha dado una amplia investigación sobre las deficiencias y limitaciones, que “el hacinamiento” en los establecimientos penitenciarios, generan en la gestión de Seguridad, Salud y Tratamiento penitenciario.

En el caso de Latinoamérica, hay una gran preocupación por mejorar los modelos de gestión penitenciaria, en especial tenemos los casos de países como “México”, “Chile”, “Colombia”, “Argentina” y “Brasil”, en los que se ha dado una amplia investigación sobre la gestión de seguridad, tratamiento y salud penitenciaria

En el caso de nuestro país, si bien no se tienen estudios previos sobre un modelo penitenciario con énfasis en los resultados en la gestión de seguridad, tratamiento y salud penitenciaria, si se cuenta con una normativa, que está plasmada en el “Código de Ejecución Penal (DECRETO LEGISLATIVO N° 654, 1991)”, y sus modificatorias; en el cual se establece que las “personas privadas de la libertad” deben recibir un adecuada gestión de seguridad, una adecuada gestión de salud y un “apropiado” tratamiento penitenciario, que garantice su evaluación permanente, rehabilitación y resocialización a la sociedad, pero lamentablemente, como lo hemos apreciado en las estadísticas publicada por el INPE (INPE, 2009-2018), ante la falta del “modelo de gestión penitenciaria” que permita la implementación de las “políticas públicas” adecuadas, los resultados obtenidos no han sido satisfactorios.

Respecto a los estudios más recientes sobre modelo de gestión penitenciaria con énfasis en seguridad, tratamiento y salud, tenemos los siguientes:

1.1.1 GESPyDH y OAJ, (2012), “Seminario de estudios comparados sobre las estrategias del gobierno de la cárcel neoliberal en Argentina y en Francia”.

Este documento brinda un abanico de diversos planteamientos sobre un adecuado modelo penitenciario. A partir del cual se desarrolla un análisis y críticas sobre los

actuales modelos de gestión penitenciaria en Francia y en Argentina; aportando valiosa y detallada información estadística para la comparación de ambos modelos.

“La administración penitenciaria garantiza a toda persona presa el respeto de su dignidad y sus derechos. El ejercicio de los mismos no puede ser objeto de más restricciones que aquellas resultantes de las constricciones inherentes a la situación de reclusión, del mantenimiento de la seguridad y el buen orden de los establecimientos penitenciarios, de la prevención de la reincidencia y de la protección del interés de las víctimas. Estas restricciones tienen en cuenta la edad, el estado de salud, las discapacidades y la personalidad de la persona presa”

(GESPyDH y OAJ, 2012) (p. 31).

Se resalta la importancia del trabajo para la población penitenciaria, no solo como un derecho (como en el caso del “modelo penitenciario” vigente en Perú) sino como un deber, dado que se considera el trabajo una parte importante del tratamiento penitenciario para la recuperación, rehabilitación y resocialización de los internos.

Aportes del estudio respecto a la "Seguridad Penitenciaria":

Este estudio aporta interesante información sobre la variable “Seguridad Penitenciaria” en el modelo francés, que fue es uno de los referentes en la privatización de los servicios carcelarios: (GESPyDH y OAJ, 2012): “Corresponde en Francia la elucidación de las implicancias de la tercerización del gobierno carcelario, y la seguridad activa y la vigilancia electrónica como aspectos novedosos dentro de las estrategias de gobierno” (p. 5). Hay una fuerte influencia

del modelo panóptico de Jeremy Bentham, que se centra en la seguridad y vigilancia omnipresente de la población penitenciaria.

Así mismo, se señala que la “seguridad penitenciaria” se reduce a la parte perimetral, desvirtuándose el real significado, dado que no garantiza la seguridad de la población penitenciaria: (GESPyDH y OAJ, 2012): “En el encierro la seguridad se constituye en una herramienta de gobierno al servicio del orden interno de la cárcel y en la que poco importa la integridad física de los detenidos en términos de seguridad (cientos de casos registrados en los que el personal penitenciario abre las puertas de pabellones de poblaciones con conflicto produciéndose enfrentamientos violentos, los malos tratos físicos y torturas ejercidos por el propio personal penitenciario, el aumento de los suicidios etc.)” (p. 18). El modelo descrito es el modelo panóptico, en el que la población penitenciaria está confinada a un espacio físico por el tiempo que el órgano de justicia determine para cada caso particular.

Este estudio, apoya a nuestra investigación, dado que sostiene que la “seguridad penitenciaria” no debe limitarse a la seguridad perimetral de las prisiones, ni al aislamiento, sino que debe garantizar su “integridad” tanto física como mental: (GESPyDH y OAJ, 2012): “Las nuevas prisiones revelan hoy un fortalecimiento de la seguridad pasiva de los establecimientos (muros, observatorios, controles a distancia), a expensas de una seguridad denominada « activa ». Señalando que: «más vale vivir con cucarachas que sin relaciones sociales»” (p. 29). La función de las prisiones no puede limitarse solo a confirmar a los internos, sino que debe generar las oportunidades para su recuperación, rehabilitación y resocialización.

La integridad de la población penitenciaria para el caso de Francia, está sustentado en la ley penitenciaria francesa:

“El artículo 22 de la ley penitenciaria de Francia, que dice así: La administración penitenciaria garantiza a toda persona presa el respeto de su dignidad y sus derechos. El ejercicio de los mismos no puede ser objeto de más restricciones que aquellas resultantes de las constricciones inherentes a la situación de reclusión, del mantenimiento de la seguridad y el buen orden de los establecimientos penitenciarios, de la prevención de la reincidencia y de la protección del interés de las víctimas. Estas restricciones tienen en cuenta la edad, el estado de salud, las discapacidades y la personalidad de la persona presa”

(GESPyDH y OAJ, 2012) (p. 31)

En el modelo francés esta la clara influencia del modelo de Clasificación, o también denominado modelo belga, que como señala el estudio, clasifica a la población penitenciaria según distintas variables, como pueden ser edad, sexo, grado de la condena, etc.; lo que se busca con esta clasificación es generar los espacios para un efectivo tratamiento penitenciario.

La convivencia entre los encargados de la “seguridad penitenciaria” y la población penitenciaria es un delicado equilibrio, fundamental para la adecuada gobernabilidad, como lo señala claramente:

“La conflictividad comienza a ser evaluada en términos de enfrentamiento, de agentes que tienen un papel activo de liderazgo y deben ser incapacitados, se está reflexionando sobre las redes en que se sostienen los

movimientos de protesta y en los modos de desarticularlas, en el manejo diferencial de grupos, en definitiva, en la gestión de poblaciones en términos de seguridad y no de tratamiento. ***Esta racionalidad de la seguridad penitenciaria se encontraba ante el desafío de la gestión masiva de poblaciones encarceladas, lo que les imponía una restructuración que permitiera fraccionar estas poblaciones, diferenciarlas e incomunicarlas.***

(GESPyDH y OAJ, 2012) (p. 119)

Los muros se constituyen en la principal herramienta para la demarcación especial a fin de garantizar el orden y la gobernabilidad: (GESPyDH y OAJ, 2012): “conservación del orden y la seguridad a través de la demarcación espacial, el cercenamiento de la acción y la construcción de obediencia intramuros” (p. 41).

La política carcelaria en Francia, como lo muestra el estudio, priorizo el “confinamiento” de la población penitenciaria, se desvirtuó totalmente el objetivo de la seguridad “penitenciaria”, limitándose a contener y prácticamente “almacenar” a las personas privadas de su libertad: (GESPyDH y OAJ, 2012): Como lo señala el equipo de “CIMADE” respecto del nuevo “megacentro” en “Mesnil Amelot”, que se apertura en el 2010, apenas a un kilómetro del establecimiento predecesor: «...en este nuevo centro solo parece importar la seguridad al servicio de los cuerpos: puertas giratorias individuales, intercomunicadores con cámaras, detectores de movimientos, doble enrejado de alambrado con púas, imposibilidad de libre circulación ni comunicación entre el personal detenido y los intervinientes civiles...» (p. 139). La situación descrita por el estudio es la realidad de nuestro modelo penitenciario vigente, que solo busca el confinamiento y almacenamiento de la

población penitenciaria, no asegura que se brinden los servicios de seguridad, tratamiento y salud penitenciaria.

El estudio nos muestra, como el modelo francés, al igual que muchos en Latinoamérica (como por ejemplo Colombia y México), adolecen del problema de desvirtuar la “seguridad penitenciaria”, desenfocando la seguridad e integridad de la población penitenciaria, hacia un confinamiento, orientando un porcentaje significativo de su presupuesto a la seguridad perimetral de las prisiones y no a sus ocupantes:

“El auge de las medidas de seguridad y la generalización progresiva, en las diferentes etapas del proceso penal y penitenciario, de las evaluaciones de los riesgos y peligrosidad de las personas presas, están poniendo a prueba la independencia del sistema de salud en las prisiones. En Francia, en efecto, quienes se ocupan del conjunto de los cuidados psiquiátricos y físicos no son agentes de la administración penitenciaria, sino médicos y equipos de salud del sistema hospitalario público y del ámbito psiquiátrico. Esta entrada del sistema de salud en prisión data de 1986 [mil novecientos ochenta y seis] en el caso de la salud mental y de 1994 [mil novecientos noventa y cuatro] en el de los cuidados físicos. La atención a la salud se rige normalmente por la exigencia del secreto médico. El estatuto del personal sanitario (médicos, enfermeros, psiquiatras) debe garantizar la autonomía de su trabajo respecto de la institución penitenciaria. Aunque imperfecta, esta reforma constituyó, no obstante, uno de los acontecimientos más relevantes del proceso de apertura al exterior de la institución en estos últimos treinta años”

(GESPyDH y OAJ, 2012) (p. 27).

Los últimos diez años de nuestro sistema penitenciario, no han logrado la reforma que se logró en otros modelos como el francés, descrito en el estudio, solo se ha logrado incrementar la capacidad de “hospedaje” de los “establecimientos penitenciarios intramuros”, pero sin lograr superar la sobrepoblación, ni mejorar los servicios para la población de internos.

El estudio de la GESPyDH, respaldada nuestra investigación, dado que muestra la relevancia de la clasificación y caracterización de la población penitenciaria para optimizar la “Seguridad Penitenciaria”, el “Tratamiento Penitenciario” y la “Salud Penitenciaria”: (GESPyDH y OAJ, 2012): “El artículo 89 de esta misma ley: El reparto de los condenados en las prisiones establecidas para el cumplimiento de condenas se efectúa teniendo en cuenta su categoría penal, edad, estado de salud y personalidad. Su régimen de reclusión se determina teniendo en cuenta su personalidad, su salud, su peligrosidad y sus esfuerzos en materia de reinserción social. El internamiento de una persona presa bajo un régimen de reclusión más severo no se puede hacer en detrimento de los derechos apuntados en el artículo 22 de la ley penitenciaria 2009-1436 de 24 de noviembre de 2009” (p. 31). La privación de la libertad de los internos en los establecimientos penitenciarios, por su confinamiento ordenado por la autoridad competente, solo priva al interno de su libertad, pero no lo priva de sus demás derechos, sin embargo, la condición de los establecimientos penitenciarios vulnera “derechos fundamentales” como el “derecho a la vida “y el “derecho a la salud”.

Aportes del estudio respecto al “Tratamiento Penitenciario”:

Lamentablemente, como lo muestra este estudio, y como también ocurre actualmente en el modelo penitenciario de Perú, la cárcel oriente todos sus esfuerzos en el confinamiento de la población penitenciaria, se dan muy pocas políticas públicas (o prácticamente ninguna) que priorice el “tratamiento penitenciario” o la “salud penitenciaria” de la población penitenciaria, todo el sistema se orienta como único fin a la privación de la libertad, sin priorizar o si quiera contemplar el “tratamiento penitenciario” que permita la recuperación, resocialización y reinserción social de la población penitenciaria:

“A lo largo de este artículo queda demostrado que la privación de la libertad no está en extinción, sino que goza de buena salud. Vitoreada por algunos sectores como el santo remedio contra la inseguridad; concebida por otros como el único antídoto para paliar la peligrosidad de los jóvenes; asimilada a la mejor estrategia de neutralización de la población socialmente vulnerable; tan bendecida por algunos románticos de las ideologías resocializadora como desmentida en su función de prevención especial; tan inútil en su afán de prevenir la reincidencia como funcional a un sistema de exclusión y realización de la exclusión social; lo cierto es que la privación de la libertad no es sino una vía regia en la vulneración de derechos, y el núcleo duro de la privación de la libertad reenvía invariablemente a las constantes de malos tratos, restricciones de todo tipo, falta de acceso a la salud, a la educación, a la recreación y a los programas de rehabilitación efectiva. La justicia retributiva, así como las medidas alternativas a la privación de la libertad, siguen siendo una excepción”

(GESPyDH y OAJ, 2012) (p. 83).

El modelo de confinamiento, que inicio con el modelo de Panóptico, y que en América evoluciono al modelo Filadélfico, en los países de Sudamérica se ha queda estancado en estos dos modelos, sin evolucionar a modelos que permitan una adecuada seguridad, tratamiento y salud penitenciaria.

Aportes del estudio respecto a la "Salud Penitenciaria":

Respecto a la "Salud Penitenciaria", el estudio de GESPyDH, ha encontrado que aun en la prisiones de un país del primer mundo como Francia, adolecen del mismo problema que en las prisiones de países latinoamericanos como Colombia, México y Perú, si bien son realidades e idiosincrasias distintas, en todos los casos el personal penitenciario responsable de la salud de la población penitenciaria no puede darse abasto, y/o no cuenta con los recursos necesarios para poder velar a cabalidad de la salud de la población penitenciaria: (GESPyDH y OAJ, 2012): «...Personal médico y de enfermería Con respecto al personal de salud, es notable la falta de presencia de personal médico abocado a la atención primaria y clínica, aquí un nuevo eufemismo encubre la precariedad: al ser consultadas las autoridades aducen que tienen, guardia pasiva, de médicos, ello significa que los médicos asisten sólo 1 o 2 veces por semana por 1 o 2 horas como máximo, por lo cual cuando pasa algo, hay una urgencia relevante, se los llama telefónicamente...» (p. 113). La "población penitenciaria" adolece en la mayor parte de los países, en especial en Latinoamérica de un olvido por parte de la sociedad, las sociedades más modernas garantizan que no se les prive de derechos esenciales como el "derecho a la seguridad", "derecho a la salud" y "derecho la educación".

Adicionalmente, en lo que respecta a “Tratamiento Penitenciario”, se tiene que: (GESPyDH y OAJ, 2012): «...instituciones sociales dedicadas a la ejecución de las penas, de sus velos ideológicos y apariencias jurídicas y describirlas en sus relaciones reales, la pena como tal no existe; existen solamente sistemas punitivos concretos y prácticas determinadas para el tratamiento de los criminales...» (p. 178). Los nuevos modelos penitenciarios se están enfocando en la seguridad penitenciaria, el tratamiento penitenciario y la salud penitenciaria, como servicios fundamentales para la resocialización y recuperación de esa población.

El estudio de GESPyDH, cuestiona si el fin es únicamente el confinamiento de la población penitenciaria o si el sistema efectivamente busca propiciar la recuperación, resocialización y reinserción a través del Tratamiento penitenciario”: (GESPyDH y OAJ, 2012): «...Las instituciones penitenciarias, lamentablemente siguen optando de manera preferente por el confinamiento como un castigo útil como opción a un tratamiento penitenciario, ¿En el siglo XXI es aún relevante y vigente una alternativa del siglo XIX?...» (p. 105). La finalidad del modelo penitenciario no puede ni deber ser “punitivo”, el cumplimiento un castigo que “priva de la libertad” no debe ser la finalidad del “modelo penitenciario”, sino el medio para lograr una rehabilitación y reinserción de los internos.

Señala además, respecto al “Tratamiento penitenciario” de la población penitenciaria que: (GESPyDH y OAJ, 2012): «...El proyecto rehabilitador, devenido luego en resocializador, en el presente encontrará en la reinserción y la inclusión social el sentido de la aplicación de un tratamiento que hace dos siglos pretendía curar-correr y que en nuestros días propone e impone a los jóvenes la

incorporación de conductas deseables en el marco de la convivencia socio-institucional, en el marco de la paradoja en la que el encierro no es un castigo sino una oportunidad, se instrumenta una reconversión simulada en correspondencia con propuestas tratamentales devaluadas, discontinuas e irregulares, a continuación, se caracterizó brevemente, valiéndonos de los indicadores contruidos en el marco de nuestra investigación, las principales dimensiones de la ficción tratamental, atendiendo a las cuestiones vinculadas a la educación, al trabajo, a la formación, a la recreación y a la vinculación familiar y social, todas ellas se subsumen discursivamente al tratamiento cuando, en lo concreto, sirven al gobierno intramuros...» (p. 106). El estudio señala que el “tratamiento penitenciario” no es un derecho sino un deber para la “población penitenciaria”, el fin principal de las cárceles ya no puede ser el confinamiento, el fin principal es la resocialización.

Gracias a este estudio, se contó con información detallada de las variables que miden la gestión carcelaria, ayudándonos en el análisis para determinar el modelo de gestión penitenciaria (acorde a cada realidad), que cumpla con las metas de recuperación, resocialización y reinserción de las personas privadas de la libertad.

1.1.2 JUANCHE, A., & PALUMMO, J. M. (2012). “Hacia una política de Estado en privación de libertad”.

Este estudio nos presenta una propuesta de reforma del modelo de gestión penitenciario de Uruguay; aportando nuevas variables al cada vez más creciente debate de la eficacia de las cárceles latinoamericanas: (JUANCHE, 2012): «...los Centros que no tienen una propuesta socioeducativa seria y efectiva y en los que las prácticas cotidianas se centran en el sometimiento y el castigo, bajo la excusa

de la seguridad (más de 20 horas de encierro en celda) provocan procesos de deterioro incompatibles con la dignidad humana y contrario a los objetivos de la medida judicial de promover responsabilización por el daño causado a un tercero y ampliar y robustecer los vínculos sociales y familiares...» (p. 14). Así mismo el estudio señala: (JUANCHE, 2012): «...El criterio de la seguridad como bien primordial, estructura la dinámica cotidiana desde una lógica perversa en la cual cualquier circulación de las personas fuera de la celda es un elemento de distorsión...» (p. 86). La experiencia del modelo de Uruguay, presenta valiosa información para una reforma que deje de lado un modelo de simple confinamiento de los internos (Panóptico y Filadélfico), y que trata de llegar a un modelo que permita realmente recuperar para la sociedad a esa población penitenciaria (Modelo de Pre-Libertad y Modelo Abierto).

Aportes del estudio respecto a la "Seguridad Penitenciaria":

Sobre la "Seguridad penitenciaria", el estudio de Juanche aporta las consideraciones necesarias para que las cárceles no sean simplemente un almacén de las personas indeseables de la sociedad, "almacenamiento" que termina agravando la situación de la población penitenciaria, y agravando las tasas de reincidencia y reingreso:

«...hacemos énfasis en que la seguridad es tan solo uno de los aspectos a tomar en cuenta a la hora de tal evaluación, de donde se desprende que, cualquier modelo centrado en ella como eje vertebrador no podrá sino desarrollar una infraestructura deficiente desde la perspectiva de los derechos humanos, de ahí en más, todos los efectos colaterales, derivados del encierro compulsivo (deterioro natural y/u ocasionado de los edificios y

sus servicios conexos –saneamiento, electricidad, agua potable, sanitaria, entre otros-) vendrán a agravar una situación que de origen ya es inaceptable...»

(JUANCHE, 2012) (p. 72)

Señalando además que: (JUANCHE, 2012): «...**el criterio de la seguridad como bien primordial estructura la dinámica cotidiana desde una lógica perversa en la cual cualquier circulación de las personas fuera de la celda es un elemento de distorsión...**» (p. 86). En el modelo panóptico, el confinamiento y el control absoluto (omnisciente) de la población penitenciaria genera efectos adversos en los internos, de ninguna manera contribuye a su resocialización.

El estudio señala, que la reforma que se impulsó en Uruguay, tomo en cuenta la experiencia internacional, orientando a que el tamaño de las cárceles sea reducido a fin de ayudar a una mejora de los servicios, buscando humanizar la estadía de la población penitenciaria, y que en lo posible el único derecho privado sea el de la libertad, manteniéndose el ejercicio de sus otros derechos civiles:

“Las experiencias de modernización y humanización del sistema penitenciario en otros países han implementado la construcción de establecimientos de baja densidad demográfica, con un máximo de 300 plazas, alojamientos individuales o hasta un máximo de 4 personas en una superficie adecuada, con un máximo de 50 celdas sin rejas y un diseño armonizado con la perspectiva de derechos humanos. Estos establecimientos incorporan la noción de campus, generalmente alejados de los núcleos urbanos; están libres de muros perimetrales que lo aíslen, para lo cual están dotados de cercos transparentes a la vez que la gestión de la

seguridad se desarrolla desde una perspectiva dinámica; integran espacios verdes, salones multiuso, capillas, aulas, bibliotecas, talleres y en el caso de los establecimientos para mujeres con hijos, también espacios destinados al desarrollo saludable de los niños y las niñas”

(JUANCHE, 2012) (p. 87)

La experiencia en Uruguay, considero un uso adecuado del espacio físico de los establecimientos penitenciarios, siempre enfocado en el fin de recuperación y resocialización de los internos, concluyendo que el tamaño ideal no debería superar la capacidad de albergue de 300 internos, nuestro modelo vigente en Perú va por el camino contrario y ha priorizado cárceles de 1,200 internos o más.

Así mismo, se buscó incluso la libertad de práctica religiosa dentro de los recintos carcelarios: (JUANCHE, 2012): “En los lugares de privación de libertad se reconocerá la diversidad y la pluralidad religiosa y espiritual, y se respetarán los límites estrictamente necesarios para respetar los derechos de los demás o para proteger la salud o la moral públicas, y para preservar el orden público, la seguridad y la disciplina interna, así como los demás límites permitidos en las leyes y en el derecho internacional de los derechos humanos” (p. 156). El modelo de Uruguay considero variables sociales como la libertad de la práctica religiosa de los internos, “que es un derecho inalienable y fundamental del ser humano”, y que aun estando bajo confinamiento no tiene por qué privársele de ese derecho.

Respecto a las medidas de “Seguridad penitenciaria”, el estudio sugiere que se contemple lo siguiente: (JUANCHE, 2012): “[..]1) En los establecimientos penitenciarios se tomarán las mismas precauciones prescritas para proteger la

seguridad y la salud de los trabajadores libres. 2) Se tomarán disposiciones para indemnizar a los reclusos por los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, en condiciones similares a las que la ley dispone para los trabajadores libres” (p. 165). La seguridad penitenciaria la aplica a todo nivel, considerando tanto a la población penitenciaria como a los trabajadores del sistema penitenciario. Así mismo. El estudio es concluyente respecto a la “Seguridad penitenciaria”, que su buena gestión facilitar un adecuado desarrollo del “Tratamiento penitenciario”: (JUANCHE, 2012): “El trabajo en el ámbito penitenciario cumple un rol esencial en el desarrollo eficaz de la seguridad dinámica, toda vez que las personas que ocupan su tiempo en forma productiva y voluntaria son proclives al mantenimiento de un determinado orden con importantes niveles de autorregulación, lo cual permite prescindir de recursos humanos y físicos para el control pasivo” (p. 166). El modelo que aplico Uruguay toma el trabajo de los internos, como principal instrumento de tratamiento para garantizar el orden de los establecimientos penitenciarios.

Aportes del estudio respecto al "Tratamiento Penitenciario":

Respecto al “Tratamiento penitenciario” se tiene que el estudio de Juanche, señala lo siguiente:

«...A nivel internacional, las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, de las Naciones Unidas, advierten en sus principios rectores 57 a 59 que, la prisión y las demás medidas cuyo efecto es separar a un delincuente del mundo exterior son aflictivas por el hecho mismo de que despojan al individuo de su derecho a disponer de su persona al privarle de su libertad, por lo tanto, a reserva de las medidas de separación justificadas

o del mantenimiento de la disciplina, el sistema penitenciario no debe agravar los sufrimientos inherentes a tal situación, que el fin y la justificación de las penas y medidas privativas de libertad son, en definitiva, proteger a la sociedad contra el crimen, sólo se alcanzará este fin si se aprovecha el período de privación de libertad para lograr, en lo posible, que el delincuente una vez liberado no solamente quiera respetar la ley y proveer a sus necesidades, sino también que sea capaz de hacerlo, y que para lograr este propósito, el régimen penitenciario debe emplear, tratando de aplicarlos conforme a las necesidades del tratamiento individual de los delincuentes, todos los medios curativos, educativos, morales, espirituales y de otra naturaleza, y todas las formas de asistencia de que puede disponer...»

(JUANCHE, 2012) (p. 11)

Se tiene nuevamente que este estudio respalda la idea de que la finalidad de los establecimientos penitenciarios debe dejar de ser un espacio que solo busque el confinamiento de los internos (modelo Panóptico y Filadélfico), su finalidad principal es el tratamiento penitenciario para “lograr la reinserción en la sociedad” (Modelo de Pre-Libertad y Modelo Abierto).

El estudio recomienda, que para un “Tratamiento penitenciario” exitoso, se considere las siguientes medidas: (JUANCHE, 2012): “Entre las medidas planificadas figuraban la realización de un censo nacional de la población privada de libertad y la constitución de comisiones asesoras para: la infraestructura carcelaria y la definición de un plan de obras de refacción, reciclaje y construcción de futuros establecimientos; la atención de salud, las posibles soluciones a las urgencias sanitarias; el trabajo penitenciario, su carácter formativo y de creador de

destrezas y hábitos laborales; la educación, la implementación de programas de enseñanza primaria y secundaria así como la viabilidad de la técnica y terciaria; el tratamiento, para efectivizar el régimen progresivo en procura de la rehabilitación” (p. 17). Así mismo, considera fundamental que el “Tratamiento penitenciario” tenga la educación y capacitación de la población penitenciaria como eje principal para la recuperación, resocialización y reinserción: (JUANCHE, 2012): «...Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, de las Naciones Unidas establecen que: 77-1, se tomarán disposiciones para mejorar la instrucción de todos los reclusos capaces de aprovecharla, incluso la instrucción religiosa en los países en que esto sea posible, la instrucción de los analfabetos y la de los reclusos jóvenes será obligatoria y la administración deberá prestarle particular atención, 2) La instrucción de los reclusos deberá coordinarse, en cuanto sea posible, con el sistema de instrucción pública a fin de que al ser puesto en libertad puedan continuar sin dificultad su preparación...» (p. 148). La adecuada educación que se le brinde a la población penitenciaria, permitirá que puedan obtener nuevos conocimientos que podrán aplicar a nuevas actividades productivas, facilitando su “futura reinserción en la sociedad”: (JUANCHE, 2012): «... las “Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos de las Naciones Unidas establecen: 65, el tratamiento de los condenados a una pena o medida privativa de libertad debe tener por objeto, en tanto que la duración de la condena lo permita, inculcarles la voluntad de vivir conforme a la ley, mantenerse con el producto de su trabajo, y crear en ellos la aptitud para hacerlo, dicho tratamiento estará encaminado a fomentar en ellos el respeto de sí mismos y desarrollar el sentido de responsabilidad...» (p. 164).

El estudio propone un tema fundamental para el logro del objetivo de disminuir las tasas de reincidencia y reingreso de la población penitenciaria, lo cual consiste a que el tratamiento, no se termina en la cárcel, sino que el mismo se prolonga a los medios libres, a fin de asegurar un acompañamiento para la reinserción en la sociedad: (JUANCHE, 2012): «...Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos determinan que, se velará particularmente por el mantenimiento y el mejoramiento de las relaciones entre el recluso y su familia, cuando éstas sean convenientes para ambas partes, se tendrá debidamente en cuenta, desde el principio del cumplimiento de la condena, el porvenir del recluso después de su liberación, deberá alentarse al recluso para que mantenga o establezca relaciones con personas u organismos externos que puedan favorecer los intereses de su familia, así como su propia readaptación social...» (p. 173).

Aportes del estudio respecto a la "Salud Penitenciaria":

Respecto a la "Salud penitenciaria", se tiene que el estudio señala lo siguiente:

“Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos disponen: 1) Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos. Los servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación. Deberán comprender un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, si fuere necesario, para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales. 2) Se dispondrá el traslado de los enfermos cuyo estado requiera cuidados especiales, a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento disponga de servicios internos de hospital,

éstos estarán provistos del material, del instrumental y de los productos farmacéuticos necesario para proporcionar a los reclusos enfermos los cuidados y el tratamiento adecuados. Además, el personal deberá poseer suficiente preparación profesional. 3) Todo recluso debe poder utilizar los servicios de un dentista calificado”

(JUANCHE, 2012) (p. 113)

Así mismo, se tiene que, resalta el papel del personal responsable de la salud de la población penitenciaria: (JUANCHE, 2012): “[...]1) El médico deberá velar por la salud física y mental de los reclusos. Deberá visitar diariamente a todos los reclusos enfermos, a todos los que se quejen de estar enfermos y a todos aquellos sobre los cuales se llame su atención. 2) El médico presentará un informe al director cada vez que estime que la salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser afectada por la prolongación, o por una modalidad cualquiera de la reclusión” (p. 133). Señalando además que: (JUANCHE, 2012): “Todos los centros de detención deben garantizar que todo menor disponga de una alimentación adecuadamente preparada y servida a las horas acostumbradas, en calidad y cantidad que satisfagan las normas de la dietética, la higiene y la salud y, en la medida de lo posible, las exigencias religiosas y culturales. Deberá disponer en todo momento de agua limpia y potable” (p. 264). La salud de los internos no se debe ser afectada por su confinamiento en los establecimientos penitenciarios, es una obligación del modelo penitenciario garantizar “la integridad” y “la salud” de los “internos”; sin embargo, en la realidad de los modelos penitenciarios de Latinoamérica, dentro de ellos el Perú, no se respeta este precepto, comprometiéndose la salud de la población penitenciaria.

El aporte fundamental de este estudio a nuestra investigación, es su propuesta de que el objetivo principal de un modelo de gestión penitenciaria deber ser participativo y creador de políticas públicas respetuosas de los derechos humanos, siempre dentro del marco normativo internacional.

1.1.3 BID (2013). “Evaluación del sistema concesionado versus el sistema tradicional en la reducción de la reincidencia delictual”.

Este estudio del BID, presenta un detallado análisis del modelo de gestión penitenciaria chileno, el cual, a diferencia de otros modelos de la región, fue el pionero en contemplar un “modelo mixto de provisión de servicios carcelarios”, en el cual conviven “cárceles operadas por el Estado” y “cárceles concesionadas operadas por privados”:

“Actualmente, en Chile opera un sistema penitenciario bajo un modelo mixto de provisión de servicios, en el que confluyen cárceles operadas por el Estado y concesionadas. A fin de evaluar el funcionamiento de estas últimas, se investigó acerca de su impacto en la reincidencia delictual; sin embargo, a partir de los resultados obtenidos no pudieron establecerse diferencias entre el pasó por una cárcel concesionada y una operada por el Estado. Asimismo, se detectaron una serie de nudos críticos en la implementación de la política en relación con la utilización del marco normativo de la Ley de Concesiones y con la provisión de oferta en reinserción social.

(BID, 2013) p. 1.

Las diversas maneras en que los privados participan en las cárceles: pueden construir la prisión y arrendarla al Estado, pueden construirla y administrarla, o bien, sólo participar en su administración. En este contexto, como se desprende de las

experiencias internacionales analizadas, el modelo de participación de los privados en los recintos penales se ha expandido a través de modelos de privatización completa o modelos mixtos; no obstante, cualquiera sea el modelo que se utilice, el Estado mantiene la responsabilidad relativa a la imposición del castigo a través de la fase del juzgamiento” (p. 2). El modelo penitenciario de Chile ha sido uno de los primeros en la región e incluir la “participación del sector privado”, se tiene la experiencia de los primeros “establecimientos penitenciarios intramuros” que están bajo la administración de un privado y no por el estado, buscando con este cambio no solo un mejor uso de los recursos del estado, sino obtener mejores resultados de resocialización de los internos.

El caso de Chile es único en la región, y con una antigüedad que permite tener datos iniciales de la efectividad de la privatización de la gestión penitenciaria en disminuir las tasas de reincidencia y reingreso de la población penitenciaria:

«...el primer programa, que ha sido el único desarrollado hasta la fecha, supuso la construcción de 10 nuevos recintos en las regiones de Tarapacá, Antofagasta, Coquimbo, Metropolitana (dos), Libertador Bernardo O'Higgins, Maule, Biobío, Los Ríos y Los Lagos, buscando aumentar en 16.000 plazas el sistema carcelario, considerando que cada recinto debía contar con una capacidad de entre 1.300 y 2.000 internos cada uno, para poner en marcha el programa de concesión, se optó por licitar mediante grupos, cada uno de los recintos con una cantidad determinadas de penales, hasta la fecha del presente documento, sólo siete recintos se encuentran en operación: los penales del Grupo 1 (Alto Hospicio, La Serena y Rancagua), Grupo 2 (Concepción) y Grupo 3 (Santiago I, Valdivia y Puerto Montt). El objetivo

declarado por la autoridad de la época consistió en, avanzar hacia un sistema más eficiente, capaz de otorgar garantías de seguridad a la ciudadanía, conciliadas con un real esfuerzo de rehabilitación para un importante porcentaje de la población penal y resguardando siempre los estándares internacionales de respeto a los derechos fundamentales de los internos...»

(BID, 2013) (p. 3).

Las características del modelo chileno son muy particulares respecto a otros sistemas penitenciarios que involucran a las empresas privadas, el cual se explica a continuación:

«...el modelo chileno, implica un sistema mixto de participación, tanto del Estado como de empresas privadas, para materializar este modelo de participación mixta, se optó por utilizar el marco normativo de la Ley de Concesiones, bajo el modelo diseñar, construir, operar, transferir (DBOT, por su sigla en inglés), que incluye el diseño, la construcción, el equipamiento y la operación, la prestación de los servicios definidos en las bases de licitación y la transferencia al Estado de las obras después del término del período de concesión, la que se extiende por un plazo máximo de 20 años. Por definición, al concesionario le corresponden las siguientes labores: diseño, construcción y financiamiento de la infraestructura, mantenimiento de la infraestructura, del equipamiento estándar y de todo el equipamiento de seguridad, y prestación de servicios penitenciarios, tales como reinserción social, salud y medio ambiente, alimentación, lavandería, aseo, control de plagas y economato...»

(BID, 2013) (p. 4)

Aportes del estudio respecto a la "Seguridad Penitenciaria":

Referente al "Tratamiento penitenciario", se tiene que el estudio del BID, señala lo siguiente:

"En lo que refiere al servicio de reinserción social, la concesionaria emplea una serie de técnicas específicas, tales como la capacitación, la intervención social y psicológica y la formación de hábitos. Este proceso es de mediano y largo plazo, y pretende modificar las conductas que inciden en la génesis y el desarrollo de los actos delictuales del individuo. Bajo esta dinámica, se define como objetivo de la reinserción social que los internos adquieran las competencias y las capacidades para vivir en sociedad, tanto dentro como fuera del recinto penitenciario. Para estos efectos, el servicio se enmarca en el modelo de competencias prosociales, el cual incluye un conjunto de técnicas que consideran componentes de una variedad de programas de habilidades sociales, razonamiento crítico, educación moral, solución de problemas y materiales diversos ideados para distintas poblaciones. Este modelo se considera una de las aproximaciones más efectivas para la disminución de la reincidencia en el ámbito del desarrollo de habilidades cognitivo- conductuales"

(BID, 2013): (p. 4).

Sumamente interesante, son los resultados presentados por el estudios en lo que respecta a la efectividad del sistema administrado por privados en disminuir la tasa de reincidencia y reingreso: (BID, 2013): "El resultado de la revisión de estos

estudios muestra que, si bien hay investigaciones que no encuentran evidencia suficiente para aceptar la hipótesis de que el sistema privado generaría menores niveles de reincidencia delictual, existen otros que efectivamente observan una causalidad directa, **obteniendo menores tasas de reincidencia en las cárceles privadas**” (p. 5).

Es sumamente relevante entender, como se ha incorporado a las “empresas privadas” en el “modelo de gestión penitenciario”, lo cual es extensamente desarrollado por el estudio del BID, presentándose a continuación los hechos más relevantes:

“En un comienzo, la participación de privados en el sistema privativo de libertad se establecía mediante convenios, a través de los cuales los internos trabajaban para los privados y estos producían vestimentas, textiles, muebles, etc. que eran comercializados. Todas las ganancias eran para el privado que proveía las materias primas y la capacitación. En este sentido, el privado celebraba un convenio con los entes a cargo de la prisión para utilizar a los internos en procesos productivos o en la construcción. A modo de ejemplo, en Estados Unidos, muchos puentes, caminos y represas fueron producto del trabajo de los internos para un privado, quien debía entregarles alojamiento, supervisión y disciplina”

(BID, 2013): (p. 10)

Señala además respecto a esas primeras etapas lo siguiente:

“(…) el Estado sólo contrataba a un privado para realizar funciones específicas en el interior de un recinto penitenciario, ya sea para que proveyera los servicios de salud, odontología, educación o para el

tratamiento de drogas. Así, el Estado le pagaba por estos servicios al privado y este les entregaba dichas prestaciones a los internos, lo que permitía rebajar los costos de proveer directamente los servicios. Estados Unidos y Reino Unido fueron los países pioneros en el desarrollo de una industria penitenciaria mediante la participación de privados. También resulta importante analizar el desarrollo de esta industria en el caso de Francia, en la medida en que el modelo adoptado en dicho país guio la política pública del sistema concesionado chileno. La participación del sector privado en la provisión de servicios correccionales en Estados Unidos se remonta al siglo XIX, época en la que varios estados de ese país entregaron a privados la administración de las cárceles estatales mediante contratos de arrendamiento”

(BID, 2013): (p. 11).

El estudio nos muestra como las empresas privadas en los países del hemisferio norte se incluyeron paulatinamente en el modelo penitenciario, como nos lo señala a continuación:

“Sin embargo, el resurgimiento de la participación de privados en el sistema de justicia se presentó a partir de la década de 1960, cuando la Oficina Federal de Prisiones (Federal Bureau of Prisons) comenzó a contratar firmas para que operasen centros de tratamiento en la comunidad, centros juveniles y casas a medio camino (halfway houses) para prisioneros federales (Ryan y Ward, 1989, en Jones y Newburn, 2005). Posteriormente, a partir de 1979, el Servicio de Inmigración y Nacionalización (Immigration and Nationalization Service, INS), comenzó a contratar firmas privadas para la administración de centros de detención de inmigrantes ilegales que tuviesen audiencias de

deportación pendientes. Los argumentos que habrían motivado al INS a buscar la participación de privados para la construcción y operación de los centros de detención se encontrarían en la capacidad de aquellos de edificar con rapidez en comparación con los tiempos del gobierno federal y la posibilidad de utilizar los fondos de operación del gobierno –mediante el pago por día– en lugar de buscar capital para realizar la obra, proceso que resulta burocrático y engorroso la mayoría de las veces”

(BID, 2013) (p. 12).

Es especialmente notable la participación de los países de herencia sajona, como Estados Unidos y Reino Unido, en las experiencias de privatización de las prisiones, en el estudio del BID se encontró lo siguiente:

“La participación de privados en el sistema correccional de Reino Unido, al igual que en el caso de Estados Unidos, tiene una larga historia. Desde la Edad Media las cárceles eran operadas como un negocio privado en el que los particulares encontraron un negocio lucrativo, principalmente por la oportunidad de participar en la política de transporte hacia las colonias (McConville, 1981 y Cavadino y Dignan, 2002, en Jones y Newburn, 2005). Por otro lado, al igual que en Estados Unidos, el resurgimiento de esta industria se produjo por la detención de inmigrantes. Así, a comienzos de la década de 1970 el Home Office contrató a una empresa de seguridad privada para que operara centros de detención de inmigrantes ilegales en cuatro de los principales aeropuertos del país”

(BID, 2013) (p. 14)

Un caso importante, que se detalla en el estudio del BID, y que es el referente con el que se compara la experiencia de cárceles privadas en Chile, es el caso de Francia, sobre el cual tenemos lo siguiente: (BID, 2013): «...Las bases de la participación de privados en el sistema correccional francés se remontan la segunda mitad de la década de 1980 cuando el Ministro de Justicia Albin Chalandon impulsó el denominado Programa 13.000, a fin de hacerse cargo de la sobrepoblación penal en los tiempos de restricción fiscal, este programa proponía adoptar el modelo estadounidense para la creación de 13.000 nuevas camas que serían creadas y operadas por compañías privadas...» (p. 15). Así mismo, también en el estudio se añade lo siguiente sobre la experiencia de las cárceles privadas en Francia:(BID, 2013): “La ley del servicio público de prisiones (Loi sur le service public pénitentiaire) fue adoptada en 1987 bajo la fórmula de un modelo de gestión mixto (gestion mixte), en el que se autorizó la construcción de cárceles por empresas privadas y la concesión de las siguientes funciones: albergue, restauración, transporte, salud, trabajo y capacitación (Salle, 2006). Sin embargo, la responsabilidad de dirigir y controlar las dependencias correccionales continuaba siendo competencia de funcionarios públicos, quienes además eran los encargados de la vigilancia externa, la realización de algunas funciones administrativas y de intervención (Cabral y Saussier, 2012). De esta forma, como señala Lazerges (1997, en Cabral y Saussier, 2012), la participación de los privados en Francia es bastante limitada, si se considera que los funcionarios privados representan sólo un 20% del personal” (p. 16).

En Sudamérica, en lo que respecta a la experiencia de privados en los modelos penitenciarios, además de Chile tenemos el caso de Brasil, que se muestra a continuación:

“La experiencia de privatización en Brasil data de 1999, año en el que entró en funcionamiento el primer recinto operado por privados. El modelo adoptado por este país está inspirado en la experiencia francesa, aun cuando, como señalan Cabral y Saussier (2012), el caso de esta nación sería una suerte de balance entre la experiencia estadounidense y la francesa. Esto se debe a que ciertas actividades que no pueden ser delegadas en Francia, como la seguridad interna y la asistencia legal de los internos, sí podrían serlo en Brasil. Por otro lado, al igual que en Estados Unidos, los funcionarios públicos del recinto cumplen la labor de supervisar el cumplimiento del contrato. En concreto, en este país el Estado conserva las funciones de seguridad externa y la administración del recinto, mientras que los privados se encargan de entregar el resto de los servicios, incluyendo seguridad interna, alimentación, salud, asistencia legal de los internos, atención odontológica, recreación, educación, dirección de las dependencias y provisión de vehículos (Cabral, Lazzarini y Azevedo, 2010). De acuerdo con el Departamento de Correcciones de Brasil, en 2009 había 14 recintos penales operados por compañías privadas en cinco estados diferentes del país (en Cabral y Saussier, 2012)”

(BID, 2013) (p. 17).

Sobre los diversos modelos de participación de las empresas privadas en la gestión penitenciaria, se tiene que el estudio del BID señala que se debe considerar lo

siguiente: (BID, 2013): “[...]cualquiera sea el modelo que se utilice, el Estado mantiene la responsabilidad relativa a la imposición del castigo a través de la fase del juzgamiento pero delega, ya sea total o parcialmente, la responsabilidad de entregar los servicios asociados a la reclusión a entidades no gubernamentales” (p. 17). Estudio en el que se señalan los denominados “**Modelos de privatización completa**”, modelo en el que los privados realizan todas las actividades necesarias para el funcionamiento de las prisiones, encargándose de la participan en la “construcción”, “operación”, “administración” y “gestión del establecimiento”; lo que incluye, como parte de la operación, la provisión de “servicios completos” de “alojamiento”, “salud”, “alimentación”, “actividades vocacionales” y de “capacitación laboral”, “educación”, “asistencia psicosocial”; así como encargarse de las labores de “custodia” y “traslado” de la población penitenciaria. En el estudio encontramos además referencia a los denominados “modelos de privatización total”, en los que el Estado asume un rol de “fiscalización y monitoreo” de la labor del privado. Finalmente, se tienen los denominados “**Modelos híbridos o mixtos**”, en los que el grado de participación del privado dependerá de su “involucramiento” en la provisión de los servicios del establecimiento penitenciario. Se suele dar en estos tipos de modelos que el gobierno se apoya en los terceros para la provisión de determinados servicios y programas para la población de internos. Al respecto tenemos que el estudio también nos señala lo siguiente:

“También existen modelos mixtos con el de leasing, en el que el diseño, la construcción y el equipamiento son encargados a privados, tras lo cual el Estado toma posesión de las instalaciones pagando un canon periódico. Luego del pago de la última cuota, el Estado adquiere el dominio del recinto. Este modelo ha sido utilizado en países como Argentina y en algunos

estados de Brasil (Arellano, 2003), la responsabilidad de dirigir y controlar las dependencias correccionales continúa siendo competencia de funcionarios públicos quienes quedan además a cargo de la seguridad del recinto”

(BID, 2013) (p. 17, 18).

Así mismo, se tiene que el estudio señala que los principales “factores que precipitaron la búsqueda de capital privado” para que participe en el desarrollo del modelo penitenciario, en los países mencionados, fueron los siguientes: (BID, 2013): “Crecimiento exponencial de la población encarcelada, este argumento es especialmente claro en el caso de Estados Unidos, si se considera que a mediados de la década de 1970 su tasa de prisionización era de 100 internos por cada 100.000 habitantes y que esta aumentó a 310 en 1985 y que en la actualidad supera los 700 por cada 100.000 habitantes” (p. 20), esta realidad de la sobrepoblación, como consecuencia directa del aumento de la población penal, serán los inicio de los “problemas de hacinamiento”, el cual complica significativamente los niveles de vida “adecuados” y “tolerables” para las personas privadas de la libertad, se complican especialmente la gestión de “salud”, “seguridad” y “tratamiento” de los internos. Tenemos además que respecto al capital de los privados en el modelo carcelario, el estudio señala que: (BID, 2013): “En particular, de acuerdo con la evidencia, los objetivos de la inyección de capital privado estarían relacionados con lo siguiente: Reducir los costos per cápita de la población interna, disminuir el hacinamiento carcelario y la sobrepoblación penal, mejorar las condiciones de vida de la población interna, aumentar la rehabilitación y promover la reinserción de la población interna y disminuir la reincidencia de la población interna” (p. 23).

En el caso de los “modelos penitenciarios”, en los que al “privado” se le otorga la concesión de la cárcel, el estudio del BID señala que: (BID, 2013): “Al concesionario le corresponden las siguientes labores: Diseño, construcción y financiamiento de la infraestructura; mantenimiento de la infraestructura; mantenimiento del equipamiento estándar; mantenimiento de todo el equipamiento de seguridad” (p. 42). Incluso se contempla que el privado facilite los siguientes servicios penitenciarios: (BID, 2013): “Reinserción social; salud y medio ambiente; alimentación (de los internos y del personal de Gendarmería); lavandería; aseo y control de plagas y economato” (p. 42). Con la “concesión” de los “establecimientos penitenciarios intramuros” a “empresas privados”, se busca la eficiencia de los “recursos públicos”, además de que se garantice un estándar en la “calidad de los servicios penitenciarios” que reciben los internos.

Aportes del estudio respecto al "Tratamiento Penitenciario":

En lo que respecta al “Tratamiento penitenciario”, se tiene que el estudio del BID, respecto al papel de las empresas privadas en el modelo penitenciario concesionado, contempla lo siguiente: (BID, 2013): «...Oferta en materia de “reinserción social”, las bases de licitación señalan que el Servicio de Reinserción Social tiene por objeto “diseñar, ejecutar y monitorear programas de reinserción social orientados a dar cumplimiento a las políticas de Gendarmería de Chile, en particular a sus objetivos generales de atender, asistir y contribuir a la “reinserción social”...» (p. 44). Como se señala, se pretende modificar la “conducta social” del interno, mediante el apoyo “psicológico” y la “formación de hábitos”, como también lo señala (BID, 2013): “Adquieran los fundamentos básicos para completar su

educación; desarrollen sus competencias en la realización de un oficio; entiendan y respeten las reglas de la vida colectiva; aprendan a conocerse, valorizarse y a respetarse a sí mismos y aprendan a respetar a los demás” (p. 44). La concesión de los establecimientos penitenciarios no debe distraer del objetivo principal de los nuevos modelos penitenciarios, que dejan de lado el confinamiento para centrar todos los esfuerzos en la recuperación y la resocialización de la población penitenciaria, el privado puede ayudar considerablemente a que estos objetivos se cumplan.

Así mismo, se tiene que el estudio del BID plantea que para que la empresa privada logre los objetivos de la gestión de “Tratamiento penitenciario”, deberá considerar los siguientes aspectos:

“La capacitación de los equipos de la empresa concesionada para desenvolverse en un contexto penitenciario, con el fin de desarrollar una visión orientada a crear una cultura de trato digno e igualitario con los internos; una coordinación estrecha con Gendarmería para la ejecución de cada uno de los programas con el objeto de establecer una acción consistente que refuerce la visión de reinserción social; la coordinación de cada servicio penitenciario con los programas de reinserción social, de tal forma que los internos tengan un programa de trabajo y seguimiento por parte de las distintas áreas involucradas; el deseo de la empresa concesionada de incorporar un mayor número de internos posibles a los equipos de trabajo de los diferentes servicios penitenciarios que tiene bajo su responsabilidad la empresa concesionada; motivar a los internos a formar parte de los programas de reinserción, el compromiso personal es la clave

del éxito; vincular a diferentes instituciones privadas y públicas con los programas de reinserción social de forma de disponer de los mayores recursos humanos y materiales”

(BID, 2013): (p. 45).

Esta investigación encuentra que, con la privatización de los “establecimientos penitenciarios”, la tasa de reinserción social, se debe constituir en el principal e incluso único indicador para medir la gestión que realiza el privado.

El estudio del BID sobre el papel que jugaron las empresas privadas en el modelo penitenciario concesionado de Chile, señalando los principales principios y aspectos necesarios para una exitosa gestión de “Tratamiento penitenciario” que alcance el objetivo de la “reinserción sostenida” en la sociedad de “la población penitenciaria”:

“Realizar buenas evaluaciones respecto de las necesidades criminógenas y/o de riesgo de reincidencia de la población atendida.; priorizar a los individuos con mayor compromiso delictivo y/o riesgo de reincidencia; prestar servicios de manera individualizada abordando todas las necesidades detectadas y considerando las fortalezas, las limitaciones y los estilos de aprendizaje de cada sujeto; utilizar estrategias de intervención basadas en modelos cognitivo-conductuales, aunque sin descartar otras aproximaciones ya que esto dependerá del objetivo de la intervención; aplicar los servicios desde el comienzo del cumplimiento de la condena y continuar con su prestación entre 6 y 12 meses luego del egreso; incluir la participación de la familia y comunidad en el proceso de reintegración;

atender la prevención de recaídas y contar con equipos de trabajo especializados y altamente capacitados”

(BID, 2013) (p. 119)

El estudio plantea que el privado está en mejor capacidad de lograr los resultados esperados de recuperación y resocialización de la población carcelaria, dada su capacidad de tener un mejor acceso a las técnicas de vanguardia para las diferentes etapas del tratamiento penitenciario.

Finalmente se tiene que la investigación desarrollada por el BID, nos brinda importantes datos estadísticos, que curiosamente demuestran que a priori no hay una mejora en el indicador de reincidencia delictual de los “internos” tratados en “cárceles concesionadas” en comparación con las “cárceles públicas”, sin embargo aún hay muchos factores que se deben considerar y que revisaremos a mayor detalle en nuestra propuesta de nuevo modelo penitenciario, como los a continuación nos señala el estudio del BID y que se toman en consideración para la propuesta del “Nuevo modelo penitenciario”:

“En resumen, en relación con la oferta programática en materia de reinserción social, es posible advertir la existencia de varios núcleos problemáticos que hacen que los efectos en materia de reducción de la reincidencia de las cárceles concesionadas no rindan los frutos esperados. Así, si bien estos recintos cuentan con más profesionales para desarrollar estas tareas que los operados por el Estado, existen problemas asociados al modelo teórico adoptado; su desfase con los avances de la evidencia internacional, su falta de evaluación y la imposibilidad de implementar cambios de acuerdo a las necesidades criminógenas de la población. A esto

se suma la inexistencia de una oferta diversificada de acuerdo a los perfiles de la población, por ejemplo, que distinga si se trata de población juvenil, población violenta, población con problemas de violencia doméstica, entre otros. En la práctica, esto hace que no se observen diferencias entre la intervención prestada por las cárceles concesionadas y aquellas prestadas en recintos operados por el Estado”

(BID, 2013) (p. 130).

1.1.4 México Evalúa, “Centro de Análisis de Políticas Públicas”, (2013). “Las Cárceles en México ¿Para qué?”.

Este estudio nos presenta una dura crítica al modelo de gestión penitenciaria de México. Señala el fracaso del modelo de gestión penitenciaria mexicano: (MÉXICO EVALÚA, 2013): “Las encuestas reportan un deterioro en la cantidad y calidad de los alimentos y el agua para beber, escasez de artículos de uso diario, mala calidad de la atención médica, poca comunicación de los internos con sus familiares, falta de actividades educativas, deportivas y laborales, así como un alto porcentaje de sentimiento de inseguridad al interior de las celdas” (p. 38). El estudio señala además el papel que el personal de las cárceles ha tenido en la crisis del sistema penitenciario: (MÉXICO EVALÚA, 2013). «...juega un “papel crucial” en la vida dentro de las cárceles, y con ello, en un aspecto de seguridad pública e incluso de seguridad nacional. Debe tratar a los reclusos de manera decente, humana y justa, garantizar la seguridad de todos los reclusos, velar por el orden y el control de las prisiones, así como “permitir a los reclusos la oportunidad de aprovechar positivamente su condena en prisión para que puedan reintegrarse a la sociedad cuando sean liberados”...» (p. 41). El estudio añade además como parte del análisis de la problemática del modelo penitenciario mexicano lo siguiente: (MÉXICO EVALÚA, 2013): “La prisión preventiva se utiliza intensamente en el sistema penal mexicano. Un uso prudente de esta figura tiene el potencial de despresurizar a los centros penitenciarios. Se estima que un uso más adecuado de la prisión preventiva reduciría su aplicación, aproximadamente, en 40 por ciento, sin poner en riesgo la reparación del daño ni la seguridad de la víctima y la sociedad” (p. 55). El estudio desarrolla los problemas que generan “el hacinamiento” o “sobrepoblación” al

interior de los “establecimientos penitenciarios intramuros”; los establecimientos penitenciarios con problemas de hacinamiento tienen mayores incidencias de seguridad, y mayor probabilidad de vulnerabilidad de los derechos de los internos. En el caso del modelo peruano se encontró en el desarrollo de la investigación que el hacinamiento está presente en 54 de los 68 establecimientos penitenciarios, lo que ha limitado considerablemente la gestión para reinserir a los internos; tenemos nuevamente que el modelo penitenciario peruano se encuentra atrapado en el modelo Panóptico y el modelo Filadélfico.

Aportes del estudio respecto a la "Seguridad Penitenciaria":

El estudio nos plantea las siguientes condiciones necesarias para una adecuada gobernabilidad dentro de las prisiones: (México Evalúa, 2013): “a. Normatividad que rige al centro b. Personal de seguridad y custodia (suficiencia y capacitación) c. Respeto del debido proceso en la imposición de sanciones disciplinarias d. Ejercicio de las funciones de autoridad por parte de los servidores públicos del centro e. Ausencia de actividades ilícitas (privilegios, prostitución, objetos y sustancias prohibidas, violencia, cobros, sobornos, etc.)” (p. 46). El estudio realiza además un comparativo con el modelo penitenciario de Finlandia, que si bien es una sociedad e idiosincrasia muy distintas a la de México, con situaciones de seguridad muy diferentes entre ambos países, pero que tiene en común pautas que se consideraron importantes incorporar en el modelo penitenciario a fin de lograr los objetivos esperados: (México Evalúa, 2013): “[...] que para delitos menores, no violentos, el sistema escandinavo se caracteriza por un uso muy restringido de la prisión. Hay un uso extensivo de multas y sanciones comunitarias como penas alternativas a la prisión para delitos menores y no violentos. Las sanciones

comunitarias son diversas; algunas de las más comunes son el servicio social, la libertad condicional, supervisión y monitoreo electrónico. Esto es consistente con la reducción de costos pues no sólo se reduce el número de prisioneros que deben mantenerse, sino que también se realizan actividades productivas como parte de la pena. Adicionalmente, con el objetivo de minimizar riesgos, sólo se usa la prisión para los delitos más graves. Así, los delincuentes menores, que no se consideran riesgosos, no van a la cárcel” (p. 46). El estudio consideró además que las prisiones en México no solo han fallado en alcanzar los objetivos esperados, sino que han agravado el problema social, elevando las tasas de reincidencia y reingreso a las prisiones: (México Evalúa, 2013): “Otro dato relevante es el tipo de condenas que se cumplen, pues la mayoría corresponde a delitos menores. Así, lejos de combatir la inseguridad, la cárcel tiene justamente el efecto contrario. Una persona que es encarcelada por un robo menor saldrá en libertad después de tres años (o menos) y se enfrentará con dificultades para encontrar un trabajo por el estigma de haber estado en la cárcel. Además, por el efecto criminógeno que la cárcel misma puede tener, puede terminar cometiendo delitos más graves” (p. 65). La situación ideal de uno modelo penitenciario es que se logre el objetivo de recuperar y resocializar a la población penitenciaria, sin embargo, en el caso de los modelos de Latinoamérica, incluido el modelo peruano se ha generado un efecto inverso, en el que la población de internos agrava su situación delictiva y reingresa por penas mayores a las iniciales, lo que implica un tratamiento más complejo del que el interno debió recibir inicialmente, generándose un círculo difícil de romper.

Aportes del estudio respecto al "Tratamiento Penitenciario":

Respecto al "Tratamiento penitenciario" el estudio dejó bastante claro que el modelo penitenciario mexicano falló en lograr disminuir las tasas de reincidencia y reingreso a las prisiones mexicanas, las cuales se han elevado: (México Evalúa, 2013): "No vale la pena encarcelar a personas que cometen delitos no graves ni gastar en su mantenimiento en la cárcel para un tratamiento que no resultará en su reinserción plena, sino que, por el contrario, tendrá consecuencias sociales importantes tanto para el interno como para su familia y la sociedad en su conjunto. Es por ello que las autoridades deben considerar alternativas de política pública al encarcelamiento con base en el tipo de delito, su gravedad, la intencionalidad o dolo y la reincidencia. Las opciones como multas económicas más severas y el servicio a favor de la comunidad por parte de los delincuentes menores, deben ser rutas alternativas a explorarse para evitar el hacinamiento carcelario y avanzar en la reinserción efectiva de los sentenciados" (p. 7). Así mismo, las políticas públicas relacionadas al modelo penitenciario mexicano no han logrado el apoyo de la sociedad y los políticos, quienes prefieren reorientar esos recursos a otras actividades, como se señala en la siguiente frase que es bastante lapidante: (México Evalúa, 2013): "El estado de ánimo y el temperamento del público en lo que se refiere al tratamiento de la delincuencia y los delincuentes es una de las pruebas más infalibles del nivel de civilización de un país -Sir Winston Churchill (1910)" (p. 8). Por otro lado, el estudio señala que la solución que la sociedad mexicana ha impuesto es preferentemente al encierro: (México Evalúa, 2013): "Otras sanciones como tratamiento en libertad, trabajo en favor de la comunidad o semilibertad son impuestas en muy escasas ocasiones, por no decir que están en desuso" (p. 20). Ante la imposibilidad del modelo penitenciario de México de lograr los objetivos de

recuperación y reinserción en la sociedad, se ha limitado a almacenar y confinar a la población penitenciaria, a fin de limitar su efecto negativo en la sociedad.

El estudio plantea un tema bastante relevante, y que se suma al debate que nuestra investigación plantea en parte resolver, si el modelo penitenciario ha fracasado, y las cárceles no han podido demostrar que sean efectivas en lograr la “recuperación”, “resocialización” y “reinserción” de las “personas privadas de la libertad”, tiene sentido continuar con ese modelo de confinamiento: (México Evalúa, 2013): “¿Para qué encarcelar a personas que cometen delitos no graves, gastar en su mantenimiento en la cárcel para un tratamiento en prisión que no resultará en su reinserción plena y, por el contrario, tiene consecuencias sociales importantes tanto para el interno como para su familia? Valdría la pena explorar otras penas distintas a la privación de la libertad, como multas y servicio en favor de la comunidad” (p. 53). El estudio de México Evalúa plantea incluso que se debe reevaluar muchas de las tipificaciones de delitos, si cuyas penas realmente se deben purgar en las cárceles o si existen instituciones que serían mucho más efectivas para el objeto de recuperación, resocialización y reinserción que se desea alcanzar: (México Evalúa, 2013): “Muchas conductas que actualmente están configuradas como delitos, podrían salir de los códigos penales y recibir un tratamiento mediante infracciones y otras sanciones no privativas de la libertad. Por ejemplo, los accidentes de tránsito que arrojen sólo daños materiales y no presenten una conducción culpable por parte de los conductores, las amenazas, riñas, daño en propiedad ajena, entre otros, deben sancionarse a través de la justicia cívica, o a través de mecanismos alternativos de resolución de controversias” (p. 54). El estudio señala, que el hacinamiento en los establecimientos penitenciarios de

México podría evitarse si se diera un uso adecuado de la prisión preventiva, señalando que se le da un uso desmesurada agravando aún más la sobrepoblación de los establecimientos penitenciarios. El caso mexicano es muy similar al caso peruano.

La información estadística del modelo penitenciario mexicano, las condiciones en que vive o sobrevive la población penitenciaria evidencian el fracaso del modelo, como lo menciona el estudio: (México Evalúa, 2013): “Los datos anteriores muestran la precariedad de la vida de los internos en las cárceles en México. Más aún, en estas condiciones, los derechos humanos básicos de los reclusos quedan en total vulnerabilidad: el derecho al trato digno, no degradante; el derecho al no hacinamiento y condiciones de salubridad; y el derecho a la salud y la atención médica. Así, el propósito de reinserción queda fuera del alcance del sistema penitenciario actual” (p. 40).

A la dura crítica que realiza el estudio, la acompaña una interesante y relevante propuesta de los aspectos que se deben considerar en el modelo penitenciario, para garantizar la “integridad física” y “moral del interno”, y que se consideran en la propuesta de “nuevo modelo penitenciario” que se desarrolló en los siguientes capítulos: (México Evalúa, 2013): “a. Número de internos en relación con la capacidad instalada del centro (sobrepoblación); b. Distribución de los internos (hacinamiento); c. Separación entre hombres y mujeres en centros que albergan población mixta; d. Servicios para mantener la salud de los internos; e. Supervisión del funcionamiento del centro por parte del titular; f. Prevención y atención de incidentes violentos; g. Prevención y atención de la tortura y/o maltrato; h. Remisión

de quejas de violación a los derechos humanos de los internos ante la instancia competente; i. Atención a internos en condiciones de aislamiento” (p. 44).

Las víctimas olvidadas, o “invisibles” del fracaso del modelo penitenciario mexicano, como así lo señala el estudio son los niños y niñas, hijos de la población penitenciaria: (México Evalúa, 2013): “Los niños se convierten en las víctimas invisibles y olvidadas del encarcelamiento. Es necesario prestar más atención a los derechos y a las necesidades de los hijos de los presos, pues a pesar de ser inocentes, sufren del estigma de la criminalidad. Es decir, sus derechos se ven afectados tanto por el encarcelamiento de sus familiares, como por la respuesta por parte del Estado. Tienden a sufrir impactos en su salud física y mental; a caer en conductas antisociales; a tener dificultades financieras; a verse en la necesidad de mudarse o separarse de sus hermanos; a mostrar problemas en la escuela; y a sufrir de abandono, abuso o violencia” (p. 51). El sistema penitenciario en México, al igual que el del sistema penitenciario de Perú, se limitan a la contención y confinamiento de la población penitenciaria, no hay un objetivo de recuperación y resocialización de los internos.

Aportes del estudio respecto a la "Salud Penitenciaria":

El estudio del modelo carcelario de México, no deja de lado el aspecto de la “Salud penitenciaria”, especialmente la “salud mental” de la “población penitenciaria”, tomando además un paralelo con las mejores prácticas de países del norte de Europa como Finlandia: (México Evalúa, 2013): “Adicionalmente, en las prisiones nórdicas se presta especial atención a los programas de salud mental y rehabilitación de adicciones, pues se considera que el acceso a los servicios de

salud, incluyendo salud mental, es un derecho para todos los internos” (p. 61). Se encontró que el confinamiento en los establecimientos penitenciarios, agravado por el hacinamiento, no solo afecta la salud física de los internos, sino que compromete seriamente su salud mental, incubando un problema mayor a futuro para la sociedad.

El estudio demuestra, que se ha realizado: “un uso intensivo e irracional de la cárcel para sancionar tanto delitos menores y no violentos, que ameritan penas menores a tres años, como aquellos considerados de alto impacto, bajo criterios que soslayan el uso de salidas alternativas que ofrecen mecanismos de sanción más efectivos y menos costosos”. Da un aporte significativo al debate de la verdadera finalidad que deben tener las cárceles dentro del modelo de gestión penitenciaria, el cual debe dejar de lado la política de confinamiento y centrar todos sus esfuerzos en la recuperación y la “reinserción social” de la “población penitenciaria”, el cual se debe constituir en el único objetivo del modelo penitenciario.

1.1.5 ZERBINI, Elsa Virginia, MSAL Argentina (2013), “Programa Nacional de Control de la Tuberculosis Normas Técnicas 2013”.

El estudio expone la realidad de los “internos”, los que se ven obligados a “convivir en la misma celda” con enfermos de TBC y VIH, presentando las acciones básicas que los funcionarios carcelarios deben observar para evitar el contagio y la propagación de enfermedades respiratorias y venéreas que suelen ser las más comunes entre la población carcelaria, sobre todo en condiciones de sobrepoblación:

“En los establecimientos penitenciarios la búsqueda de Sintomático Respiratorio (SR) puede realizarse en forma pasiva y en forma activa: Detección pasiva: Se realiza cuando los pacientes acuden al servicio de salud del centro penitenciario por su propia voluntad, ya sea por síntomas de Tuberculosis (TB) o por otra causa. Debido a las altas tasas de incidencia de TB en los centros penitenciarios, el personal de salud debe aprovechar toda consulta para indagar la posibilidad de encontrarse ante un SR. Detección activa: Es aquella en la que el servicio de salud del centro penitenciario busca activamente SR. Esto se puede hacer: Al ingreso al centro penitenciario: de manera rutinaria, a toda persona que ingresa al recinto penitenciario se le debe efectuar un examen clínico mediante anamnesis y examen físico”

(ZERBINI, 2013) (p. 114).

Los establecimientos penitenciarios sin el control adecuado se pueden convertir en focos de potenciales pandemias, que no solo comprometen la salud de la población penitenciaria, sino de toda la población civil, dado que similar a Perú, muchos de los establecimientos penitenciarios se encuentran en medio de los núcleos urbanos. En la investigación se encontró, a diciembre 2018, 49 de los 68 establecimientos penitenciarios en Perú tienen una sobrepoblación mayor al 20%, además se encuentran en centros urbanos, convirtiéndolos en potenciales focos de pandemias, poniendo en riesgo la salud pública.

Aportes del estudio respecto a la "Salud Penitenciaria":

El estudio de Zerbini, es de mucha relevancia para la gestión de “Salud penitenciaria”, como hemos podido apreciar en los estudios anteriores, los establecimientos penitenciarios intramuros o cárceles de muchos de los “países

latinoamericanos”, los que carecen de los “servicios mínimos de higiene” y “salud”, convirtiéndose en potenciales focos para infecciones y pandemias, por lo que el estudio de Zerbini recomienda se sigan las siguientes pautas con la población penitenciaria: (ZERBINI, 2013): “En los centros penitenciarios, como en cualquier otro ámbito, las acciones para el control de la TB deben seguir las normas nacionales de control de la TB y los estándares internacionales para el control de la enfermedad. Sin embargo, debido a las características de estos centros se recomiendan, además, pautas especialmente dirigidas a las personas privadas de libertad (PPL) y su entorno” (p. 114). Así mismo señala que se debe también considerar los siguientes procedimientos para detectar, y en especial prevenir, la propagación de las enfermedades respiratorias y venéreas entre la población carcelaria, tanto para el ingreso de nuevos reclusos, como durante la “gestión de salud penitenciaria”, y de igual forma al término de la estadía en el establecimiento penitenciario, con la finalidad de evitar que los posibles brotes de enfermedades no trasciendan de los muros de las prisiones:

«...Toda PPL (Persona Privada de la Libertad) debería ser revisada por el personal de salud a la entrada del centro penitenciario en busca de una TB activa. Búsqueda activa periódica: La búsqueda activa puede ser realizada cada cierto tiempo a través de las revisiones periódicas de rutina, donde se debe repetir el examen clínico inicial en el recluso, como se describe en el ítem anterior. Búsqueda activa permanente: Es la búsqueda continua de SR, la cual puede estar a cargo del personal de salud, del personal de seguridad o de las mismas PPL quienes identifican a los SR y los derivan al servicio de salud. Búsqueda activa al final de la condena – liberación: Esta búsqueda se debe realizar siempre cuando sea posible, antes de la

transferencia del recluso a otro centro penitenciario o en caso de excarcelación, con el fin de diagnosticar la TB y referirlo a un “establecimiento de salud”...»

(ZERBINI, 2013) (p. 115).

Este estudio de Virginia Zerbini aporta una propuesta detallada de las pautas a seguir para diseñar las políticas públicas necesarias para diagnosticar, tratar y prevenir el TB y VIH en los establecimientos penitenciarios intramuros, a fin de prevenir focos infecciosos que podrían ocasionar potenciales pandemias en las poblaciones aledañas a los establecimientos penitenciarios. Tenemos entonces que es responsabilidad del personal de salud que labora en los establecimientos penitenciarios intramuros, no solo velar por la salud de la población carcelaria, sino además evitar que en caso de brotes de enfermedades estas se propaguen fuera de los límites del establecimiento carcelario. En el caso de Perú se tiene la complicación, como se presentó en la información estadística de la introducción que los casos de TBC y VIH se han venido incrementando año a año desde el 2010, y que al estar, una buena parte de las prisiones, prácticamente integradas en las ciudades, en lugar de estar alejadas; se convierten en potenciales focos de pandemias, por lo que la “salud penitenciaria” es una prioridad para el bienestar de la sociedad civil.

1.1.6 BERGMAN, M., FONDEVILA, G., VILALTA, C. y AZAOLA, E., (2014).

“Delito y cárcel en México, deterioro social y desempeño institucional”

El estudio presenta una comparativa regional del sistema penitenciario en México con Argentina, Brasil, Chile, El Salvador y Perú. Contiene una importante información estadística de las variables seguridad penitenciaria, tratamiento

penitenciario y salud penitenciaria, que tienen relación directa y explican el modelo de gestión penitenciario, así mismo abordan la problemática del incremento de la población en las cárceles. Como así lo señala (ARIZA, 2011): «...Azaola y Bergman, al analizar el “funcionamiento del sistema penitenciario mexicano”, señalan que éste representa “un universo propio de relaciones que se caracteriza por el predominio de un régimen paralegal. Desafortunadamente, la diferencia entre las “fallas” de los sistemas penitenciarios latinoamericanos tan sólo es de grado: algunos son más violentos, otros sufren menos hacinamiento, pero todos ejercen violencia y funcionan por encima de su “capacidad”...» (p. 30-31). Los establecimientos penitenciarios en México, tienen tasas de hacinamiento considerable, en la investigación se encontró que los establecimientos penitenciarios en Perú, tienen tasas de sobrepoblación muy similares, establecimientos penitenciarios como “El Milagro” en la norteña ciudad de “Trujillo” tiene una tasa de 243% de sobrepoblación. Con ese nivel de hacinamiento los riesgos de seguridad para la población penitenciaria son considerablemente alta, dificultándose considerablemente las labores de seguridad tanto para los internos como para los trabajadores de los establecimientos penitenciarios. Se encontró también en el desarrollo de la investigación, en línea con el estudio de Bergman, que, en Perú, a diciembre 2018 se tienen 23 establecimientos penitenciarios con una población de internos mayor a 1,200, a mayor población, mayores son las complicaciones para la gestión de seguridad penitenciaria. El modelo de Panóptico y el modelo Filadélfico siguen siendo los predominantes en la región.

Aportes del estudio respecto a la "Seguridad Penitenciaria":

Tenemos un interesante análisis de la composición de la población penitenciaria, que como podemos apreciar comparten muchas características entre la mayoría de países de “América latina”, como es el caso de la “edad promedio”, como lo señalado por (BERGMAN, 2014): “La población en reclusión es, como se esperaría, relativamente joven. La edad media al momento de su detención, tanto entre hombres como entre mujeres rondaba los 30 años de edad. No obstante, para el caso de ambos sexos la mayoría (una tercera y una cuarta parte respectivamente) fue detenida con menos de 25 años” (p. 9). El estudio de Bergman ha brinda información importante sobre la edad de la población penitenciaria en México, que nuevamente se encontró que es similar a la de Perú, con una población penitenciaria predominantemente menor a 35 años, que sin embargo en la mayoría de casos ya ha reingresado varias veces a los establecimientos penitenciarios.

Por otro lado, respecto al nivel de educación de las “personas privadas de su libertad”, también se encontró una gran similitud entre los países estudiados, como lo expone (BERGMAN, 2014): “El nivel de escolaridad de los reclusos no es bajo en el contexto nacional. La mayoría poseía una escolaridad similar a la media nacional, es decir, entre siete y nueve años de escolaridad, aunque sí es ligeramente inferior a la de la población en el Distrito Federal (10.5 años) y la del Estado de México (nueve años)” (p. 9). Las cifras de Bergman sobre el “nivel de educación” de la “población penitenciaria” de México, al igual que en Perú, señalaron que los internos de los establecimientos penitenciarios cuentan con estudios primarios e incluso de educación secundaria; información sumamente relevante para ser considerada en el tratamiento penitenciario que deben recibir los internos.

En lo que respecta a la actividad económica, igual como ocurre en Perú, la mayoría de la población penitenciaria tenía un trabajo conocido: (BERGMAN, 2014) “En cuanto a empleo, 91.4 por ciento trabajaba un mes antes de ser detenido y la mitad de éstos lo hacían por cuenta propia. De los trabajadores, 13.1 por ciento había laborado en la policía o en las fuerzas armadas. Esta proporción se ha reducido significativamente entre 2002 y 2013” (p. 9-10). Las cifras de Bergman sobre el oficio y ocupación de la población penitenciaria de México, al igual que en Perú, señalaron que los internos de los establecimientos penitenciarios contaban con un oficio y ocupación conocida antes de su internamiento; información sumamente relevante para ser considerada en el tratamiento penitenciario que deben recibir los internos.

En lo que respecta al tema familiar, la mayoría de la población penitenciaria tiene hijos y vínculos familiares: (BERGMAN, 2014): “El 72.6% de los internos reportó tener hijos. Uno de cada cuatro se fue de su casa antes de cumplir quince años. Cabe mencionar que esta cifra se incrementó significativamente entre 2002 y 2013, pasando de 22.2 por ciento a 32.6 por ciento. El motivo más frecuente del abandono del hogar es la violencia intrafamiliar, y este motivo también se ha vuelto el más frecuente conforme pasan los años” (p. 10). El estudio de Bergman, abre una nueva arista de investigación, el papel de la familia en la población penitenciaria, como probable origen del comportamiento que lo llevo al establecimiento penitenciario, y por lo tanto fundamental para lograr bajar las tasas de reingreso de los internos.

Se tiene que se repite en Latinoamérica, al igual que en Perú, que la población penitenciaria, tienen un declarado y comprobado consumo de alcohol y drogas, y problemas familiares, familiares que ya habían estado en la cárcel, como lo muestra (BERGMAN, 2014): “Dos de cada cinco reclusos reportaron un consumo excesivo de alcohol en el hogar por parte de sus padres o adultos en el hogar de su niñez. En este indicador se detecta una tendencia estadísticamente significativa al alza entre 2002 y 2013. Entre los reclusos, 5.0 por ciento reportó uso de drogas ilegales en el hogar de su niñez...” (p. 10);, así mismo Bergman también señala una fuerte presencia de alcohol y drogas como catalizador del delito: (BERGMAN, 2014): “...39.4 por ciento de reclusos se encuentra en esta circunstancia de posible estado de intoxicación al momento de cometer el delito” (p. 11). El consumo de “sustancias ilegales” en los “establecimientos penitenciarios intramuros”, a pesar de que está prohibido en todos los modelos penitenciarios de la región, se ha convertido en una práctica aceptada al interior de los “establecimientos penitenciarios”, la “corrupción” juega en contra para su completa erradicación.

En lo que respecta a los tipos de delito, Latinoamérica tiene un perfil específico, en casi todos los países la principal causa es el robo, en sus diferentes modalidades: (BERGMAN, 2014): “La mayor parte de los reclusos lo son por delitos contra la propiedad (robo con violencia y robo simple) y sólo una minoría están presos por homicidio, secuestro o delitos sexuales. Entre los reclusos recientemente, el 66.1 por ciento está preso por robo. Probablemente más de ocho de cada diez nuevos internos sentenciados lo son por robo y, a su vez, tres de cada cuatro de ellos, por robo simple” (p. 10). En el caso de Perú, el narcotráfico y los delitos asociados al

narcotráfico constituyen la mayor causal de delitos por el que se tiene tanto sentenciados como procesados.

Aportes del estudio respecto al "Tratamiento Penitenciario":

El estudio de Bergman revela una preocupante tendencia al incremento de la tasa de reincidencia, un alto porcentaje ya había estado previamente en la cárcel:

“La proporción de reincidentes ha aumentado significativamente, es decir, ha empeorado entre 2002 y 2013, al pasar de 28.3 por ciento a 33.3 por ciento. En muchos casos las mujeres son detenidas por delitos patrimoniales en los que colaboraron con su pareja, o para el mantenimiento de sus hijos. 73.8 por ciento de los internos dice que no conocía previamente a sus víctimas. Aproximadamente dos de cada cinco sentenciados había estado preso previamente o había estado internado en alguna institución para menores infractores”

(BERGMAN, 2014) (p. 11).

Bergman resalta la importancia que tiene la “tasa de reincidencia” para medir el “éxito” o “fracaso” de un “modelo penitenciario”, está en alineado con los nuevos modelos penitenciarios como es el de Aire Libre, Pre-Libertad y el de prisión abierta, tratando de dejar atrás los modelos de Panóptica, Filadélfico y Auburniano, que han marcado significativamente los modelos penitenciarios de la región.

El aporte de este libro a nuestra investigación, es la información estadística recopilada, que demuestra de manera empírica como la descomposición familiar repercute directamente en el comportamiento delictivo, incluso en la modalidad de los delitos, el mayor uso de armas y el incremento de la reincidencia. Se encontró

que la familia es el origen del comportamiento delictivo de muchos de los “internos” de los “establecimientos penitenciarios intramuros”, y que por lo tanto la familia debe ser parte del tratamiento penitenciario. El estudio de Bergman, ha facilitado a la investigación un sólido asidero para que en los nuevos modelos penitenciarios que se desarrollen, la familia sea parte fundamental del “tratamiento penitenciario” de las “personas privadas de la libertad”.

1.1.7 MINJUSTICIA, Colombia, (2014), “Lineamientos para el fortalecimiento de la Política Penitenciaria en Colombia”.

El estudio nos presenta un análisis detallado del modelo de gestión penitenciario colombiano, resumiendo los partes más relevantes de su legislación penitenciaria que justamente resaltan la importancia de la “Seguridad penitenciaria”, el “Tratamiento penitenciario” y la “Salud penitenciaria”, que al igual que Perú, si bien están contemplados en su legislación, en la práctica, por las carencias de recursos, no se cumplen: (MINJUSTICIA, 2014): “La norma permite tratos crueles, como prohibir que un individuo acompañe a sus familiares cercanos en momentos extremos. Y, finalmente, se trata de una disposición que se funda en la sospecha sobre la propia idoneidad de las autoridades carcelarias, puesto que si ellas -que son quienes deben responder por la seguridad de los presos y el cumplimiento de sus condenas- consideran que se reúnen las condiciones de seguridad para conceder tales permisos ¿por qué desconfiar de su criterio?” (p. 58). No se debe obviar a la familia en el “tratamiento penitenciario” que reciben los “internos”, la familia es fundamental para que se logre un resultado sostenible en la recuperación e inserción de la población penitenciaria a la sociedad.

Por otra parte, el estudio también señala que: (MINJUSTICIA, 2014): “[...] debe destacarse que en muchas ocasiones las labores propias de las áreas de atención y tratamiento, por falta de personal, están a cargo de funcionarios de custodia y vigilancia. Adicionalmente, las condiciones penitenciarias hacen que, dentro de las dinámicas internas, la finalidad de la ejecución de la sanción, es decir la resocialización, pase a ocupar un lugar secundario en las labores cotidianas, prevaleciendo sobre ésta la seguridad” (p. 77). Se encontró en el desarrollo de la investigación, que el tratamiento penitenciario no tiene un rol protagónico, recibe un papel secundario, y en muchos casos inexistente en la estadía de los “internos” en los “establecimientos penitenciarios”. La finalidad el “modelo penitenciario” vigente, en Perú y en Latinoamérica sigue siendo el confinamiento de los internos, el modelo Panóptica se mantiene vigente, sin haberse logrado migrar a modelos como el de Pre-Libertad o el de prisión abierta, en los que el único objetivo es la recuperación y resocialización, con un tratamiento penitenciario prioritario. Las limitaciones para que los planes de tratamiento penitenciario se desarrollen son muchas, como lo señala el estudio (MINJUSTICIA, 2014): “Las políticas, por lo general cuentan con recursos escasos para su desarrollo. La Política su cometido Penitenciaria no es una excepción a ello. Sin embargo, se han invertido millonarios recursos en infraestructura y seguridad de las instalaciones, dejando de lado la asignación de recursos necesarios para el desarrollo de la misión principal.” (p. 109), tenemos entonces que si bien resulta importante que se dé una asignación de recursos financieros que permita cumplir con la operación carcelaria, es de igual importancia que esta contemple los recursos necesarios para garantizar las condiciones mínimas para una gestión de “Seguridad Penitenciaria”, “Tratamiento Penitenciario” y “Salud Penitenciaria”. El estudio señaló que la mayor parte del gasto se ha

enfocado en infraestructura, para garantizar el confinamiento y aislamiento de los internos (modelo Panóptico, Filadélfico y Auburniano), y muy pocos los recursos que se destinan al tratamiento penitenciario, es el claro caso de Colombia, y en el cual Perú no es una excepción.

Aportes del estudio respecto al "Tratamiento Penitenciario":

Respecto al "Tratamiento Penitenciario" el estudio señala que, la legislación penitenciaria de Colombia contempla que la finalidad es la recuperación, resocialización y reinserción de la población penitenciaria, siendo necesario incluir la gestión de "Tratamiento penitenciario" el estudio y el trabajo : (MINJUSTICIA, 2014): "Según el "artículo 10 de la Ley 65 de 1993", el tratamiento penitenciario tiene como «finalidad de alcanzar la resocialización del infractor de la ley penal, mediante el examen de su personalidad y a través de la disciplina, el trabajo, el estudio, la formación espiritual, la cultura, el deporte y la recreación, bajo un espíritu humano y solidario" (p. 19). El tratamiento tiene como objetivo, tal como lo dispone el artículo 142 del Código Penitenciario: "preparar al condenado mediante su resocialización para la vida en libertad. De igual manera, el estudio también señala al respecto que para que se logre la reinserción a la sociedad, se debe dotar a la población penitenciaria de las competencias necesarias que faciliten ese proceso de reinserción: (MINJUSTICIA, 2014): «...En Colombia, el "tratamiento penitenciario" se encuentra reglamentado por la "Resolución 7302 del 23 de noviembre de 2005" del INPEC, y es definido como "el conjunto de mecanismos de construcción grupal e individual, tendientes a influir en la condición de las personas, mediante el aprovechamiento del tiempo de condena como oportunidades, para que puedan construir y llevar a cabo su propio proyecto de vida, de manera tal que logren

competencias para integrarse a la comunidad como seres creativos, productivos, autogestionarios, una vez recuperen su libertad” ...» (p. 19). El “tratamiento penitenciario” tiene como finalidad la “recuperación”, “rehabilitación” y “reinserción social” del individuo; la tasa de reingresos a los establecimientos penitenciarios medirá el éxito del “tratamiento penitenciario”.

La finalidad del “sistema penitenciario”, debe ser la “reinserción de la población” penitenciaria a la sociedad: (MINJUSTICIA, 2014): “De esta manera, el tratamiento penitenciario se orienta a restablecer distintas circunstancias de las personas privadas de la libertad que se entienden relacionadas con el delito, con el objetivo de que en libertad puedan tener herramientas que les permitan integrarse a la comunidad. Quiere decir esto que el tratamiento se constituye como el mecanismo del sistema penitenciario para garantizar el fin resocializador de la pena en la fase de ejecución de esta. Para ahondar en el alcance de este punto, a continuación, se precisa el concepto de resocialización” (p. 20). El éxito de la resocialización se puede medir con la tasa de reincidencia y reingresos de la población penitenciaria: (MINJUSTICIA, 2014): “Por último, debe señalarse que se entiende que una exitosa resocialización hace parte de un proceso de prevención terciaria. En este sentido, el tratamiento penitenciario, para lograr los fines resocializadores de la pena, debe tener efectos preventivos sobre la reincidencia de las personas que han sido seleccionadas por el sistema penal en virtud de una condena, especialmente para que vuelvan a entrar al circuito del sistema penal, es decir, para que no sean nuevamente condenadas” (p. 21). El estudio señala que el mejor indicador para medir un modelo penitenciario es la “tasa de reingreso” de los “internos” a los

“establecimientos penitenciarios”, una baja tasa de reingreso será señal de un modelo penitenciario exitoso.

El estudio, continuando con la gestión del “Tratamiento penitenciario” señala además que dado que el principal “objetivo” del “sistema penitenciario” es la “reinserción social” de la población penitenciaria, el margo legislativo debe orientarse para alcanzar ese fin: (MINJUSTICIA, 2014): “La regulación de la resocialización dentro del ordenamiento jurídico colombiano, a excepción de las disposiciones reglamentarias de carácter administrativo que definen el tratamiento penitenciario, se encuentran difusas en una pluralidad de disposiciones de distintos niveles, relacionadas fundamentalmente con las garantías sustanciales y procesales de los ciudadanos en el marco del funcionamiento del Sistema Penal. De esta manera, resulta fundamental reconstruir el marco normativo que regula y establece criterios para la comprensión de la resocialización en el marco del Sistema Penitenciario colombiano” (p. 40). Señalando, además, que la legislación del sistema penitenciario debe ayudar a remover todos los obstáculos que limiten o impidan alcanzar el objetivo de resocialización de la población penitenciaria, siendo este enfoque uno de los aportes para nuestro modelo: (MINJUSTICIA, 2014): “En este sentido, dichas circunstancias plantean la necesidad de que el tratamiento penitenciario considere las particulares condiciones de la persona que se enfrenta al proceso de resocialización, y plantee respuestas frente a las especiales necesidades de atención que el condenado requiera. Asimismo, en observancia de este derecho, el tratamiento penitenciario resocializador debe procurar que se superen todos los obstáculos generados por unas condiciones previas de discriminación y marginación, así como aquellos derivados de unas condiciones

socio-económicas favorables que restrinjan el acceso pleno y en adecuadas condiciones al tratamiento” (p. 41). El único fin de los nuevos modelos penitenciarios es la reinserción social de los internos; sin embargo, se encontró que, en los modelos penitenciarios de la región, incluido Perú, el único fin sigue siendo el aislamiento y el confinamiento de los internos.

El “Tratamiento penitenciario”, dentro de la legislación contempla la necesidad de caracterizar y clasificar a la población penitenciaria, no solo por edades y género, sino incluso considerando la etnia, todo con la finalidad de que el “Tratamiento penitenciario” logre la mayor efectividad posible:

“Como se mencionó anteriormente, el artículo 2º de la Ley 1709 de 2014 introdujo como principio el tratamiento diferencial, entre otros aspectos por razones étnicas. Desde esta perspectiva, los miembros de comunidades étnicas tienen derecho a que existan condiciones carcelarias que respeten la diversidad cultural, que permita la vivencia de la propia cultura, idioma, religión, incluyendo el culto y la asistencia de chamanes o guías espirituales propios, el acceso a la propia alimentación y medicina tradicional y al uso del vestido, así como la cercanía con la familia y con su grupo étnico”

(MINJUSTICIA, 2014) (p. 48)

En el desarrollo del estudio se encontró que en el “modelo penitenciario” de Perú, un buena cantidad de los servicios básicos de los internos, incluida alimentación y vestimenta, no llegan a ser totalmente solventados por la autoridad competente, por lo que se han tenido que flexibilizar las normas de seguridad que prohíben expresamente el ingreso de vestimenta y alimentación para los internos, situación

de riesgo latente y que posibilita el ingreso de sustancias ilegales a los establecimientos penitenciarios.

El estudio señala además, de manera innovadora, que los familiares de la población penitenciaria, son un elemento clave para asegurar el éxito de la gestión de “Tratamiento penitenciario”, si bien el tratamiento se diseña para cada individuo acorde a sus características y situación delictiva, el tratamiento no se lleva de manera individual sino colectiva, debiendo incluso incorporarse a sus familiares:

“se debe señalar que si bien el tratamiento penitenciario se entiende enmarcado en el sistema progresivo, las iniciativas orientadas a la participación de la familia en el tratamiento penitenciario no es representativa, por lo que si bien existen aspectos jurídicos que favorecen las distintas medidas adoptadas en el marco del sistema progresivo, la concepción de este tratamiento no involucra otro tipo de sujetos que favorezcan una adecuada reinserción del condenado. Lo mismo se puede decir de la comunidad, debate que deberá profundizarse en el siguiente punto de resocialización. Sin embargo, como conclusión general debe señalarse que cualquier medida que se proponga en este punto debe ser respetuoso del derecho a la libertad que tienen los ciudadanos, y que no puede verse afectado por las sanciones penales de sus familiares o miembros de su comunidad”

(MINJUSTICIA, 2014) (p. 76).

A sí mismo, se encontró en la investigación que el “Tratamiento penitenciario” no se termina cuando se termina la estadía en la cárcel sino que continua en su etapa de libertad (medio libre), esto asegura mejores resultados en la “tasa de

reincidencia y reingresos” de la “población penitenciaria”: (MINJUSTICIA, 2014): “Por su parte, se reconoce que existen directivas para un acompañamiento a los posts penados. Sin embargo, éste no puede ser llevado a cabo por carencia de recursos” (p. 79), El estudio señala que durante el “Tratamiento Penitenciario” debe mantener un acompañamiento incluso luego de que concluya la estadía en el establecimiento penitenciario, y el interno recupere su libertad, monitoreando su reingreso a la sociedad, apoyándolo en reconstruir los lazos sociales y disminuir todas las posibilidades de que vuelva a reincidir. La familia juega un papel fundamental en el tratamiento penitenciario, dado que es el origen del comportamiento que llevo a los internos a cometer los delitos por los que se encuentran “privados de su libertad”, sin la participación de la familia del interno el tratamiento penitenciario no podrá lograr resultados sostenibles para su recuperación y reinserción social.

Esa orientación en su etapa de medio libre es fundamental, dado que asegurara mejores resultados en la reinserción sostenible a la sociedad:

“La orientación resocializadora de la pena, por lo tanto, hace que el tratamiento penitenciario deba configurarse como un conjunto de procedimientos y actividades que asegure y restablezca el ejercicio efectivo de los derechos de las personas privadas de la libertad. Para ello, este tratamiento debe ser su vez individualizado y progresivo. En el primer caso, la individualización del tratamiento exige el establecimiento de clasificaciones flexibles, como lo señala la regla 63 de las Reglas Mínimas, que permita intervenir sobre los problemas concretos y específicos por los cuales los ciudadanos han sido privados de su libertad. En el segundo caso,

porque una interpretación realista de la finalidad resocializadora de la pena apunta a que el tratamiento debe, en todos los casos, asegurar el regreso de los ciudadanos a la vida en sociedad con las condiciones necesarias para el ejercicio pleno de sus derechos”

(MINJUSTICIA, 2014) (p. 102).

El estudio es compatible con el modelo de Pre-Libertad y el modelo de Medio Abierto, en el cual como parte del tratamiento penitenciario se va gradualmente incrementando la libertad del interno, incluso facilitándole que lleve una vida familiar y un trabajo. Por otro lado, en lo que respecta a la gestión de “Salud penitenciaria” se tiene que el estudio señala que no solo se debe limitar a la salud física, sino que además debe abarcar la salud mental de la población penitenciaria: (MINJUSTICIA, 2014): “La salud es abordada desde una perspectiva estrictamente física, dejándose de lado las distintas circunstancias que deben ser abordadas para poder construir un proyecto de vida en libertad y el restablecimiento de los derechos” (p.78), el estudio señala además que si bien no debe apostarse por la medicalización del tratamiento penitenciario, la garantía del derecho a la salud debe ir de la mano con una atención psicológica y articulada con el proceso de tratamiento penitenciario; así mismo, en algunos casos el tratamiento penitenciario deberá ir acompañado de un tratamiento farmacológico, sobre todo en el caso de los internos con drogadicción, a fin de recuperarlos y reinsertarlos en la sociedad.

El estudio pone en discusión un tema muy importante: ¿toda la población penitenciaria se puede reinsertar exitosamente a la sociedad? ¿o existe un porcentaje que es irrecuperable en los que no se deben desperdiciar recursos que se podrían utilizar “personas privadas de la libertad” que tienen mejores

posibilidades de una reinserción exitosa?, ¿se les debe privar solo de su derecho a la libertad? ¿o también se les debe privar de otros derechos?:

«...En segundo lugar, si se supone que con el “tratamiento penitenciario” se busca reinsertar a la persona en la “sociedad” y cambiar su “proyecto de vida” o “resignificarlo” en un sentido alejado de la delincuencia, carece de toda lógica excluir de la posibilidad de gozar de ciertos beneficios a los autores de ciertos delitos, pues ello implicaría la negación del sentido del tratamiento penitenciario y suponer que hay «delincuentes» que «no tienen solución» y deben pagar la totalidad de la pena en físico, como ocurre con medidas como la Ley 1098 de 2006, la Ley 504 de 1999 que incrementa el cumplimiento de pena para el beneficio de hasta 72 horas para autores de delitos de competencia de Jueces Penales del Circuito Especializados o la “ley 1474” de 2011 (que adiciona el artículo 68A del Código Penal en la restricción a los beneficios judiciales o administrativos a los autores de delitos dolosos contra la administración pública)...»

(MINJUSTICIA, 2014) (p. 78).

La tasa de recuperación y reinserción no pueden llegar al 100%, lo que implica que un porcentaje de los internos deberán permanecer de manera indeterminada en los establecimientos penitenciarios, el modelo penitenciario no solo debe contemplar ese escenario, sino además brindar las medidas y soluciones necesarias para que ese porcentaje de los internos logre recuperar su utilidad y valor social, sin comprometer a los demás interno o a la sociedad misma.

El estudio señala que el hacinamiento y las carencias por las que atraviesan muchas prisiones en Colombia (y muchos países latinoamericanos), privan a la

población penitenciaria de derechos que son inalienables de los seres humanos como son la educación, el trabajo y la salud: (MINJUSTICIA, 2014): “«...las condiciones de hacinamiento impiden brindarle a todos los reclusos los medios diseñados para el proyecto de resocialización (estudio, trabajo, etc.)...” (p. 74), el hacinamiento de las cárceles, conduce a situaciones a que los reclusos ni siquiera puedan gozar de las más mínimas condiciones para llevar una vida digna en la prisión, tales como contar con un camarote, con agua suficiente, con servicios sanitarios, con asistencia en salud o con visitas familiares en condiciones decorosas. El hacinamiento en los establecimientos penitenciarios, no permite un adecuado desarrollo de los servicios penitenciarios, por ello es fundamental que para que el sistema penitenciario logre los resultados de recuperación y resocialización de los internos, se deberá solucionar a priori los problemas de sobrepoblación.

El estudio aporta a nuestra investigación los lineamientos que se deberán considerar en la “construcción de un nuevo modelo de gestión penitenciaria”, con la finalidad de lograr “los resultados esperados” en la gestión de “Tratamiento penitenciario” y “Seguridad Penitenciaria”, asegurándose el adecuado funcionamiento de los establecimientos penitenciarios intramuros, con base en los principios de libertad y dignidad humana, siendo el objetivo principal la recuperación y la resocialización de los internos, resultados que se reflejaran en la tasa de reingreso a los establecimientos penitenciarios.

1.1.8 MOLINA, M. D., & RAMA, C. (2014). “La reinserción y rehabilitación social en la cárcel uruguaya”.

Este estudio nos presenta la situación del modelo penitenciario de Uruguay, brindando valiosa información estadística y un estudio de caso, con el cual propone la modificación del modelo de gestión penitenciario de Uruguay: (MOLINA, 2014): «...Las investigaciones realizadas en las últimas décadas, la “tendencia” es implementar una acción estatal basada en una “política penal” destinada a solucionar los “problemas sociales emergentes”, habiéndose pasado de un “estado benefactor” a un “estado punitivo”...» (p. 76). Esto se evidencia en el uso y ampliación del “aparato represivo”, aumento de las penas, construcción sostenida de cárceles, leyes que reducen las excarcelaciones, entre otras medidas. Esta situación descrita se enmarca en una creciente demanda de los medios de comunicación y muchos sectores de la sociedad, por mayor seguridad y más “mano dura” o “tolerancia cero”. Esta situación genera que los “cuerpos legislativos” generen y aprueben leyes que tienden al “endurecimiento de las penas”, entre varias medidas en dicho sentido. El estudio plantea que la “sobrepoblación” en los “establecimientos penitenciarios” de Uruguay, es resultado de la nueva política del ente encargado de la justicia, que al haber endurecido las “penas” y el uso indiscriminado de la “prisión preventiva” origino el incremento de la población carcelaria, una situación que como vimos en el estudio anterior también se ha dado en México, y que luego de la investigación se constató que también ocurre en Perú, en el que un porcentaje significativo de los internos aún no ha sido sentenciados.

Aportes del estudio respecto a la "Seguridad Penitenciaria":

El estudio de Molina señala que el hacinamiento es uno de los causantes de que no se haya logrado los resultados esperados en las gestiones de "Seguridad penitenciaria", "Tratamiento penitenciario" y "Salud penitenciaria": (MOLINA, 2014): «...Tal y como plantea Barriga (2012) los resultados de diversos estudios muestran que es el "hacinamiento" una de las cuestiones que más entorpece el proceso de "resocialización" y "rehabilitación" de los privados de libertad y que este fenómeno no se limita a un problema de derechos humanos, sino que afecta también a la "violencia entre internos"...» (p. 21), esa situación de violencia entre internos genera graves consecuencias para la seguridad de los establecimientos penitenciarios. Así mismo, el estudio también señala sobre el hacinamiento lo siguiente: (MOLINA, 2014): "Sin duda, el hacinamiento afecta a la vida en las prisiones y socava la posibilidad de aplicar cualquier medida positiva. Además, de los problemas más evidentes como la ausencia de un mínimo espacio vital y de los problemas derivados de la logística diaria," (p. 25). Dentro de esos problemas que se mencionan, tenemos por ejemplo la alimentación y las actividades recreativas; así mismo, el hacinamiento implica que los internos permanezcan más tiempo en sus celdas, lo que impacta negativamente en el acceso al trabajo y formación en las prisiones, se incrementen los problemas de disciplina y de seguridad, dado que aumenta la tensión o violencia entre los internos, y deteriora las relaciones entre los internos y los funcionarios de prisiones. El estudio encontró que el "hacinamiento" en los "establecimientos penitenciarios" de Uruguay ejerció un "efecto negativo" en los "servicios penitenciarios", perjudicando directamente la gestión de "tratamiento penitenciario" y de esa manera afectó los resultados de recuperación y resocialización de los internos.

Sin embargo, como también lo señala el estudio de Molina, “el hacinamiento” no es la única falencia en las cárceles de Uruguay, se tienen muchas otras falencias que agravan la situación de la población penitenciaria: (MOLINA, 2014): “A la cuestión del hacinamiento, cuatro de los seis mayores establecimientos del país presentan todavía graves cuadros de sobrepoblación” (p. 47), en esos establecimientos con alto grado de hacinamiento, ocasiona carencias en materia de higiene, seguridad, alimentación y asistencia médica. Los problemas de seguridad en las cárceles repercuten en la seguridad pública, por ello invertir en cárceles es invertir en seguridad pública.

Como parte de la reforma penitenciaria en Uruguay, se constituyó el Centro Nacional de Rehabilitación, y que representa el nuevo modelo penitenciario del Uruguay, un referente significativo para el nuevo modelo penitenciario que se desarrolló en la presente investigación:

“El CNR fue concebido pues, como una necesidad social de atender por medio de una Política Social, el tema de la ‘seguridad ciudadana’; de garantizar de alguna manera la tranquilidad a los ciudadanos, partiendo de la premisa de que la cárcel como institución de encierro y disciplinaria, en las condiciones de sobrepoblación y hacinamiento de la actualidad, no puede plantearse el objetivo de rehabilitar, por no contar con los recursos, ni con las condiciones edilicias o arquitectónicas, y con la meta también de la búsqueda de una alternativa penitenciaria, viable y eficaz, para dar respuesta al problema de la alta reincidencia, en especial para los jóvenes”

(MOLINA, 2014) (p. 58)

El estudio plantea que el hacinamiento, no es problema, sino es el resultado de un modelo penitenciario inadecuado, que basa su gestión en el almacenamiento y reclusión de los internos, y no en su recuperación y resocialización. Como resultado del estudio, se encontró que el sistema penitenciario de Uruguay también estaba fuertemente influenciado por el modelo Panóptico y el modelo Filadélfico.

El sistema penitenciario de Uruguay, en lo que respecta a sus bases legislativos, contemplo desde mediados de los años 70s, que para el “Tratamiento penitenciario” era necesaria una caracterización y clasificación de la población penitenciaria, a fin de asegurar los resultados para la recuperación, resocialización y reinserción:

“En Uruguay la Ley 14.470 establece (Ley14.470, 1975) Artículo 2º.- El régimen de reclusión se ajustará a los siguientes principios: a. En relación a las distintas clases de reclusos, no será uniforme ni invariable, sino que estará integrado con diversos tratamientos diferenciados en sus niveles de seguridad y progresivos en su aplicación. Además, y en todos los casos, se atenderá especialmente al pronóstico de peligrosidad, así como a sus méritos, sentido de responsabilidad, aptitudes y comportamiento. b. Deberá procurar en lo posible y según el grado de corregibilidad del recluso reducir progresivamente las diferencias entre la vida en prisión y la vida en libertad, sometiéndolo a un tratamiento gradual que persiga su recuperación para la vida de relación social”

(MOLINA, 2014) (p. 108).

De la lectura de dichos artículos se puede apreciar que en Uruguay la ley claramente estipula como debe operar el sistema carcelario en cuanto al concepto de rehabilitación, reinserción y/o readaptación social, no siendo necesario así

asumir ahora una de las tres posturas mencionadas con anterioridad”. Así mismo, también se establece que respecto al “Tratamiento Penitenciario” el estudio señala: (MOLINA, 2014): “...Desde la perspectiva del “Proyecto CID UDE”, apostamos por programas de inclusión...”(p. 30). Estos “programas” buscan problematizar la idea de que el “comportamiento general”, y el “delictivo en particular”, esta tan fuertemente determinado por el entorno, sin desconocer o negar la influencia del ambiente, se asume que existe un amplio margen de operación con las creencias, actitudes, valores, procesos de aprendizaje y de toma de decisión de los ofensores. Los ofensores suelen tener problemas y déficit en sus competencias cognitivas, su autocontrol, sus razonamientos y su capacidad para resolver problemas. Por ello, estos programas buscan lograr que los ofensores entiendan cuales son los procesos cognitivos a través de los cuales terminan realizando actos delictivos. Es debido a esta definición que, la gestión penitenciaria apuesta por una reinserción basada no solo en aspectos técnicos y herramientas para el autoemprendimiento, sino que también en un sentido más integral en los valores de convivencia y sociabilidad necesarios para insertarse nuevamente en la sociedad de acogida. No se pretende enseñarles que deben pensar, sino como como pensar, ya que ello les permitirá tomar mejores decisiones; por lo que tenemos que el objetivo es que los internos aprendan a ser más reflexivos, autocríticos y que logren ser más anticipatorios y deliberativos en sus maneras de actuar y decidir. En este sentido, es decisivo fomentar la capacidad de auto control y su manejo de las emociones, así como el desarrollo de una mayor empatía hacia los “otros”, en particular, “las víctimas” y “sus familiares”. Así mismo, el estudio encontró que las medidas de reforma que se tomaron en el nuevo modelo penitenciario de Uruguay, considero que el tratamiento penitenciario es fundamental para lograr el objetivo de

recuperación y resocialización de los internos, fomentando las terapias de autorreflexión y control.

Aportes del estudio respecto al "Tratamiento Penitenciario":

La legislación penitenciaria del Uruguay, como lo señala el estudio de Molina, también incorpora y asigna dentro del "Tratamiento penitenciario" una importancia significativa a la capacitación y educación que debe recibir la población penitenciaria, mejorando los resultados de recuperación, resocialización y reinserción, así como de la tasa de reincidencia y reingreso de la población penitenciaria:

«...A su vez "la ley" también cuenta con un capítulo destinado a las: "Normas relativas a la educación y trabajo del recluso" (artículos 31 al 47), donde a modo de ejemplo, se dispone que: "Como parte del programa del tratamiento asignado a cada recluso, se adoptarán las medidas necesarias para mejorar su educación, orientándola especialmente hacia su formación moral". Y asimismo se establece que: "El trabajo es un deber y un derecho de todo recluso y será utilizado como medio de tratamiento profiláctico y reeducativo". "Es decir que la filosofía del derecho positivo uruguayo se encuadra en que los centros de reclusión deben ser ante todo lugares de rehabilitación, así lo exige la Constitución y en ese sentido deben de ser encaminados todos los esfuerzos. Devolver la autoestima, combatir el ocio, aprender y adquirir un oficio y el hábito del trabajo como dignificante, reflexionar, sentir lo que puede lograr el trabajo mancomunado, incentivar la creatividad y hasta ganarse algún dinero, son algunos de los beneficios de esa misión de rehabilitación y de preparar al recluso para que cuando cumpla

se pena y regrese a vivir en la sociedad su inclusión sea lo más rápida y positiva posible”...»

(MOLINA, 2014) (p. 51).

Tenemos entonces, que dentro de la gestión de tratamiento penitenciario, para el caso de Uruguay, se dio un papel fundamental a la educación y capacitación de los internos, buscando dotarlos de nuevas habilidades económicas, incrementando sus posibilidades de reinserción social. No se puede lograr una “gestión de tratamiento penitenciario” exitosa si no se incorpora en el tratamiento a la educación y capacitación de los internos, dado que las nuevas habilidades adquiridas elevaran considerablemente sus posibilidades de reinserción social, los que además pueden transmitir a su entorno familiar.

Como lo señala Molina, además de la educación y capacitación, el modelo penitenciario de Uruguay también incorpora el “trabajo” como eje importante de la gestión de “Tratamiento penitenciario”: (MOLINA, 2014): “El trabajo deber ser uno de los elementos esenciales de la transformación y de la socialización progresiva de los detenidos”. (p. 65), el estudio sostiene que el trabajo en los establecimientos penitenciarios, no debe ser considerado como el complemento o como una agravación de la pena, no debe enfocarse como parte del castigo, sino como la pieza fundamental de la progresiva resocialización; por ello, la prisión debe ir seguida de medidas de control y de asistencia hasta la readaptación definitiva del interno. El estudio sostiene que el trabajo es necesario en la etapa de rehabilitación de los internos, esencial para su futura reinserción y resocialización, para que adicionalmente sea sostenida, y evite que reingresen a los establecimientos penitenciarios.

Uno de los aportes significativos del estudio de Molina a nuestra investigación, es “la importancia” que se le da a la “gestión” de “Tratamiento penitenciario”, como fin único del nuevo modelo de gestión penitenciaria de Uruguay: (MOLINA, 2014): “La cárcel es aquel lugar donde se cumplen las penas privativas de libertad, y éstas deben concebirse como tratamiento, esto es una actividad dirigida directa mente a la consecución de la reeducación y reinserción social del delincuente” (p. 66), el estudio señala que la “gestión de tratamiento penitenciario” deberá incorporar la utilización de métodos científicos adecuados; que incluyen las medidas necesarias para introducirse en un marco que conduzca al aprendizaje y a la asimilación de las actitudes sociales que se necesitan para vivir en comunidad. Este proceso de reeducación que lo conducirá a la reinserción es el que se denomina como “resocialización”. El estudio sostiene que la finalidad de los establecimientos penitenciarios es la resocialización y recuperación de los internos, todo lo demás es secundario; sin embargo, en la práctica la finalidad solo ha sido el confinamiento y el aislamiento.

La experiencia del modelo penitenciario uruguayo, demuestra que se pueden lograr los resultados esperados de “Seguridad penitenciaria”, “Tratamiento penitenciario” y “Salud penitenciaria”:

“... a 10 años de su puesta en funcionamiento, el CNR es sin duda alguna, una realidad consolidada y un modelo exitoso. Presentar resultados muy interesantes, tales como que: la tasa de reincidencia de sus egresados no llega al 10%, en contraste con el altísimo porcentaje del sistema penitenciario tradicional. Tras la finalización del Programa de Seguridad Ciudadana, el

CNR dejó de ser un proyecto piloto para convertirse en un centro de pre-egreso modelo. Donde se brindan oportunidades de rehabilitación, para desarrollar aptitudes, conocimientos y competencias en pro de una inclusión social”

(MOLINA, 2014): (p. 62).

Es necesario considerar que esos resultados no se pueden lograr sin un cambio significativo en la gestión de “Tratamiento penitenciario”, el estudio de Molina señala las siguientes consideraciones a tomar en cuenta: (MOLINA, 2014): “Los reclusos permanecen un año en la primera fase, donde residen en el tercer piso del edificio, con medidas de seguridad, rejas en ventanas y exclusas teniendo en cuenta que se trata de un proceso de generación de confianza y ni bien ingresan no se cuenta con ella” (p. 64). El estudio señala que, al cumplirse el año se analizan las competencias y habilidades educativas y laborales básicas, y luego de una evaluación de un consejo técnico pasan a una segunda fase. En esta segunda fase, se trasladan a un nuevo ambiente físico, en el que incluso tienen un mobiliario diferente, dándoles una mayor circulación y un mayor nivel de autonomía. Este cambio, va de la mano de menores medidas de seguridad, como señal de confianza. Existen altos niveles de supervisión en el primer año. En la segunda etapa, cercana a los dos años, adquieren una autonomía que se considera que están prontos para el medio abierto. En esa instancia se concentran las energías en la obtención de autorizaciones judiciales para obtener el cupo en las pasantías laborales externas. La última fase, la tercera, se cumple en el primer piso, lo que representa la cercanía a la liberación. Como lo señala Molina, el “Tratamiento penitenciario” es la gestión principal que se debe considerar en el nuevo modelo penitenciario para lograr el cambio y alcanzar los resultados esperados: (MOLINA,

2014): “La situación actual de las cárceles en Latinoamérica rodea la acción educativa en la cotidiano, dando condiciones poco favorables, pero no imposible de superar si la decisión política, educativa y penal, confluyen en tanto perspectiva y acción de que estamos hablando de un derecho humano y no de una acción terapéutica o de tratamiento penitenciario” (p. 82). El estudio sostiene, que el sistema penitenciario, solo priva a los internos de su libertad, sin embargo, los otros derechos deben permanecer íntegros, dentro de esos derechos esta la educación, que además es parte fundamental de la etapa de tratamiento.

Si bien los modelos penitenciarios de Latinoamérica, no han contado con los “recursos económicos” y “humanos” necesarios para afrontar la demanda de servicios, y menos aún los cambios requeridos para una verdadera reforma del sistema, el estudio de Molina señala al respecto lo siguiente:

“En cuanto a los elementos tratamentales: déficit de funcionarios de tratamiento; inactividad; medio hostil y desmotivador; condiciones de salud nefastas; nula preparación para la libertad; reincidencias como consecuencias de lo anteriormente descrito. En cuanto a los elementos relacionales: jerarquización en las relaciones, anulación de las personas, sumisión y obediencia ciega, desinformación, indefensión, aislamiento, esquizofrenia, maltratos y torturas, deterioro físico y psíquico. Las personas privadas de libertad proceden mayoritariamente de ambientes sociales, culturales y económicos más bien deprimidos. La población penitenciaria se puede clasificar en tres grandes grupos de personas: drogodependientes, inmigrantes y enfermos mentales; hay también un grupo minoritario que se podrían definir como delincuentes propiamente dichos. Víctimas de un

sistema injusto: Los presos son las primeras víctimas, los funcionarios de prisiones como víctimas, las familias de los presos también son víctimas el sistema judicial se convierte en víctima, la sociedad es la víctima más consciente”

(MOLINA, 2014) (p. 84)

La investigación de Molina, abre la polémica de que los establecimientos penitenciarios, en lugar de beneficiar a la sociedad la han perjudicado, dado que lejos de cumplir su fin resocializador han generado un perjuicio mayor; señalando que los internos son las primeras “víctimas” de ese “sistema penitenciario”, que en lugar de “recuperarlos” y “resocializarlos” les genera daños irreversibles, daño que luego es trasladado, primero a sus familias y luego a la sociedad civil.

Dada la gran relevancia que le asigna Molina en su estudio, se tiene que nos detalla las normas de “Educación y Trabajo penitenciario” a considerar en el “Tratamiento penitenciario” para la población penitenciaria:

«...“Capítulo III, Normas Relativa a la Educación y Trabajo del Recluso, del Decreto Ley No. 14.470 (Ley14.470, 1975): Artículo 40.- El trabajo es un deber y un derecho de todo recluso y será utilizado como medio de tratamiento profiláctico y reeducativo y no como castigo adicional. Artículo 41.- El trabajo de los reclusos será obligatorio y estará organizado siguiendo criterios pedagógicos y psicotécnicos. Se tendrá en cuenta preferentemente la exigencia del tratamiento procurándose promover, mantener y perfeccionar las aptitudes laborales de los reclusos y sus capacidades individuales. A tal fin podrá el recluso solicitar el género de trabajo a realizar elevando el correspondiente pedido, el cual será contemplado en lo posible,

atendiendo a su proyección sobre la vida en libertad del recluso y a los medios con que cuente el establecimiento”. Como lo afirman (Rojido & Vigna): “el abandono del delito no necesariamente está asociado a procesos ocurridos en el contexto de tratamiento penitenciario, así como tampoco involucra un cambio drástico en los valores o normas de los individuos. En este contexto, es útil el concepto de desistimiento. Por su lado Farral define al desistimiento como un proceso gradual en el que el individuo va acumulando períodos de ausencia de delito o donde, pese a cometerlos, pueden observarse signos de desaceleración y/o de disminución de gravedad que marcan una creciente consciencia de riesgos o deseo por abandonar el mundo del delito” ...»

(MOLINA, 2014) (p. 102)

En su estudio Molina, señala además las siguientes consideraciones sobre la educación a la población penitenciaria: (MOLINA, 2014): “El modelo educativo asumido en la implementación del programa es por competencia centrado en el alumno, quien como adulto es responsable de su propio aprendizaje. Utiliza una metodología activa y participativa” (p. 176). El estudio señala que en este modelo educativo, se reconoce el aprendizaje individual y propicia el trabajo colaborativo. Cada asignatura cuenta con un sistema de medios que facilitan y estimulan el aprendizaje de los participantes, en el que los libros básicos, la guía de estudio y los materiales multimedios juegan el papel fundamental. El aprendizaje se basa en carga de trabajo asignada al participante, a través de lecturas, actividades de aprendizaje, trabajo colaborativo, evaluación formativa, análisis de casos, prácticas, entre otros. El trabajo, la educación y la capacitación de los internos son fundamentales para el tratamiento penitenciario que los conducirá a su

recuperación y reinserción a la sociedad, es fundamental que todos los internos reciban obligatoriamente el tratamiento penitenciario.

Aportes del estudio respecto a la "Salud Penitenciaria":

Sobre la "Salud penitenciaria", la investigación señala, que es fundamental la prevención, trabajando en especial la higiene: (MOLINA, 2014): "La atención a la salud y la higiene resultan ser temas prioritarios. La misma es deficitaria. En algunos casos se denuncia la omisión de asistencia" (p. 135). Señala además respecto a ese tema lo siguiente:

"Las notables diferencias de higiene y alimentación observadas determinaban que en el CNR se lograran disminuir muchos de los problemas de salud y enfermedades sufridos por la población reclusa alojada en el resto del sistema. De hecho, muchos internos entrevistados señalaban que mientras en el CNR existía un sistema de atención médica normal donde cualquier dolencia (independientemente de su seriedad) es objeto de atención, en el resto del sistema penitenciario, salvo casos de extrema gravedad o urgencia, resulta imposible ser atendido"

(MOLINA, 2014) (p. 150)

La carencia de "servicios de salud básicos" en los "establecimientos penitenciarios intramuros" pone la vida de los "internos" en un riesgo permanente, convirtiendo los establecimientos penitenciarios en potenciales focos infecciosos de pandemias que ponen en riesgo la salud pública.

Tenemos finalmente que el principal aporte del estudio de Molina, es la relevancia que le da a la “educación” y al “trabajo” de la población penitenciaria, como parte de la gestión de “Tratamiento penitenciario”, dentro del marco de nuevas políticas públicas, que realmente tengan como fin, la “recuperación”, “rehabilitación” y “reinserción” de las “personas privadas de su libertad”, como se realizó en el modelo penitenciario de Uruguay.

1.1.9 UNODC, (2014). “Manual sobre estrategias para reducir el hacinamiento en las prisiones”.

El estudio presenta las estrategias y acciones que deben considerarse en el modelo de gestión penitenciaria, a fin de reducir y evitar el hacinamiento en los establecimientos penitenciarios intramuros:

“Si bien las consecuencias son particularmente graves para los hombres, mujeres y niños privados de su libertad, también afectan al personal penitenciario cuyo trabajo es proteger y satisfacer las necesidades de los detenidos. Sobrecargados por las cantidades excesivas de presos y expuestos directamente a su frustración, careciendo de los recursos necesarios para garantizar la seguridad o el acceso a los servicios básicos, los agentes penitenciarios trabajan en condiciones difíciles, quedan expuestos a presión y riesgos constantes”

(UNODC, 2014) (p. 6).

Así mismo, se tiene que el hacinamiento perjudica todo tipo de gestión penitenciaria, no solo la de “seguridad penitenciaria”, sino en especial la de “Salud penitenciaria” y en especial el “Tratamiento penitenciario”: (UNODC, 2014): “El hacinamiento impacta seriamente sobre la seguridad de los reclusos y del personal”

(p. 16), dado que cuando aumenta cantidad de reclusos, pero no aumenta el personal, existe una probabilidad mayor de conflictos y los reclusos pueden sentir enojo y frustración acerca de las condiciones en las que están detenidos. La experiencia en muchos países ha demostrado que existe un riesgo agudo de violencia, protestas de los reclusos y demás disturbios en las prisiones hacinadas. También debido al hacinamiento, en muchos países ha aumentado la cantidad de suicidios en la prisión. El estudio de la UNODC, sostiene que el hacinamiento no permite que los servicios penitenciarios se desarrollen adecuadamente, evitando que se obtengan los resultados esperados.

Aportes del estudio respecto a la "Seguridad Penitenciaria":

El estudio de UNODC, nos presenta casos enigmáticos fruto del hacinamiento y/o la falta de recursos en los establecimientos penitenciarios intramuros de Latinoamérica, como por ejemplo que se asigne a parte de la población penitenciaria funciones propias del personal de seguridad: (UNODC, 2014): “En muchos sistemas penitenciarios la falta de personal para supervisar el creciente número de reclusos ha conducido a seleccionar a algunos de éstos últimos dándoseles funciones de supervisión y disciplina para mantener el orden y la seguridad en las cárceles” (p. 17), esta situación descrita va en contra del principio básico contenido en la SMR, 17 y aumenta el riesgo de abuso de los presos vulnerables por parte de aquellos que son más fuertes, y también fomenta prácticas corruptas. Los “funcionarios públicos” que laboran en los “establecimientos penitenciarios intramuros”, dado su “contacto permanente” con los “internos”, se encuentran en una posición vulnerable ante los permanentes recortes

presupuestales, el hacinamiento obliga a estos funcionarios a delegar parte de sus funciones a los internos generando un potencial riesgo de seguridad.

El estudio que nos presenta UNODC, refuerza los estudios anteriores, que señalan que el fin de los establecimientos penitenciarios intramuros no es “recuperación”, “resocialización” y “reinserción” de la “población penitenciaria”, a través de la gestión de tratamiento penitenciario, sino que simplemente persigue la finalidad del aislamiento y encierro de esa población penitenciaria: (UNODC, 2014): “Cuando las autoridades se concentran en el castigo y el freno de la delincuencia como objetivos del encarcelamiento, más que en la rehabilitación de los individuos, hay menos probabilidades de que se provean los servicios e instalaciones necesarias para apoyar una reintegración social eficaz” (p. 39). El estudio señala, que en la práctica, una gran proporción del presupuesto de los sistemas de prisión se usa para proveer seguridad y orden y se invierte un monto pequeño e insuficiente para talleres, formación e instalaciones educativas, deportivas y de recreación. Esto surge de la creencia errónea de que la seguridad se logra con más restricciones y medidas disciplinarias, en vez de mejorar el ambiente de la prisión proveyendo formación y ocupaciones constructivas para los reclusos, el tratamiento para las adicciones y/o problemas de salud mental, educación, recreación y un régimen penitenciario que aumente el potencial de los prisioneros para vivir de acuerdo a la ley al ser liberados, deficiencia que son aún más agudas cuando las prisiones están hacinadas. La limitación incluso, no se explica solo por un tema presupuestal, sino que tiene incluso una connotación política: (UNODC, 2014): “Para los políticos e instituciones que administran la justicia penal: Poner en práctica medidas que aseguren que el público recibe suficiente información acerca de quiénes son

encarcelados, las consecuencias del encarcelamiento, su costo y cuáles son las alternativas, conjuntamente con datos estadísticos y resultados de investigación que demuestre que las respuestas al delito no privativas de la libertad son con frecuencia la mejor manera de lograr la reintegración social del delincuente y la seguridad pública.” (p. 50). El estudio señala en sus recomendaciones la necesidad de “desarrollar estrategias de cooperación” con los “medios de comunicación”, buscando “garantizar” que la sociedad civil esta permanente informada sobre la gestión penitenciaria.

En lo que respecta a la experiencia internacional en la lucha contra el hacinamiento carcelario, de países del primer mundo, el estudio cita el caso de Sudáfrica:

“Disposiciones legislativas para reducir la detención preventiva: De acuerdo a la Sección 63A de la Ley de Procedimientos Penales, N°. 51 de 1977, el jefe de un Centro Penitenciario puede solicitar a un juez que libere a ciertos detenidos en prisión preventiva si las condiciones de la prisión resultasen ser una amenaza a la dignidad humana, la salud física o la seguridad del imputado, cuando el imputado lo es por un delito por el que un oficial de policía puede otorgar fianza y cuando un juez ha otorgado fianza al imputado y éste no puede pagarla”

(UNODC, 2014) (p. 62).

Los países del primer mundo, como lo señala el estudio, se caracterizan por un adecuado “manejo de la información de la población penitenciaria, como una mejora de los Sistemas de Gestión de Datos de los Reclusos, dado que el registro correcto de la información personal de todos los presos es un requerimiento exigido por el derecho internacional. Además, crear y mantener registros de los presos es

un componente esencial de la administración eficaz de las prisiones y desempeña un papel importante en la mejora de la transparencia y la responsabilidad de las administraciones penitenciarias. La cantidad total de personas mantenidas bajo custodia, su clasificación, junto con sus necesidades de salud y rehabilitación proporciona información importante para que identifiquen los requerimientos de recursos, establezcan los presupuestos, controlen la salud y la seguridad y desarrollen programas adecuados de rehabilitación y tratamiento. El contar con información personal precisa y confiable también es esencial para mejorar su protección y su acceso a la justicia – incluyendo la prevención de desapariciones, tortura y maltrato, monitoreo de sus casos, fechas de juicio, sentencias, candidatos para la liberación anticipada y fechas de liberación. Por ello tenemos que, los modelos penitenciarios exitosos, han priorizado como parte de su gestión una adecuada caracterización de la población penitenciaria, facilitando la ejecución de la “Seguridad penitenciaria”, la “Salud penitenciaria” y el “Tratamiento Penitenciario”:(UNODC, 2014): “Separación y clasificación: Se hace difícil clasificar y separar a los prisioneros de acuerdo a su edad, género y el riesgo que representan para los demás” (p. 16). Esto transgrede uno de los principios básicos relacionados con el tratamiento de los reclusos, como el estudio señala, esta dispuesto tanto por el SMR como por el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) (Artículo 10), dado que puede dar lugar a una serie de otras violaciones, llevando además a conducir a una mayor criminalización de los reclusos detenidos por delitos leves, como resultado de estar alojados por períodos largos con delincuentes violentos o por delitos graves.

Aportes del estudio respecto al "Tratamiento Penitenciario":

Así mismo, como los estudios anteriores también lo han señalado, los recursos del modelo penitenciario se deben priorizar en la ejecución de la gestión de "Tratamiento penitenciario" de la población penitenciaria, la cual deberá incorporar la educación y el trabajo, los cuales no se podrán desarrollar adecuadamente si hay hacinamiento: (UNODC, 2014): "Las actividades tendientes a la resocialización como la educación, el trabajo y otros programas constituyen el núcleo de un ambiente positivo en la cárcel, canalizando la energía de los presos hacia ocupaciones constructivas y ayudando a prepararlos para su liberación y subsecuente reingreso a la sociedad". (p. 17). El estudio encontró que esas actividades también son importantes desde la perspectiva de la seguridad, dado que es menos probable que los reclusos que estén ocupados en esta clase de actividades inicien disturbios a diferencia de aquellos que están aburridos o frustrados. Sin embargo, cuando aumenta la cantidad de reclusos, es probable que no se disponga de los recursos necesarios para asegurar que todos los reclusos participen en actividades fuera de su lugar de alojamiento; lo que lleva a que los reclusos tienen que quedarse en sus dormitorios y celdas por períodos prolongados debido a los retos que se confrontan cuando hay que supervisar los movimientos de grupos grandes, por lo que el estudio concluye que esas circunstancias eliminan totalmente las probabilidades de ayudar a la rehabilitación de los presos.

El hacinamiento limitara la gestión de "Tratamiento penitenciario", por ende los resultados de reincidencia y reingreso de la población penitenciaria no serán los esperados: (UNODC, 2014): "Una gran proporción de los presupuestos de los sistemas penitenciarios se usa típicamente para mejorar la seguridad y el orden,

mientras que no se dispone de fondos suficientes para ser invertidos en la rehabilitación de los presos. Los retos son aún más agudos cuando las cárceles están hacinadas” (p. 43), el estudio encontró que las altas tasas de reincidencia por parte de los internos, es un reto importante en todo el mundo, dado que contribuye a un aumento de las tasas de encarcelamiento y al hacinamiento en las prisiones. Dada esta situación, y los pobres resultados obtenidos por los sistemas penitenciarios de Latinoamérica, lleva a proponer que se reevalúe las penas, como lo señala (UNODC, 2014): “Las alternativas a las sanciones penales, tales como las intervenciones educativas y el tratamiento que tienen como público objetivo a los delincuentes drogodependientes, podrían tratar más eficazmente sus necesidades de reintegración social” (p. 63). Esto está reconocido en los principales instrumentos internacionales, incluyendo la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, y en la Declaración sobre los Principios Rectores de la Reducción de la Demanda de Drogas de la Asamblea General de las Naciones Unidas. El estudio encontró, que el enfoque de estos instrumentos es proteger a la gente de las consecuencias sanitarias y sociales del uso incontrolado de sustancias psicoactivas y hacen un llamado a los gobiernos para que tomen iniciativas multidisciplinarias, sobre todo el uso de medidas sustitutivas del encarcelamiento en casos apropiados de naturaleza leve. Por otro lado el estudio de UNODC pone en “discusión” la “voluntariedad” del “Tratamiento penitenciario”, si bien es deseable que voluntariamente la población penitenciaria siga la actividades del “Tratamiento penitenciario”, será necesario que obligatoriamente la población penitenciaria siga las actividades de “Tratamiento penitenciario” como la educación y el trabajo: (UNODC, 2014): “El tratamiento obligatorio o involuntario, sin el consentimiento del paciente, sólo puede ser usado

en casos graves que representan un riesgo inmediato o inminente para la salud del paciente o la seguridad de la sociedad” (p. 143), dado que como se encontró, el tratamiento involuntario a corto plazo para proteger al individuo vulnerable debe ser aplicado por un período lo más breve posible, como un último recurso y siempre debe ser asumido por equipos multidisciplinarios y supervisados por procedimientos legales transparentes y ser evaluado rigurosamente. El hacinamiento genera un triple efecto negativo, atenta contra la “Seguridad penitenciaria”, el “Tratamiento penitenciario” y la “Salud penitenciaria”: (UNODC, 2014): “Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos (SMR) detallan las condiciones y servicios mínimos que deben ponerse a disposición de todos los presos, sin importar si el sistema de prisión está bajo presión debido al uso excesivo del encarcelamiento” (p. 160), el estudio sostiene que las “Reglas Mínimas”, no proporcionan guía alguna acerca del modo de mitigar el impacto del hacinamiento cuando éste se produce; dado que el hacinamiento en las prisiones con frecuencia representa retos inmensos para la implementación del principio de individualización de las sentencias. Este principio, establecido en dichas Reglas, es el núcleo de las políticas de una buena administración de las prisiones que promueve la reintegración social.

Mientras menor sea la tasa de reincidencia y de reingreso de la población penitenciaria, será menor la presión poblacional que se origina por el hacinamiento de los establecimientos penitenciarios intramuros, la estrategia a seguir que sugiere el estudio de UNODC, va justamente por esa línea de acción, priorizando el “Tratamiento penitenciario” para en el mediano y largo plazo reducir el hacinamiento: (UNODC, 2014): “Promoción de la reintegración social como

estrategia a largo plazo para reducir el hacinamiento” (p. 165), el estudio encontró que el éxito de los esfuerzos para ayudar a los reclusos a reintegrarse socialmente puede reducir el retorno de los ex presos a la prisión una vez más y por lo tanto reducir a largo plazo el tamaño de la población de la prisión. Para poder lograr resultados sostenibles, tales esfuerzos e inversión deben ser continuos y estar acompañados por otras políticas y medidas para reducir el encarcelamiento tal como lo explica este manual, teniendo en cuenta las necesidades y circunstancias específicas de la jurisdicción correspondiente. Los esfuerzos para ayudar a la reintegración social de los reclusos deben comenzar el primer día de la sentencia y continuar durante el período posterior a la liberación. Hay una gama de reglas incluidas en instrumentos internacionales que están basadas en este principio; así mismo, las “Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos” (SMR) dejan en claro que el propósito y la justificación de las sentencias de encarcelamiento es finalmente proteger a la sociedad contra el delito y que esta finalidad sólo se puede lograr si el período de encarcelamiento se usa para asegurar que al retornar a la sociedad el delincuente no sólo querrá, sino que será capaz de vivir respetando la ley y mantenerse a sí mismo, por otro lado, las denominadas “Reglas de Bangkok” cubren más detalladamente las necesidades especiales de los reclusos.

El estudio de UNODC, también considera que los familiares tienen un papel protagónico en el “Tratamiento penitenciario” de la población penitenciaria: (UNODC, 2014): “Otros medios de mantener vínculos con las familias son los teléfonos y las cartas. Cuando los presos están alojados en prisiones lejos de sus hogares, estos medios son particularmente importantes”. (p. 170), dado que como el estudio encontró, en el caso de la mayoría de los reclusos no deben restringirse

las cartas o las comunicaciones telefónicas con las familias. Sólo en los casos en los que el recluso ha sido evaluado de alto riesgo para la seguridad puede ser necesario censurar la correspondencia y llevar una lista de corresponsales aprobados.

Aportes del estudio respecto a la "Salud Penitenciaria":

En lo que respecta a la gestión de "Salud penitenciaria", se tiene que el estudio señala las severas consecuencias que genera el hacinamiento en los establecimientos penitenciarios intramuros: (UNODC, 2014): "Las cárceles tienen implicaciones muy graves con respecto a la salud de los reclusos. Es probable que los reclusos ya tengan problemas de salud al ingresar a la prisión" (p. 18). El estudio encontró que muchos de los internos provenían de sectores de la población que tienen un bajo nivel de educación y social y de bajos recursos económicos, con mínimo acceso a servicios adecuados de salud. En el establecimiento penitenciario las condiciones de salud de esa población, se deteriorará aún más. El hacinamiento afecta los niveles de nutrición de los internos, además de un saneamiento inadecuado y no se dispone de acceso al aire fresco y a ejercicio físico, lo que aumenta el riesgo de epidemias y enfermedades contagiosas. Entre las principales enfermedades que el estudio encontró ente los internos se tiene, la tuberculosis, la hepatitis, las infecciones transmitidas sexualmente y las enfermedades de la sangre, así mismo, las enfermedades mentales son bastante comunes en las cárceles a nivel global. Se encontró además que, en los países con alta prevalencia de tuberculosis, su prevalencia puede ser 100 veces mayor dentro de las cárceles. En lo que respecta al uso de sustancias tóxicas, el estudio encontró que los internos tienen un historial de abuso de drogas, , el hacinamiento y la falta de actividades

pueden inducir al consumo de drogas. En la mayoría de los países la prevalencia de la infección por VIH en la población de las cárceles es mayor que en la población fuera de ellas, especialmente cuando prevalecen la adicción a las drogas y las conductas riesgosas, tales como compartir las agujas. El hacinamiento puede dañar seriamente la salud mental de todos los reclusos, especialmente la salud de aquellos que son vulnerables a los abusos y aquellos que ya sufren de enfermedades mentales. Así mismo, este estudio también aborda el tema de un tratamiento farmacológico de la población penitenciaria, especialmente del porcentaje que presentan adicciones: (UNODC, 2014): “Los resultados de la investigación indican que el tratamiento por dependencia de drogas es sumamente eficaz para reducir la delincuencia” (p. 142). Se encontró que el tratamiento y cuidado como alternativa al encarcelamiento iniciado en la prisión, además de apoyo y reintegración social posterior a la liberación, disminuyen el riesgo de recaída en el consumo de drogas, la transmisión del VIH y la reincidencia del delito, con beneficios importantes para la salud individual; este beneficio se extiende además a la seguridad pública, lo que el estudio concluye que ofrecer el tratamiento como alternativa a la prisión es una medida muy eficaz en materia de costo-beneficio para la sociedad.

Como parte de la gestión de “Salud penitenciaria”, el estudio considera esencial que se deben respetar las normas mínimas de higiene, las cuales justamente se ven vulneradas por el hacinamiento: (UNODC, 2014): “Los locales destinados a los reclusos y especialmente aquellos que se destinan al alojamiento de los reclusos durante la noche, deberán satisfacer las exigencias de la higiene, habida cuenta del clima, particularmente en lo que concierne al volumen de aire, superficie

mínima, alumbrado, calefacción y ventilación” (p. 14). Esa falta de higiene, que el estudio señala que se da por el hacinamiento, merma severamente la salud de la población penitenciaria, la cual no se limitara a espacio físico, sino que se extendería más allá de los muros de las prisiones, ocasionando un problema de salud pública severo, como por ejemplo una pandemia: (UNODC, 2014): “El impacto del hacinamiento no permanece dentro de los muros de la cárcel. Puede tener un impacto negativo sobre la salud pública” (p. 19), por lo que el estudio encontró que el costo del uso excesivo del encarcelamiento, que es el motivo fundamental del hacinamiento en las cárceles de todo el mundo, puede ser significativamente elevado, lo que aumenta los niveles de pobreza y la marginalización social y económica de ciertos grupos sociales y reduciendo los fondos disponibles para otras esferas del gasto público. Al respecto, el estudio también señala lo siguiente: (UNODC, 2014): «...“Encarcelamiento y salud pública”, considerando a las cárceles como “incubadoras de enfermedades” dado que el “impacto perjudicial” que el encarcelamiento tiene sobre la salud no está confinado a los muros de la prisión” (p. 21), esto se debe, a que los reclusos llevan las enfermedades a la comunidad a través del “personal penitenciario” y de sus visitas, eventualmente, la gran mayoría de los prisioneros son liberados y es probable que lleven a la sociedad las enfermedades contraídas en las prisiones.

Dado que el hacinamiento en las prisiones no se puede erradicar en el corto plazo, por ello el estudio de UNODC, brinda las siguientes pautas a seguir para ese periodo de transición:

“El Consejo de Europa ha provisto cierta orientación en su recomendación concerniente al hacinamiento de las prisiones y a la inflación de la población

de las prisiones cuando recomienda que, de haber hacinamiento, se debe enfatizar el mantenimiento de la dignidad humana y se debe prestar particular atención a la cantidad de espacio disponible para los reclusos, para higiene y sanidad, al suministro de alimentos suficientes y debidamente preparados y presentados, a la atención de la salud de los reclusos y a la oportunidad de ejercicio al aire libre. También ha enfatizado que, para contrarrestar algunas de las consecuencias negativas del hacinamiento en las prisiones, se debe facilitar todo lo que sea posible el contacto con las familias y usar al máximo el apoyo que pueda brindar la comunidad”

(UNODC, 2014) (p. 160)

El aporte del estudio de UNODC, está en incorporar en los modelos de gestión penitenciaria de los países Latinoamericanos, la priorización del “Tratamiento penitenciario” y la “Salud penitenciaria”, que se ven seriamente afectadas por el hacinamiento, pero que sin embargo son la clave para lograr superar el hacinamiento, dado que mejores resultados en la gestión del “Tratamiento penitenciario” y la “Salud penitenciaria” dará como resultado una menor tasa de reincidencia y reingreso de la población penitenciaria, por ende disminuyendo el hacinamiento en los establecimientos penitenciarios intramuros.

1.1.10 CONPES, (2015). “Política penitenciaria y carcelaria en Colombia”.

Este estudio nos presenta con sumo detalle la complejidad del modelo de gestión penitenciario de Colombia; con valiosa información estadística, sobre la infraestructura y el funcionamiento de sus establecimientos penitenciarios intramuros. En las últimas dos década, el modelo de gestión penitenciario en

Colombia ha impulsado una agresiva la política pública, que se ha “enfocado” exclusivamente en la “ampliación de la infraestructura carcelaria”, realizando inversiones desde el año 2000, que ya han sumado más de “1.2 billones de dólares”, destinados principalmente a la “construcción”, “adecuación”, “operación” y “mantenimiento” de los establecimientos penitenciarios intramuros colombianos, llevándolos a “duplicar la capacidad de albergue de sus establecimientos penitenciarios intramuros”, sin embargo los resultados no han sido los esperados: (CONPES, 2015): “Resulta fundamental dentro del proceso de resocialización de los internos, así como el personal sanitario es indispensable para garantizar sus derechos a la vida e integridad personales, y finalmente, el personal de guardia penitenciaria y carcelaria, es imprescindible para garantizar la seguridad de los internos” (p. 27). Sin embargo no se ha enfocado adecuadamente con un fin de “Tratamiento Penitenciario”, sino que ha seguido priorizando el fin de confinar y almacenar a la población penitenciaria: (CONPES, 2015): “Estas acciones se orientan a contrarrestar las debilidades de la infraestructura, de las condiciones sanitarias, de las capacidades y competencias del personal penitenciario y carcelario y de las tecnologías de seguridad, vigilancia y gestión de información” (p. 58). Se tiene, como lo señala el estudio, que el primer componente se centra en la mejora de las condiciones de infraestructura física y dotación penitenciaria y carcelaria para el cumplimiento de los fines de la pena y la garantía de derechos fundamentales de los internos, lo que implica rehabilitación, mantenimiento y construcción de cupos integrales, que incluyan un espacio digno de habitación y los demás necesarios para el desarrollo de las actividades ofrecidas en el marco de la atención y tratamiento, como por ejemplo, el trabajo, el estudio, las enseñanza y sanidad, entre otros.

Aportes del estudio respecto a la "Seguridad Penitenciaria":

Sobre la gestión de “Seguridad penitenciaria”, se tiene que este estudio encontró que, en las cárceles de Colombia, la seguridad cae en el error de la seguridad perimetral de la prisión, en lugar de enfocarse en la seguridad e integridad de la población carcelaria, sin embargo, propone se considere lo siguiente para revertir esa situación:

“Estas acciones se orientan a contrarrestar las debilidades de la infraestructura, de las condiciones sanitarias, de las capacidades y competencias del personal penitenciario y carcelario y de las tecnologías de seguridad, vigilancia y gestión de información. [...] se presentan los cuatro componentes que abarcan las mencionadas acciones. El primer componente se centra en la mejora de las condiciones de infraestructura física y dotación penitenciaria y carcelaria para el cumplimiento de los fines de la pena y la garantía de derechos fundamentales de la PPL en centros de reclusión (OE 1.1). Lo anterior, implica rehabilitación, mantenimiento y construcción de cupos integrales, que incluyan un espacio digno de habitación y los demás necesarios para el desarrollo de las actividades ofrecidas en el marco de la atención y tratamiento (por ejemplo, trabajo, estudio, enseñanza, sanidad, entre otros)”

(CONPES, 2015) (p. 58)

El estudio añade lo siguiente a fin de orientar adecuadamente la “Seguridad penitenciaria” de la población penitenciaria: (CONPES, 2015): “El segundo componente de este eje apunta a la generación de las condiciones para la adecuada prestación del servicio de salud” (p. 60), el estudio señala que uno de los

problemas más críticos del sistema penitenciario y carcelario en Colombia tiene que ver con las precarias condiciones de salubridad en las prisiones, se busca que el Estado garantice la adecuada prestación del servicio de salud en las cárceles". Considerando además lo siguiente: (CONPES, 2015): "El tercer componente se enfoca en el fortalecimiento y la generación de competencias específicas del personal profesional y técnico penitenciario y carcelario" (p. 61). El estudio evidenció la necesidad de contar con personal adecuado y capacitado para desempeñar las funciones de seguridad, vigilancia y atención dentro de los establecimientos de reclusión del orden nacional. Así mismo, se plasmó la necesidad de adelantar los estudios necesarios para verificar si el sector cuenta con los recursos humanos necesarios para cumplir dichas tareas, señalando que, si bien la finalidad principal no es la seguridad perimetral y el confinamiento de la población penitenciaria, es importante que la infraestructura cuente con unas condiciones básicas de seguridad: (CONPES, 2015): "Y por último, el cuarto componente de este eje apunta al fortalecimiento de la infraestructura tecnológica que permita el apoyo efectivo al sistema penitenciario y carcelario" (p. 61). Como lo señala el estudio, se busca que los establecimientos penitenciarios, cuenten con las condiciones mínimas necesarias para garantizar la seguridad interna, prevenir la comisión de conductas punibles que se realicen desde los establecimientos y apoyar tecnológicamente el desempeño de las labores administrativas y de gestión.

La finalidad principal de la "Seguridad penitenciaria" es asegurar las "condiciones necesarias" que permitan desplegar el "Tratamiento penitenciario" y la gestión de "Salud penitenciaria":

“La política penitenciaria tiene como objetivo, generar las condiciones adecuadas para que las personas que son condenadas cumplan efectivamente una sanción privativa de la libertad y que, a través del tratamiento penitenciario, logren su reintegración social. Mientras que la política carcelaria, se ocupa de velar por la garantía de los derechos de la población detenida preventivamente. Desde esta perspectiva, si bien existe un aparente divorcio entre la política penitenciaria y la política carcelaria, es necesario entenderlas bajo una visión holística de la política criminal en general y así, promover su interacción con el objeto de lograr el cumplimiento de los fines constitucionales de la pena y del derecho penal”

(CONPES, 2015) (p. 17).

Así como lo señalado en: (CONPES, 2015): “Resulta fundamental dentro del proceso de resocialización de los internos, así como el personal sanitario es indispensable para garantizar sus derechos a la vida e integridad personales, y finalmente, el personal de guardia penitenciaria y carcelaria, es imprescindible para garantizar la seguridad de los internos” (p. 27). Si bien inicialmente el modelo penitenciario francés si priorizaba la gestión de “Tratamiento penitenciario”, es a mediados de los 90s que un cambio de política pública, ocasiona que pase a un segundo plano: (CONPES, 2015): “A mediados de los noventa la fe que existía en las prisiones como mecanismo resocializador y determinante de la seguridad pública decae, nuevos debates se generan a nivel internacional” (p. 36).

Aportes del estudio respecto al "Tratamiento Penitenciario":

La legislación penitenciaria de Colombia contempla incluso que se pueda rebajar el tiempo de la condena gracias al “Tratamiento penitenciario”. (CONPES, 2015): “Según lo dispuesto en las normas penitenciarias, particularmente en la Resolución

7302 de 2005, el enfoque de resocialización es de tipo ocupacional, esto quiere decir que se desarrolla a partir de actividades de trabajo, estudio y enseñanza, las cuales generan la posibilidad, cuando las normas penales sustanciales no lo restringen, de redimir pena. Adicionalmente, el INPEC también cuenta con proyectos productivos” (p. 44). Como lo señala el estudio, esos beneficios para la población penitenciaria se basan en principalmente en: (CONPES, 2015): “Si se tiene en cuenta el principio de la presunción de inocencia, es razonable comenzar con el tratamiento penitenciario resocializador hasta tanto la persona haya sido condenada penalmente, por lo cual la oferta existente sería suficiente para cubrir a esta población (...) debe destacarse que más del 80% de las mujeres privadas de la libertad se encuentran actualmente vinculadas a alguna de las actividades ofertadas” (p. 45). Así mismo, el estudio de CONPES sugiere la intervención de cuerpos colegiados para participar en la gestión del modelo penitenciario, en especial en lo relacionado al “Tratamiento penitenciario:

“Para la ejecución del tratamiento penitenciario en los establecimientos, se ha previsto la conformación de cuerpos colegiados, interdisciplinarios, que de manera coordinada y continua deben buscar la optimización de recursos y la consecución de las mejores medidas para cada persona privada de la libertad en su proceso de resocialización. Estos cuerpos colegiados son la junta de asignación de patios y distribución de celdas, el consejo de evaluación y tratamiento, la junta de evaluación de estudio, trabajo y enseñanza y el consejo de disciplina, y deben funcionar en forma permanente en los establecimientos, para garantizar la progresividad del tratamiento penitenciario. De acuerdo con la información suministrada por el INPEC en 2015, por falta de personal especializado o idóneo, especialmente

para el consejo de evaluación y tratamiento, estos cuerpos colegiados no se han podido conformar. En algunos casos, el condenado llega a cumplir su pena sin haber superado la fase de alta seguridad. De igual manera, cuando algunas juntas se conforman, en la mayoría de los casos estas no cuentan con las características de interdisciplinariedad requerida, por lo que no se puede hacer un seguimiento progresivo al condenado en su proceso de tratamiento”

(CONPES, 2015) (p. 47)

La propuesta del estudio de CONPES en lo referente a “Tratamiento penitenciario” a la población penitenciaria, le asigna un papel fundamental a la familia, siendo parte clave para la recuperación, resocialización y reinserción: (CONPES, 2015): “Por otra parte, es importante resaltar que las iniciativas orientadas a la participación de la familia en el tratamiento penitenciario no son representativas. Así mismo, las condiciones de ejecución de la pena no involucran un enfoque de justicia restaurativa, y al contrario restringen las posibilidades de restaurar los vínculos con la familia, las víctimas y la comunidad” (p. 48). Tenemos entonces que, la propuesta para la reforma del sistema penitenciario Colombiano, que se sugiere en el estudio de CONPES, involucra una serie de cambios a nivel legislativo, a fin de priorizar el “Tratamiento penitenciario” sobre las demás gestiones, buscando reducir las tasas de reincidencia y reingreso de la población penitenciaria: (CONPES, 2015): “El contexto actual de las prisiones en Colombia exige reorientar la política pública penitenciaria y carcelaria, a través de acciones normativas, actividades políticas y administrativas, hacia la atención de los fundamentos básicos de la pena y el objetivo principal de su ejecución, esto es, un tratamiento

penitenciario integral y con fin resocializador” (p. 57). Por lo tanto, se tiene que, a las inversiones previstas para mejorar las condiciones de habitabilidad de la población penitenciaria, se suman acciones orientadas a incorporar una perspectiva integral del tratamiento penitenciario para lograr los fines resocializadores de la pena, y los efectos preventivos sobre la reincidencia de las personas que han sido seleccionadas por el sistema penal en virtud de una condena, especialmente, para que estas no vuelvan a entrar al circuito del sistema penal. Así mismo añade al respecto que: (CONPES, 2015): “El impacto de la política en estos términos implica reconfigurar la función de la prisión a través de la obtención de resultados concretos frente a la garantía de unas condiciones dignas de privación de la libertad” (p. 74), por lo que se tiene que la perspectiva resocializadora del tratamiento penitenciario dentro de una visión progresiva que sea capaz de prepararlos para la libertad; una política criminal integral, coherente y racional; y finalmente, la adecuada articulación entre la nación y los entes territoriales a fin de resolver de manera puntual los problemas colectivos identificados en torno a la situación carcelaria del país.

Aportes del estudio respecto a la "Salud Penitenciaria":

En lo que respecta a la “Salud penitenciaria”, se tiene que: (CONPES, 2015): “las principales dificultades en el ámbito de la salud son, entre otras: Prevalencia de enfermedades infectocontagiosas por factores evitables con medidas tales como garantizar condiciones mínimas en la provisión de alimentos y calidad del agua y el entorno” (p. 26), el estudio encontró que el modelo existente, dificulta la aplicación de estas medida, se tiene deficiencias en los sistemas de información para obtener la plena identificación de los internos, y la existencia de determinantes de la salud

asociados a condiciones higiénico sanitarias; así mismo, las personas privadas de la libertad con enfermedades mentales agravan su patología por las condiciones de reclusión, desarticulación institucional para garantizar la gestión integral de los riesgos en salud, desuso del sistema de información de registro de atención e historias clínicas, un obstáculo importante para mejorar el sistema de salud penitenciario, es la ausencia de información detallada sobre la actual oferta y utilización de servicios de salud; el estudio no encontró datos desagregados sobre el volumen de oferta y demanda por servicios de salud o tratamientos médicos específicos, lo más cercano a esto proviene de la tabulación de gasto por categorías como servicios ambulatorios, apoyándose en las consultas externas y apoyos terapéuticos, pero aún en estos casos solo se reporta el gasto total y no hay mención sobre el número de servicios prestados.

La “Salud penitenciaria” al igual que la “Seguridad penitenciaria” son ejes claves para que se pueda llevar de manera exitosa la gestión de “Tratamiento penitenciario”, si la población penitenciaria no tiene niveles adecuados de salud, no solo “peligra el objetivo de reinserción a la sociedad”, sino además se “constituye” en un problema de salud pública:

“La visión integral de la política carcelaria ha llevado a encontrar relaciones mucho más sólidas en otros campos de acción estatal, como por ejemplo la salud mental. Los trabajos recientes de Raphael y Stoll (2013) muestran la profunda conexión entre los programas de salud pública en atención a la salud mental y los efectos sobre la criminalidad y la población penitenciaria. En sus unidades de análisis encuentran que los penados mantienen una tasa cinco veces mayor de prevalencia de enfermedades mentales, indicando que

la intervención oportuna con medicamentos e ingreso a los sistemas de salud, es una solución superior a la del encarcelamiento prolongado. Estos resultados son también validados por Penrose (2000), quien encontró una fuerte correlación entre dichas variables en 18 países (europeos principalmente)”

(CONPES, 2015) (p. 36)

El estudio de CONPES, concluye que a pesar de esa multimillonaria inversión realizada por las autoridades colombianas para fortalecer la infraestructura y sus servicios carcelarios, buena parte de los “problemas”, como las “violaciones de los derechos humanos básicos”, la superpoblación penitenciaria y la falta políticas y servicios preventivos, aún se encuentran sin resolver y muchos de los resultados aún no han sido alcanzados.

1.1.11 MAPELLI CAFFARENA, (2015). “Ejecución de la pena privativa de libertad: Una mirada comparada”.

El estudio desarrollado por Mapelli Caffarena, nos brinda una comparación entre los modelos penitenciarios de Argentina y Chile, que son países con modelos penitenciarios y legales similares a Perú, brindando importante información estadística detallada de la población penitenciaria en Argentina y en Chile; y un extenso análisis de los modelos penitenciarios de Argentina y de Chile, en los que se puede identificar la importancia para el modelo de la seguridad penitenciaria, el tratamiento penitenciario y la salud penitenciaria de la población penitenciaria: (MAPELLI, 2014): “Con todo se puede dar por válido que las prisiones de grandes dimensiones están deshumanizadas, se organizan con criterios de grandes

centros industriales en los que la mercancía cuya cuidado se gestiona son personas privadas de libertad” (p.130); el estudio encontró además que los cargos de responsabilidad no tienen apenas contacto directo con la población y no conocen sus problemas cotidianos, hay una fisura más pronunciada entre el interior y el exterior, los riesgos para la seguridad se incrementan y las medidas de este tipo se sobre- dimensionan frente a cualquier otra aspiración, también apostar por establecimientos de pequeñas dimensiones asegura una oferta mayor de regionalización y se evita la desubicación. En contraste tenemos que, en el caso de la legislación española, se señala que los establecimientos penitenciarios no deberán acoger más de trescientos cincuenta internos por unidad, en su momento se justificó esta cantidad diciendo que responde a una demanda de las instituciones internacionales a favor de que los países inviertan en centros de pequeñas dimensiones, porque con ello se alcanzan mayores ventajas de cara a la resocialización del interno, pero la cuidada redacción que se ha dado a la norma, le ha hecho perder eficacia, de forma que se ha entendido por unidad los departamentos de un establecimiento, lo que ha permitido construcciones de grandes dimensiones, a pesar de ello han podido manejar con mejores resultados de los que se han dado en los modelos penitenciarios de Latinoamérica.

Aportes del estudio respecto a la "Seguridad Penitenciaria":

El estudio de Mapelli Caffarena, nos presenta una introducción detallada con una base legal que explica la problemática de la situación actual y sustenta las propuestas de reforma:

“En particular, la Constitución Nacional de Argentina (CN) establece, en su Art. 18, último párrafo «...las cárceles de la Nación serán sanas y limpias,

para seguridad y no para castigo de los reos detenidos en ellas, y toda medida que a pretexto de precaución conduzca a mortificarlos más allá de lo que aquélla exija, hará responsable al juez que la autorice, con referencia a ello, la Corte Suprema de la Nación Argentina sostuvo que el art. 18 tiene contenido operativo, la seguridad, como deber primario del Estado no sólo importa resguardar los derechos de los ciudadanos frente a la delincuencia sino también, como se desprende del citado art. 18, los de los propios penados cuya readaptación social se constituye en un objetivo superior del sistema y al que no sirven formas desviadas del control penitenciario...»

(MAPELLI, 2014): (p. 94).

Explica además la relevancia y la problemática del personal penitenciario responsable de la seguridad de la población penitenciaria: (MAPELLI, 2014): “El personal penitenciario que trabaja dentro del módulo no asume competencias relacionadas con la seguridad, salvo las imprescindibles” (p. 128), el estudio encontró que el diseño arquitectónico responde a los parámetros del panóptico, aunque aprovechan espacios abiertos sin obstáculo a una natural función de observación.

Aportes del estudio respecto al "Tratamiento Penitenciario":

Sus estudios sostienen, la propuesta de que los grandes centros penitenciarios no son parte de la solución, por el contrario agravan la problemática carcelaria, dado que no contribuyen al objetivo principal del tratamiento penitenciario: “la recuperación, resocialización y reinserción de la población penitenciaria”:

«...Con todo se puede dar por válido que las prisiones de grandes dimensiones están deshumanizadas, se organizan con criterios de grandes

centros industriales en los que la mercancía cuya cuidado se gestiona son personas privadas de libertad, los cargos de responsabilidad no tienen apenas contacto directo con la población y no conocen sus problemas cotidianos, hay una fisura más pronunciada entre el interior y el exterior, los riesgos para la seguridad se incrementan y las medidas de este tipo se sobredimensionan frente a cualquier otra aspiración, también apostar por establecimientos de pequeñas dimensiones asegura una oferta mayor de regionalización y se evita la desubicación, pocas legislaciones encontramos —que como en el caso de la española— se pronuncien con detalle sobre el tema de la capacidad, señalando que los establecimientos penitenciarios no deberán acoger más de trescientos cincuenta internos por unidad (artículo 12.2), en su momento se justificó esta cantidad diciendo que responde a una demanda de las instituciones internacionales a favor de que los países inviertan en centros de pequeñas dimensiones, porque con ello se alcanzan mayores ventajas de cara a la resocialización del interno, pero la cuidada redacción que se ha dado a la norma, le ha hecho perder eficacia, de forma que se ha entendido por unidad los departamentos de un establecimiento, lo que ha permitido construcciones de grandes dimensiones...»

(MAPELLI, 2014) (pág.130).

Tenemos además, que presenta una detallada descripción de los diferentes regímenes carcelarios, que si bien son de Argentina, aplican perfectamente para el modelo penitenciario propuesto para Perú:

“Régimen cerrado [...] debe garantizar una reclusión segura, por lo que se inspira en los principios de seguridad, orden y disciplina. En este régimen se cuida especialmente la observación puntual de los horarios, de los encierros

y desencierros, de los allanamientos, requisas, recuentos numéricos y desplazamiento de los internos de unas dependencias a otras (artículo 29 del Reglamento de establecimientos penitenciarios). Sin perjuicio de ello, la seguridad y disciplina no pueden impedir la realización de las actividades de reinserción ya que éste es el fin de la ejecución de la pena. Régimen abierto [...] se aplica en los casos de cumplimiento de una condena en el medio libre, ya sea por disposición judicial o por el otorgamiento de un beneficio intrapenitenciario (artículo 31 del Reglamento Penitenciario). El primer caso, tiene lugar cuando el juez otorga alguna pena sustitutiva de la pena privativa de la libertad (Ley N° 18.216, sobre penas sustitutivas a las penas privativas o restrictivas de libertad). Respecto de los beneficios intrapenitenciarios, la pena se cumplirá, en todo o en parte, en el medio libre, cuando la autoridad administrativa acoja una solicitud de salida controlada al medio libre u otorgue la libertad condicional. Este régimen se caracteriza por la inexistencia de vigilancia permanente y directa sobre el recluso y por la ausencia de controles rígidos, tales como formaciones, allanamientos, intervención o restricción de visitas y correspondencia, etc. Régimen semiabierto [...] corresponde a un tipo de ejecución penal que se sitúa entre el régimen cerrado y el abierto. En él se prescinde parcialmente de sistemas de seguridad y se da cumplimiento a la condena en un medio organizado en torno a la actividad laboral y la capacitación. Este régimen les permite a los reclusos moverse libremente, sin vigilancia, al interior del recinto, ya que se basa en los principios de autodisciplina y confianza”

(MAPELLI, 2014) (pág.154).

El estudio de Mapelli Caffarena además, presenta de manera bastante detallada una serie de principios que contribuyen a fortalecer la seguridad penitenciaria, tratamiento penitenciario y salud penitenciaria, que son de fundamental relevancia para el modelo propuesto para Perú, en lo que respecta a Seguridad Penitenciaria se tiene que: (MAPELLI, 2014): “Principio de oportunidad, implica que la ejecución de las sanciones impuestas solo se ejecutará materialmente en caso que de que fuesen necesarias para alcanzar el objetivo de la convivencia ordenada, el orden y la disciplina se mantendrán con firmeza, pero sin imponer más restricciones de las necesarias para mantener la seguridad” (p. 453), el estudio señala además que, tanto las infracciones disciplinarias, como los procedimientos por medio de los cuales éstas se apliquen, deben estar previstos en la ley, dichas sanciones deberán ser, en todo caso, proporcionales a la falta para la cual han sido establecidas, lo contrario equivaldría a un agravamiento indebido de la naturaleza aflictiva de la privación de libertad, por lo que, la gestión de seguridad penitenciaria, se debe recurrir a procedimientos disciplinarios como último recurso, solo si el equilibrio interno disciplina se rompe, y/o si se compromete la seguridad de los internos y/o del “personal de los establecimientos penitenciarios”.

Aportes del estudio respecto a la "Salud Penitenciaria":

En lo que respecta a la salud penitenciaria, nos plantea lo siguiente que el hacinamiento complica, incluso llegar a imposibilitar, la ejecución gestión de seguridad penitenciaria, tratamiento penitenciario y salud penitenciaria, comprometiendo el logro de los resultados de “recuperación” y “resocialización” de los “internos” de los “establecimientos penitenciarios intramuros”.

Uno de los aportes significativos del estudio de Mapelli Caffarena sobre la salud penitenciaria, a considerarse en el modelo penitenciario para Perú, es la “prevención”:

“Se necesita incorporar la educación de salud y prevención de riesgos en los programas para todos los presos, tomando en cuenta el sexo, la edad y el bagaje cultural. La población penal está expuesta al riesgo potencial por causa del uso de drogas y las enfermedades de transmisión sexual, como el VIH. Muchos reclusos han tenido poco o ningún acceso a la educación de la salud fuera de la prisión. La custodia conlleva la obligación de proveer programas tanto para la salud de los reclusos como para la salud pública en general. En una cárcel los servicios médicos cumplen un papel preventivo que trasciende de lo convencional. Los médicos deben inspeccionar los establecimientos para denunciar todas las deficiencias que puedan originar perjuicios para la salud. Así mismo, los médicos tienen la misión de examinar a los internos en situaciones críticas, como el ingreso, los registros corporales, las estancias en celdas de aislamiento, o cuando han soportado medios coercitivos y, también, para detectar los posibles casos de tortura” (MAPELLI, 2014): (p.225).

Se encontró, que la mejor medida para garantizar el logro de los resultados en salud penitenciaria es la prevención, educando a los “internos” de los “establecimientos penitenciarios intramuros” en las mejores prácticas de salud; es indispensable que el equipo médico realice el análisis inicial de todos los “internos” que ingresan a los “establecimientos penitenciarios intramuros”.

Así mismo, concluye que el hecho de estar privados de la libertad, no priva a la población penitenciaria de su derecho fundamental a la salud: (MAPELLI, 2014): “La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir digna” (p.413). El estudio señala que la efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley” El “derecho inalienable a la salud”, no es un “derecho” que los “internos” deban perder a su ingreso a un establecimiento penitenciario, por el contrario, su condición de vulnerabilidad, por su confinamiento, debe incrementar las medidas necesarias para no comprometer su salud, tanto física como mental.

Concluye en lo que respecta a Salud Penitenciaria, con las siguientes recomendaciones: (MAPELLI, 2014): “Un detenido en buena salud supone una buena gestión penitenciaria: proteger y promover la salud de los detenidos además de redundar en beneficio de los propios detenidos aumenta el nivel sanitario en el lugar de trabajo y la seguridad del personal carcelario” (p.573). Es especialmente complicado la “contención” y “tratamiento” de las “enfermedades virales” como el VIH y el TBC, el confinamiento complica su tratamiento y control, la gestión de salud penitenciaria debe poner especial énfasis en la población de internos que padecen estas enfermedades.

En lo que respecta al “tratamiento penitenciario”, se tiene que el estudio señala lo siguiente: (MAPELLI, 2014): “En la misma línea las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, define los principios orientadores para la gestión penitenciaria y la práctica relativa al tratamiento de los internos al destacar que el fin y la justificación de las penas y medidas privativas de libertad son, en definitiva, proteger a la sociedad contra el crimen” (p.576). El estudio señala que el principal de los establecimientos penitenciarios, no es la contención de la población penitenciaria, sino su recuperación y resocialización, el éxito de la gestión del modelo penitenciario se medirá no por el confinamiento, sino por la tasa de reingreso de los internos a los establecimientos penitenciarios. El “modelo de gestión penitenciaria” deberá crear los espacios necesarios que permitan alcanzar los resultados de seguridad, tratamiento y salud penitenciaria.

Es muy importante lo que señala Mapelli Caffarena respecto al tratamiento penitenciario, dado que para su efectividad es crucial que se desarrolle de manera individual, respetando las “necesidades” de la “población penitenciaria”, el cual además de preferencia deberá darse de manera voluntaria, este podrá ser impuesto según se den las circunstancias: (MAPELLI, 2014): “El tratamiento que, como dijimos, es individual, deberá además atender a las condiciones personales, a los intereses y las necesidades reales de la persona privada de libertad, necesitará entonces de la participación activa a la par de voluntaria por parte del que se encuentra inmerso en el mismo” (pág.224). La investigación encontró, que el “tratamiento personalizado” de los “internos” es necesario para lograr el “objetivo de recuperación” y “resocialización” de los “internos”, como así también lo señala

el modelo penitenciario belga, el de aire libre, el de Prelibertad y el de prisión abierta.

Tenemos, además, que recoge la experiencia de la legislación de otros países, considerándose fundamental para asegurar la efectividad del “tratamiento penitenciario”, que siguiendo los lineamientos internacionales se realice una clasificación mínima de la población penitenciaria: (MAPELLI, 2014): “A nivel internacional, diversos tratados e instrumentos recogen los objetivos y criterios de clasificación de la población penal” (p.230). El modelo encontró que la etapa de tratamiento, deberá ser gradual, permitiendo identificar las variables que originaron el comportamiento delictivo del interno; tal como lo señala el modelo penitenciario belga o modelo de clasificación, la identificación de estas variables permitirá realizar una óptima caracterización de los “internos” en los “establecimientos penitenciarios intramuros”, mejorando los resultados de recuperación y reinserción social.

Así mismo, siguiendo con las pautas que se deben contemplar para el “Tratamiento penitenciario” de la población penitenciaria, esta deberá enfatizarse en la producción, a fin de dotarlo de las habilidades necesarias que le permitan reinsertarse eficientemente en la sociedad: (MAPELLI, 2014): “las reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos han perfilado los rasgos que debe revestir el trabajo penitenciario, añadiendo a los anteriores requisitos que sea, suficiente para ocuparlos durante la duración normal de una jornada de trabajo” (pág.359). Como lo señala el estudio, “los elementos mínimos” que debe contener un “modelo penitenciario” que persiga como fin la recuperación y la reinserción de los internos,

se encuentra en las “Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos”.

A manera de resumen, se tiene que el aporte principal de la investigación, es que sostiene que la “pena privativa de la libertad”, por sí sola no es una solución al problema que origino el comportamiento delictivo, es necesario acompañar la “pena privativa de la libertad” de la logística necesaria, así como el tratamiento dirigido y focalizado, a fin de lograr una real y verdadera rehabilitación de las “personas privadas de su libertad”. El fin de los establecimientos penitenciarios no es el confinamiento y aislamiento de los internos, el fin de los establecimientos penitenciarios es la recuperación y la resocialización de la población penitenciaria.

1.1.12 MAPELLI CAFFARENA, B., & ALDERETE LOBO, (2015), “Manual Regional de Buenas Prácticas Penitenciarias”.

Este documento nos detalla los diferentes aspectos que deben considerarse para el adecuado manejo de los establecimientos penitenciarios intramuros; considerando en su propuesta no sólo el “cumplimiento de la ejecución de la pena” sino además detallando los sistemas de administración y gestión, el régimen disciplinario, el trabajo intramuros y la infraestructura necesaria para la “recuperación”, “resocialización” y “reinserción” de las “personas privadas de la libertad”: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): “La propia evolución de la pena privativa de libertad y su cada vez mayor complejidad ejecutiva añaden una dificultad a las labores definitorias de esta materia. Además, en las últimas décadas se observa un efecto de penitenciarización del sistema de penas que influye también en el desorden conceptual en el que se mueven” (p. 15). Así mismo,

el estudio también señala que: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015) “Por sí solo el derecho penitenciario no podría pretender regular todos los aspectos de la vida de la prisión – trabajo, educación, sanidad e higiene, alimentación, etc.– , que se comporta como una microsociedad, en donde además, al tratarse de una sociedad fuertemente intervenida, en la que se invierte en gran medida la relación entre lo prohibido y lo permitido –aquello que no está permitido, se encuentra prohibido–, es necesario partir de un modelo de vida normativizado” (p. 16). Como se encontró en el estudio, la gestión legislativa no es suficiente para lograr un cambio en el modelo penitenciario, es necesaria la legislación legislativa, pero debe además ir acompañada del presupuesto necesario que permita implementar el nuevo modelo penitenciario, que deje de lado el objetivo de contención y almacenamiento, para pasar a la recuperación y reinserción de la población penitenciaria.

El estudio diferencia los conceptos de “Derecho penitenciario” y “Actividad penitenciaria”, que si bien están relacionados, se refieren a etapas distintas dentro del sistema penitenciario: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): “En consecuencia, tendríamos que diferenciar entre Derecho penitenciario y actividad penitenciaria, que en ocasiones se regula por normas que no podrían ser englobadas dentro de la expresión derecho” (p. 16). Así, mismo tenemos respecto al “Derecho penitenciario” lo siguiente: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): “Siguiendo la tradición más reciente nos inclinamos por incluir dentro del Derecho penitenciario, exclusivamente, las cuestiones relacionadas con la ejecución de las penas y medidas privativas de libertad y de la detención. No obstante, desde una perspectiva dinámica, también surgen dudas respecto del

alcance de lo que llamamos la fase de ejecución de las penas en general. En concreto se plantea dónde termina la competencia jurisdiccional de juzgar y dónde comienza la ejecución propiamente dicha. Aunque todas las penas permiten diferenciar entre su ejecución y su cumplimiento es, sin embargo, en la pena privativa de libertad donde ese matiz es más intenso y también más necesario tener en cuenta” (p. 16). Siguiendo con la diferenciación de conceptos, el estudio señala lo siguiente respecto a las “penas” que se aplican a la población penitenciaria: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): “Es también recomendable hacer disminuir las diferencias entre la pena nominal –aquella que se impone en el fallo condenatorio firme– y la pena real materialmente cumplida, en especial en aquellos países en los que aún no se encuentra establecida la jurisdicción penitenciaria, porque que un órgano administrativo modifique sustancialmente la pena al margen del control judicial es incompatible con las exigencias de seguridad y legalidad” (p. 17). Se encontró, que el endurecimiento de las penas puede generar un efecto inverso, en lugar de prevenir puede terminar generando hacinamiento en los establecimientos penitenciarios, comprometiendo el “logro de los objetivos” de “recuperación” y “reinserción” de la población penitenciaria.

El estudio toma como referencia la legislación penitenciaria de Alemania, que es un referente respecto a la gestión administrativa: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): “Tesis administrativistas: La doctrina alemana defiende mayoritariamente el carácter administrativo de la actividad penitenciaria. Ciertamente que concurre aquí un fenómeno característico de los ámbitos de la administración y es que entre la norma superior –en este caso, la ley penitenciaria– y los destinatarios se interpone la administración, que no solo califica a las

relaciones jurídicas que de ellas nacen, sino que asume la competencia de crear normas propias” (p. 18). En esa misma línea, y siguiendo con los principios administrativos que se deben seguir en los establecimientos penitenciarios intramuros: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): “Principios administrativos como la teoría del acto administrativo más favorable o el principio de autotutela son empleados frecuentemente para desarrollar e interpretar las normas penitenciarias. Sin embargo, la ley penitenciaria no es administrativa, porque tampoco puede considerarse un acto administrativo la pena de prisión” (p.18). Así mismo, se tiene que la investigación de Mapelli señala respecto a la “población penitenciaria” y la “sociedad” que no está confinada a esos muros: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): “El sistema penitenciario refleja del mismo modo que el sistema penal una tensión dialéctica permanente entre el garantismo y la defensa social o, expresado en términos más actuales, entre las exigencias preventivas, entre las necesidades de los individuos, que sufren la pena, y las de la colectividad, expresadas estas últimas en la realidad del castigo. Es la tensión que se dibuja en cualquier texto legal penitenciario cuando – de una u otra forma– señalan a la par como fines de las instituciones penitenciarias la reinserción y la custodia. La búsqueda de un punto de equilibrio entre ambos extremos es una exigencia del Estado de Derecho que no puede ignorar, por una parte, la sanción como un fenómeno socio-jurídico ineludible y, por otra, la condición de persona del condenado, que no puede ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes” (p. 24). En la investigación se encontró que las cárceles a partir del siglo XIX buscaron además de separar y contener a la población que no cumplía con el estado de derecho, lograr recuperarlos para la sociedad; sin embargo, este tratamiento penitenciario inicial

podía, con los estándares actuales, violar varios de sus derechos básicos y naturales.

La investigación nos presenta un conflicto entre la finalidad principal del sistema penitenciario: hacer cumplir la “pena de confinamiento” dictada por el sistema judicial o el “Tratamiento penitenciario” con la finalidad de evaluar, resocializar y reinsertar a la población penitenciaria:

“La ejecución de la privación de libertad no puede hacerse al margen de la ley y, consiguientemente, todo lo que sucede dentro de la prisión debe hacerse conforme a ella. Las personas privadas de libertad tendrán derecho a conservar sus garantías fundamentales y ejercer sus derechos, a excepción de aquellos cuyo ejercicio esté limitado o restringido temporalmente, por disposición de la ley, y/o razones inherentes a su condición de personas privadas de libertad. Se trata de la cuarta manifestación en lo penitenciario (*nulla exsecutio sine legem*) de esta garantía que completa los principios de *nullum crimen sine legem*, *nulla poena sine legem* y *nemo damnetur nisi per legale iudicium*”

(MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015) (p. 29).

El confinamiento de los “internos” en los “establecimientos penitenciarios intramuros”, solo interrumpe el “derecho a la libre movilidad”, todos los demás derechos se mantienen vigentes, sin embargo, la falta de “condiciones adecuadas” de los “establecimientos penitenciarios”, sumado al hacinamiento, complica seriamente que se puedan mantener sus demás “derechos básicos” vigentes, como son los derechos a la “seguridad”, la “educación”, el “trabajo” y la “salud”.

Los modelos penitenciarios de los países Latinoamericanos, por las innegables pruebas empíricas, se centra principalmente en hacer cumplir la “pena de confinamiento” dictada por el sistema judicial de cada país, queda en un segundo plano el “Tratamiento penitenciario”, que en lo posible se trata de cumplir a pesar de los pocos recursos que se destinan para ese fin. Puntualmente respecto al “Tratamiento penitenciario” se tiene que las cárceles en Latinoamérica no han sido configuradas para ese fin:

«...De esta manera podemos entender que el principio de la resocialización presenta dos facetas con distintos alcances y también con distintos contenidos. En un sentido más concreto la resocialización obliga a un diseño de las instituciones penitenciarias y de las medidas de seguridad privativas de libertad –para adultos y para menores– con esa meta reinsertadora...»

(MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): (p. 39)

La falta de la prioridad del “Tratamiento penitenciario”, que como se señaló no se tomó en cuenta para el diseño físico de las cárceles, lo que irremediamente llevara a la privación de derechos básicos de la población penitenciaria. El estudio, deja claro que no es tolerable la “violación de los derechos de la población penitenciaria”, las limitaciones presupuestales no son justificación para la violación de derechos inalienables como la seguridad y la salud.

Si bien el único derecho al cual se le debe privar a la población penitenciaria, es el de su libertad, en la práctica se le priva de muchos otros derechos básicos. Una adecuada clasificación de la población penitenciaria es fundamental para que se desarrolle adecuadamente la gestión de seguridad, tratamiento y salud penitenciaria; las que permitirán lograr los objetivos de recuperación y

resocialización de la población penitenciaria. Tenemos como modelo penitenciario de referencia el modelo belga o modelo de clasificación.

Cuestiones tan básicas, como donde se deben ubicar las prisiones, se ven determinadas por si su orientación es para hacer cumplir la “pena de confinamiento” o si el fin es el “Tratamiento penitenciario”; el estudio señala que suelen primar estos factores respecto a donde será ubicada una cárcel:

“La cuestión de la ubicación de los establecimientos penitenciarios ha sido objeto de un constante debate técnico y político. Si las razones económicas y de seguridad recomienda que los establecimientos se sitúen en zona rural, donde el suelo es más económico y las posibilidades de vigilancia mejores, sin embargo, razones de coherencia con los principios resocializadores exigen acercar las prisiones al medio urbano, para que la geografía no añada una circunstancia más al estigma penitenciario”

(MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015) (p. 78).

Si bien la ubicación física toma una relevancia que normalmente no se considera, en especial si el fin deseado es el “Tratamiento penitenciario”, dado que la ubicación final limitara la participación de los familiares en las actividades de “Tratamiento penitenciario”; adicionalmente es imposible no mencionar el hacinamiento, como un factor presente en las cárceles latinoamericanas, el cual no se puede ignorar:

«...en una línea similar con estas identificaciones se ha expresado la CIDH, observando que el hacinamiento es la consecuencia previsible de: (a) la falta de infraestructura adecuada para alojar a la creciente población penitenciaria; (b) la implementación de políticas represivas de control social

que plantean la privación de la libertad como respuesta fundamental a las necesidades de seguridad ciudadana, llamadas de mano dura o tolerancia cero; (c) el uso excesivo de la detención preventiva y de la privación de libertad como sanción penal; y (d) la falta de una respuesta rápida y efectiva por parte de los sistemas judiciales para tramitar, tanto las causas penales, como todas aquellas incidencias propias del proceso de ejecución de la pena, por ejemplo en la tramitación de las peticiones de libertad condicional...»

(MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): (p. 83).

Como señala el estudio, hay varios debates inconclusos sobre cuestiones básicas, sobre la ubicación de los establecimientos penitenciarios, si estos deberían formar parte del núcleo urbano o si por el contrario deberían estar ubicados en lugares remotos, van de la mano de cual es objetivo que se busca, si es el de separación y contención, o si por el contrario es el de recuperación y reinserción de la población penitenciaria.

Respecto a las pugnas, Mapelli también señala que al interior de los establecimientos intramuros, y acorde al modelo penitenciario, se dará una pugna por los recursos entre “Seguridad penitenciaria” y “Tratamiento penitenciario”, que no tendrían por qué ser contradictorias, sino al contrario complementarias, sin embargo en los sistemas penitenciarios de Latinoamérica se da esa competencia por recursos entre ambas gestiones:

“La seguridad: I. Decíamos al comenzar a analizar las cuestiones penitenciarias en los primeros temas que todo el sistema de ejecución se encuentra sometido a la tensión que ejercen dos fuerzas antagónicas: de

una parte, las exigencias resocializadoras y, de otra las necesidades de orden y seguridad. A pesar de que muchas legislaciones se inclinan por los fines resocializadores y ante un eventual conflicto priman estos frente a la seguridad, lo cierto es que las exigencias de seguridad tienen una férrea presencia en el mundo de las prisiones, a veces, incluso, excesiva. Las necesidades de orden y seguridad no son, en sí mismas, ningún fin, mientras que sí lo es la reinserción social y la reeducación”

(MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015) (p. 100).

El orden en los establecimientos penitenciarios es un frágil equilibrio, que se debe tutelar permanentemente.

Aportes del estudio respecto a la "Seguridad Penitenciaria":

Tenemos que el estudio de Mapelli, señala con respecto al tema de la “Seguridad penitenciaria” que dentro de los establecimientos penitenciarios existe un frágil equilibrio de convivencia entre los internos y los servidores públicos, una falta adecuada de las medidas de seguridad puede romper ese equilibrio, provocándose serios incidentes que pongan en riesgo tanto a los internos, como a los servidores públicos. Se tiene que hay una distorsión del concepto de “Seguridad penitenciaria”, como podemos apreciar a continuación:

«...los objetivos de la seguridad: Por seguridad puede entenderse todas aquellas medidas dirigidas a garantizar la retención y la custodia de los internos durante su vinculación con una institución penitenciaria, las exigencias de seguridad se sintetizan, pues, con las expresiones: retención y la custodia de los internos, retención y custodia solo pueden alcanzarse desplegando durante la reclusión un conjunto de medidas de seguridad, ya

que, aunque no siempre está justificado, parece lógico recelar de un consentimiento voluntario de internamiento por parte del interno, ahora bien, bajo las expresiones retención y custodia se incluye un abanico muy amplio de objetivos, por una parte, se trata de mantener durante un determinado tiempo una situación de privación de libertad relativa de acuerdo con las condiciones regiminales en las que se encuentre el interno, pero, por otra parte, custodiar significa garantizar en la medida de lo posible que no se van a cometer nuevos delitos ni contra la sociedad libre, ni tampoco contra la comunidad penitenciaria, dicho de otra manera, las aspiraciones de las medidas de seguridad no se limitan a garantizar el cumplimiento de la pena, sino a que el mismo se haga en condiciones que aseguren el respeto y ejercicio de los derechos de las personas, convivencia ordenada...»

(MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): (p. 103).

Así mismo, también señala respecto a la gestión de “Salud penitenciaria” y “Tratamiento penitenciario” que: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): “Salud: La condición de persona del condenado le hace acreedor de nuevos derechos que tienen su origen en el modelo social del Estado moderno, cuyo objetivo es promocionar a las personas lo que en el ámbito penitenciario se traduce en la obligación del Estado de asegurar unos servicios durante la ejecución que le permitan alcanzar una reinserción pacífica tras su liberación” (p. 50). Señala además, respecto a los derechos de la población penitenciaria: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): “Pretender enervar, como en no pocas ocasiones se ha hecho, los derechos fundamentales de las personas privadas de libertad –derecho a la salud, a la educación, a la familia, al trabajo, etc.– en base a las relaciones que estos tienen con la Administración, no solo está reñido con la

concepción democrática del Estado de Derecho, sino que también está en franca contradicción con los objetivos de reinserción social que recogen las constituciones y los textos internacionales” (p. 53). Sin la seguridad penitenciaria adecuada los funcionarios no pueden desarrollar las actividades de tratamiento penitenciario; sin embargo, un exceso de medidas de seguridad comprometería el “normal desarrollo” de las “actividades de tratamiento”, comprometiendo los resultados de recuperación y resocialización.

Respecto al concepto de “Salud penitenciaria” se tiene que el estudio señala: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): “A favor de un cambio de criterio apunta también el propio concepto de salud con el que trabaja la Organización Mundial de la Salud en su texto fundacional (La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades)” (p. 64). La gestión de “Salud penitenciaria” no solo atiende un derecho básico de la población penitenciaria, sino que además es necesario para que se pueda desarrollar una adecuada gestión de “Tratamiento penitenciario”: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): “La relevancia del derecho a la vida y la salud corren parejas con los riesgos de que ambos se vean agredidos a lo largo de la ejecución de la pena” (p. 58). Se tiene entonces, que la salud penitenciaria sigue siendo sensiblemente más frágil que la de la sociedad libre y la escasa atención que se le presta y las dificultades de prevenir graves enfermedades en un espacio tan sanitaria e higiénicamente erosionado como un centro penitenciario, todavía aumentan los riesgos de que los internos sufran algún episodio más o menos grave contra su vida o su salud. El estudio encontró, que la seguridad de los internos se ve especialmente en peligro con el hacinamiento de

los establecimientos penitenciarios. El hacinamiento imposibilita que se puedan cumplir los lineamientos y preceptos de seguridad penitenciaria, generando una potencial brecha de seguridad, que además imposibilita la ejecución de la gestión de tratamiento penitenciario.

Como parte de los derechos de la población penitenciaria que la gestión de “Salud penitenciaria” deberá considerar, la investigación de Mapelli señala lo siguiente: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): "Toda persona privada de libertad tendrá derecho a que se le practique un examen médico o psicológico, imparcial y confidencial, practicado por personal de salud idóneo inmediatamente después de su ingreso al establecimiento de reclusión o de internamiento, con el fin de constatar su estado de salud físico o mental, y la existencia de cualquier herida, daño corporal o mental; asegurar la identificación y tratamiento de cualquier problema significativo de salud; o para verificar quejas sobre posibles malos tratos o torturas o determinar la necesidad de atención y tratamiento" (p. 92). Se tiene que la CIDH ha determinado que: “la importancia del examen médico inicial es una salvaguarda importante para determinar si la persona detenida ha sido objeto de torturas o malos tratos durante el arresto o detención, y en el caso de personas que ingresan a centros penitenciarios, para detectar si estas han sido objeto de este tipo de abusos durante su permanencia previa en centros transitorios de privación de libertad, para la CIDH el examen médico inicial del recluso es una medida de prevención de la tortura; representa el medio idóneo para evaluar el estado de salud del recluso, el tipo de atención médica que este pueda necesitar; e incluso, es una oportunidad para brindarle información relativa a enfermedades de transmisión” (p. 216). La gestión de salud penitenciaria, como se encontró en el estudio, también se

ve seriamente comprometida por el hacinamiento, ocasionando que los establecimientos penitenciarios sean potenciales focos de pandemias.

Un aporte innovador de Mapelli, es la propuesta de que la gestión de “Salud penitenciaria” no debe limitarse únicamente al tiempo que la población penitenciaria permanece en establecimiento penitenciario intramuros, sino que debe incluso seguir posteriormente, al igual que el “Tratamiento penitenciario”: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): “El deber de velar por la vida y la salud de la población penitenciaria no puede quedar circunscrito al tiempo de custodia” (p. 218). Se tiene que, aunque el dato no es conocido de forma fiable todo hace pensar que un número importante de personas que pasan por las prisiones contraen enfermedades que arrastran posteriormente tras la excarcelación. La salud no tiene relación con los tiempos penitenciarios y dicho deber no puede quedar circunscrito a estos. Tras la liberación los reclusos deben asegurarse el derecho a una asistencia sanitaria para prevenir o curar patologías contraídas durante el encierro.

Finalmente, respecto a la gestión de “Salud Penitenciaria” la investigación señala que los elevados costos, necesarios para la gestión de salud penitenciaria, generaron que la salud de los internos se vea seriamente comprometida por los recortes presupuestarios. El “derecho a la salud” es un “derecho inalienable al ser humano”, y que los internos no pueden perder al ingresar a un establecimiento penitenciario, el modelo penitenciario deberá garantizar que los internos no pierdan su “derecho a la salud”, tanto “física” como “mental”. El tratamiento penitenciario, es la principal gestión del modelo penitenciario, sin el tratamiento no se puede

lograr el objetivo de recuperar y resocializar a la población penitenciaria. El éxito del tratamiento penitenciario, y, por ende, del modelo penitenciario, se medirá con la “tasa de reingreso” de los “internos” a los “establecimientos penitenciarios”.

Sin embargo, como se señaló anteriormente, en la práctica el “Tratamiento penitenciario” no es la prioridad dentro del sistema penitenciario, un problema del que adolecen casi todos los países Latinoamericanos:

“Pocos aspectos del sistema penitenciario han merecido una crítica tan unánime como el tratamiento en el ámbito penitenciario. De forma esquemática destacan dos corrientes críticas: una norteamericana, más técnica, dirigida a valorar las consecuencias; y otra europea, más ideológica, que crítica los fundamentos. Ambas venían a converger en los siguientes aspectos: El modelo terapéutico presidido por la psiquiatría clínica gira en torno a la idea indemostrable de que en la criminalidad concurren factores patológicos. Ni siquiera los planteamientos multifactoriales sobre el origen de las conductas delictivas pueden soportar la realidad de que la criminalidad es normal y, en gran medida, es un comportamiento creado y estigmatizado por la norma, que es un factor exógeno. Por otro lado, el objetivo del tratamiento planteado como buen ciudadano no tiene cabida en una sociedad multicultural y democrática”

(MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015) (p. 132).

Se han dado largos debates sobre la falta de recursos que permitan lograr un “Tratamiento penitenciario” que logre los objetivos esperados, al respecto la investigación señala lo siguiente: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): “Las reiteradas críticas, unas de perfil ideológico y otras por los escasos

resultados positivos de la resocialización, plantearon unas perspectivas puramente custodiales para la pena privativa de libertad. Un exponente de este resurgimiento de la prisión como sanción se demuestra en la doctrina escandinava del new crime control policy y en la anglosajona de justice modal” (p. 132). La investigación señala, que hay diferentes puntos de vista respecto al logro del tratamiento penitenciario, va a depender de cada sociedad las pautas que se deben cumplir para que el tratamiento penitenciario sea considerado exitoso; sin embargo, todas tendrán en común que se deberá haber logrado la recuperación y la reinserción de los internos, lo que además deberá ser de manera sostenible, esto último se mide en la tasa de reingreso de los internos a los establecimientos penitenciarios.

La crítica al sistema penitenciario de los países Latinoamericanos, ante la incapacidad de lograr resolver los problemas de hacinamiento, implementar una efectiva gestión de “Tratamiento penitenciario”, se tiene que el estudio señala lo siguiente: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): “La cárcel es un instrumento contrario a todo diseño socio pedagógico, no tiene capacidad para afrontar programas terapéuticos” (p. 133). La cárcel implica un castigo, es la separación de la sociedad del individuo, y su confinamiento por un tiempo determinado, pero ese confinamiento no es por si solo suficiente como tratamiento para corregir el comportamiento antisocial que lo llevo a esa situación; es necesario complementar con el tratamiento penitenciario adecuada, para que ese tiempo de asilamiento de la sociedad permita su recuperación y reinserción sostenida.

La solución al problema de las cárceles latinoamericanas está en la gestión de “Tratamiento penitenciario”, es algo que la investigación presenta claramente, señalando que los recursos se deben priorizar con ese fin: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): “El tratamiento, como el trabajo, la formación y otras instituciones tienen precisamente la misión de favorecer esa fluidez y permitir que en el momento de la liberación el interno pueda incorporarse nuevamente a la sociedad con el menor número de problemas y tensiones.” (p. 134). En el análisis, se identificó como una característica común a los modelos penitenciarios de Latinoamérica la falta de resultados en la gestión de tratamiento penitenciario, a pesar de las inversiones realizadas por el estado no se ha podido lograr los objetivos de recuperación y reinserción de los internos. Dada esa realidad, la reforma del modelo penitenciario de Latinoamérica, se debe enfocar en reformar la gestión de tratamiento penitenciario.

Respecto a las consideraciones que un nuevo modelo penitenciario debe seguir respecto al “Tratamiento penitenciario”, se tiene que la investigación señala lo siguiente:

«...en esta misma línea insiste en que: en el tratamiento no se deberá recalcar el hecho de la exclusión de los reclusos de la sociedad sino, por el contrario, el hecho de que continúan formando parte de ella, con ese fin debe recurrirse, en lo posible, a la cooperación de organismos de la comunidad que ayuden al personal del establecimiento en su tarea de rehabilitación social de los reclusos, Regla 61, esta comprensión tiene incuestionables ventajas frente a los planteamientos difusos de las concepciones reeducativas difíciles de traducir en propuestas de política penitenciaria,

cuando hablamos de ofertar recursos que favorezcan la reinserción social estamos necesariamente reconociendo que el interno es un sujeto de derecho –y no un objeto–, al que se le reconocen sus derechos salvo los afectados por la pena, también esta propuesta nos compromete con una prisión dinámica y abierta en la que se refuerzan aquellos medios que puede ayudar al interno a recuperar su integración en la sociedad tras la egresión...»

(MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015) (p. 135).

En el estudio se encontró que, la sostenibilidad en la “recuperación” y “reinserción social” de los “internos”, solo se dará si la gestión de tratamiento penitenciario se desarrolla de manera integral, siguiendo las adecuadas pautas de clasificación de los establecimientos penitenciarios, tal como lo señala el modelo de clasificación o modelo belga.

Si bien se cuenta con una normativa internacional, que incluso abarca la gestión de “Tratamiento penitenciario”, en la práctica los modelos penitenciarios de Latinoamérica no han podido aplicar, sobre este tema la investigación señala lo siguiente: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): “Probablemente no se puede mantener, como proponen las normas internacionales citadas al comienzo, que la prisión se modele conforme a las necesidades del tratamiento” (p. 136). Dichas consideraciones de la normativa internacional, también señalan que se debe tomar en cuenta lo siguiente: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): «...la incidencia de la evolución del tratamiento en el modelo de ejecución: la propuesta de tratamiento que defendemos exige que haya una autonomía entre tratamiento y las cuestiones relativas a la ejecución de la pena,

esta autonomía es un presupuesto de la libre aceptación del interno a someterse a los programas de tratamiento...» (p. 137). El estudio deja claro que, el éxito del tratamiento penitenciario se verá reflejado en las tasas de reingreso de los internos a los establecimientos penitenciarios.

Se encontró diferentes experiencias exitosas de modelos penitenciarios que han logrado que el “Tratamiento penitenciario” logre los resultados deseados, especialmente en Europa, de las que se ha podido concluir que es necesario considerar las actividades que a continuación señala Mapelli: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): «...en otro orden, es indispensable que estos, medios de tratamiento interdisciplinario, consistan en actividades concretas, que permitan la ponderación de elementos objetivos y verificables, de este modo, se evita la formulación de un vaticinio o predicción sobre el eventual comportamiento ilícito del interno en el futuro ...» (p. 138). El tratamiento penitenciario, permitirá que los internos “exploren” y “reflexionen”, sobre los “motivos” que los llevaron a la “privación de su libertad”, etapa en la que se debe respetar el individualismo y la cultura de los internos; de ninguna manera se puede violar sus derechos individuales.

Aportes del estudio respecto al "Tratamiento Penitenciario":

Las terapias que forman parte integral de la gestión de “Tratamiento penitenciario”, son fundamentales para lograr los resultados esperados, las cuales deben considerar el siguiente enfoque, que se presenta a continuación: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): “Modalidades de terapias en prisión: I.A continuación haremos una breve referencia a las modalidades de tratamientos

terapéuticos más frecuentemente utilizados en los sistemas penitenciarios, reiterando que muchos de ellos tienen como objetivo un cambio de personalidad, lo cual sería contrario a los derechos de los privados de libertad,” (p. 139). Se debe considerar además lo siguiente: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): “Psicoanálisis. Dentro del psicoanálisis se han desarrollado numerosas técnicas de terapia desde las ya clásicas de Jung a otras orientadas al tratamiento educativo como las de Adler” (p. 140). Así mismo, la investigación de Mapelli, también considera las terapias individuales, como se presenta a continuación:

“Terapia individual. Centrada en las fases preedipales y edipales; se busca un síntoma de allanamiento a través del cual podrá conseguirse el cambio de las estructuras de la personalidad del paciente. Los sentimientos de culpa y miedo son modificados y se produce un reforzamiento del yo. El problema que plantea el desarrollo de esta terapia en prisión es la lentitud del proceso que, con frecuencia, supera el del tiempo penitenciario y la falta de cualificación del personal. Terapia de grupo. Dentro de la terapia de grupo se incluye también un importante número de técnicas que pueden tener como paciente a todo el grupo o al individuo o puede convertirse la terapia en el centro del programa o forma parte del mismo. A través de un mecanismo de proyección se posibilita al participante que descargue toda la problemática que guarda en su subconsciente sobre el resto de los miembros”

(MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015) (p. 140).

El estudio encontró que el tratamiento inicial de los internos debe ser personalizado; sin embargo, en sus etapas posteriores recomienda se complemente con un tratamiento grupal, que permita que los internos puedan comparar experiencias

similares que los ayuden a lograr su objetivo de “recuperación” y “reinserción” en la sociedad.

Estas acciones y consideraciones que se deben seguir, como las presenta la investigación de Mapelli, deben necesariamente considerarse en la gestión del “Tratamiento penitenciario”, pero que lamentablemente cuando se han tratado de aplicar en los modelos penitenciarios de Latinoamérica, se vieron frenadas por la falta de “recursos humanos” y “económicos”: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): “El problema entonces es averiguar cuáles son los factores que deben ser valorados prioritariamente para considerar si una determinada terapia es o no positiva” (p. 141). Un adecuado “tratamiento penitenciario”, requerirá de una “adecuada clasificación” de los “internos”, a fin de que se identifiquen grupos con características semejantes que faciliten la gestión de tratamiento penitenciario.

Finalmente, se tiene que la investigación sugiere claramente, que se bien la “Seguridad penitenciaria” y la “Salud penitenciaria” son parte importante del modelo penitenciario, le corresponde la gestión principal, en la que se deben enfocar todos los recursos a la gestión de “Tratamiento penitenciario”, como único propósito de los establecimientos penitenciarios intramuros: (MAPELLI CAFFARENA & ALDERETE LOBO, 2015): “El fundamento de las relaciones con el mundo exterior: Si la finalidad del tratamiento penitenciario se orienta a la resocialización del penado preparándolo para su reingreso en la sociedad” (p. 146). El estudio deja claro que la finalidad principal de los establecimientos penitenciarios es la recuperación y la

reinserción social, la cual para mejorar su sostenibilidad deberá darse de manera gradual, tal cual lo señala el modelo de Pre-Libertad y el modelo abierto.

El principal aporte de la investigación de Mapelli, es la relevancia de una adecuada gestión de “Tratamiento penitenciario” como única razón para la existencia y funcionamiento de las cárceles; si bien como parte de esa gestión es necesaria una adecuada gestión de “Seguridad penitenciaria” y “Salud penitenciaria”, estas complementan la gestión de “Tratamiento penitenciario”, sosteniendo que la finalidad de las cárceles no es la de confinar sino la de reformar, para posteriormente reinsertar en la sociedad a la población penitenciaria.

1.1.13 RODRÍGUEZ, E. y VIEGAS F. (2015), “Circuitos Carcelarios Estudios sobre la cárcel argentina”.

Este libro presenta una recopilación de trabajos que ahondan la problemática de la realidad carcelaria en Argentina, aportando información sumamente valiosa para nuestra investigación, sobre la vida carcelaria; con detalles y una precisa descripción de los diferentes elementos que comprenden el modelo penitenciario en Argentina: (RODRÍGUEZ, 2015): “Los muros son vistos como el elemento más importante y valioso de la institución. Si ya no se trata de rehabilitar cuanto de contener, los muros se transforman en la obsesión del servicio penitenciario” (p. 27). Obsesión que se verifica enseguida en los criterios que se privilegian a la hora de bocetar la arquitectura para esos establecimientos. Cárceles de máxima seguridad diseñadas con modernos recursos tecnológicos y telemáticos, y con pabellones de aislamiento celular que restringen la movilización de los retenidos al interior de cada establecimiento. El estudio encontró que hay una fuerte influencia

del modelo panóptico y Filadélfico en las cárceles argentinas, el objetivo principal del establecimiento penitenciario es el aislamiento y la contención de la población penitenciaria. Así mismo, Rodríguez haciendo referencia a la importancia de su investigación señala: (RODRÍGUEZ, 2015): “Los estudios sobre la prisión no pretenden ser eruditos sino transformarse en denuncias concretas sobre las condiciones de encierro y estas en insumo para el debate de políticas públicas” (p. 7). El estudio busca esbozar un nuevo “modelo penitenciario”, respetuoso de los “derechos básicos” de los “internos”, y que tengan como principal objetivo la recuperación y resocialización de la población penitenciaria.

Aportes del estudio respecto a la "Seguridad Penitenciaria":

La realidad de la población penitenciaria en Argentina esta irremediabilmente ligada a la violencia, por lo que la “Seguridad Penitenciaria”, se constituye en una de las principales variables a considerar en el modelo penitenciario:

«...al analizar los actos de violencia vemos que las circunstancias en que se despliegan estas prácticas violentas regularmente están ligadas a la movilidad por el espacio y a la producción en este de una fricción entre la fuerza penitenciaria que impone su jerarquía y reclama su reconocimiento por parte de los presos, así los límites y puertas de los perímetros establecidos por los principios de la seguridad sobre los distintos espacios, así como las incursiones en los espacios de vida de los presos, el pabellón y/o su celda, son la excusa para el despliegue de violencia y pagos de tributos en término de honores, sumisiones y recursos, así las circunstancias en que se despliega la violencia penitenciaria están relacionadas con los momentos de: ingreso a, salida de, tránsito por,

traslado de e inspección de, o sea los espacios carcelarios, la privación de la libertad no sólo implica la separación de los otros mediante el encierro, sino que inicia toda una nueva experiencia de la movilidad, condicionada por la materialidad de muros y rejas, pero también por una gestión de los pasos y las circulaciones por entre ellos, gestionada por el poder penitenciario...» (RODRÍGUEZ, 2015) (p. 69).

El aislamiento tiene un impacto en los internos, ven privado su derecho a la libertad, como pena a un comportamiento antisocial que debe ser corregido y subsanado para su posterior reingreso.

El problema no es la importancia que se le asigna a la “Seguridad Penitenciaria” en el modelo, el problema surge cuando se considera como la única variable del modelo, y se enfocan todos los esfuerzos en el único y simplista objetivo de confinamiento de la población penitenciaria, dejando de lado el “Tratamiento Penitenciario” y la “Salud Penitenciaria”: (RODRÍGUEZ, 2015): “los muros son vistos como el elemento más importante y valioso de la institución. Si ya no se trata de rehabilitar cuanto de contener, los muros se transforman en la obsesión del servicio penitenciario” (p. 31), la investigación encontró que los criterios que se privilegian a la hora de bocetar la arquitectura para esos establecimientos. Cárceles de máxima seguridad diseñadas con modernos recursos tecnológicos y telemáticos, y con pabellones de aislamiento celular que restringen la movilización de los retenidos al interior de cada establecimiento. La cárcel que nos toca, es una cárcel que no se propone transformar. Cárceles de máxima seguridad circunscriptas a una tarea: contener y custodiar la población concentrada. El estudio encontró, que la gestión del modelo penitenciario de Argentina se centra en el confinamiento y aislamiento de los internos; situación que se refleja en la

arquitectura del establecimiento penitenciario, espacios diseñados no para el “tratamiento penitenciario” sino para la contención de los “internos”.

La “Seguridad Penitenciaria” de la “población penitenciaria”, se desvirtúa totalmente, convirtiéndose en un confinamiento, una población prácticamente en condiciones de almacenamiento: (RODRÍGUEZ, 2015): “En 1729 –según la RAE– la cárcel era la caja fuerte y pública, destinada para tener en custodia y seguridad a los reos” (p. 392). En esa misma línea de investigación, tenemos que, el estudio de Rodríguez, enfoca la sobrepoblación penitenciaria, no como una crisis del sistema, sino por el contrario una señal de que el sistema como se ha concebido, con énfasis en el confinamiento y no en la rehabilitación, tiene una gran demanda social y especialmente política: (RODRÍGUEZ, 2015): “Como contra parte, empírica y analíticamente, una institución que se reproduce de modo ampliado y duplica su clientela en poco menos de 10 años, no puede considerarse en crisis. Por el contrario, la cárcel y en especial la cárcel masiva, utilizada como depósito inhabilitante parece gozar de muy buena salud como programa de contención de los desfavorecidos por el neoliberalismo” (p. 62). Un muy buen aporte del estudio, es el enfoque de que el hacinamiento es una “consecuencia de la crisis del sistema penitenciario”, y no por el contrario la causa de la crisis.

Aportes del estudio respecto al "Tratamiento Penitenciario":

Respecto al “Tratamiento Penitenciario”, el estudio de Rodríguez, deja claro que no hay un enfoque hacia el tratamiento de la población penitenciaria, están muy lejos de lograr el objeto de resocializar y reinsertarlos a la sociedad: (RODRÍGUEZ, 2015): «...como señala Ignacio Lewkowicz, nuestras cárceles nunca fueron gran cosa,

pero ahora son otra cosa...» (Lewkowicz; 2004: 127). «...no sabemos si las cárceles en Argentina fueron alguna vez foucaultianas, pero lo cierto es que hoy en día están muy lejos de serlo, Lewkowicz estaba haciendo referencia al modelo resocializador, la cárcel como mecanismo de tratamiento para reintegrar a la sociedad a los cuerpos que se negaron a adscribir su tiempo a las relaciones formales de producción, hoy día, ya no se trata de corregir cuanto de depositar, las cárceles ya no están para incluir sino para practicar la exclusión o, mejor dicho, para garantizar el devenir disfuncional de los excluidos, función que se averigua enseguida en los clichés que utiliza la opinión pública para nombrar a la cárcel: ya no se dice que vayan a la cárcel, para que aprendan, sino, para que se pudran, las cárceles depósito son dispositivos en los que se retira de circulación a los individuos que no pueden circular...» (p. 22). El hacinamiento del modelo e los establecimientos penitenciarios, es la consecuencia del colapso del modelo penitenciario vigente, se priorizo durante demasiados años el confinamiento y el aislamiento de los internos, dejándose de lado el “tratamiento penitenciario” que permita la “recuperación” y “resocialización” de la población penitenciaria.

Así mismo señala que la falta de un enfoque de priorizar el “tratamiento penitenciario” se hace evidente ante la falta de una correcta caracterización de la población penitenciaria, agravando aún más la situación de la gestión carcelaria: (RODRÍGUEZ, 2015): “En todo caso, las distinciones, las clasificaciones y la jerarquización de la población concentrada al interior de las unidades penales no se hace como parte de un tratamiento con vista a su futura integración social, sino, por otras razones contingentes” (p. 30). De manera complementara, Rodríguez señala respecto al “Tratamiento Penitenciario”, como un “derecho de la población

penitenciaria”: (RODRÍGUEZ, 2015): «...respecto de la educación en cárceles, los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos de las Naciones Unidas, son muy claros al afirmar que las medidas de privación de libertad (por condena o detención) no pueden afectar otros derechos fundamentales reconocidos (más allá de la libertad ...» (p. 355). El estudio resalta la importancia de que los reclusos no sean privados de sus demás derechos al ingresar a los establecimientos penitenciarios, lamentablemente en la práctica no se da esa situación, poniéndose en riesgo su integridad física y mental, quedando aislados de la sociedad.

Rodríguez, no es partidario de la voluntariedad del tratamiento, dado que este no puede ser electivo para la población penitenciaria, si es que efectivamente se quiere lograr el objetivo de reinsertarlos a la sociedad:

«...pero la trampa más usual en la lectura de una normativa penitenciaria es la que aquí encontramos en su artículo 5 sobre el tratamiento, que dice, toda otra actividad que lo integre tendrá carácter voluntario, (artículo 5), la voluntariedad, nunca es tal si, ejercer o no ese derecho, tendrá consecuencias punitivas mesurables en tiempo de privación de libertad (como ya lo había advertido Norval Morris, 2001), el principio político de apertura de la cárcel a la sociedad y de la sociedad a la cárcel, consecuentemente, entendía que en lugar de un tratamiento debían, ofrecerse, servicios para proveer a esa reintegración, estos servicios, sanitarios, psicológicos, laborales, debían continuar dentro y fuera de la cárcel como, ejercicio de un derecho ciudadano...»

(RODRÍGUEZ, 2015) (p. 364)

El tratamiento penitenciario no puede ser voluntario, dado que el “objetivo principal” de los “establecimientos penitenciarios” es la recuperación y la reinserción social de los internos, lo que no puede lograrse sin el tratamiento penitenciario pertinente y sostenido.

Como punto principal para Rodríguez en lo que respecta al “Tratamiento penitenciario”, sostiene que: (RODRÍGUEZ, 2015): “El confinamiento no puede afectar sus derechos fundamentales de salud, educación y desarrollo” (p. 371). En resumen, la investigación de Rodríguez, sostiene la hipótesis, de que la cárcel es sólo un eslabón más la larga cadena del “sistema de justicia argentino”. La prioridad de la cárcel de ninguna manera puede ser el “cumplimiento de la pena impuesta” en el “sistema judicial”, sino que debe buscar, prioritariamente, la “reinserción sostenible” de las “personas privadas de su libertad”.

1.1.14 BRAVO, O. A. (2016). “Las prisiones de la locura, la locura de las prisiones: La construcción institucional del preso psiquiátrico”.

Este estudio, nos presenta, con gran detalle, la situación de los “presos” con problemas de “salud mental” en los “establecimientos penitenciarios intramuros” de Brasil y Colombia: (BRAVO, 2016): “El discurso psiquiátrico actúa en dirección contraria al supuesto propósito de las medidas de seguridad, que es la de curar y reinsertar socialmente a esta población” (p. 111). Tenemos además que sobre la “salud mental” de la “población penitenciaria”, el estudio señala de manera muy relevante a nuestros tiempos que: (BRAVO, 2016): “El tratamiento a la locura, que en la época premoderna se realizaba por intermedio de esa indiferenciación asilar, comienza a ser, en la modernidad, delineado y organizado a través de una red de

saberes y discursos diferenciadores que se afirman mediante un complejo proceso de disputa y concesión de espacios, que permite también establecer una mutua complementariedad entre el derecho y la psiquiatría” (p. 40). El estudio encontró que, en Latinoamérica, los enfermos mentales no son debidamente diagnosticados, compartiendo los mismos establecimientos penitenciarios que el resto de los internos que no padecen de esos desequilibrios. Esta situación se da por diversos motivos, pero se encontró que el principal es un tema presupuestal, seguido por la falta del personal técnico competente.

Las personas con alteraciones mentales están clasificadas por la mayoría de las legislaciones de los países como inimputables, en caso que cometen algún delito deberán ser internadas en centros hospitalarios acorde a su estado mental, sin embargo en la práctica, en especial en Latinoamérica, son confinadas en las mismas cárceles que la población penitenciaria común, debido a la falta de instituciones especializadas que puedan tratarlos debidamente; el estudio de Bravo analiza lo ocurrido en el sistema penitenciario de Brasil: (BRAVO, 2016): «...el artículo del Correio Braziliense se refería a la degradación física, psíquica y social de los sujetos que se encontraban en situación de reclusión bajo el Régimen legal de las medidas de seguridad –que es la figura legal destinada a los infractores a la ley declarados legalmente inimputables– en el sector de tratamiento psiquiátrico de la prisión de Coméia, localizada en el Distrito Federal brasileño...» (p. 15). Así mismo señala al respecto del internamiento de las personas con alteraciones mentales en cárceles, lo siguiente: (BRAVO, 2016): “De forma acertada, Costa Júnior (1997) destaca que es ilegal la internación de una persona sometida a medida de seguridad en cárcel común, siendo esa la orientación general de la

jurisprudencia” (p. 30). Sobre el “Tratamiento penitenciario”, el estudio resalta que se limita a un aislamiento, similar al de la población penitenciaria común, son almacenados sin seguir un tratamiento particular: (BRAVO, 2016): «...el principio del tratamiento continuaba siendo el aislamiento, cuyo primer propósito era garantizar la seguridad personal del sujeto y de sus familiares y, modificar la dirección viciosa de la inteligencia y el afecto de los alienados...» (p. 42). Así mismo, el estudio señala respecto a la base legal del sistema penitenciario brasileño lo siguiente: (BRAVO, 2016): “El Código Penal brasileño, sancionado en 1984, a pesar de tener en muchos aspectos un espíritu liberal y progresista, mantiene, con relación a las medidas de seguridad, los mismos criterios de determinación y sanción, teniendo ahora un plazo determinado para la realización periódica de los exámenes de evaluación de peligrosidad, que deben ser hechos como máximo a cada tres años. Esto, en la práctica, no alteró los tiempos excesivos de reclusión de los individuos sujetos a ese tipo de medidas” (p. 62). El tratamiento de las personas con desequilibrios mentales no puede ser el mismo tratamiento que el resto de los internos, requieren de espacios y tratamientos especiales acordes al tipo de desequilibrio que padecen.

Aportes del estudio respecto al "Tratamiento Penitenciario":

El estudio detalla los pasos a seguir para el “Tratamiento penitenciario”, con especial énfasis en la evaluación y caracterización de la población penitenciaria: (BRAVO, 2016): “Esa caracterización contempla aún un rasgo potencial: la posibilidad de prever conductas delictivas antes de su ejecución, lo que en teoría podría validar la aplicación de medidas de seguridad sin que exista delito previo, como fue la aspiración del lombrosismo, acción que las actuales legislaciones

penales no permiten. De esta forma, se estigmatiza un tipo particular de conductas y tipos psicológicos y se legitiman mecanismos psiquiátrico-legales para su contención y control” (p. 81). Así mismo, señala que es relevante para el “Tratamiento penitenciario”, una adecuada evaluación y caracterización, dado que determinara el adecuado plan de “Tratamiento penitenciario” que permita la recuperación, resocialización y reinserción: (BRAVO, 2016): “Una vez establecida la relación entre crimen y enfermedad mental, el diagnóstico es el instrumento que habilita al psiquiatra a ocupar ese lugar de juez. De esta forma, si el derecho penal, en su versión más progresista, apunta al castigo del infractor por lo que hizo y no por lo que es, el discurso psiquiátrico, en el espacio particular de las medidas de seguridad, castiga una personalidad y no una acción” (p. 110). Los internos con desequilibrios mentales no pueden compartir el mismo espacio que el resto de internos, dado que no permitirá que ninguno de los dos grupos logre un tratamiento exitoso; así mismo, se comprometerá la seguridad de ambos grupos.

Al igual que en los demás países Latinoamericanos, en el caso del sistema penitenciario de Brasil, se prioriza la “Seguridad penitenciaria” dejando de lado el “Tratamiento penitenciario” y la “Salud penitenciaria”. El estudio además denuncia la falta de un “adecuado Tratamiento penitenciario”, la finalidad del sistema penitenciario de Brasil (y de muchos países Latinoamericanos) no es la de evaluar, resocializar y reinsertar a la población penitenciaria, sino simplemente de almacenarla y confinarla, aislarla de la sociedad:

“La tesis evidencia la falta de acompañamiento y de tratamiento a las personas con trastornos, quienes literalmente son depositados en la prisión ante la indiferencia de dos discursos hegemónicos que se complementan en

ese tratamiento inhumano; el psiquiátrico y el jurídico: el primero utilizando el diagnóstico como una sanción a la locura en tanto amenaza social que precisa ser controlada a través de la reclusión y la medicalización, principalmente; el segundo resignando su lugar a la psiquiatría en estos procesos y ofreciendo las condiciones institucionales y legales para que los mismos se desarrollen y reproduzcan”

(BRAVO, 2016) (p. 13).

El estudio reveló, que los internos con desequilibrios mentales son abandonados en los establecimientos penitenciarios, los tratamientos que puedan recibir no logran ningún tipo de resultado ni de recuperación ni de resocialización.

Uno de los grandes aportes del estudio de Bravo, es la hipótesis de considerar al comportamiento delictivo como una enfermedad mental, lo que reforzaría la posición de nuestra investigación de la relevancia del “Tratamiento penitenciario” como principal finalidad del nuevo modelo penitenciario que proponemos:

“Para esa escuela positivista, los criminales tendrían el mismo tratamiento que los locos en el alienismo: no debían ser pensados dentro de una oposición entre el bien y el mal y el tratamiento penal debía ajustarse a la medida de su peligrosidad, como un mecanismo de defensa de la sociedad. Los grados extremos de peligrosidad podrían justificar la eliminación social o física del sujeto. Afirmando las bases anatómicas de las enfermedades mentales y su carácter hereditario, la psiquiatría se autoriza a intervenir de forma preventiva sobre los supuestos orígenes de las enfermedades mentales, asociadas a un peligro para la sociedad”

(BRAVO, 2016) (p. 48)

Así mismo, en el estudio señala respecto al comportamiento delictivo que: (BRAVO, 2016): “Si los criminales, biológicamente determinados en su acción, no podían ser considerados responsables por su conducta y si, por otro lado, la locura era también producto de una misma carga atávica –y ambos igualmente peligrosos–: ¿cuál debería ser el tratamiento institucional para esas poblaciones? Esa pregunta comprometía fundamentalmente la especificidad asilar, tan difícilmente construida por la psiquiatría” (p. 49). Si bien, al considerar el comportamiento delictivo como un comportamiento patológico, nos llevaría al plano de la psiquiatría, nos da argumentos importantes respecto a las pautas que se deben considerar en el “Tratamiento penitenciario”: (BRAVO, 2016): “Uno de los psiquiatras de esa institución, en una conversación informal, se manifestó a favor de los criterios de peligrosidad que determinan el tratamiento institucional otorgado al portador de malestar psíquico infractor a la ley. Consultado sobre los motivos que fundamentaban esa posición, respondió que estaba de acuerdo con la reclusión de esa población porque no le gustaría encontrarse en la calle con ninguno de esos sujetos” (p. 126). Sin embargo, como también lo señala el estudio, el “Tratamiento penitenciario” no puede basarse únicamente en un tratamiento psiquiátrico, sino que debe incorporar otros elementos: (BRAVO, 2016): “El tratamiento, basado exclusivamente en la administración forzada y masiva de medicación psiquiátrica, producía la rápida degradación física y psíquica de los internos, lo que llevó al autor a cuestionar el sentido del diagnóstico, ya que ese tratamiento otorgado era el mismo para todos” (p. 137). Sin embargo no se puede dejar de lado en el “Tratamiento penitenciario”, al menos como así lo considera el estudio de Bravo, la medicación con fármacos, a fin de atacar la “patología” que origina el comportamiento delictivo de la población penitenciaria: (BRAVO, 2016): “La

aparición de la medicación psiquiátrica permitió, en muchos casos, suponer una droga específica para cada uno de los padeceres psíquicos establecidos, siendo los manuales del tipo DSM IV los exponentes actuales de esa tendencia. Las causas del malestar psíquico pasan a ser indiferentes para el tratamiento” (p. 143). El estudio plantea que el comportamiento delictivo y antisocial, se puede catalogar como un tipo de desequilibrio mental, lo que implicaría un tratamiento médico para poder tratar su patología, además del tratamiento psiquiátrico que permita su recuperación y resocialización.

El modelo penitenciario de Brasil, ya está progresivamente incorporando dentro de su modelo la importancia del “Tratamiento” para la población penitenciaria, como lo señala el estudio de Bravo: (BRAVO, 2016): “Como complemento de estas políticas, se crean unidades de salud mental en las principales cárceles del país, que tienen como propósito atender a los presos comunes que padezcan alteraciones mentales transitorias, previendo su retorno al espacio carcelario común una vez superada la crisis que originó su tratamiento” (p. 67). Señalando además que: (BRAVO, 2016): “Los profesionales de la salud mental que trabajan en el Complejo Penitenciario de la Papuda del Distrito Federal brasileño, pertenecen a la Policía Civil y trabajan con chalecos identificadores de esa filiación institucional, lo que muestra de alguna forma el imaginario que atraviesa al tratamiento otorgado a la población penitenciaria –dentro de la cual se inscriben, de hecho, los internos del sector de tratamiento psiquiátrico–, más relacionado a la custodia que al tratamiento” (p. 133). Así mismo, también señala respecto a las modificaciones que se realizaron en el “Tratamiento penitenciario” y “Salud penitenciaria” para atender la “salud mental de la población penitenciaria” que:

(BRAVO, 2016): “Como ya fue dicho, estas modificaciones dispuestas en torno a la situación de los sujetos en situación de medida de seguridad indica también que cada prisión debe contar con unidades de salud mental destinadas al tratamiento de los presos portadores de sufrimiento psíquico lo que en la práctica habilitó la existencia de espacios de reclusión de sujetos con graves trastornos mentales que acaban, en algunos casos, quedándose en esos sectores especiales más por la necesidad de ser protegidos de los otros presos –por las dificultades de convivencia derivadas de su condición–, que por motivos de tratamiento clínico” (p. 139). El estudio señala, que, para Latinoamérica, incluido Perú, las fuertes limitaciones presupuestarias han obligado a que los enfermos mentales no dispongan de sus propios establecimientos penitenciarios, debiendo coexistir con los demás internos que no padecen de sus mismas condiciones.

Finalmente, el estudio de Bravo, no solo critica severamente las políticas públicas penitenciarias, que en lugar de rehabilitar, están destinadas a ocultar las fallas del sistema social, sino que nos brinda un aporte y enfoque significativo sobre las consideraciones que el “Tratamiento penitenciario” y la “Salud penitenciaria” deben tomar en cuenta para el cuidado de la “salud mental de la población penitenciaria”. La finalidad de los establecimientos penitenciarios, y por ende del modelo penitenciario es la “recuperación” y la “reinserción social de los internos”, el “modelo penitenciario” que prioriza el confinamiento y el aislamiento de los internos termina desbordado, incapacitado de lograr gestionar adecuadamente la seguridad, el tratamiento y la salud penitenciaria.

Estos catorce estudios, se incorporaron al marco teórico y forman parte integral del desarrollo de la presente investigación. Se han seleccionados dada su relevancia y vigencia para la construcción del nuevo modelo de gestión penitenciaria para Perú, un modelo penitenciario que desarrolla adecuadamente la gestión de seguridad penitencia, tratamiento penitenciario y salud penitenciaria; un modelo que tiene como principal objetivo la recuperación y reinserción social de la población penitenciaria.

A partir de estos 14 estudios construimos el mapa conceptual de “Estudios Previos” que se muestra en la siguiente página, a partir del cual construimos nuestro Nuevo Modelo Penitenciario, teniendo en el centro de este mapa la “Seguridad Penitenciaria”, el “Tratamiento Penitenciario” y la “Salud Penitenciaria”, que se ven directamente influenciados por los estudios de BERGMAN (2014) “La finalidad de las Cárceles no es la de confinar sino la de reformar”, el de MAPELI CAFARENA (2015) “El régimen penitenciario consistirá en un tratamiento cuya finalidad esencial será la reforma y la readaptación social de los penados”. Nuestro problema de investigación inicial “¿De qué manera incidirá el modelo de gestión penitenciaria ante la deficiente administración penitenciaria a cargo del INPE?, parte del supuesto de que las cárceles son centros de rehabilitación y no simplemente de confinamiento de personas, que es de lo que adolecen los modelos penitenciarios actuales en Latinoamérica, particularmente los casos de Colombia y México, como lo señala el estudio de RODRÍGUEZ (2015) y BRAVO (2016), que como vimos describen los sistemas penitenciarios de esos países: “Los muros se transforman en la obsesión del servicio penitenciario”, “Violaciones de los derechos humanos básicos”, coincidiendo ambos que “Invertir en cárceles es invertir en seguridad

pública”. Los estudios previos nos permiten sumar a nuestro marco teórico lo que se ha investigado respecto a la seguridad, tratamiento y salud penitenciaria. En lo que respecta a la salud penitenciaria hay un terrible problema de “Carencias en materia de higiene, seguridad, alimentación y asistencia médica”, “Potenciales focos para infecciones y pandemias”, como los describen los estudios de ZERBINI (2013) y de UNODC (2014), que además nos ayudan a formular que la mejor política respecto a la salud penitenciaria se debe basar en “Normas mínimas de higiene”, “Personal de salud adecuado” y “Diagnosticar, Tratar y Prevenir”. Respecto a la seguridad penitenciaria los estudios de GESPyDH y OAJ, (2012), CONPES, (2015) y México Evalúa (2013), en la última década se ha dado una “Ampliación de la infraestructura carcelaria”, sin embargo, no se ha podido frenar la “Superpoblación penitenciaria”, y prevalece un “Estado Punitivo” que solo confina a la población detrás de las paredes de las prisiones sin una finalidad clara de las prisiones. Esto va de la mano de lo que se encontró respecto al “Tratamiento Penitenciario”, en el que los estudios de BID (2013), MOLINA (2014) y MINJUSTICIA (2014), nos señalan que hay una “Falta de políticas y servicios preventivos”, así como la falta de un “Tratamiento dirigido y focalizado. Estos estudios refuerzan nuestra propuesta de que el Nuevo Modelo Penitenciario incorpore las “Herramientas que les permitan integrarse a la comunidad”, que “La familia sea parte del tratamiento penitenciario”, con “Penas alternativas a la prisión para delitos menores y no violentos”, buscando una “Reinserción plena y sostenida” a la sociedad.

MAPA CONCEPTUAL – ESTUDIOS PREVIOS

14 ESTUDIOS



Elaboración Propia

Fuente: 14 estudios penitenciarios Cap.1 – 1.1

1.2 Bases teóricas

1.2.1 Modelos de gestión penitenciaria

En lo que respecta a los “modelos de gestión penitenciaria”, tenemos los siguientes “modelos teóricos” que se han considerado “relevantes” para el nuevo modelo penitenciario para Perú, los cuales se presentaron y detallaron a continuación; muchos de los cuales estuvieron en práctica e incluso algunos aún están vigentes:

1.2.1.1 Modelo Panóptico o el Modelo de Jeremy Bentham,

Nombrado también así en honor a su creador y su principal impulsador Jeremy Bentham, quien además de su creador fue su principal impulsador, llegando a incluso a emplear su fortuna personal para lograr llevarlo a la práctica. El modelo Panóptico se basa en un control de vigilancia total y permanente en la que el prisionero está imposibilitado de ver a sus guardias, y por lo tanto no sabe en qué momento estos lo vigilan ni en que número, por lo que se ve obligado a reformar su comportamiento dado que lo están observando en todo momento, es esta privación de su privacidad y la omnipresencia de sus vigilantes, distintivo de la sociedad disciplinaria del siglo XIX, que junto a la escuela, los asilos, hospitales y los psiquiátricos, son las instituciones del siglo XIX marcadas todas por la vigilancia (FOUCAULT, 1990), la disciplina es determinante para reformar a la población carcelaria, y la disciplina se logra a través de la vigilancia. El modelo Panóptico de Jeremy Bentham es el modelo de disciplina por excelencia, dado que tiene una vigilancia perpetua; el poder de esta vigilancia permanente es la que modela a la

población carcelaria a reformarse, a través de la represión para evitar el castigo de esta severa disciplina.

Se extendió su uso de manera considerable en muchos países de Latinoamérica, sin embargo, los costos de su diseño no permitieron una total implementación del sistema que originalmente diseñó Jeremy Bentham: (BENTHAM, 1979). “La principal variable del Modelo Penitenciario Panóptico es el Control Total de la Privacidad de la persona privada de la libertad, la cual al no poder distinguir en qué momento es o no vigilada, se ve obligada a la auto vigilancia” (p. 10). El modelo Panóptico se logró implantar en los sistemas penitenciarios de Latinoamérica, siendo el Perú uno de los países que adoptó el modelo panóptico, no el original que definió Bentham, pero sí un modelo basado en la vigilancia, la disciplina y la represión, que lamentablemente no se preocupaba por la salud de la población penitenciaria, tenemos el caso del presidente Augusto B. Leguía, que luego de un confinamiento bastante severo de 14 meses en la Penitenciaría Central de Lima, también conocida como el Panóptico, se deterioró su salud falleciendo posteriormente en el Hospital Naval de Callao.

1.2.1.2 Modelo Celular o el Modelo Filadélfico.

Denominado de esta última manera dado que su construcción inicial se dio en la ciudad de “Filadelfia”, en “Estados Unidos”, basado en los principios de los cuáqueros, secta de puritanos religiosos que emigró de Inglaterra y se instaló en los territorios de la costa noreste del nuevo mundo, que luego conformarían el estado de Pensilvania, con su capital Filadelfia. Se basa en prisiones personales, a modo de cedula, con prioridad extrema en el aislamiento de la persona privada de la libertad, evitándose o restringiéndose considerablemente el contacto y la

socialización con otras privadas de la libertad. Se tiene que: (FOUCAULT, 1990): “Durante su etapa de prisión, la persona privada de la libertad es sometida a lecturas de libros religiosos, un régimen alimentario escaso, castigando el cuerpo y la mente, buscando en todo momento generar un sentimiento de culpa y arrepentimiento a la pena cometida, a fin de posteriormente evaluar si se encuentra preparado para reintegrarse a la sociedad” (p. 5). El modelo Filadélfico, toma la vigilancia del modelo Panóptico, pero enfatiza el asilamiento individual como base de su sistema de reforma, la reforma a través de la disciplina del castigo a través de la penitencia, proveyendo a la población carcelaria con lo mínimo indispensable para su sobrevivencia, fomentando una vida ascética basada en la filosofía de vida de los cuáqueros. En el caso del Perú, hay una influencia del modelo Filadélfico, dado que se contó con instalaciones de confinamiento individual, pero sigue siendo más la influencia del modelo Panóptico, basado en la vigilancia y el castigo.

1.2.1.3 Modelo Auburniano, o sistema basado en el silencio

Este modelo penitenciario, basaba su tratamiento de la población penitenciaria, la prohibición de la pronunciación de palabra alguna durante el tiempo de su reclusión, prohibiendo además todo tipo de comunicación con el exterior, tanta comunicación escrita o con señales. Debe su nombre a la prisión de Auburn en New York, prisión en la que implanto este modelo penitenciario, que basaba su tratamiento de la población carcelaria en el silencio absoluto y la falta total de comunicación. Adicionalmente la población carcelaria, bajo este sistema, eran sometidos a un régimen permanente de trabajo forzoso, y un aislamiento nocturno. (FOUCAULT, 1990): “Si bien inicialmente los prisioneros permanecían aislados durante la noche, se fue modificando para que las prisiones que estaban bajo este modelo alberguen más de un preso por celda” (p. 5). Este modelo tiene influencia

del modelo Panóptico, por la supervisión permanente, el castigo y el trabajo forzado, y del modelo Filadélfico por el aislamiento, adiciono como tratamiento a la población penitenciaria el silencio absoluto, como base de su tratamiento a la población penitenciaria. En el caso de Perú, se adoptó de manera experimental en la penitenciaría central de Lima desde el año 1862, tomando de su modelo el trabajo comunitario en la mañana y el aislamiento nocturno, implantándose posteriormente en la penitenciaría de Cusco.

1.2.1.4 Modelo Progresivo, o también conocido como Modelo Gradual.

Este modelo se caracteriza, por sus diferentes etapas de tratamiento a las que se sometía la población penitenciaria, para purgar la condena y su tratamiento progresivo para reinsertarse a la sociedad, este Modelo es el recomendado por las Naciones Unidas para que sea adoptado por todos los países que se encuentren reformando su Modelo Penitenciario. Se tiene que: (IIDH, 2002): “Inicialmente contemplaba cuatro etapas: La inicial o de Aislamiento, el aislamiento era tanto diurno como nocturno, con regímenes obligatorios de trabajo, durante este periodo se observaba a la persona privada de la libertad, y cuando se consideraba que había pasado esta etapa, se le promovía a la siguiente; Etapa Intermedia o de Socialización, en la que durante el día socializaba con otras personas privadas de la libertad, interactuando con ellas mientras desempeñan el régimen de labores forzadas, al final de la jornada se da un aislamiento nocturno de los prisioneros con prohibición de comunicarse mediante cualquier medio, se premiaba la socialización y colaboración con vales o puntos que le permitían pasar a la siguiente etapa; Etapa Tercera o de Trabajo al Aire Libre, en la cual el prisionero podía desempeñar labores de trabajo forzado al aire libre, incluso en el exterior de la prisión, como tareas agrícolas, sin el uso de un traje que revelara su condición

de prisionero, esta mayor libertad y su uso responsable permitían que eventualmente y cuando se considerara oportuno pasara a la etapa final; cuarta etapa o de libertad condicional, el prisionero recupera su libertad y puede desempeñar el trabajo forzado de manera condicional, hasta finalmente recuperar su libertad de manera definitiva” (p. 17). Este modelo si bien tiene influencia de los modelos de Panóptico, Filadélfico y Auburniano, desarrolla su propio modelo a partir del tratamiento gradual como eje de su modelo penitenciario. En el caso de Perú, se trató de adoptar este modelo, siguiendo las recomendaciones de Naciones Unidas, sin embargo, en la práctica no se ha podido implementar en su totalidad, dado que no se respetan totalmente las diferentes etapas de evaluación y tratamiento.

1.2.1.5 Modelo Reformativo o Modelo para Reos Primarios.

Una de las principales preocupaciones de los modelos penitenciarios fue inicialmente el “cumplimiento de la pena”, que permitiría no solo el “pago de su deuda social” sino al término de la pena su reintegración a la sociedad, esto ya se puede apreciar en el modelo de Bentham (Panóptico), Filadélfico, Auburniano y Progresivo. Sin embargo, es con el modelo de reformativo que se empieza a distinguir y por ende a clasificar a la población penitenciaria no solo acorde a sus delitos (como ya lo hacían los modelos anteriores) sino por su condición de primarios o veces que incurrían en la pena. Se considera necesario que los reos primarios tengan instalaciones y tratamiento diferenciado. Por ello, este modelo se desarrolló exclusivamente para ser aplicado a la población penitenciaria que habían incurrido por primera vez en una “pena privativa de la libertad”, también conocidos como “reos primarios”, y que por lo tanto no habían estado previamente

en centros penitenciarios. (CARRANZA, 1992): “Este sistema estaba dirigido además de reos primarios a personas con una edad entre 16 y 30 años, buscando identificar y reformar el comportamiento que los llevo a delinquir, se acompañaba con una etapa de aislamiento, luego de trabajo colectivo, libertad condicional y finalmente libertad definitiva” (p. 11). Este modelo también está influenciado por el modelo panóptico de Bentham, quien ya había esbozado la necesidad de separar a la población penitenciaria no solo por su tipo de delito, sino además por la recurrencia. En el caso del Perú, el “modelo penitenciario” contempla una instalación de reformatorio para los menores de edad, sin embargo, no hay instalaciones penitenciarias exclusivas para reos primarios; a pesar de ello, dentro de las instalaciones penitenciarias se hace lo posible, si es que se cuenta con las facilidades, de separar a los reos primarios de la demás población penitenciaria, lamentablemente en la mayoría de ocasiones por la situación de hacinamiento no es siempre posible.

1.2.1.6 Modelo Borstal o Modelo de Reincidentes

Similar al caso del modelo anterior, que separaba a la población penitenciaria en reos primarios, con sus propias instalaciones, dio pasó a que el resto de la población penitenciaria, es decir los reos reincidentes también cuenten con su propio modelo, con instalaciones y tratamiento acorde a sus necesidades de resocialización. El modelo está basado en el modelo progresivo, dado que al igual que el progresivo el prisionero pasaba por diferentes etapas, pero dada su situación de reos reincidentes, se da una mayor énfasis en la capacitación y trabajo, reforzando de esta manera sus habilidades que faciliten la resocialización; sobre este modelo Foucault señala lo siguiente: (FOUCAULT, 1990): “la

denominación del nombre del modelo de “Borstal”, se dio dado que donde inicialmente se aplicó fue en la prisión del municipio de Borstal, dentro del ámbito de influencia de la ciudad de Londres. Se dirigía a jóvenes, que habían reincido y con rangos de edad entre 16 a 21 años; así mismo se manejaban diferentes grados de seguridad, desde el menor hasta el mayor grado, incluso con secciones especiales para enfermos mentales” (p. 10). En el caso de Perú, si bien está contemplado en el modelo penitenciario que los reos reincidentes deben estar separados de los reos primarios, contar con instalaciones y un tratamiento diferenciados, en la práctica, en especial por el hacinamiento, no se llega a aplicar; se trata de realizar una segregación de la población por su condición de reincidentes, tipo de delito y edad, pero la infraestructura no facilita que se pueda dar.

1.2.1.7 Modelo de Clasificación o Modelo Belga.

En los modelos anteriores, desde el modelo de Panóptico, hasta el modelo de Borstal, se incorporó la preocupación por reformar y tratar a la población penitenciaria; ese tratamiento que tendría como fin la resocialización de la población penitenciaria, se basaba principalmente en el trabajo, el cual se daba en sus diferentes modalidades de manera colectiva, con una supervisión y vigilancia que permitiera aprovechar y maximizar los escasos recursos del establecimiento penitenciario. Sin embargo con el Modelo de Clasificación o Modelo Belga, que fue el primer modelo en basarse en un tratamiento individualizado, con una caracterización de las “personas privadas de la libertad”, como lo señala Ariza: (ARIZA, 2011): “el modelo caracterizaba no solo en género y edad, sino además en lugar de procedencia, grado de instrucción y grado del delito cometido, así como

si era primario o reincidente. Se personalizaba el tratamiento de la persona privada de la libertad, el cual se definía previo análisis de las variables descritas” (p. 6). El modelo innova respecto a los modelos anteriores, asignando tratamientos individualizado a la población penitenciaria, lo que llevaba a que la evaluación y avance del tratamiento sea también de manera individual. En el caso de Perú, las evaluaciones a la población penitenciaria, por las limitaciones de personal, las limitaciones de infraestructura y las elevadas tasas de hacinamiento no permiten que se realice un tratamiento individualizado de la población penitenciaria, manteniéndose en la mayor de los casos el tratamiento colectivo.

1.2.1.8 Modelo al Aire Libre.

Los modelos anteriores, además de la vigilancia y el castigo, y habían incorporado el trabajo de la población penitenciaria, en parte para solventar los gastos del establecimiento penitenciario y además como parte del tratamiento de socialización. Este trabajo se daba de manera colectiva, y siempre confinados al espacio físico del establecimiento penitenciario, la población penitenciaria desarrollaba todas sus actividades dentro del perímetro del establecimiento penitenciario. Sin embargo, con la aparición de ese modelo, que en su momento fue innovador, lleva el trabajo y por ende el tratamiento de la población penitenciaria fuera del perímetro del establecimiento penitenciario; este modelo rompe los estándares de su época, basando el tratamiento de la población penitenciaria ya no en el confinamiento, como los modelos anteriores, sino en el trabajo al aire libre: Como lo señala Carranza, se tiene que: (CARRANZA, 1992): “Rompe con los modelos tradicionales que confinaban a un espacio cerrado a las personas privadas de la libertad, dependiendo del grado del delito, se realizan

labores en áreas rurales y/o urbanas, con uso de uniforme penitenciario al cumplir la pena establecida” (p. 16). Este modelo tiene además la ventaja de que la interacción de la población penitenciaria con la sociedad, permite por un lado devolver a la sociedad la deuda por la pena cometida y que sea de manera tangible, y por otro lado esa mayor visibilidad de la población penitenciaria permite una mayor socialización, aportando positivamente a su tratamiento y su humanización. En el caso de Perú, la experiencia con el modelo abierto es mínima, se limita a la Colonia Penal Agrícola del Sepa, que funcionó de 1951 a 1993, creada en el gobierno militar del presidente Odría, su nacimiento se asoció a la represión militar de su régimen, de manera innovadora la ubicación geográfica permitió que el establecimiento prácticamente careciera de muros perimetrales. En los demás establecimientos penitenciarios el régimen sigue siendo cerrado.

1.2.1.9 Modelo de Pre-Libertad.

Luego de la experiencia del modelo abierto, que de manera innovadora respecto a los otros modelos permitía que el desarrollo del trabajo de la población penitenciaria se lleve a cabo fuera del perímetro del establecimiento penitenciario, sin embargo, estos trabajos que se desarrollan fuera del establecimiento penitenciario se realizaban bajo una estricta vigilancia. Como nos lo señala Ariza, se tiene que: (ARIZA, 2011): “El Modelo de Pre-Libertad, innova respecto a los modelos anteriores, dado que permite que la población penitenciaria desarrolle su trabajo fuera del establecimiento penitenciario sin la vigilancia, el confinamiento es solo nocturno, el prisionero abandona la prisión durante el día para desarrollar trabajos que progresivamente van rompiendo su confinamiento en la prisión, incrementando la confianza del prisionero y que su readaptación a la sociedad sea

progresiva y controlada hasta que definitivamente recupere su libertad, debe obligatoriamente retornar en las noches para el confinamiento nocturno” (p. 6). Este modelo es uno de los más innovadores, dado que respecto a los modelos anteriores rompe el principio de la vigilancia, deja en manos de la población penitenciaria la vigilancia de sus acciones, empoderándolos para que ellos mismos ejerzan su propia vigilancia, quedando en ellos la responsabilidad de sus acciones de los trabajos que realizan fuera de la prisión, y la responsabilidad de retornar en las noches. En el caso del Perú, no se cuenta con ninguna experiencia en que se haya implementado el modelo de Prelibertad.

1.2.1.10 Modelo de Prisión Abierta o Modelo Abierto.

Respecto a los modelos anteriores, este modelo rompe totalmente con los modelos de Panóptico, Filadélfico, Auburniano, Progresivo, Reformatorio, Borstal, Clasificación y Aire libre, dado que todos estos modelos se basan en la vigilancia, con una infraestructura penitenciaria que facilitaba la vigilancia de la población penitenciaria. Se acerca más al modelo de Pre libertad, dado que el modelo ya no está basado en la vigilancia de la población penitenciaria. Tenemos respecto a este modelo que: (GESPyDH y OAJ, 2012): “Es el modelo más novedoso y que se encuentra a la vanguardia, dado que las prisiones que están bajo este modelo, no cuentan con ningún medio de contención, como rejas o cerraduras, no hay ni muros elevados ni torres de vigilancia, ni tampoco cuentan con personal de custodia con armamento. Se enfoca el sistema en retener al individuo dentro de la prisión para que se someta a su tratamiento, más que por la fuerza por factores sociales y psicológicos; justamente se enfoca en el tratamiento para la reeducación, rehabilitación y finalmente su reinserción en la sociedad” (p. 5). Es un

modelo realmente innovador, dado que pone la vigilancia en la misma población penitenciaria, la única restricción que la población tiene es la desplazarse fuera del establecimiento penitenciario, sin embargo, dentro del establecimiento penitenciario pueden desplazarse con total libertad. En el caso de Perú no se cuenta con ningún establecimiento penitenciario que este bajo este modelo.

A partir de estos 10 modelos penitenciarios construimos el mapa conceptual de “Bases Teóricas” que se muestra en la siguiente página, que constituyen parte de del marco teórico de la presente investigación, que contribuye a la construcción de nuestro Nuevo Modelo Penitenciario, siempre sobre las bases de la “seguridad penitenciaria”, el “tratamiento penitenciario” y la “salud penitenciaria”, buscándose el “respeto de los derechos humanos y las condiciones básicas de los seres humanos”; en el que partiendo del “Modelo Panóptico o el Modelo de Jeremy Bentham”, tenemos que los modelos penitenciaros iniciales se basaban en el “Control de vigilancia total y permanente en la que el prisionero está imposibilitado de ver a sus guardias”, lo que ha marcado y aún está presente en la política de “seguridad penitenciaria”, no sólo de Perú sino de América Latina; así mismo el “Modelo Celular o Filadélfico” y el “Modelo Auburniano, o sistema basado en el silencio”, siguen presentes en la política de “tratamiento penitenciario”, dado que “se restringe considerablemente el contacto y la socialización” y se da una “Prioridad extrema en el aislamiento de la persona”. Nuestra propuesta, como se detallamos más adelante, recoge las teorías del “Modelo de Clasificación o Modelo Belga”, el “Modelo al Aire Libre”, el “Modelo de Pre-Libertad” y el “Modelo de Prisión Abierta o Modelo Abierto”, dado que se propone que “El modelo ya no se base en la vigilancia de la población penitenciaria”, “desarrollar el trabajo fuera del establecimiento penitenciario sin la vigilancia, con un confinamiento sólo nocturno”

y Retener al individuo dentro de la prisión para que se someta a su tratamiento, más que por la fuerza por factores sociales y psicológicos”.

MAPA CONCEPTUAL – BASES TEÓRICAS

10 Modelos



Elaboración Propia

Fuente: 10 modelos penitenciarios Cap.1 – 1.2

Los 10 modelos conceptuales y los 14 estudios que se citaron previamente, coinciden plenamente en que el objetivo principal de un modelo de gestión penitenciaria no es solamente el cumplimiento de la pena carcelaria, sino que debe centrarse en la recuperación, rehabilitación y reinserción de la “persona privada de su libertad”; si bien algunos de los estudios presentados difieren en “la forma” de cómo se debe alcanzar la recuperación, “rehabilitación” y “reinserción” de la “persona privada de la libertad”, si coinciden en “el fondo”, el cual debe estar basado siempre en el “respeto de los derechos humanos” y las condiciones básicas de los seres humanos, dado que si bien los “internos” de los “establecimientos penitenciarios intramuros” se encuentra privados de su libertad, ese hecho no los debe deshumanizar ni privar de sus otros derechos básicos como seres humanos, como son la seguridad y la salud. Por tanto dichos modelos conceptuales y dichos estudios de actualidad, se constituyen la base de nuestro marco teórico, a partir del cual construimos nuestra propuesta de un nuevo modelo de gestión penitenciaria, con objetivo principal en la recuperación, rehabilitación y reinserción de las personas privadas de la libertad, basado en el respeto de los derechos y condiciones básicas de los “seres humanos”, sin dejar de tomar en cuenta la realidad problemática por la que atraviesa el Perú, a fin de que el “modelo de gestión penitenciaria propuesto” en la presente tesis, no solo logre alcanzar los resultados deseados sino que sea además viable y sostenible para la realidad peruana, lo que se constituye en el principal aporte del presente estudio.

Estos 10 modelos de gestión penitenciaria, se constituyen como nuestras bases teóricas, dado que incorporan los elementos que se consideraron relevantes y de vital importancia para un modelo de gestión penitenciaria exitoso y con énfasis en

lograr resultado en la seguridad, tratamiento y salud penitenciaria. Se tiene que en el caso de Perú, se empezó con el modelo Panóptico, tuvo fuertes influencias del modelo Filadélfico, en especial durante el “siglo XIX”, durante el “siglo XX” hay una influencia del modelo Borstal y el de Clasificación, lamentablemente no hay influencia de los modelos Aire Libre, Pre-Libertad y de Prisión Abierta, por lo que el modelo que se ha desarrollado en Perú en su totalidad se ha basado en la vigilancia de la población penitenciaria, sin llegar a evolucionar a los modelos que daban un empoderamiento a la población penitenciaria, que a la larga como se tiene en la “experiencia” de los países del “norte de Europa” ha derivado en mejores resultados de resocialización y menores tasas de reingreso y reincidencia.

A continuación, se ha vinculado los catorce estudios que forman parte del marco teórico, con los modelos penitenciarios que estuvieron o siguen vigentes en América Latina, así como el modelo que recomiendan que se debe implementar para solucionar los problemas que sufren los establecimientos penitenciarios en América Latina. Se encontró en la investigación que los estudios evidencian una fuerte influencia del modelo Panóptico, Filadélfico y Auburniano en América Latina, lo que explica el confinamiento de los internos en establecimientos penitenciarios con un alto porcentaje de sobrepoblación; así mismo, los estudios coinciden en que la evolución de los modelos penitenciarios deben apuntar al Modelo de Pre Libertad y al Modelo Abierto, en los que la finalidad deja de ser el confinamiento y evoluciona a la recuperación y la “reinserción social” de los “internos”.

Cuadro 01: Comparativo de Estudios del Marco Teórico y Modelos Penitenciarios

ESTUDIO	RELEVANCIA DEL ESTUDIO Y APOORTE A LA INVESTIGACIÓN	MODELO PENITENCIARIO QUE ANALIZA	MODELO PENITENCIARIO QUE RECOMIENDA
1.- GESPyDH y OAJ, (2012), "Seminario de estudios comparados sobre las estrategias del gobierno de la cárcel neoliberal en Argentina y en Francia"	Gracias a este estudio, se contó con información detallada de las variables que miden la gestión carcelaria, ayudándonos en el análisis para determinar el modelo de gestión penitenciaria (acorde a cada realidad), que cumpla con las metas de recuperación, resocialización y reinserción de las "personas privadas de la libertad".	Modelo Penitenciario de Argentina y Francia, influenciados por el Modelo Panóptico y el Filadélfico	Modelo de Clasificación Modelo de Pre-Libertad Modelo Abierto
2.- JUANCHE, A., & PALUMMO, J. M. (2012). "Hacia una política de Estado en privación de libertad".	El aporte fundamental de este estudio a nuestra investigación, es su propuesta de que el objetivo principal de un modelo de gestión penitenciaria deber ser participativo y creador de políticas públicas respetuosas de los derechos humanos, siempre dentro del marco normativo internacional.	Modelo Panóptico, Filadélfico y Auburniano en América Latina	Modelo de Pre-Libertad Modelo Abierto
3.- BID (2013). "Evaluación del sistema concesionado versus el sistema tradicional en la reducción de la reincidencia delictual".	La investigación desarrollada por el BID, nos brinda importantes datos estadísticos, que curiosamente demuestran que a priori no hay una mejora en el indicador de reincidencia delictual en las personas privadas de la libertad tratadas en cárceles concesionadas en comparación con las cárceles públicas, sin embargo, aún hay muchos factores que se deben considerar y que revisaremos a mayor detalle en nuestra propuesta de nuevo modelo penitenciario:	Modelo Penitenciario de Chile, experiencia en la privatización de los establecimientos penitenciarios	Modelo al Aire Libre Modelo de Pre-Libertad Modelo Abierto
4.- México Evalúa, Centro de Análisis de Políticas Públicas, (2013). "Las Cárceles en México ¿Para qué?".	El estudio da un aporte significativo al debate de la verdadera finalidad que deben tener las cárceles dentro del modelo de gestión penitenciaria, el cual debe dejar de lado la política de confinamiento y centrar todos sus esfuerzos en la recuperación y la reinserción social de la "población penitenciaria", el cual se debe constituir en el único objetivo del "modelo penitenciario".	Modelo Penitenciario de México, fuertemente influenciado por el modelo Panóptico, Filadélfico y Auburniano	Modelo de Pre-Libertad Modelo Abierto
5.- ZERBINI, Elsa Virginia, MSAL Argentina (2013), "Programa Nacional de Control de la Tuberculosis Normas Técnicas 2013".	Este estudio de Virginia Zerbini aporta una propuesta detallada de las pautas a seguir para diseñar las políticas públicas necesarias para diagnosticar, tratar y prevenir el TB y VIH en los establecimientos penitenciarios intramuros, a fin de prevenir focos infecciosos que podrían ocasionar potenciales pandemias en las poblaciones aledañas a los "establecimientos penitenciarios".	Modelo Penitenciario de Argentina, influenciado por el modelo Panóptico, Filadélfico y Auburniano	Modelo de Pre-Libertad
6.- BERGMAN, M., FONDEVILA, G., VILALTA, C. y AZAOLA, E., (2014). "Delito y cárcel en México, deterioro social y desempeño institucional"	El aporte de este libro a nuestra investigación, es la información estadística recopilada, que demuestra de manera empírica como la descomposición familiar repercute directamente en el comportamiento delictivo, incluso en la modalidad de los delitos, el mayor uso de armas y el incremento de la reincidencia. Se encontró que la familia es el origen del comportamiento delictivo de muchos de los internos de los "establecimientos penitenciarios", y que por lo tanto la familia debe ser parte del tratamiento penitenciario; concluye que la familia es parte fundamental del tratamiento penitenciario.	Modelo Penitenciario de México, fuertemente influenciado por el modelo Panóptico, Filadélfico y Auburniano	Modelo al Aire Libre Modelo de Pre-Libertad Modelo Abierto

ESTUDIO	RELEVANCIA DEL ESTUDIO Y APOORTE A LA INVESTIGACIÓN	MODELO PENITENCIARIO QUE ANALIZA	MODELO PENITENCIARIO QUE RECOMIENDA
7.- MINJUSTICIA, Colombia, (2014), "Lineamientos para el fortalecimiento de la Política Penitenciaria en Colombia".	El estudio aporta a nuestra investigación los lineamientos que se deberán considerar en la construcción de un nuevo "modelo de gestión penitenciaria", con la finalidad de lograr los resultados esperados en la gestión de "Tratamiento penitenciario" y "Seguridad Penitenciaria", asegurándose el adecuado funcionamiento de los establecimientos penitenciarios intramuros, con base en los principios de libertad y dignidad humana, siendo el objetivo principal la recuperación y la resocialización de los internos, resultados que se reflejarán en la tasa de reingreso a los "establecimientos penitenciarios".	Modelo Penitenciario de Colombia, influenciado por el modelo Panóptico, y Filadélfico	Modelo de Pre-Libertad Modelo Abierto
8.- MOLINA, M. D., & RAMA, C. (2014). "La reinserción y rehabilitación social en la cárcel uruguaya".	El aporte del estudio es la relevancia que se le da a la "educación" y al "trabajo" de la población penitenciaria, como parte de la gestión de "Tratamiento penitenciario", dentro del marco de nuevas políticas públicas, que realmente tengan como fin, la "recuperación", "rehabilitación" y "reinserción" de las "personas privadas de su libertad", como se realizó en el modelo penitenciario de Uruguay.	Modelo Penitenciario de Uruguay, influenciado por el modelo Panóptico, Filadélfico y Auburniano	Modelo Belga Modelo al Aire Libre Modelo de Pre-Libertad Modelo Abierto
9.- UNODC, (2014). "Manual sobre estrategias para reducir el hacinamiento en las prisiones".	El aporte del estudio de UNODC, está en incorporar en los modelos de gestión penitenciaria de los países Latinoamericanos, la priorización del "Tratamiento penitenciario" y la "Salud penitenciaria", que se ven seriamente afectadas por el hacinamiento, pero que sin embargo son la clave para lograr superar el hacinamiento, dado que mejores resultados en la gestión del "Tratamiento penitenciario" y la "Salud penitenciaria" dará como resultado una menor tasa de reincidencia y reingreso de la población penitenciaria, por ende disminuyendo el hacinamiento en los establecimientos penitenciarios intramuros.	Modelo Panóptico, Filadélfico y Auburniano en América Latina	Modelo Belga Modelo al Aire Libre Modelo de Pre-Libertad Modelo Abierto
10.- CONPES, (2015). "Política penitenciaria y carcelaria en Colombia".	El estudio de CONPES, concluye que a pesar de esa multimillonaria inversión realizada por las autoridades colombianas para fortalecer la infraestructura y sus servicios carcelarios, muchos de los problemas, como las "violaciones de los derechos humanos básicos", la superpoblación penitenciaria y la falta políticas y servicios preventivos, aún se encuentran sin resolver y muchos de los resultados aún no han sido alcanzados.	Modelo Penitenciario de Colombia, influenciado por el modelo Panóptico, y Filadélfico	Modelo de Pre-Libertad Modelo Abierto

ESTUDIO	RELEVANCIA DEL ESTUDIO Y APORTE A LA INVESTIGACIÓN	MODELO PENITENCIARIO QUE ANALIZA	MODELO PENITENCIARIO QUE RECOMIENDA
11.- MAPELLI CAFFARENA, (2015). "Ejecución de la pena privativa de libertad: Una mirada comparada".	El aporte principal del estudio es que sostiene que la "pena privativa de la libertad", por sí sola no es una solución al problema que origina el comportamiento delictivo, es necesario acompañar la "pena privativa de la libertad" con el "tratamiento dirigido" y focalizado, a fin de lograr una real y verdadera "rehabilitación" de las "personas privadas de su libertad".	Modelo Panóptico, Filadélfico y Auburniano en América Latina	Modelo Belga Modelo al Aire Libre Modelo de Pre-Libertad Modelo Abierto
12.- MAPELLI CAFFARENA, B., & ALDERETE LOBO, (2015), "Manual Regional de Buenas Prácticas Penitenciarias".	El principal aporte de la investigación de Mapelli, es la relevancia de una adecuada gestión de "Tratamiento penitenciario" como única razón para la existencia y funcionamiento de las cárceles; si bien como parte de esa gestión es necesaria una adecuada gestión de "Seguridad penitenciaria" y "Salud penitenciaria", estas complementan la gestión de "Tratamiento penitenciario", sosteniendo que la finalidad de las cárceles no es la de confinar sino la de reformar, para posteriormente reinsertar en la sociedad a la población penitenciaria.	Modelo Panóptico, Filadélfico y Auburniano en América Latina	Modelo de Pre-Libertad Modelo Abierto
13.- RODRÍGUEZ, E. y VIEGAS F. (2015), "Circuitos Carcelarios Estudios sobre la cárcel argentina".	La investigación desarrolla el "debate" de la función principal de los "establecimientos penitenciarios". La prioridad de la cárcel de ninguna manera puede ser el "cumplimiento de la pena" impuesta en el "sistema judicial", sino que debe buscar, prioritariamente, la reinsertión sostenible de las personas privadas de su libertad.	Modelo Penitenciario de Argentina, influenciado por el modelo Panóptico, Filadélfico y Auburniano	Modelo de Pre-Libertad Modelo Abierto
14.- BRAVO, O. A. (2016). "Las prisiones de la locura, la locura de las prisiones: La construcción institucional del preso psiquiátrico".	Finalmente, el estudio de Bravo, no solo critica severamente las políticas públicas penitenciarias, que en lugar de rehabilitar, están destinadas a ocultar las fallas del sistema social, sino que nos brinda un aporte y enfoque significativo sobre las consideraciones que el "Tratamiento penitenciario" y la "Salud penitenciaria" deben tomar en cuenta para el cuidado de la "salud mental de la población penitenciaria".	Modelo Panóptico, Filadélfico y Auburniano en América Latina	Modelo de Pre-Libertad Modelo Abierto

Elaboración Propia

Fuente: 14 estudios penitenciarios y 10 modelos penitenciarios

ESTUDIOS PREVIOS – BASES TEÓRICAS



NO ES SOLAMENTE EL CUMPLIMIENTO DE LA PENA CARCELARIA, SINO QUE SE CENTRA EN LA RECUPERACIÓN, REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN DE LA PERSONA PRIVADA DE SU LIBERTAD

Elaboración Propia

Fuente: 14 estudios penitenciarios y 10 modelos penitenciarios

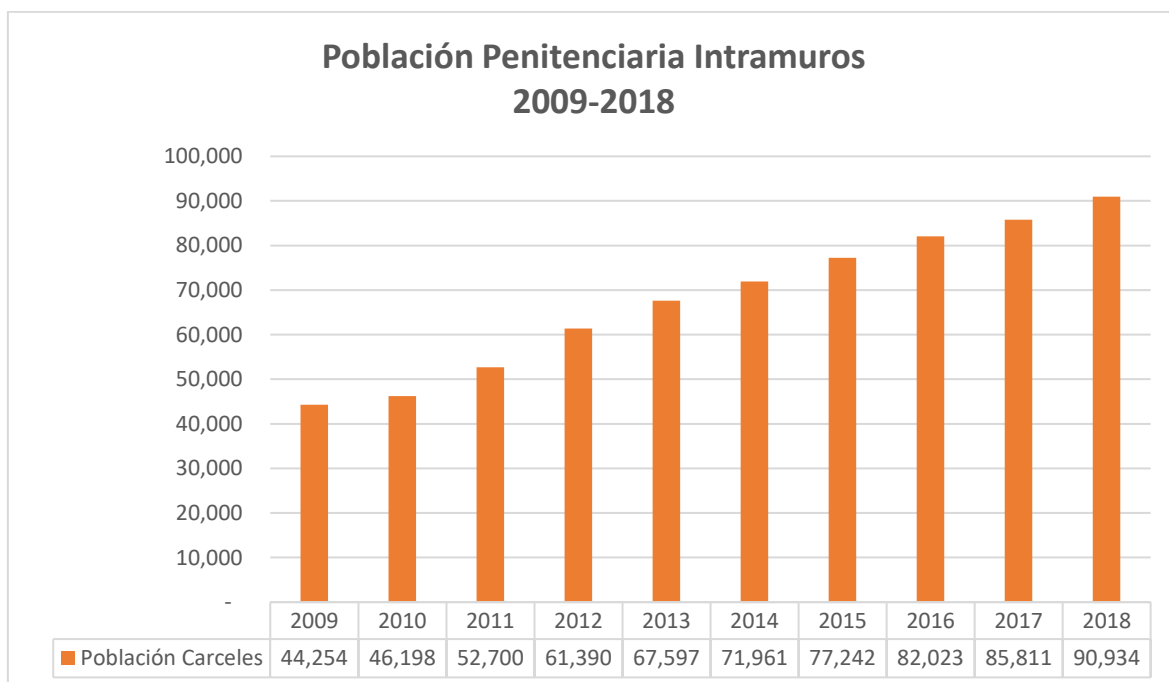
1.3 Modelo Penitenciario Vigente en el Perú

El modelo penitenciario en el Perú, está fuertemente influenciado por el modelo Panóptico y el modelo Filadélfico, dado que el modelo vigente se centra principalmente en el cumplimiento de la “pena de privación de la libertad” de los internos, todo el modelo está enfocado en el confinamiento de los internos, y en el “cumplimiento de la pena privativa de la libertad” que el sistema de justicia ha determinado. Todo el sistema gira en torno al confinamiento de la población carcelaria, tanto así que tenemos que el Instituto Nacional Penitenciario (INPE), encargado de la “administración del sistema carcelario” en el País, se define en su “Reglamento de Organización y Funciones (ROF)” de la siguiente manera: “El INPE es un organismo executor del sector Justicia, rector del sistema penitenciario nacional, con personería jurídica de derecho público y con autonomía económica, técnica, financiera y administrativa. Forma pliego presupuestario y se rige por el Código de Ejecución Penal y su Reglamento”, como se aprecia se centran principalmente en la “ejecución de la pena privativa de la libertad” que el sector justicia determine; por otro lado, si analizamos sus funciones, también contenidas en su ROF, tenemos “Sus funciones principales son: - Dirigir y administrar el Sistema Nacional Penitenciario, - Realizar investigaciones sobre criminalidad y elaborar políticas de prevención del delito, - Brindar asistencia post penitenciaria, - Dictar normas técnicas y administrativas sobre el planeamiento y construcción de infraestructura penitenciaria”, nuevamente se aprecia que sus funciones se centra en el “confinamiento” de las “personas privadas de la libertad”. Sin embargo en la misión y visión si aparece una mención al “tratamiento penitenciario” y la “salud penitenciaria” como podemos apreciar en el texto que define su misión: “Ejercer la

rectoría del sistema penitenciario nacional, reinsertando social y positivamente la población penitenciaria intramuros y extramuros, con condiciones de vida adecuada y con personal altamente calificado”; así como en el texto que define su visión: “En el Perú se respetan los derechos humanos en un contexto de cultura de la legalidad y convivencia social armónica, con bajas tasas de criminalidad y discriminación, donde toda persona goza de seguridad jurídica y tiene acceso a una justicia inclusiva confiable, gracias a un Estado moderno y transparente que protege efectivamente los intereses del país y de sus ciudadanos”.

Sin embargo, fuera de las definiciones contenidas en su documentación, se tiene que en la práctica el Sistema Nacional Penitenciario tiene una población de internos a diciembre 2018 de 90,934:

Gráfico 08: Evolución de la Población Privada de la libertad del SNP

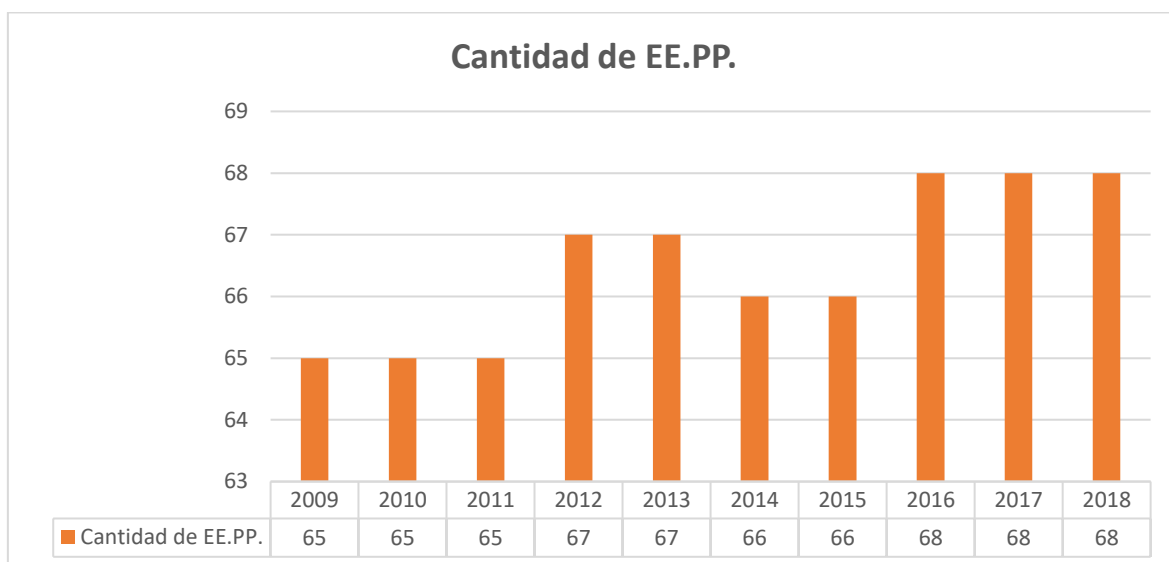


Elaboración Propia

Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 1995-2018)

Esta población se encuentra distribuida, a diciembre 2018, en 68 establecimientos penitenciarios intramuros (EE.PP.), número que se ha “mantenido” relativamente constante en los últimos 10 años, dado que en el 2009 se tenían 65 EE.PP. por lo que la variación en esos diez años en la cantidad de EE.PP. es de 4.62%.

Gráfico 09: Evolución de la “Población Privada de la libertad” del SNP



Elaboración Propia

Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 1995-2018)

Si bien en las gráficas anteriores, tenemos que a diciembre 2018 para una población penitenciaria de 90,934 internos se tenía 68 establecimientos penitenciarios, es decir una media de 1,337.26 internos por establecimiento, la realidad de la distribución de los internos en esos 68 EE.PP. es completamente distinta.

Como parte de la investigación, se visitó los establecimientos penitenciarios bajo la administración del INPE, los cuales el mismo sistema los clasifica en cuatro grupos A, B, C y D; la clasificación se da acorde a la capacidad de albergue, esto es muy importante, dado que el enfoque para la clasificación que le da el sistema penitenciario vigente no es en base a la población real que estos EE.PP. albergan,

sino a la capacidad de albergue, esta diferencia que aparentemente no es trascendental, cuando se revisaron los resultados estadísticos demostró ser de vital importancia para entender parte del fracaso del modelo penitenciario vigente.

En el gráfico a continuación, se tiene los EE.PP. según la clasificación vigente del INPE, que como se mencionó es en base a la capacidad de albergue:

**Cuadro 02: Clasificación Establecimientos Penitenciarios
Según criterio vigente
a diciembre 2018**

Tipo Establecimientos Penitenciarios	Según Criterio Capacidad de Albergue
A: Mas de 1200	8
B: 900 a 1199	9
C: 200 a 899	24
D: 1 a 199	27
TOTAL	68

Elaboración Propia

Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 1995-2018)

En el cuadro anterior, se tiene los 68 establecimientos penitenciarios (EE.PP.) distribuidos según el criterio de vigente de capacidad de albergue, según el cual se tiene a nivel nacional: 8 establecimientos con una “capacidad de albergue” mayor a 1,200 internos, 9 establecimientos con una “capacidad de albergue” entre 900 a 1,199 internos, 24 establecimientos con una “capacidad de albergue” entre 200 a 899 internos, y 27 establecimientos con una “capacidad de albergue” de 1 a 199 internos.

Sin embargo, ese criterio de clasificación de los establecimientos penitenciaros, está totalmente desfasado con la realidad penitenciaria, dado que, si ese mismo criterio se aplicara a lo que en realidad es la población de los establecimientos penitenciaros, los 90,934 internos, se tiene la información que se muestra en el cuadro siguiente:

**Cuadro 03: Clasificación Establecimientos Penitenciarios
Según criterio vigente vs Población Penal
a diciembre 2018**

Tipo Establecimientos Penitenciarios	Según Criterio Capacidad de Albergue	Según Población Penal	DEFICIT EE.PP.
A: Mas de 1200	8	23	15
B: 900 a 1199	9	5	-4
C: 200 a 899	24	21	-3
D: 1 a 199	27	19	-8
TOTAL	68	68	

Elaboración Propia

Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 1995-2018)

Como se aprecia en el cuadro anterior, se necesitaría 23 establecimientos tipo A, es decir con una “capacidad de albergue” de más de 1,200 internos, una cifra que contrasta drásticamente con los 8 establecimientos tipo A que realmente se tienen, es decir se tiene un déficit de 15 EE.PP. tipo A para poder cubrir la demanda real de albergue de los establecimientos penitenciarios.

Adicionando al cuadro 1, la información de capacidad de albergue se obtiene la información que se muestra a continuación:

**Cuadro 04: Clasificación Establecimientos Penitenciarios
Según criterio vigente vs Población Penal
a diciembre 2018**

Tipo Establecimientos Penitenciarios	Según Criterio Capacidad de Albergue	Capacidad de Albergue	Población Penal	DEFICIT de albergue
A: Mas de 1200	8	14,586	32,182	17,596
B: 900 a 1199	9	9,580	23,963	14,383
C: 200 a 899	24	12,705	29,759	17,054
D: 1 a 199	27	2,285	5,030	2,745
TOTAL	68	39,156	90,934	51,778

Elaboración Propia

Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 1995-2018)

Del cuadro anterior, tenemos que los 8 establecimientos tipo A, con una capacidad de albergue superior a 1,200 internos, totalizan una capacidad de albergue de

14,586; sin embargo, esos 8 mismo EE.PP. tipo A albergan a 32,182 internos; es decir en esos 8 EE.PP. tipo A se tiene un déficit de albergue de 17,596, en términos porcentuales se tendría una sobrepoblación de 121%. Una vez realizada esa misma operación para los demás tipos de EE.PP. se obtuvo la siguiente información:

**Cuadro 05: Establecimientos Penitenciarios
Capacidad de Albergue vs Población Penal
a diciembre 2018**

Tipo Establecimientos Penitenciarios	Según Criterio Capacidad de Albergue	Capacidad de Albergue	Población Penal	DEFICIT de albergue	% Sobre Población
A: Mas de 1200	8	14,586	32,182	17,596	121%
B: 900 a 1199	9	9,580	23,963	14,383	150%
C: 200 a 899	24	12,705	29,759	17,054	134%
D: 1 a 199	27	2,285	5,030	2,745	120%
TOTAL	68	39,156	90,934	51,778	132%

Elaboración Propia

Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 1995-2018)

Tenemos que según la clasificación de los 68 establecimientos penitenciarios (EE.PP.) tienen una “capacidad de albergue” para internos que a diciembre 2018 era de 39,156 internos, lo que contrasta con la demanda real de albergue para esa misma fecha, dado que la población penal de internos a diciembre 2018 es de 90,934, se encontró un déficit de albergue de 51,778, es decir una tasa 132% de sobrepoblación.

A continuación, se lista el detalle de los 8 establecimientos penitenciarios clasificados como tipo A, que en su conjunto que tienen un déficit de “capacidad de albergue” de 17,596 internos, y una “sobre población” de 121%, las tasas de sobrepoblación varían considerablemente en estos 8 establecimientos, tenemos el caso del E.P.P de Lurigancho con una tasa de sobrepoblación de 223%, que si bien valor absoluto tiene una déficit de albergue de 7,159 internos, es superado en

tasa de sobrepoblación por el E.P. de Trujillo que tiene una tasa de sobrepoblación de 243%.

**Cuadro 06: Establecimientos Penitenciarios
Capacidad de Albergue vs Población Penal
EE.PP. TIPO A diciembre 2018**

ITM	Establecimientos Penitenciarios	Tipo de Establecimiento Criterio Vigente	Capacidad de Albergue (C)	Población Penal (P)	Sobre Población (S=P-C)	% Sobre Población (%S)
1	E.P de Ancón	TIPO A	1,620	2,700	1,080	67%
2	E.P de Ancón II	TIPO A	2,216	1,639	-577	-26%
3	E.P de Lurigancho	TIPO A	3,204	10,363	7,159	223%
4	E.P. de Ica	TIPO A	1,818	4,771	2,953	162%
5	E.P. de Cochamarca	TIPO A	1,224	660	-564	-46%
6	E.P. de Cusco	TIPO A	1,616	2,926	1,310	81%
7	E.P. de Piura	TIPO A	1,370	3,920	2,550	186%
8	E.P. de Trujillo	TIPO A	1,518	5,203	3,685	243%
TOTAL			14,586	32,182	17,596	121%

Elaboración Propia

Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 1995-2018)

Centrando nuestro análisis de los establecimientos penitenciarios (EE.PP.) del modelo vigente, y en particular los de TIPO A, como se mencionó anteriormente, bajo ese criterio de más de 1,200 internos de capacidad de albergue, los establecimientos tipo A no deberían ser 8 sino 23. Tenemos que, Esos 23 EE.PP. TIPO A concentrarían 26,407 de capacidad de albergue, es decir el 67% de la capacidad de albergue del total de los EE.PP. a diciembre 2018, y que a esa misma fecha cuentan con una población penal de 73,664, que representa el 81% de la población penitenciaria total; pero a su vez tendrían un déficit de 47,257 internos, dando una tasa de sobrepoblación para esos 23 EE.PP. de 179%.

En el cuadro a continuación se ha detallado los 23 EE.PP. que les correspondería ser TIPO A, ya no considerando el criterio de capacidad de albergue sino el de Población Penal que realmente albergaban a diciembre de 2018:

**Cuadro 07: Establecimientos Penitenciarios
Que por su Población Penal deberían ser EE.PP. TIPO A
diciembre 2018**

ITM	Establecimientos Penitenciarios	Tipo de Establecimiento Criterio Vigente	Capacidad de Albergue (C)	Tipo de Establecimiento Por Población Penal	Población Penal (P)	Sobre Población (S=P-C)	% Sobre Población (%S)
1	E.P de Ancón	TIPO A	1,620	TIPO A	2,700	1,080	67%
2	E.P de Ancón II	TIPO A	2,216	TIPO A	1,639	-577	-26%
3	E.P de Lurigancho	TIPO A	3,204	TIPO A	10,363	7,159	223%
4	E.P. de Ica	TIPO A	1,818	TIPO A	4,771	2,953	162%
5	E.P. de Cusco	TIPO A	1,616	TIPO A	2,926	1,310	81%
6	E.P. de Piura	TIPO A	1,370	TIPO A	3,920	2,550	186%
7	E.P. de Trujillo	TIPO A	1,518	TIPO A	5,203	3,685	243%
8	E.P de Huaral	TIPO B	1,029	TIPO A	2,261	1,232	120%
9	E.P Miguel Castro	TIPO B	1,142	TIPO A	5,633	4,491	393%
10	E.P. de Chiclayo	TIPO B	1,143	TIPO A	4,285	3,142	275%
11	E.P. de Chimbote	TIPO B	920	TIPO A	3,205	2,285	248%
12	E.P. de Chincha	TIPO B	1,152	TIPO A	2,529	1,377	120%
13	E.P. de Huánuco	TIPO B	1,074	TIPO A	3,231	2,157	201%
14	E.P de Huaraz	TIPO C	598	TIPO A	1,362	764	128%
15	E.P de Juliaca	TIPO C	420	TIPO A	1,347	927	221%
16	E.P. de Arequipa	TIPO C	667	TIPO A	2,174	1,507	226%
17	E.P. de Ayacucho	TIPO C	644	TIPO A	2,804	2,160	335%
18	E.P. de Cajamarca	TIPO C	888	TIPO A	1,486	598	67%
19	E.P. de Callao	TIPO C	572	TIPO A	3,090	2,518	440%
20	E.P. de Cañete	TIPO C	896	TIPO A	1,879	983	110%
21	E.P. de Huacho	TIPO C	644	TIPO A	2,091	1,447	225%
22	E.P. de Huancayo	TIPO C	680	TIPO A	2,300	1,620	238%
23	E.P. de Pucallpa	TIPO C	576	TIPO A	2,465	1,889	328%
TOTAL			26,407		73,664	47,257	179%

Elaboración Propia

Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 1995-2018)

Dada la información anterior, queda claro que el modelo vigente se ha visto desbordado por la sobrepoblación en las cárceles, y que aparentemente esa sobrepoblación no le ha permitido al INPE realizar sus funciones para recuperar, rehabilitar y resocializar a la población penitenciaria; sin embargo la realidad es que el modelo vigente no ha realizado mayores acciones para revertir esta situación de sobrepoblación en las cárceles, debido a que su objetivo es

principalmente el confinamiento y contención de la población penal; los Establecimientos Penitenciarios (EE.PP.) que diciembre de 2018 tenían sobrepoblación, cuando se retrocedió a su data de 2009, se encontró que también tenían sobrepoblación:

Cuadro 08: Establecimientos Penitenciarios Tipo A por Población Penal del 2018 – Situación en el 2009

Nº	ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS	Tipo de EE.PP. Criterio Vigente 2009	Capacidad de Albergue 2009	Tipo de EE.PP. por Población Penal 2009	Población Penal 2009	Sobre Población 2009	% Sobre Población 2009	Hacinamiento (%S ≥ 20%) 2009
1	E.P. de Callao	TIPO C	504	TIPO A	1,964	1,460	290%	Si
2	E.P. de Cañete	TIPO C	676	TIPO A	2,489	1,813	268%	Si
3	E.P. de Huaral	TIPO C	724	TIPO A	2,435	1,711	236%	Si
4	E.P. de Pucallpa	TIPO C	426	TIPO A	1,341	915	215%	Si
5	E.P. de Ayacucho	TIPO C	567	TIPO A	1,720	1,153	203%	Si
6	E.P. de Huacho	TIPO C	567	TIPO A	1,512	945	167%	Si
7	E.P. de Chimbote	TIPO C	440	TIPO C	891	451	103%	Si
8	E.P. de Lurigancho	TIPO A	2,821	TIPO A	5,589	2,768	98%	Si
9	E.P. de Cusco	TIPO C	704	TIPO A	1,328	624	89%	Si
10	E.P. de Huancayo	TIPO C	598	TIPO B	1,099	501	84%	Si
11	E.P. de Piura	TIPO B	917	TIPO A	1,661	744	81%	Si
12	E.P. de Trujillo	TIPO B	998	TIPO A	1,744	746	75%	Si
13	E.P. de Ica	TIPO A	1,297	TIPO A	2,248	951	73%	Si
14	E.P. Miguel Castro	TIPO B	1,005	TIPO A	1,603	598	60%	Si
15	E.P. de Huaraz	TIPO C	308	TIPO C	487	179	58%	Si
16	E.P. de Arequipa	TIPO C	587	TIPO B	907	320	55%	Si
17	E.P. de Huánuco	TIPO B	946	TIPO A	1,414	468	49%	Si
18	E.P. de Chiclayo	TIPO B	1,007	TIPO A	1,486	479	48%	Si
19	E.P. de Juliaca	TIPO C	370	TIPO C	525	155	42%	Si
20	E.P. de Cajamarca	TIPO C	381	TIPO C	538	157	41%	Si
21	E.P. de Ancón	TIPO C	856	TIPO B	931	75	9%	No
22	E.P. de Ancón II	TIPO A	2,029	TIPO A	1,337	-692	-34%	No
TOTAL			18,728		35,249	16,521	88%	

Elaboración Propia

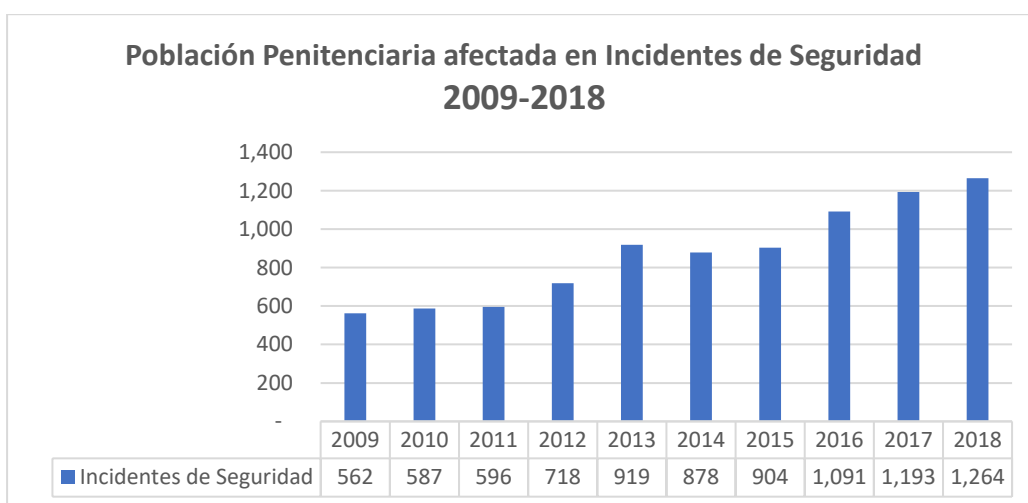
Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 1995-2018)

Como se encontró en la información de los EE.PP. del 2009, con la diferencia en la cantidad de EE.PP. en el 2009 son 65 y en el 2018 son 68 EE.PP. las cifras de sobrepoblación no solo no mejoraron, sino que se agravaron, tenemos que el modelo vigente solo se ha preocupado de aislar y confinar a la población

penitenciaria, a pesar de la inversión en infraestructura y mejora de los servicios penitenciarios, solo se incrementó la cantidad de EE.PP. en tres, los cuales no fueron suficientes para revertir la sobrepoblación, los indicadores de gestión de seguridad penitenciaria, tratamiento penitenciario y salud penitenciaria en esos 10 años solo empeoraron, como se encontró en los datos que se muestran a continuación:

En lo que respecta a los servicios penitenciarios asociados a la gestión de seguridad penitenciaria, tenemos que los incidentes de seguridad desde el 2009 al 2018 continuaron incrementando año a año, al cierre del 2018 se tienen 2.25 más incidentes que en el 2009.

Gráfico 10: Evolución de los Incidentes de Seguridad

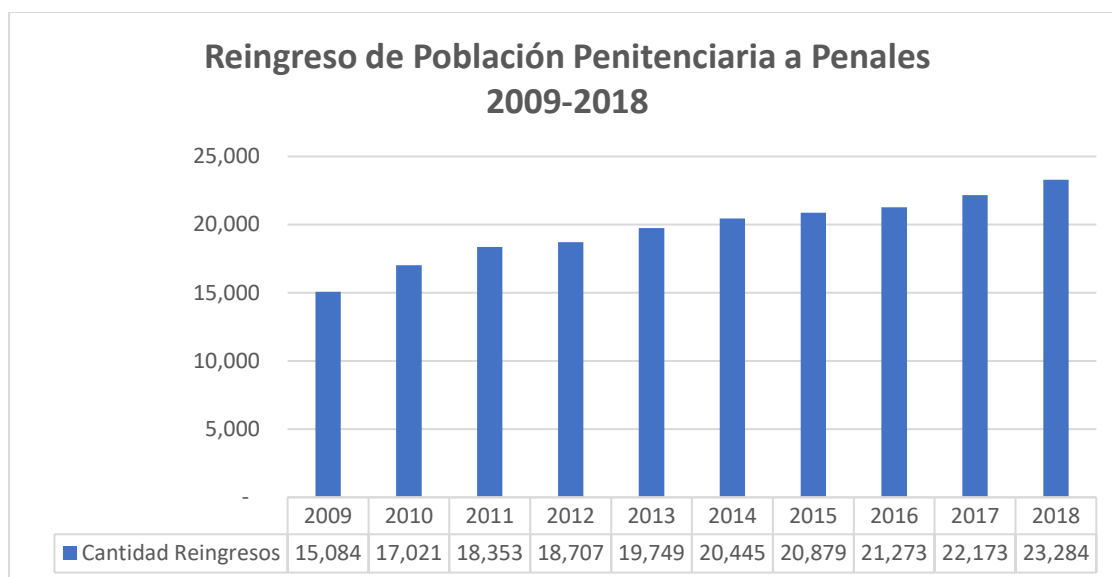


Elaboración Propia

Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 2009-2018)

En lo que respecta a los servicios penitenciarios asociados a la gestión de tratamiento penitenciario, tenemos que la cantidad de reingresos a los EE.PP. desde el 2009 al 2018 continuaron incrementando año a año, al cierre del 2018 se tienen 1.5 más reingresos que en el 2009.

Gráfico 11: Evolución Reingreso de Población Penitenciaria a Penales

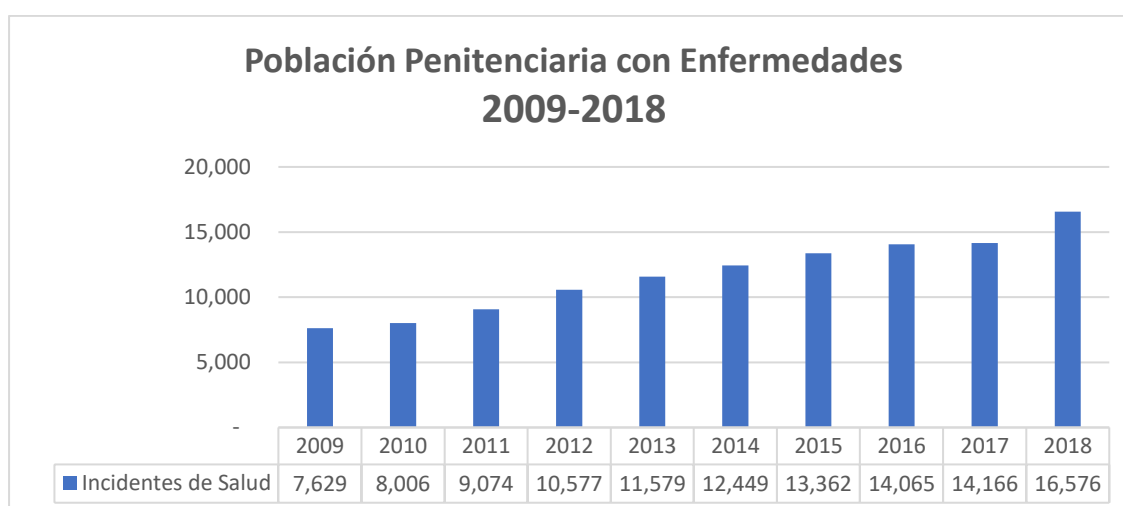


Elaboración Propia

Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 2009-2018)

En lo que respecta a los servicios penitenciarios asociados a la gestión de salud penitenciaria, tenemos que la cantidad de internos de los EE.PP. con enfermedades desde el 2009 al 2018 continuaron incrementando año a año, al cierre del 2018 se tienen 2.17 más internos con enfermedades que en el 2009.

Gráfico 12: Evolución Población Penitenciaria con Enfermedades



Elaboración Propia

Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 2009-2018)

En lo que respecta a la gestión presuestaria, el modelo vigente no se ha caracterizado por su efectividad en la ejecución presupuestaria, según los datos históricos del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) la ejecución presupuestal del INPE del año 2009 a 2013 logro una ejecución que supero el 80%, debido principalmente a la expansión de la infraestructura penitenciaria, sin embargo del 2014 a 2018 en promedio no logro superar el 60% de los recursos financieros asignados, asi mismo el modelo vigente carece del marco lógico presupuestario que le permita identificar y priorizar las inversiones y gastos necesarios para alcanzar los objetivos de seguridad, tratamiento y salud penitenciaria. La gestión presupuestaria actual del INPE se centra principalmente en mantener y tratar de expandir la infraestructura penitenciaria, como si su único objetivo fuera el confinamiento de la población privada de la libertad, dejando de lado las inversiones necesarias para el tratamiento, recuperación y reinserción social de esa población, asi como su seguridad y salud penitenciaria, se enfocan todos los recursos financieros en solucionar el hacinamiento y la sobrepoblación, cuando estas situaciones no son la causa del problema sino los resultados de un problema mucho más complejo, fruto de una falta de enfoque en la seguridad, tratamiento y salud penitenciaria, esta afirmación se sustenta por un lado en la falta de indicadores estadística que permitan el seguimiento de mejoras en la seguridad de las personas privadas de la libertad al interior de los establecimientos penitenciarios, la falta de indicadores de seguimiento de las etapas de tratamiento de la población penitenciaria dentro y fuera de los establecimientos penitenciarios, tampoco se dispone de indicadores de ejecución presupuestal en la acciones que permitan preservar la salud de los internos durante su estadía en los establecimientos penitenciarios intramuros, en segundo lugar se sustenta en el

estudio de percepción que se aplicó a los funcionarios del INPE, y que se muestra en el capítulo de resultados, en el que señalan la inadecuada gestión presupuestaria, como una de las causas de que no se hayan alcanzado los resultados esperados.

Si el objetivo del modelo penitenciario vigente fue la de mejorar los servicios penitenciarios, no lo ha logrado en ninguno de esos 10 años; se ha encontrado con la revisión de la información estadística que el objetivo se ha limitado a solo hacer cumplir las condenas que el Poder Judicial ha establecido para la población penitenciaria; en el modelo penitenciario vigente todo ha girado alrededor de ese único objetivo: “Contener y Confinar a la población penitenciaria”, los demás objetivos como la seguridad penitenciaria, el tratamiento penitenciario y la salud penitenciaria se han colocado en un segundo plano. Se ha encontrado que “El Modelo Penitenciario” vigente no ha podido evolucionar más allá del enfoque del modelo Panóptico de Bentham y el modelo Filadélfico, tal como las cifras de estos últimos 10 años (2009-2018) lo demuestran,

1.4 Nuevo Modelo de Gestión Penitenciaria para el Perú:

1.4.1 Modelo Teórico de la Tesis

Como hemos señalado en el punto anterior, el actual modelo penitenciario del Perú, se quedó en la influencia del modelo Panóptico y Filadélfico, que centra el modelo en la vigilancia absoluta de la población penitenciaria, a pesar de que hay un tratamiento, no hay relevancia en los resultados, así como tampoco se prioriza la salud de la población penitenciaria, lo cual como vimos en la introducción se refleja en los resultados: alta tasa de reingreso, un porcentaje significativo de la población penitenciaria y una tasa alta de hacinamiento, adicionalmente a pesar de que el enfoque del modelo es la vigilancia de la población penitenciaria, igual se tiene un tasa importante de incidentes de seguridad, que año a año se ha venido incrementando. Si bien el modelo penitenciario actual tiene influencia del modelo de reos primarios, de clasificación e incluso de medio libre, no se llegaron a interiorizar en el modelo, quedándose solo en un modelo panóptico, que incluso presenta fallas de seguridad como lo demuestra la tasa de incidentes de seguridad. Por otro lado muchas de las fallas del modelo, y la falta de los logros esperados se suelen relacionar a una falta de presupuesto, sin embargo tenemos en la práctica que a pesar de que desde el 2012 el presupuesto de INPE se ha aumentado progresivamente, a pesar de ello como también se mencionó en la introducción, ese incremento en el presupuesto del INPE no se acompañó de una mejora en los indicadores de seguridad, tratamiento y salud penitenciaria, incluso a pesar de la “construcción” y mejora de la “infraestructura penitenciaria” la tasa de hacinamiento siguió aumentando.

Todo lo expuesto, nos lleva a formular un nuevo modelo penitenciario, con el cual se logre alcanzar el objetivo de un modelo penitenciario funcional, el cual es la reinserción en la sociedad de la población penitenciaria, para lograr ese objetivo el modelo penitenciario debe permitir una gestión exitosa de seguridad penitenciaria, de tratamiento penitenciario y de salud penitenciaria, que como veremos en el planteamiento y desarrollo del modelo son fundamentales para el logro de la reinserción exitosa y sostenible de la población penitenciaria a la sociedad.

El planteamiento del nuevo “Modelo de Gestión Penitenciaria” para el Perú, se basa en el “respeto de los derechos” y necesidades básicas de los seres humanos, como son la seguridad y la salud, tomándolo de los modelos “Gradual”, “Borstal”, “Belga” y “Aire Libre”, como lo señala BERGMAN (2014). “Delito y cárcel en México, deterioro social y desempeño institucional”, quien deja claro que el modelo penitenciario debe incluir un **“tratamiento dirigido y focalizado”** lo cual parte de una **“Caracterización”** y **“clasificación”** adecuada de la **“población penitenciaria”**, como sostienen las teorías de MAPELLI (2015). “Ejecución de la pena privativa de libertad: Una mirada comparada”. El tratamiento es la finalidad del modelo penitenciario, sin embargo, lo único que hemos tenido en esta última década en el modelo penitenciario peruano ha sido un **“Endurecimiento de las penas”**, el cual se ha acompañado de una **“Superpoblación penitenciaria”**, que ha generado **“Problema de derechos humanos”** y **“Violencia entre internos”**, como lo señalan los autores “México Evalúa, Centro de Análisis de Políticas Públicas”, (2013). “Las Cárceles en México ¿Para qué?” y BRAVO (2016). “Las prisiones de la locura, la locura de las prisiones: La construcción institucional del preso psiquiátrico”.

Por lo señalado por los autores de nuestro marco teórico, se hace necesario, dentro del tratamiento penitenciario, priorizar la educación como base del tratamiento para recuperación, “rehabilitación” y “reinserción” de las “personas privadas de la libertad”; dado que la educación, concede al interno “la ventaja de adiestrarse en un oficio/labor y generar un beneficio económico al vender sus productos; este enfoque teórico-práctico resulta netamente útil a corto y largo plazo”, dado que la persona privada de su libertad logra cierta independencia económica desde su estadía en el establecimiento penitenciario intramuros (Cárcel), el cual es incluso trasladable a su “familia”, además de aplicar “todo lo aprendido” cuando se reincorpore a la sociedad, dándole así mejores probabilidades para su reinserción a la sociedad, como lo señalan los modelos denominados “Reformatorio”, “Aire libre”, “Prelibertad” y “Libertad”; siendo consistente con las teorías expresadas por MAPELLI y ALDERETE LOBO (2015), “Manual Regional de Buenas Prácticas Penitenciarias”, en las que señalan que el “modelo penitenciario” debe dotar al interno de las **“Herramientas que les permitan integrarse a la comunidad”**, siendo esencial que se trabaje en la **“educación”** y la **“capacitación”** de los internos, además de la **“participación a familia”**, para que el tratamiento penitenciario tenga los resultados esperados, cómo lo señalan los estudios de MOLINA (2014). “La reinserción y rehabilitación social en la cárcel uruguaya”.

Nos encontramos en el modelo penitenciario actual de Perú, que, si bien **“los muros se han transformado en la obsesión del servicio penitenciario”**, reina un **“estado punitivo”**, y se ha priorizado la **“ampliación de la estructura carcelaria”**, aun así, no se ha podido revertir la **“superpoblación de las**

cárceles” como lo señala el estudio de CONPES, (2015). “Política penitenciaria y carcelaria en Colombia”, ni tampoco se han podido evitar los continuos **“incidentes de seguridad”** al interior de las mismas. A pesar de todos los esfuerzos en “Seguridad Penitenciaria” y el incremento de los recursos presupuestarios, los resultados siguen sin ser los esperados. Adicionalmente, la **“superpoblación de las cárceles”** tiene el efecto colateral de afectar los demás servicios carcelarios, en especial el de **“Salud Penitenciaria”**, los establecimientos penitenciarios en el Perú no cuentan con **“Normas mínimas de higiene”**, a pesar del incremento en presupuesto y la inauguración de nuevas cárceles, se sigue apreciando la **“Falta de personal”** de salud adecuado, sin el cual es imposible **“Diagnosticar, Tratar y Prevenir”**, todo esto ha llevado a una **“Carencias en materia de higiene, seguridad, alimentación y asistencia médica”** sin la cual no es posible una gestión de **“Salud Penitenciaria”** que permita los resultados esperados, como lo dejan claro las investigaciones de ZERBINI (2013), “Programa Nacional de Control de la Tuberculosis Normas Técnicas 2013” y UNODC (2014). “Manual sobre estrategias para reducir el hacinamiento en las prisiones”.

Dado lo señalado en las investigaciones de los autores mencionados en el párrafo anterior, es que la propuesta del nuevo modelo penitenciario para Perú, incorpora el **“Tratamiento Penitenciario”** como eje principal para lograr los resultados de reinserción sostenida de las “personas privadas de la libertad” a la sociedad; sumándose además la **“Seguridad Penitenciaria”** y la **“Salud Penitenciaria”**, las cuales son necesarias para que pueda desarrollar adecuadamente la gestión de **“Tratamiento Penitenciario”**, las que además se interrelacionan y refuerzan mutuamente, permitiendo en su conjunto el logro de los resultados esperados.

Una de las principales fallas del modelo penitenciario vigente, y que es la causa de muchas de sus falencias, es la **“Falta de políticas y servicios preventivos”**, sin una adecuada gestión y política de prevención el modelo se vuelve reactivo, imposibilidad de poder anticiparse y por lo tanto enfrentar los continuos cambios; como lo señala el estudio de JUANCHE (2012). “Hacia una política de Estado en privación de libertad”, es por ello que la propuesta de nuevo modelo penitenciario, incorpora las técnicas de clasificación según el delito y la pena, a fin de mantener la “integridad física” y mental de las “personas privadas de la libertad”, como lo señalan los modelos de “Panóptico”, “Celular”, “Auburniano” y “Reformatorio”; así como, los elementos de clasificación, la seguridad y el tratamiento, de los modelos “Belga”, “Aire Libre”, “Pre-Libertad” y “Prisión Abierta”, por considerar todos estos elementos como acordes a la realidad actual del Perú, y esenciales para obtener resultados sostenibles de reinserción de la población carcelaria en la “sociedad” peruana.

Nuestro nuevo “modelo de gestión penitenciaria”, pone **énfasis** en que el **“tratamiento”**, que incluye la capacitación para el aprendizaje de un oficio, considere el factor geográfico y el componente cronológico, de tal manera que la “actividad económica predominante” en la zona de influencia del establecimiento penitenciario intramuros, debe ser tomada en cuenta para “articular los programas y políticas públicas de formación productiva”, y acompañarlas de los programas y políticas públicas necesarias para que los internos que participen en estos programas, cuando recuperen su libertad no encuentren “barreras” que impidan su “inserción en el mercado laboral”. El énfasis del modelo penitenciario propuesto en el **“tratamiento”, basado en la “capacitación” y en la “educación” de la**

población carcelaria, es consistente con los estudios de MINJUSTICIA (2014), “Lineamientos para el fortalecimiento de la Política Penitenciaria en Colombia” y 3. RODRÍGUEZ, (2015), “Circuitos Carcelarios Estudios sobre la cárcel Argentina”, cuyos estudios demuestran que el énfasis en el “Tratamiento” a través de la educación y la capacitación, no solo brindo resultados, sino además estos resultados fueron sostenibles.

Complementariamente y reforzando el tratamiento penitenciario de nuestro nuevo modelo de gestión pública, los programas y políticas públicas de los demás sectores, dado que el enfoque necesariamente deberá ser multisectorial, considerará una “colaboración entre los gobiernos regionales” y la “administración penitenciaria”, dado que el éxito de la reinserción a la sociedad de los internos, depende directamente de las oportunidades que puedan lograr, a fin de “sustentarse económicamente” a sus familias y a ellos mismos. Este aporte se basa en los estudios de GESPyDH y OAJ, (2012), “Seminario de estudios comparados sobre las estrategias del gobierno de la cárcel neoliberal en Argentina y en Francia” y BID (2013). “Evaluación del sistema concesionado versus el sistema tradicional en la reducción de la reincidencia delictual”, que demuestran que el enfoque del modelo penitenciario debe ser multisectorial a fin de potenciar los recursos públicos disponibles y asegurar mejores oportunidades de reinserción para la población penitenciaria.

Por lo anteriormente expuesto, es que nuestro nuevo modelo de gestión penitenciaria se basa principalmente en alcanzar resultados en:

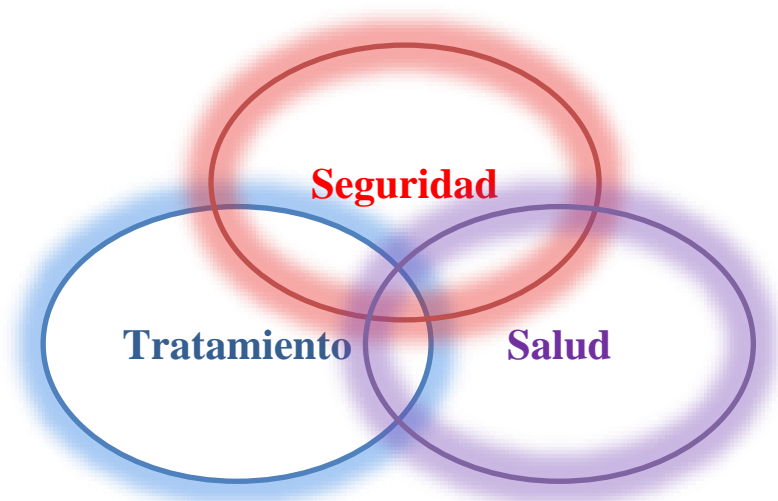
1. La seguridad del interno. A fin de que durante su estadía en el establecimiento penitenciario intramuros su seguridad tanto física como mental se mantenga intacta, para lo cual un adecuado proceso de clasificación del interno es vital a fin de determinar el ambiente de seguridad al cual será confinado. Lo que hemos denominado como Gestión de Seguridad Penitenciaria. Siguiendo lo señalado en los modelos penitenciarios de Pre-Libertad y Abierto, que son los que mejores resultados han brindado en gestión de seguridad penitenciaria, como lo señalan los estudios de MOLINA (2014). “La reinserción y rehabilitación social en la cárcel uruguaya” y GESPyDH y OAJ, (2012), “Seminario de estudios comparados sobre las estrategias del gobierno de la cárcel neoliberal en Argentina y en Francia”.
2. El tratamiento del interno. Durante su estadía en el “establecimiento penitenciario” intramuros, es fundamental. Sin tratamiento o sin el tratamiento adecuado, se elevaría considerablemente las probabilidades de que el interno reincida en su comportamiento delictivo y posteriormente retorno al establecimiento intramuros. En un adecuado tratamiento penitenciario está la clave para disminuir la tasa de reincidencia. Lo que hemos denominado como Gestión de Tratamiento Penitenciario. Siguiendo lo señalado en los modelos penitenciarios de Pre-Libertad y Abierto, que son los que mejores resultados han brindado en gestión de seguridad penitenciaria, como lo señalan los estudios de JUANCHE (2012). “Hacia una política de Estado en privación de libertad” y MAPELLI (2015). “Ejecución de la pena privativa de libertad: Una mirada comparada”.

3. La salud del interno. Durante su estadía en el “establecimiento penitenciario” intramuros, la salud del interno se ve expuesta a focos infecciosos, de enfermedades como TBC y VIH, exposición que en el caso del Perú debido a las altas tasas de hacinamiento es bastante elevada. Es un peligro latente no solo para los internos, sino además para el personal del INPE que labora en los establecimientos intramuros, y dado que muchos de dichos establecimientos se encuentran dentro de un casco urbano, hace que sea un problema para toda la comunidad. Por ello en nuestro modelo de gestión penitenciario se pone especial énfasis en implementar los mecanismos necesarios para minimizar y erradicar los posibles focos infecciosos que atenten contra la salud del interno. Lo que hemos denominado como Gestión de Salud Penitenciaria. Siguiendo lo señalado en los modelos penitenciarios de Pre-Libertad y Abierto, que son los que mejores resultados han brindado en gestión de seguridad penitenciaria, como lo señalan los estudios de ZERBINI (2013), “Programa Nacional de Control de la Tuberculosis Normas Técnicas 2013” y UNODC (2014). “Manual sobre estrategias para reducir el hacinamiento en las prisiones”.

1.4.2 Propuesta Nuevo Modelo de Gestión Penitenciaria

En el gráfico mostrado a continuación, se ilustraron esos tres principales pilares de nuestro nuevo modelo de gestión penitenciaria, los cuales además interactúan entre sí, dado que una buena seguridad del interno, permite una adecuada política de tratamiento para minimizar su tasa de reincidencia y a la vez la implementación óptima de las políticas que garanticen su salud física y mental.

Gráfico 13: Pilares del Modelo de Gestión Penitenciaria



Fuente: Elaboración propia

A diferencia de los modelos penitenciarios previos, tenemos que nuestro modelo propuesto usa los muros como delimitación de los ambientes físicos, pero a diferencia del modelo Panóptico, en el que **“los muros se transforman en la obsesión del servicio penitenciario”**, la finalidad es solo de separación y no de contención, evitando las malas prácticas que señala el estudio de “México Evalúa, Centro de Análisis de Políticas Públicas”, (2013). “Las Cárceles en México ¿Para qué?”. Si bien las penas son necesarias, y aunque la determinación de las penas no está en sus competencias, si le compete al sistema penitenciario aplicarlas, penas que deberán permitir el tiempo necesario para el tratamiento y la reinserción de la población carcelaria, sin llegar al extremo del modelo Filadélfico, que se base en un **“Endurecimiento de las penas”**, la aplicación de la pena será en estricto cumplimiento de los derechos y dignidad humana, de no ser el caso, no se podrán crear los espacios para que los resultados de “tratamiento” sean los esperados, como se puede apreciar en los estudios de 5. CONPES, (2015). “Política penitenciaria y carcelaria en Colombia” y 3. RODRÍGUEZ, (2015), “Circuitos Carcelarios Estudios sobre la cárcel Argentina”.

Lo anterior nos lleva a que el modelo penitenciario propuesto al ser estrictamente “respetuoso de los derechos humanos”, no aplicara ni fomentara las prácticas de aislamiento de la población penitenciaria, como es el caso del modelo Auburniano, en el que la **“Prioridad extrema en el aislamiento de la persona”**, y el caso del modelo Borstal, en el que se fomenta un **“Régimen permanente de trabajo forzoso, y un aislamiento nocturno”**, por el contrario el nuevo modelo propuesto fomentara un mayor contacto, en especial con los familiares directos, que son fundamentales para que el “tratamiento” logre los resultados esperados, como lo señalan los estudios de MOLINA (2014). “La reinserción y rehabilitación social en la cárcel uruguaya” y de BERGMAN (2014). “Delito y cárcel en México, deterioro social y desempeño institucional”.

El modelo propuesto, priorizara el “tratamiento”, y por lo tanto al igual que el modelo Gradual, realizara mejores prácticas para **“Clasificar a la población penitenciaria”**, y como en el modelo Belga en el que se **“Personaliza el tratamiento de la persona privada de la libertad”**; dado que a mejor clasificación de la población penitenciaria se obtienen mejores resultados de reinserción social, como lo muestra los “resultados del estudio de BID” (2013). “Evaluación del sistema concesionado versus el sistema tradicional en la reducción de la reincidencia delictual”. Esta buena práctica, llevara a que se implementen establecimientos penitenciarios según el grado de reincidencia, siguiendo lo señalado en el modelo de Reos Primarios, en el que se implementan “Instalaciones y tratamiento acorde a sus necesidades de resocialización” según el grado de reincidencia; mejorando así los resultados esperados de “tratamiento” y por ende de la “reinserción”, tenemos los resultados de los estudios de MAPELLI (2015). “Ejecución de la pena privativa de libertad: Una mirada comparada” y de MAPELLI

CAFFARENA, B., & ALDERETE LOBO, (2015), “Manual Regional de Buenas Prácticas Penitenciarias”, los cuales demuestran que una adecuada segmentación, separando a la población penitenciaria de reos primarios (su primer ingreso a una cárcel) permite mejores resultados de reinserción y bajas tasas de reincidencia. Finalmente, el modelo propuesto integra las buenas prácticas de los modelos de Aire Libre en el que se **“Lleva el trabajo y por ende el tratamiento de la población penitenciaria fuera del perímetro del establecimiento penitenciario”**, el modelo de Pre – Libertad en el que se **“Desarrolla el trabajo fuera del establecimiento penitenciario sin la vigilancia, el confinamiento es solo nocturno”** y el modelo Abierto en el que **“El modelo ya no está basado en la vigilancia de la población penitenciaria”**; lo que permitirá que las políticas públicas de seguridad, tratamiento y salud penitenciaria, que propicia este nuevo modelo de gestión para el INPE, se basen en los principios de inclusión y sostenibilidad, tomando lo señalado en los estudios de JUANCHE (2012). “Hacia una política de Estado en privación de libertad”, UNODC (2014). “Manual sobre estrategias para reducir el hacinamiento en las prisiones” y MAPELLI CAFFARENA, B., & ALDERETE LOBO, (2015), “Manual Regional de Buenas Prácticas Penitenciarias”, buscando políticas inclusivas y sostenibles.

Gráfico 14: Políticas Públicas Penitenciarias



Fuente: Elaboración propia

Así mismo, las nuevas políticas públicas penitenciarias que se impulsarán sobre este nuevo modelo, con énfasis en la seguridad, tratamiento y salud del interno, seguirán el ciclo que se muestra en la siguiente gráfica, siguiendo lo señalado en los estudios de MINJUSTICIA (2014), “Lineamientos para el fortalecimiento de la Política Penitenciaria en Colombia”.

Gráfico 15: Ciclo Políticas Públicas Penitenciarias



Fuente: Elaboración propia

Definimos a continuación el nuevo modelo de gestión penitenciaria propuesto para el INPE:

1.4.3 Actores del Nuevo Modelo Penitenciario.

Dado el enfoque de resultados en seguridad, tratamiento y salud. Los actores se dividirían en especialistas y gestores de cada una de esas áreas: seguridad, tratamiento y salud. Cada establecimiento penitenciario, dependiendo de sus dimensiones y capacidad de albergue, deberá contar al menos con un especialista y un gestor en seguridad penitenciaria, un especialista y un gestor en tratamiento

penitenciario, y un especialista y un gestor en salud penitenciaria. Nuestro modelo propuesto cambia totalmente el enfoque respecto al modelo anterior, dado que se centra en el “logro de los resultados de la gestión” de seguridad, tratamiento y salud. Al asignar un especialista y un gestor en cada una de estas dimensiones mejora las probabilidades de su ejecución de la gestión y por ende del cumplimiento de metas. Así mismo, al contar con especialistas y gestores en los establecimientos penitenciarios, se dará una mejor retroalimentación en los manuales operativos, y en la información estadística, lo que permitirá un mejoramiento continuo del nuevo modelo. De esta manera el nuevo modelo propuesto tomara las mejores prácticas de los modelos penitenciarios de Aire Libre, Pre-Libertad y Abierto, que son los que mejores resultados han brindado en gestión de seguridad penitenciaria, tratamiento penitenciario y salud penitenciaria, como lo señalan los estudios de MOLINA (2014). “La reinserción y rehabilitación social en la cárcel uruguaya”, RODRÍGUEZ, (2015), “Circuitos Carcelarios Estudios sobre la cárcel Argentina” y GESPyDH y OAJ, (2012), “Seminario de estudios comparados sobre las estrategias del gobierno de la cárcel neoliberal en Argentina y en Francia”

En el Perú existe un mercado de especialistas que provean el personal idóneo para que atienda las funciones de seguridad, tratamiento y salud, el cual además debe mantenerse en un proceso de capacitación y actualización continua, por lo que se cuenta con las instituciones que permitan esa continua capacitación y actualización; siguiéndose las recomendaciones y buenas prácticas señaladas en los estudios de MAPELLI CAFFARENA, B., & ALDERETE LOBO, (2015), “Manual Regional de Buenas Prácticas Penitenciarias” y MINJUSTICIA(2014), “Lineamientos para el fortalecimiento de la Política Penitenciaria en Colombia”.

1.4.4 Infraestructura y costos del Nuevo Modelo Penitenciario.

La adecuada infraestructura penitenciaria es fundamental para garantizar el logro de los resultados; por ello la infraestructura debe acompañar la gestión de seguridad penitenciaria, cumpliendo con las “medidas técnicas” necesarias para “garantizar la seguridad” de los internos, clasificándose en los niveles de seguridad necesarios para facilitar dicho cumplimiento; si bien la vigilancia es importante, y se debe contar con los medios tecnológicos y procedimientos para “garantizar la seguridad” física de la “población penitenciaria” y de los trabajadores del Instituto Nacional Penitenciario, esta no puede ser la piedra angular para el diseño de los “establecimientos penitenciarios” intramuros; por lo que el modelo y por lo tanto la infraestructura penitenciaria se apartan de las señaladas en los modelos Panóptico, Filadélfico y Auburniano, dado que no buscan el aislamiento y contención de la población penitenciaria, sino que por el contrario la infraestructura fomentara la libre circulación y socialización, manteniendo los niveles de seguridad requeridos según el grado de reincidencia, lo que generara mejores resultados esperados de resocialización y reinserción, como lo señala el estudio de BID (2013). “Evaluación del sistema concesionado versus el sistema tradicional en la reducción de la reincidencia delictual” y el estudio de BRAVO (2016). “Las prisiones de la locura, la locura de las prisiones: La construcción institucional del preso psiquiátrico”. Tenemos entonces, que la infraestructura del establecimiento intramuros debe estar basada en acompañar la gestión de tratamiento penitenciario, contando con los espacios “necesarios” para que se pueda realizar la “gestión” de tratamiento en su totalidad, desde el diagnóstico hasta la ejecución del tratamiento en sí. La infraestructura deberá además acompañar la gestión de

salud penitenciaria, cumpliendo con los estándares técnicos requeridos para garantizar la “salud física” y “mental” de los “internos”. Como se señaló en el marco teórico, la participación familiar es fundamental en el tratamiento penitenciario, debiendo potenciarse los vínculos familiares, lo que aumentara las probabilidades de que la “resocialización” de la “población privada de la libertad” sea sostenible, facilitando el “cumplimiento” de los resultados de reinserción a la sociedad. Nos apoyamos en los estudios de UNODC (2014). “Manual sobre estrategias para reducir el hacinamiento en las prisiones”, por lo que el mantenimiento de esta estructura penitenciaria contara con una estructura de costos y gastos que facilite su implementación y mantenimiento, siendo fundamental los convenios con empresas privadas y los gobiernos regionales para lograr la sostenibilidad y continuidad.

1.4.5 Procesos del Nuevo Modelo Penitenciario.

Los procesos de este nuevo modelo penitenciario, estarán enfocados en el “logro de los objetivos” de seguridad, tratamiento y salud de los internos. Procesos que se complementaran para facilitar la sinergia de los tres pilares mencionados, dado que no se deben manejar de manera aislada; sino que por el contrario los procesos de seguridad penitenciaria, los procesos de tratamiento penitenciario y los procesos de salud penitenciaria, se deben complementar entre sí. Si bien son procesos que se listaran de manera independiente, no deben contradecirse, sino soportarse entre sí, dado que están estrechamente entrelazados. Los procesos de la gestión de seguridad penitenciario, si bien tiene como “objetivo principal” garantizar la integridad física de la población penitenciaria y de los funcionarios del Instituto Nacional Penitenciario; a su vez sus resultados permitirán que los

procesos de la gestión de tratamiento penitenciario y salud penitenciaria se pueden ejecutar de manera oportuna, periódica y sostenida. De igual manera, el desarrollo de los procesos de la gestión de tratamiento penitenciario, si bien tiene como “principal objetivo” la reinserción a la sociedad de la población penitenciaria, esto se dará a través de completar las etapas que permitan la recuperación, rehabilitación y reinserción; el logro de estos resultados facilitará la gestión de seguridad penitenciaria y salud penitenciaria, como se da en los modelos penitenciarios de Aire Libre, Pre-Libertad y Abierto, conservando sus buenas prácticas, que han brindado resultados innegables, que se han podido apreciar en los estudios de “México Evalúa, Centro de Análisis de Políticas Públicas”, (2013). “Las Cárceles en México ¿Para qué?” y el BID (2013). “Evaluación del sistema concesionado versus el sistema tradicional en la reducción de la reincidencia delictual”. Así mismo, en el caso de la gestión de salud penitenciaria, que tiene como principal objetivo de sus procesos garantizar la integridad de la salud física y mental de la población penitenciaria, esto a la vez facilitara la ejecución de los procesos de la gestión de seguridad penitenciara y tratamiento penitenciario. Los procesos se adecuarán la realidad económica, social y cultural de la zona geográfica en la que se ubica el establecimiento penitenciario; nos apoyamos en los resultados presentados en los estudios de BRAVO (2016). “Las prisiones de la locura, la locura de las prisiones: La construcción institucional del preso psiquiátrico” y ZERBINI (2013), “Programa Nacional de Control de la Tuberculosis Normas Técnicas 2013”.

1.4.6 Gestión Presupuestaria.

En lo que respecta a la gestión presupuestaria, no se pueden lograr los objetivos de seguridad, tratamiento y salud penitenciaria, si es que la ejecución presupuestal no solo no los contempla sino que además no los prioriza, por ello como parte de nuestro modelo propuesto, se incorpora como una parte necesaria que se modifique el modelo de gestión presupuestaria vigente, el cual como se comentó anteriormente no solo no ha logrado una efectividad en la ejecución de los recursos financieros, sino además en la percepción de los funcionarios del INPE entrevistados, como parte del desarrollo de esta investigación, es una de las principales causas y limitantes para el logro de los resultados.

Por ello en nuestro modelo propuesto se contempla que la ejecución presupuestaria, contemple la definición e implementación de indicadores de ejecución presupuestal que permitan la identificación y el seguimiento de las actividades e inversiones orientadas a alcanzar los resultados de seguridad, tratamiento y salud penitenciaria. Esos indicadores, deberán no solo estar alineados con los objetivos, sino además ser indicadores relevantes y que midan los resultados, a diferencia de los indicadores actuales, que no solo no está alineados con los objetivos y que se limitan a ser operativos. Aprovechar los sistemas y las nuevas tecnologías de la información, integrando la información que actualmente está dispersa y fraccionada, para así facilitar la definición, construcción e implementación de los indicadores de seguimiento de resultados, conformando un marco lógico que permita no solo el seguimiento sino además la mejora continua, tanto a nivel agregado como a nivel desagregado en cada establecimiento penitenciario intramuros.

Tenemos entonces que se proponen los siguientes tipos de indicadores, los cuales actualmente no están incluidos como parte de la gestión presupuestaria del modelo vigente:

Indicadores Presupuestarios de Gestión de Seguridad Penitenciaria:

- **Indicador Proyectos de mejora de infraestructura:** Monto de inversión ejecutado entre cantidad de proyectos de infraestructura, permitiendo tener claro el objetivo de ejecución de los proyectos de seguridad necesarios en el periodo,
- **Indicador Proyectos mejora de la seguridad:** Monto de inversión ejecutado entre cantidad de proyectos de mejora, permitiendo identificar no solo el avance de la ejecución de los proyectos de mejora de seguridad, sino además el porcentaje que presenta en el presupuesto general.
- **Indicador de Incidentes de seguridad por falta de mejoras de seguridad implementadas:** Número de incidentes de seguridad entre Cantidad de Personas Privadas de la libertad, permitiendo contar con el resultado que no solo justifique la priorización de los proyectos de mejora de infraestructura y de seguridad, sino además cuantificar el costo de oportunidad por la demora en la implementación de esos proyectos.
- **Indicador de Capacitación Continua en seguridad penitenciaria:** Monto de inversión en capacitación en seguridad penitenciaria entre Cantidad de Trabajadores de Seguridad, permitiendo contar con un índice del porcentaje de inversión destinado a la capacitación continua de los colaboradores del INPE, capacitados en las técnicas de seguridad penitenciaria, necesarias para mantener la convivencia pacífica en los establecimientos intramuros

Indicadores Presupuestarios Gestión de Tratamiento Penitenciario:

- **Indicador de inversión en Infraestructura de Tratamiento:** Monto de Inversión en Mejora de la Infraestructura destinada al tratamiento penitenciario entre la cantidad de establecimientos penitenciarios, permitiendo contar con un indicador para medir el avance de la inversión en la infraestructura para el tratamiento.
- **Indicador de Inversión en Caracterización de la población penitenciaria:** Monto de inversión para la Caracterización y Evaluación de los internos entre la Población Penitenciaria, permitiendo contar con un indicador que mida la evolución de la inversión en la adecuada caracterización de los internos, de vital importancia dado que la caracterización no sólo es la primera etapa del tratamiento sino que es fundamental para alcanzar las metas de tratamiento.
- **Indicador de Inversión en Tratamiento Penitenciario:** Monto de Inversión en Tratamiento entre la Población Penitenciaria, lo que permitirá contar con un índice que mida el porcentaje de inversión destinado al tratamiento de los internos.
- **Indicador de Inversión en Capacitaciones y Educación:** Monto de Inversión en Capacitación y Educación de los Internos entre la Población Penitenciaria, permitiendo contar con un índice que muestre el porcentaje de la inversión destinada a la capacitación y educación de la población penitenciaria.
- **Indicador de Inversión en Reinserción:** Monto de Inversión en Reinserción de los Internos entre Población Liberada, este índice mostrara el porcentaje

de inversión destinado al seguimiento del tratamiento de la población liberada.

Indicadores Presupuestarios Gestión de Salud Penitenciaria:

- Indicador de Inversión en Infraestructura de Salud: Monto de inversión en infraestructura de Salud entre la cantidad de establecimientos penitenciarios, permitiendo contar con el índice de porcentaje de inversión destinado a mantener y mejorar la salud penitenciaria de los internos.
- Indicador de Inversión en Tratamiento de Enfermedades: Monto de Inversión en tratamiento de enfermedades pre-existentes y existentes entre la población penitenciaria, contando así con un índice de seguimiento del monto invertido en el tratamiento de las enfermedades de la población de internos.
- Indicador de Inversión en Campañas de Prevención: Monto de Inversión en Prevención de Enfermedades entre la población penitenciaria, permitiendo contar con un índice que mida la evolución y seguimiento del monto invertido en campañas de prevención de enfermedades entre la población de internos.

,

1.4.7 Evaluación de resultados del Nuevo Modelo Penitenciario.

Una parte fundamental del modelo, y uno de los principales aportes respecto a la “situación actual” por la que atraviesa la gestión del INPE, es la evaluación continua de los resultados. Los cuales se clasificarán en resultados de la gestión de seguridad penitenciaria, resultados de gestión de tratamiento penitenciario y resultados de gestión de salud penitenciaria. Con indicadores bien definidos para

cada uno de ellos. Por ello, es necesario contar con la información periódica de cada uno de los establecimientos penitenciarios que estarán bajo la competencia del nuevo “modelo de gestión penitenciaria”. En este caso, también se toman las buenas prácticas para el seguimiento que se consideran en los modelos penitenciarios de Aire Libre, Pre-Libertad y Abierto, lo que permitirá obtener mejores resultados esperados en la tasa reinserción y de reincidencia; como lo señalan el estudio de MAPELLI CAFFARENA, B., & ALDERETE LOBO, (2015), “Manual Regional de Buenas Prácticas Penitenciarias” y el de BID (2013). “Evaluación del sistema concesionado versus el sistema tradicional en la reducción de la reincidencia delictual”.

A continuación, en la siguiente grafica se muestra el esquema lógico del nuevo modelo de gestión penitenciaria.

Gráfico 16: Nuevo Modelo de Gestión Penitenciaria



Fuente: Elaboración propia

1.5 Definición de términos básicos

Como parte del desarrollo de la presente tesis, se evaluará y propondrá un nuevo “Modelo de Gestión Penitenciaria”, que priorice la educación técnica, la cual “concede al interno la ventaja de adiestrarse en un oficio/labor y generar un beneficio económico al vender sus productos; este enfoque teórico-práctico resulta netamente útil a corto y largo plazo, pues el interno logra cierta independencia económica” desde su estadía en el establecimiento penitenciario intramuros (Cárcel), el cual es incluso trasladable a su familia, además de “aplicar” todos los conocimientos adquiridos, cuando se reincorpore a la sociedad, permitiendo mejores probabilidades para su reinserción a la sociedad.

1. “Modelo de gestión penitenciaria”. Es el arquetipo, esquema o marco de referencia para la administración penitenciaria, sobre el que se soportan y basan las políticas públicas y acciones para alcanzar los objetivos trazados en el sistema penitenciario, que inicia con el cumplimiento de la condena penitenciaria que ha otorgado el sistema de justicia.
2. Seguridad Penitenciaria. Son los procedimientos necesarios y pertinentes para “garantizar la seguridad” física de los “internos” y de los especialistas del INPE.
3. Tratamiento Penitenciario. Son los procedimientos necesarios y pertinentes para garantizar la ejecución de los “programas de tratamiento penitenciario” dirigidos a la recuperación, rehabilitación y reinserción de los internos en la sociedad.

4. Salud Penitenciaria. Son los procedimientos necesarios y pertinentes para garantizar la “salud física” y “mental” de los “internos” y de los especialistas del INPE.
5. Infraestructura Penitenciaria. Son los elementos y recursos de capital necesarios para la ejecución de los procedimientos de seguridad, tratamiento y salud penitenciaria.
6. Heterogeneidad de la Población Penitenciaria. La heterogeneidad corresponde a la adecuada segmentación de la población penitenciaria, a fin de facilitar los procedimientos de seguridad, tratamiento y salud penitenciaria.
7. Principio de Seguridad Penitenciaria. Tiene como objetivo principal “garantizar” la seguridad física de los internos y de los especialistas del INPE, durante su estadía en los establecimientos intramuros. Dividiéndose en principios de seguridad externa o perimetral y principios de seguridad interna.
8. Principio de Tratamiento Penitenciario. Tiene como “objetivo” garantizar la recuperación, “rehabilitación” y “reinserción” de los internos en la sociedad. Comprende una etapa de diagnóstico inicial en el que se identifica las variables criminológicas, determinar el tratamiento para la rehabilitación, evaluación de los avances y etapa final de reinserción en la sociedad.
9. Principio de Salud Penitenciaria. Tiene como objetivo principal garantizar la “salud física” y “mental” de los “internos” y de los especialistas del INPE, mientras dure su estadía en los establecimientos intramuros. Se clasifican

en principios de salud permanente y en principios de campañas preventivas de salud.

10. Técnicas de Rehabilitación Penitenciaria: Son el “Conjunto de procedimientos” o recursos que se usan para lograr la recuperación, “rehabilitación” y “reinserción” de las “personas privadas de la libertad” confinadas en los establecimientos penitenciarios intramuros.

11. Técnicas de Recuperación Penitenciaria: Son el “Conjunto de procedimientos” o “recursos” que se usan para lograr que las “personas privadas de la libertad” confinadas en los “establecimientos penitenciarios” intramuros, sean aptas para recibir y seguir el tratamiento que permita su reinserción Socio-Laboral.

12. Técnicas de Reinserción Socio-Laboral: Son el “Conjunto de procedimientos” o “recursos” que se usan para lograr que las “personas privadas de la libertad” confinadas en los “establecimientos penitenciarios” intramuros logren reingresar de manera sostenida a la sociedad en su conjunto, y puedan tener acceso a los medios de producción como trabajadores asalariados o trabajadores independientes.

13. Técnicas de Inteligencia y Contrainteligencia Penitenciaria. Son el “Conjunto de procedimientos” o “recursos” que se usan para lograr prevenir la alteración del orden y la seguridad de los establecimientos penitenciarios intramuros; así como prevenir la realización de actividades ilegales dentro de dichos establecimientos.

14. Técnicas de Salud Penitenciaria. Son el “Conjunto de procedimientos o recursos” que se usan para garantizar la “salud física” y “mental” de las

- “personas privadas” de la libertad confinadas en los establecimientos penitenciarios intramuros.
15. Infraestructura para la Seguridad Penitenciaria. “Conjunto de medios técnicos, servicios e instalaciones” necesarios para el desarrollo de las “actividades de seguridad” en las cárceles.
 16. Infraestructura para la Salud Penitenciaria. “Conjunto de medios técnicos, servicios e instalaciones “necesarios para el desarrollo de las “actividades de salud” en las cárceles.
 17. Infraestructura para el Tratamiento Penitenciario. Conjunto de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarios para el desarrollo de las actividades de tratamiento para la recuperación, rehabilitación y reinserción de los internos en los establecimientos penitenciarios intramuros.
 18. Tecnología para la Seguridad Penitenciaria. “Conjunto de instrumentos, recursos técnicos y procedimientos” empleados para la dirección y administración de la seguridad en las cárceles.
 19. Tecnología para la Salud Penitenciaria. Conjunto de instrumentos, recursos técnicos y procedimientos empleados para la dirección y administración de la salud en los establecimientos penitenciarios intramuros.
 20. Tecnología para el Tratamiento Penitenciario. Conjunto de instrumentos, recursos técnicos y procedimientos empleados para la dirección y administración del tratamiento en los establecimientos penitenciarios intramuros.

21. Normas para la “Seguridad Penitenciaria”. Es el conjunto de reglas para “garantizar” la seguridad en los “establecimientos penitenciarios” intramuros.
22. Normas para el Tratamiento Penitenciario. Es el “conjunto de reglas” para garantizar el “tratamiento” en los establecimientos penitenciarios intramuros.
23. Normas para la Salud Penitenciaria. Es el conjunto de reglas para “garantizar la salud” en las cárceles.
24. Reglas Mínimas Para el “Tratamiento de Reclusos”. También conocidas como “SMR”, siglas de “The Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners”, establecidas por las Naciones Unidas en 1955, no definen un modelo de “sistema penitenciario”, sino que definen los principios y las reglas de una buena “organización penitenciaria” y de la práctica relativa al “tratamiento de los reclusos”.

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas

Hipótesis principal:

El nuevo modelo de “gestión penitenciaria” posibilitará la reinserción de las “personas privadas de la libertad” a la sociedad, alcanzándose los resultados esperados que no se consiguieron con el modelo anterior.

Hipótesis derivadas:

- a. El nuevo modelo de gestión penitenciaria posibilitará la “reinserción” de las “personas privadas de la libertad” a la sociedad, alcanzándose los resultados esperados en seguridad penitenciaria que no se consiguieron con el modelo anterior.
- b. El nuevo modelo de gestión penitenciaria posibilitará la “reinserción” de las “personas privadas de la libertad” a la sociedad, alcanzándose los resultados esperados en tratamiento penitenciario que no se consiguieron con el modelo anterior.
- c. El nuevo modelo de gestión penitenciaria posibilitará la “reinserción” de las “personas privadas de la libertad” a la sociedad, alcanzándose los resultados esperados en salud penitenciaria que no se consiguieron con el modelo anterior.

2.2 Variables y definición operacional

Cuadro 09: Matriz de Variables

TIPO VARIABLE	VARIABLES	SIGLAS	COMPONENTES
Variable Independiente (VI)	Modelo de gestión penitenciaria	MGP	-Seguridad Penitenciaria -Tratamiento penitenciario -Salud Penitenciaria
Variable Dependiente (VD)	Reinsertar personas privadas de la libertad a la sociedad	RPL	- Evaluación personas privadas de la libertad - Rehabilitación personas privadas de la libertad - Resocialización personas privadas de la libertad

Se ha determinado el siguiente sistema de variables para sistematizar el problema:

2.2.1 Variables del problema:

- **Modelo de gestión penitenciaria (MGP)** = \mathcal{F} (Seguridad Penitenciaria (SePe), Tratamiento penitenciario (TrPe), Salud Penitenciaria (SaPe))

$$MGP = \mathcal{F} (SePe, TrPe, SaPe)$$

- **Reinsertar personas privadas de la libertad a la sociedad (RPL)** = \mathcal{F} (Evaluación (Rec), Rehabilitación (Reh), Resocialización (Res))

$$RPL = \mathcal{F}(Rec, Reh, Res)$$

2.2.2 Operacionalización de variables:

Para la operacionalización de las variables, cada Sub Hipótesis se ha contrastado a partir de los datos de los dominios de las variables que cada una de ellas cruza (seguridad penitenciaria, tratamiento penitenciario y salud penitenciaria), por ello al contrastarlas con la variables considerados, se obtuvieron los datos de los

dominios de esas variables, a los cuales se aplicaron las técnicas de recolección de datos a los informantes de la muestra seleccionada y las fuentes documentales seleccionadas. A continuación, se muestra la matriz de operacionalización de variables.

2.2.3 Matriz de operacionalización de variables

Cuadro 10: Matriz de operacionalización de variables – Modelo de Gestión Penitenciaria

Variable: Modelo de gestión penitenciaria		
Instrumento: Cuestionario		
Componentes	Indicadores (Definición Operacional)	Items del Instrumento
Seguridad penitenciaria	La seguridad penitenciaria se mide por la cantidad de incidentes de seguridad ocurridos en el establecimiento penitenciario	- ¿Qué cantidad de incidentes de seguridad penitenciaria al interior del establecimiento penitenciario? - ¿Qué cantidad de personas privadas de la libertad perdieron la vida en el interior del establecimiento penitenciario?
Tratamiento penitenciario	El tratamiento penitenciario se mide por la cantidad de personas privadas de la libertad evaluadas y que no reciben el tratamiento penitenciario	- ¿Qué cantidad de personas privadas de la libertad no fueron evaluadas - ¿Qué cantidad de personas privadas de la libertad no recibieron tratamiento penitenciario?
Salud penitenciaria	La salud penitenciaria se mide por la cantidad de personas privadas de la libertad que no recibieron atención medica	- ¿Qué cantidad de personas privadas de la libertad no recibieron atención medica? - ¿Qué cantidad de personas privadas de la libertad fueron diagnosticadas con TBC o VIH?

**Cuadro 11: Matriz de operacionalización de variables – Reinsertar
Personas Privadas de la Libertad a la Sociedad**

Variable: Reinsertar personas privadas de la libertad a la sociedad		
Instrumento: Cuestionario		
Componentes	Indicadores (Definición Operacional)	Items del Instrumento
Evaluación personas privadas de la libertad	La recuperación de las personas privadas de la libertad se mide por la cantidad de personas privadas de la libertad que siguieron los procedimientos de recuperación y fueron evaluadas como aptas para recibir el tratamiento de rehabilitación	- ¿Qué cantidad de personas privadas de la libertad siguieron los procedimientos de recuperación? - ¿Qué cantidad de personas privadas de la libertad se evaluaron como aptas para recibir los procedimientos de rehabilitación
Rehabilitación personas privadas de la libertad	La rehabilitación de las personas privadas de la libertad se mide por la cantidad de personas privadas de la libertad que siguieron los procedimientos de rehabilitación	- ¿Qué cantidad de personas privadas de la libertad siguieron los procedimientos de rehabilitación? - ¿Qué cantidad de personas privadas de la libertad se evaluaron como aptas para recibir los procedimientos de reinsertación?
Resocialización personas privadas de la libertad	La resocialización de las personas privadas de la libertad se mide por la cantidad de personas que recuperaron su libertad y no han retornado al establecimiento penitenciario.	- ¿Qué cantidad de personas privadas de la libertad siguieron los procedimientos de reinsertación? - ¿Qué cantidad de personas que recuperaron su libertad han retornado al establecimiento penitenciario?

CAPÍTULO III: METODOLÓGIA

3.1 Diseño metodológico

3.2 La presente tesis sigue un diseño cualitativo, dado que se busca comprender el fenómeno que explique la falta del logro de resultados en el modelo penitenciario, explorándolos desde la perspectiva de los actores involucrados en la gestión penitenciaria. Se tiene como propósito de entender la forma en que dichos actores involucrados perciben y experimentan la problemática penitenciaria, analizando sus percepciones y puntos de vista respecto al problema, que no ha sido abordada en estudios previos. Por ende, la metodología que se ha usado es de diseño cualitativo con énfasis en investigación proyectiva, por cuanto, este tipo de estudio está interesado en la elaboración de un modelo como propuesta de solución al problema de investigación, partiendo del diagnóstico de las necesidades, los procesos involucrados, las tendencias futuras y las relaciones entre los principales actores que influyen directamente en el problema de investigación:

Según su alcance temporal

Por el tipo de Investigación, el estudio reúne las condiciones necesarias para ser denominado como una investigación Transversal Descriptiva, dado que se busca facilitar el encontrar puntos comunes entre las variables estudiadas

del entorno penitenciario y los principales actores que participan en el modelo propuesto.

Según su carácter

Por el tipo de Investigación, el estudio reúne las condiciones necesarias para ser denominado como una investigación Cualitativa. Dado que se aborda la investigación de la percepción de los funcionarios del INPE respecto al modelo vigente, de esa percepción es que se desprenden las mejoras que se incorporaran en el modelo propuesto.

Según su profundidad

Conforme a los propósitos del estudio, la investigación se centra por su nivel, en un trabajo de naturaleza de tipo proyectiva, dado que el objetivo que se persigue en esta investigación es la elaboración de un nuevo modelo penitenciario que permita solucionar el problema de investigación.

3.3 Diseño muestral

La Población son los Establecimientos Penitenciarios del Perú, existe en cada una de ellas una Oficina responsable de la gestión de Seguridad, Salud y Tratamiento Penitenciario; y Dentro de su “estructura orgánica” cuenta con personal designado a la “unidad orgánica” responsable de ejecutar las funciones técnicas de Seguridad, Salud y Tratamiento, los que suman regularmente un promedio de 5 funcionarios en cada una de esos Órganos Técnicos de Seguridad, Salud y Tratamiento Penitenciario, los mismos que se interrelacionan con el resto del “potencial humano responsable” de ejecutar las funciones de Seguridad, Salud y tratamiento en los Establecimientos Penitenciarios del SNP del Perú.

Muestra:

La fórmula utilizada para determinar el tamaño de la muestra referente a los informantes a encuestar es la siguiente:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{E^2 * (N-1) + Z^2 * p * q} = \text{Tamaño de la muestra}$$

Procedemos a realizar el cálculo para el tamaño de la muestra de los entrevistados del Sector Público Penitenciario, con los siguientes parámetros:

	n	$=$	$\frac{N * Z^2 * p * q}{E^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$	$=$	
Donde: n	$=$				Tamaño de la muestra
$N = 530$	$=$				Funcionarios INPE Establecimientos Intramuros
$Z = 1.96$	$=$				Para un nivel de confianza del 95%
$E = 5\%$	$=$				Error Estándar
$p = 7\%$	$=$				Proporción Esperada
$q = 93\%$	$=$				Probabilidad en contra = $1 - p$

Tamaño de la muestra:

$$n = \frac{(530) * (1.96)^2 * (7\%) * (93\%)}{(5\%)^2 * (530) + (1.96) * (7\%) * (93\%)} = \frac{125.51}{1.56} = 80$$

La muestra determino encuestar a 80 servidores públicos del “Sistema Nacional Penitenciario” (SNP), tomando en cuenta que nuestro modelo propuesto de gestión penitenciaria señala que los motivos por los que el modelo anterior no alcanzo sus resultados esperados, dado que no se gestionó adecuadamente la seguridad penitenciaria, el tratamiento penitenciario y la salud penitenciaria, por lo que a fin de que la información recopilada por el instrumento sea relevante para el análisis de nuestro modelo propuesto, el instrumento se dirigirá a los funcionarios del INPE que tienen funciones vinculadas a la seguridad penitenciaria, tratamiento penitenciario y salud penitenciaria en la mayor cantidad de establecimientos posibles hasta completar los 80 funcionarios del INPE que señala nuestra formula como muestra representativa.

3.4 Técnicas de recolección de datos

Se empleó dos técnicas para la recolección de datos:

a) La técnica del análisis documental. Utilizando, como instrumentos de “recolección de datos”: fichas textuales y de resumen; teniendo como fuentes los libros determinados en el marco teórico; que se usaron para obtener datos de las “variables” y sus dimensiones: la variable “Modelo de gestión penitenciaria”, que está en función de la “Seguridad penitenciaria”, el “Tratamiento penitenciario” y la “Salud penitenciaria”, y la variable “Reinsertar personas privadas de la libertad a la sociedad”, que está en función de “Evaluación permanente de las personas privadas de la libertad”, “Rehabilitación personas privadas de la libertad” y “Resocialización personas privadas de la libertad”.

b) La técnica de la encuesta. Utilizando como instrumento un cuestionario; recurriendo como informantes a los funcionarios y personal que labora en las diversas actividades de la “Gestión de Seguridad, Salud y tratamiento en los Establecimientos Penitenciarios del SNP del Perú” mediante el cual se aplicaron para obtener usaron para obtener datos de las variables y sus dimensiones: la variable “Modelo de gestión penitenciaria”, que está en función de la “Seguridad penitenciaria”, el “Tratamiento penitenciario” y la “Salud penitenciaria”, y la variable “Reinsertar personas privadas de la libertad a la sociedad”, que está en función de “Evaluación permanente personas privadas de la libertad”, “Rehabilitación personas privadas de la libertad” y “Resocialización personas privadas de la libertad”.

Descripción de los instrumentos:

Se empleó en la presente investigación los siguientes instrumentos:

- Un cuestionario de preguntas relevantes, la que se aplicara a los funcionarios de los Establecimientos Penitenciarios del SNP del Perú, que están implicados y relacionados en el manejo y la gestión de Seguridad, Salud y Tratamiento Penitenciario.

El cuestionario permitirá realizar un estudio de percepción sobre el nuevo modelo penitenciario, los estudios de percepción tienen la relevancia de que son herramientas que permiten develar el interés, las actitudes y el nivel de conocimiento que los “entrevistados” tienen respecto al tema de investigación y análisis, aportando valiosa información sobre las expectativas y opiniones del nuevo modelo penitenciario propuesto.

El estudio de percepción permitirá develar, no solo las falencias del modelo actual, sino las expectativas que tienen respecto al nuevo modelo propuesto. Permitiendo conocer la valorización que los funcionarios tienen respecto al modelo actual, sino además identificar los temas que los incentivan, a fin de verificar si las variables del nuevo modelo generar interés y una actitud que lo oriente a lograr los resultados; los datos obtenidos permitirán retroalimentar el modelo, incrementando considerablemente las probabilidades de obtener los resultados esperados, dado que se está tomando en cuenta las actitudes, el interés y el nivel de conocimiento de los involucrados en la aplicación del nuevo modelo penitenciario propuesto.

Validez y confiabilidad de los instrumentos:

Para garantizar la validez y confiabilidad de los instrumentos, el manejo de la información se dio de la siguiente manera:

- a. Con respecto a las informaciones que se presentaran como resúmenes, cuadros, gráficos, etc. se formulan apreciaciones objetivas. Las apreciaciones correspondientes a informaciones del dominio de variables que han sido cruzadas en una determinada sub hipótesis, estas fueron usadas como premisas para contrastar esa sub hipótesis.
- b. El resultado de la contrastación de cada sub hipótesis (que pueda ser prueba total, prueba parcial, disprueba parciales o disprueba total) otorgó base para formular una conclusión parcial (es decir se tendrán tantas conclusiones, parciales como sub hipótesis planteadas). Las conclusiones parciales, a su vez, se usaron como premisas para contrastar la hipótesis global.
- c. El resultado de la contrastación de la hipótesis global, (que también puede ser prueba total, prueba y disprueba parciales o disprueba total) nos otorgó la base con las que se formularon las conclusiones generales de la investigación.
- d. Las apreciaciones y conclusiones resultantes del análisis fundamentaron cada parte de la propuesta de solución al problema nuevo que dio lugar al inicio de la investigación.

3.5 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Los datos obtenidos mediante la aplicación de las técnicas e instrumentos indicados, se procesaron a través de los programas computarizados de informática

SPSS y Excel; y con ellos se realizaron los cruces que consideran las sub hipótesis; y con precisiones porcentuales, con prelación en su ordenamiento de relevancia de mayor a menor; esta información se sustentará a través de cuadros y gráficos. Por lo cual los resultados evidenciaran una realidad la misma que se analizó para contrastar cada sub hipótesis y por extensión la Hipótesis Global.

3.6 Aspectos éticos

El principal aspecto ético considerado para la presente investigación es de “Valor Social”, por lo que esta investigación es ética dado que tiene valor de importancia social, planteando una mejora en las condiciones de vida y en el bienestar general de la población al mejorar los niveles de Seguridad Ciudadana.

En segundo lugar, pero no por ello menos importante es el de la validez científica, por lo que se ha tomado extremo cuidado en seleccionar el método de investigación coherente con el problema y la necesidad social, al momento de seleccionar la muestra, los instrumentos, un marco teórico basado fuentes documentales e información sólida, a fin de que la presente investigación genere conocimientos válidos y confiables, y por lo tanto con una alta credibilidad.

Tenemos por ello que: (CAMPS, 1992) “Como estudio de la moral, la ética es, sobre todo, filosofía práctica cuya tarea no es precisamente resolver conflictos, pero sí plantearlos. Ni la teoría de la justicia ni la ética comunicativa indican un camino seguro hacia la «sociedad bien ordenada» o hacia la «comunidad ideal del diálogo» que postulan. Y es ese largo trecho que queda por recorrer y en el que estamos, el que solicita una urgente y constante reflexión ética” (p. 27).

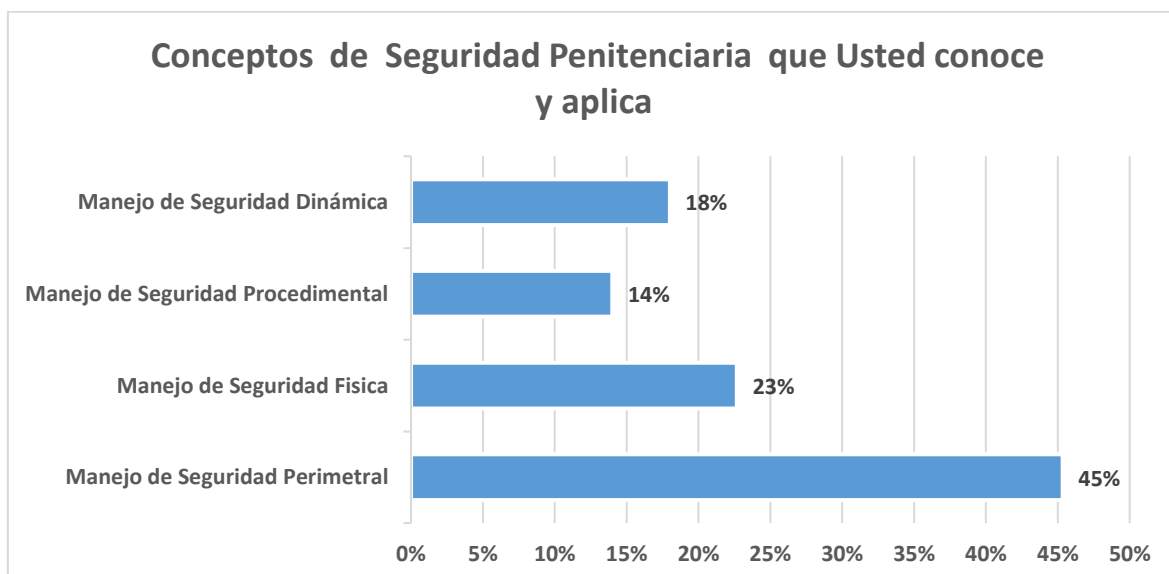
CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1 Dimensiones del Modelo de Gestión Penitenciaria

A continuación, se presentan los resultados de las entrevistas aplicadas a los funcionarios de establecimientos penitenciarios intramuros bajo la competencia del INPE, que conforman un estudio de la percepción de los funcionarios respecto a la problemática vigente, su contexto y las dimensiones que se analizaron en la presente investigación respecto a la variable Modelo de Gestión Penitenciaria son: “Seguridad penitenciaria”, “Tratamiento penitenciario” y “Salud penitenciaria”, que son en las que se basa el modelo propuesto para alcanzar los resultados esperados, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

4.1.1 Respecto a la “Seguridad penitenciaria”

Gráfico 17: Pregunta 01 - Conceptos de Seguridad Penitenciaria que Usted conoce y aplica



Así mismo, tenemos de los resultados de esta pregunta, que el concepto de seguridad penitenciaria que resulto ser más conocido fue “Manejo de seguridad perimetral”, que fue marcado por el 45% de los entrevistados, mientras que, en el otro extremo, el concepto de seguridad penitenciaria menos conocido fue “Manejo de Seguridad Procedimental”, que fue marcado por el 14% de los entrevistados.

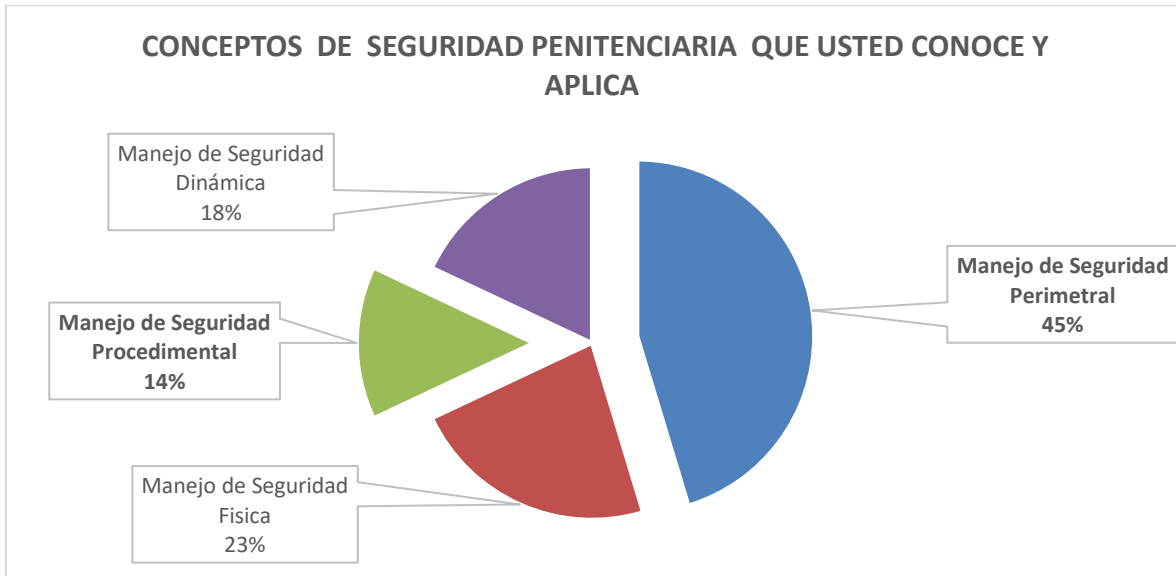
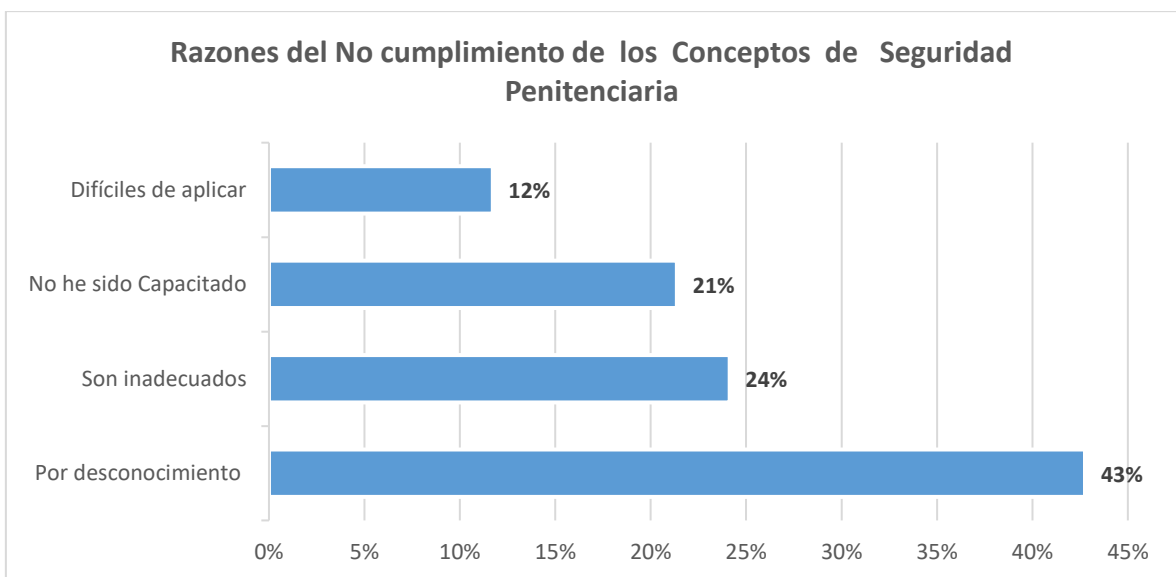


Gráfico 18: Pregunta 02 - Cuáles son las razones del No cumplimiento de los Conceptos de Seguridad Penitenciaria:



Tenemos, que el más votado como principal razón del no cumplimiento de los conceptos de seguridad penitenciaria resulto ser: “Por desconocimiento”, que fue marcado por el 43% de los entrevistados; por otro lado, el menos votado de los motivos fue: “Difíciles de aplicar” que fue marcado por el 12% de los entrevistados.

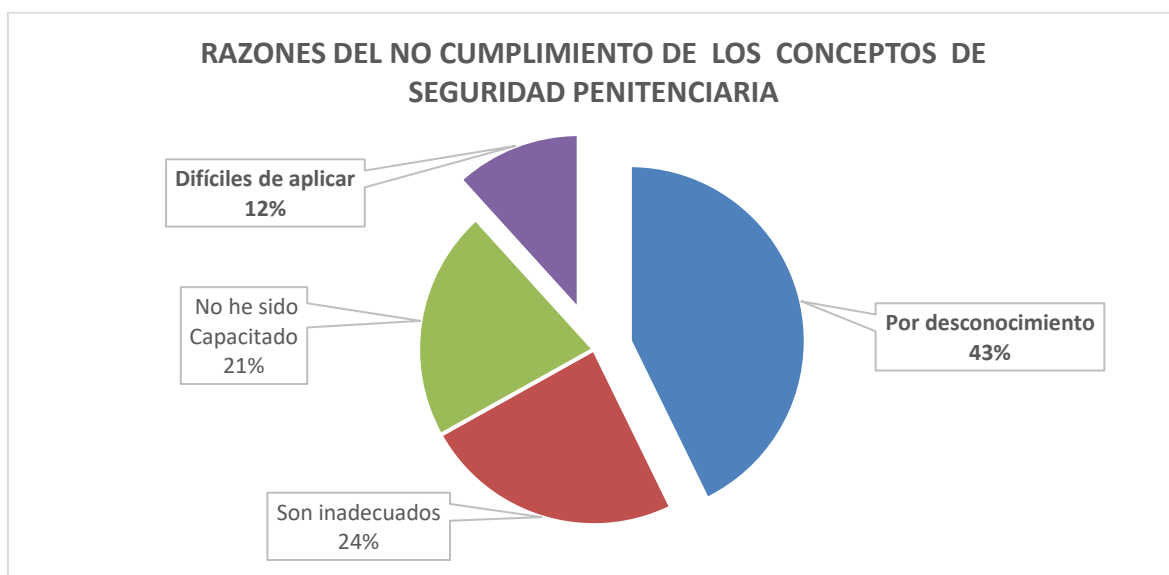
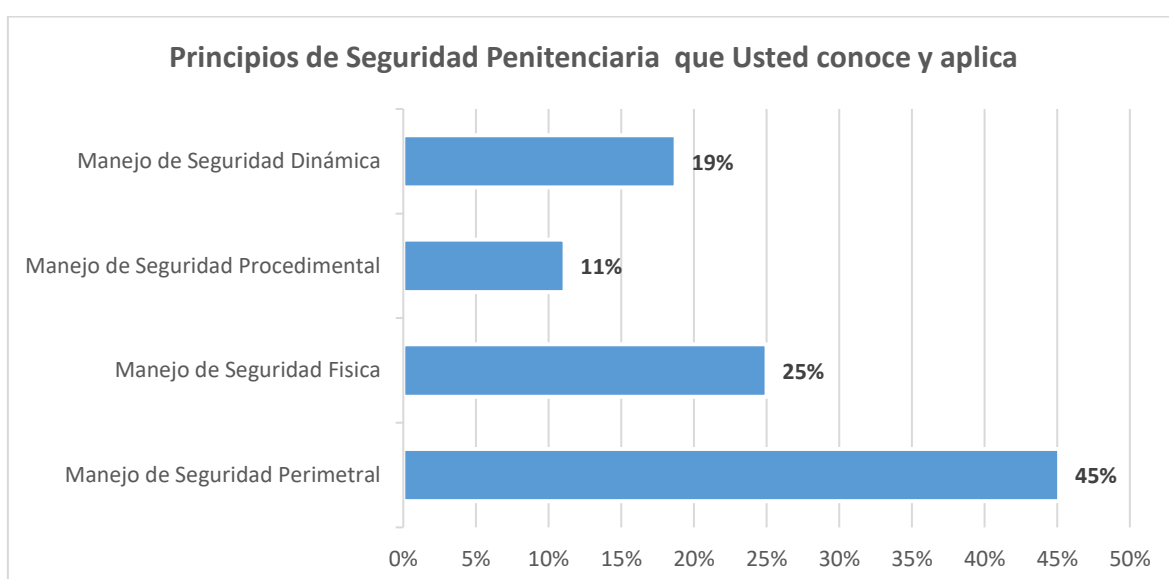


Gráfico 19: Pregunta 03 - Principios de Seguridad Penitenciaria que Usted conoce y aplica



Así mismo, tenemos de los resultados de esta pregunta, que el principio de seguridad penitenciaria que resulto ser más conocido fue “Manejo de seguridad

perimetral”, que fue marcado por el 45% de los entrevistados, mientras que, en el otro extremo, el principio de seguridad penitenciaria menos conocido fue “Manejo de Seguridad Procedimental”, que fue marcado por el 11% de los entrevistados.

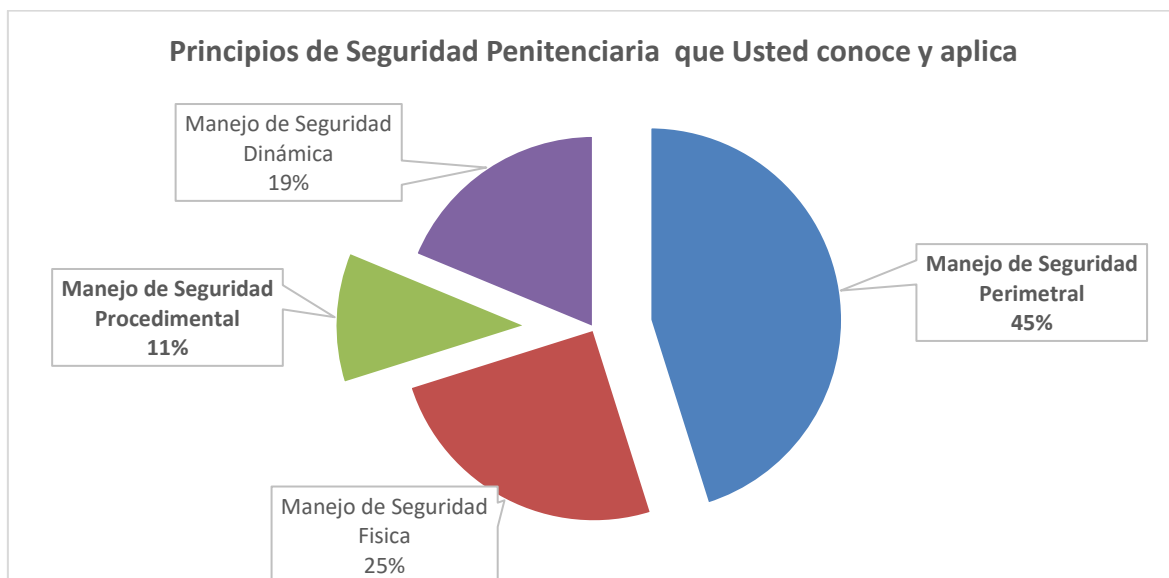
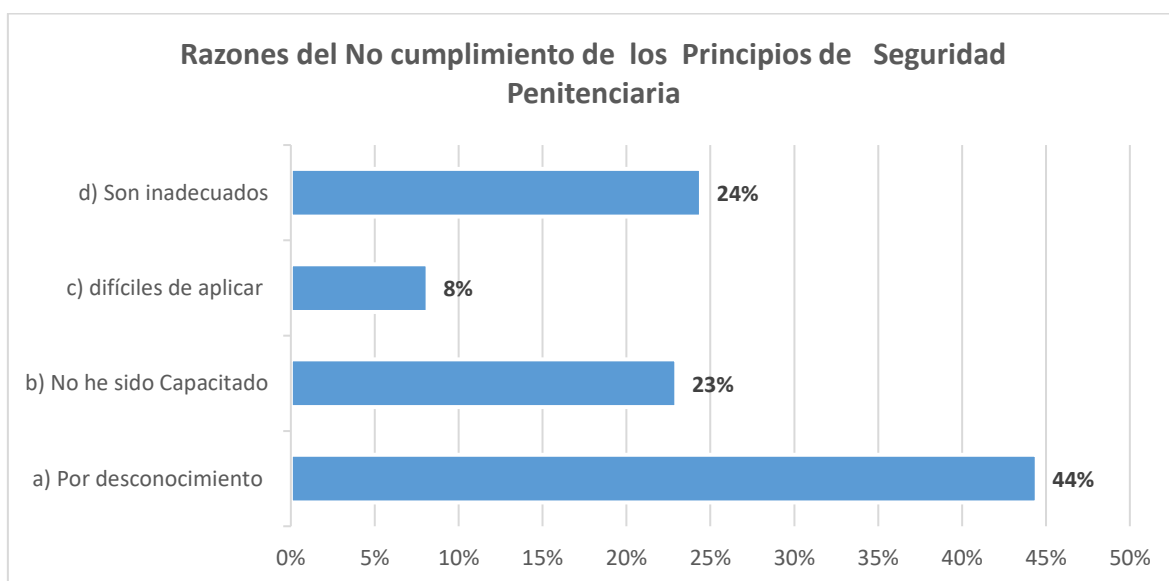


Gráfico 20: Pregunta 04 - Cuáles son las razones del No cumplimiento de los Principios de Seguridad Penitenciaria:



Tenemos, que el más votado como principal razón del no cumplimiento de los principios de seguridad penitenciaria resulto ser: “Por desconocimiento”, que fue

marcado por el 45% de los entrevistados; por otro lado, el menos votado de los motivos fue: “Difíciles de aplicar” que fue marcado por el 11% de los entrevistados.

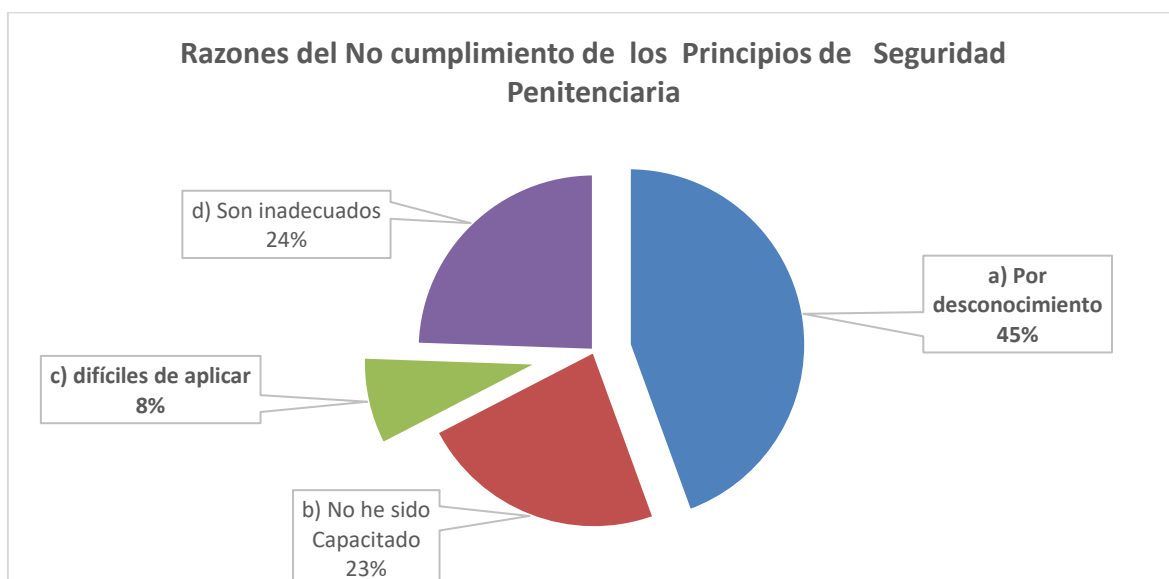
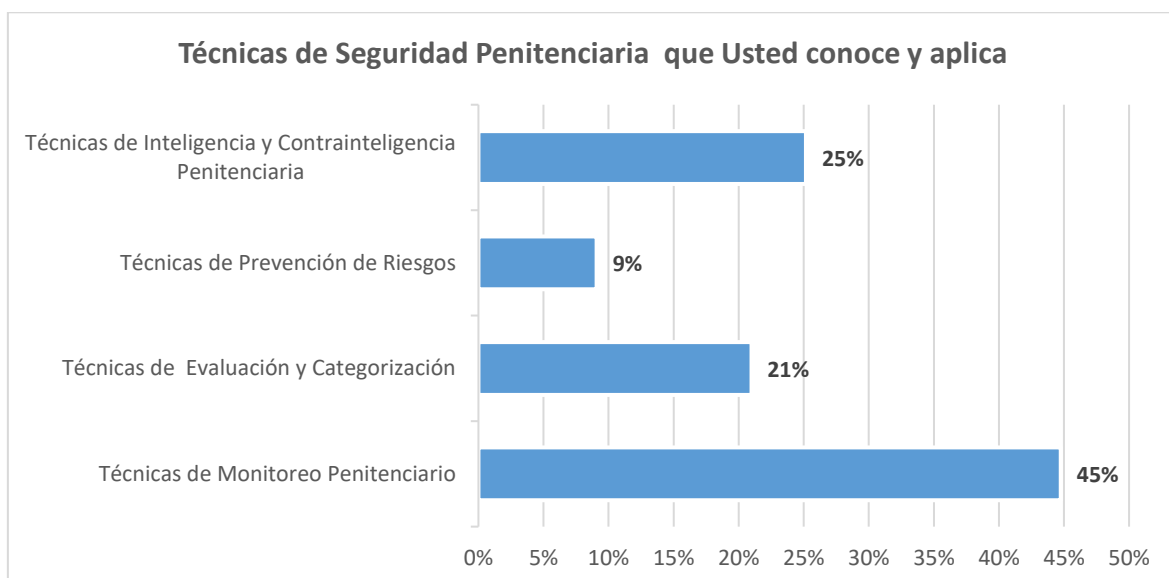


Gráfico 21: Pregunta 05 - Técnicas de Seguridad Penitenciaria que Usted conoce y aplica:



Resultado que la técnica de seguridad penitenciaria que conocen y aplica más votada es: “Técnicas de Monitoreo Penitenciario”, que fue marcado por el 45% de los entrevistados; por otro lado, la técnica de seguridad penitenciaria menos votada

fue: “Técnicas de Prevención de Riesgos” que fue marcado por el 9% de los entrevistados.

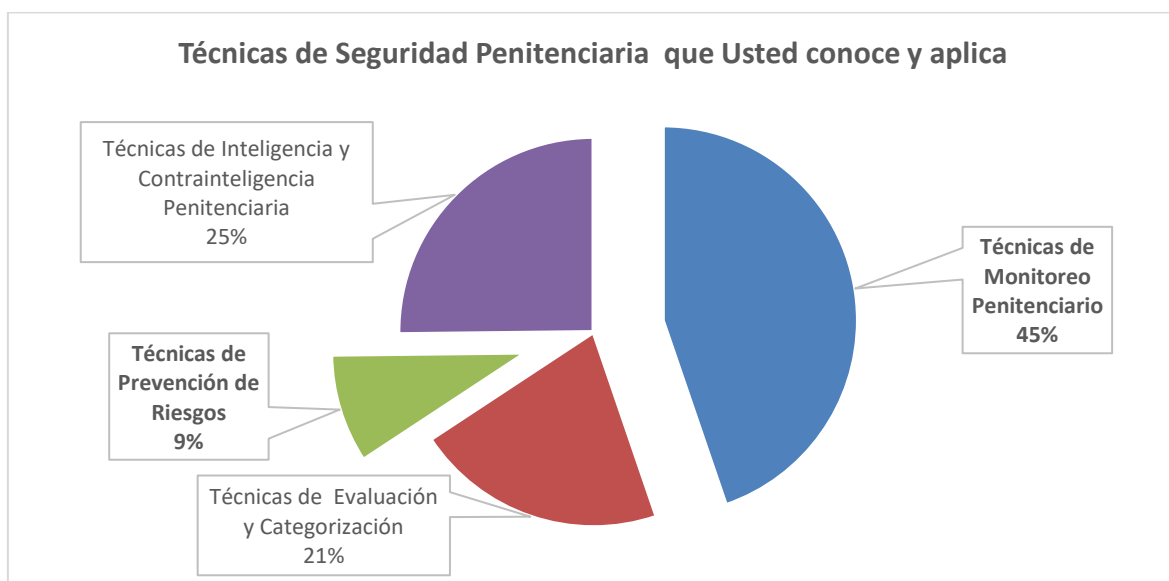
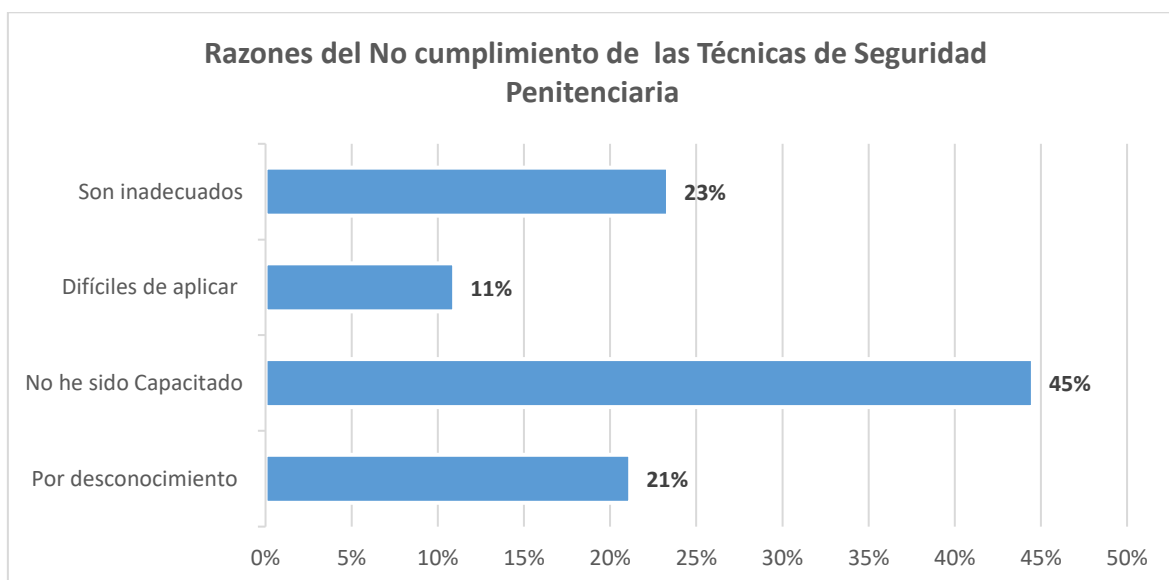


Gráfico 22: Pregunta 06 - Cuáles son las razones del No cumplimiento de las Técnicas de Seguridad Penitenciaria:



Se tiene que los entrevistados señalaron que la principal razón de no cumplimiento de las técnicas de seguridad penitenciaria es “No he sido Capacitado” que fue marcada por el 45%, por otro lado, la razón menos votada fue “Difíciles de aplicar”, que fue marcada por el 11% de los entrevistados.

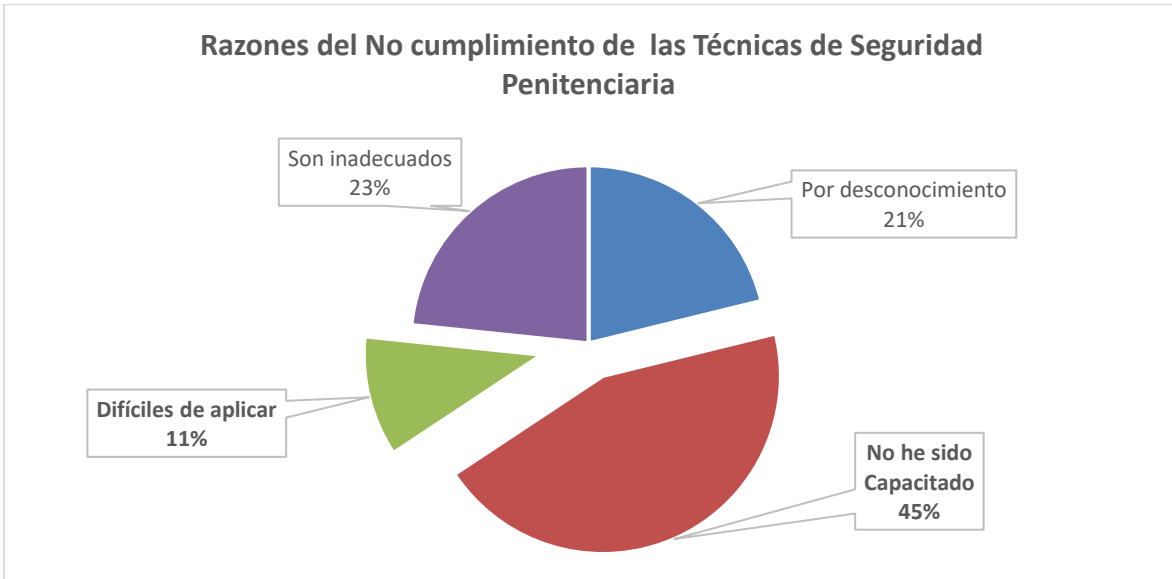
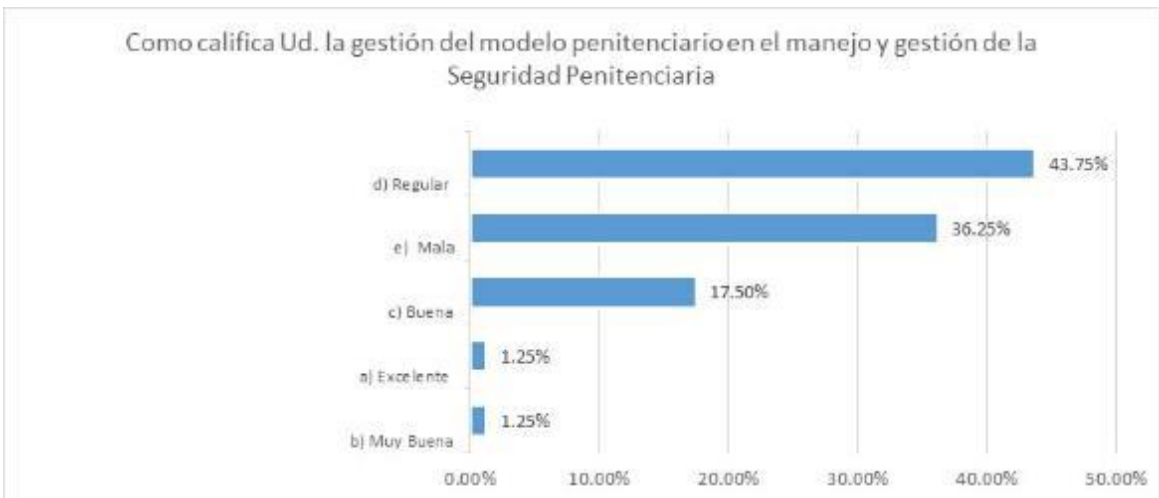
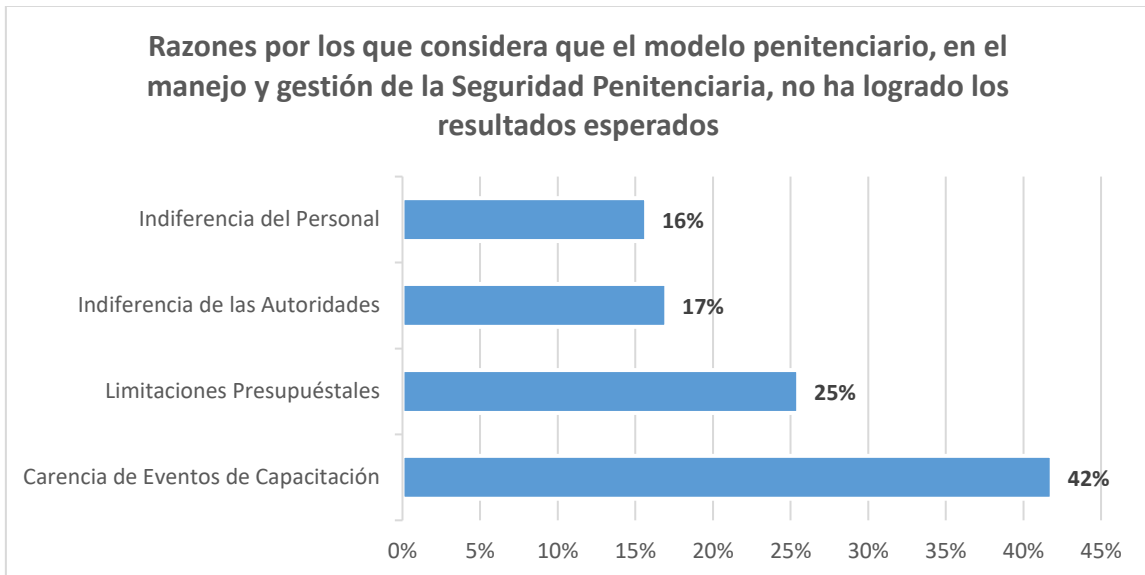


Gráfico 23: Pregunta 07 - Como califica Ud. la gestión del modelo penitenciario en el manejo y gestión de la Seguridad Penitenciaria.

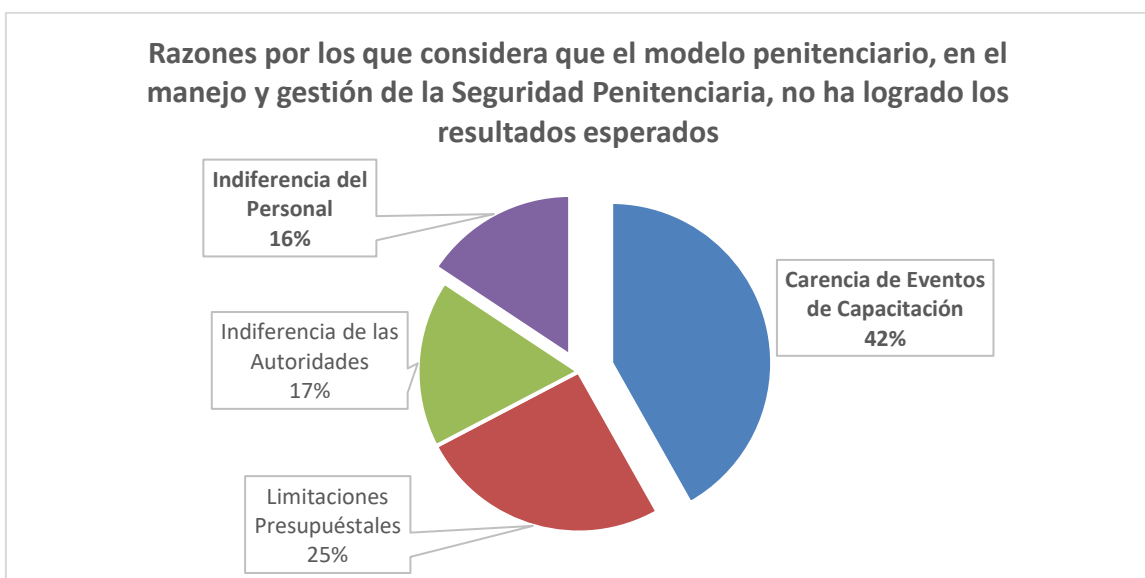


Se tiene que el 43.75% de los entrevistados considero que la gestión de seguridad penitenciaria es: “regular”, seguido por el 36.25% que la considero como “mala”.

Gráfico 24: Pregunta 08 - Cuáles son las Razones por los que Ud. considera que el modelo penitenciario, en el manejo y gestión de la Seguridad Penitenciaria, no ha logrado los resultados esperados.

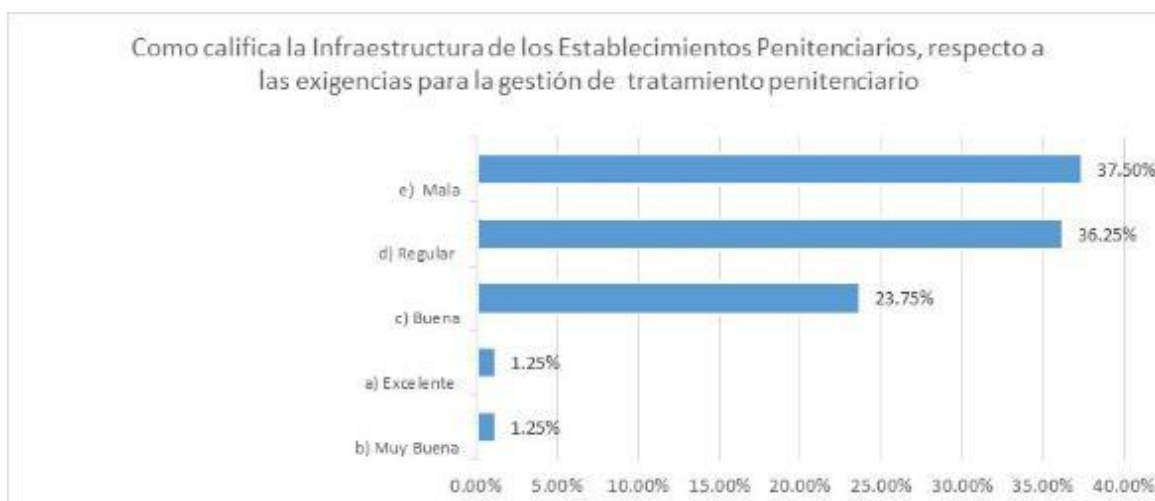


Podemos apreciar que los entrevistados seleccionaron como la principal razón por la que el modelo penitenciario actual no ha logrado los resultados esperados en la gestión de seguridad penitenciaria debido a: “Carencia de Eventos de Capacitación” que fue marcado por el 42% de los entrevistados, mientras que señalaron en el otro extremo la indiferencia del personal que fue marcado por el 16% de los entrevistados.



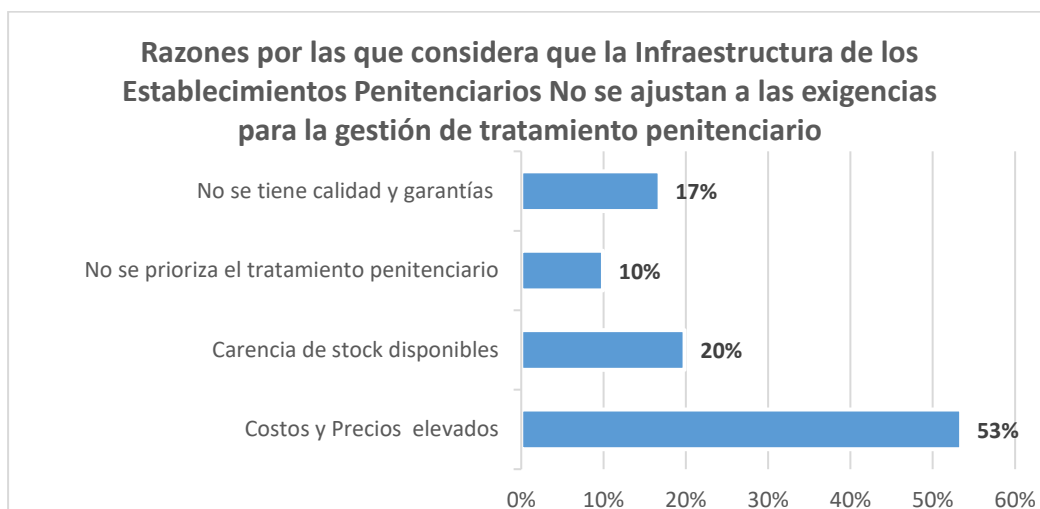
4.1.2 Respecto al “Tratamiento penitenciario”

Gráfico 25: Pregunta 01 - Como califica la Infraestructura de los Establecimientos Penitenciarios, respecto a las exigencias para la gestión de tratamiento penitenciario.



Se tiene que el 37.5% de los encuestados considero que la infraestructura de los establecimientos penitenciarios es “mala”, seguido de un 36.25% que considero que la infraestructura es “regular”.

Gráfico 26: Pregunta 02 - Cuáles son las Razones por las que considera que la Infraestructura de los Establecimientos Penitenciarios No se ajustan a las exigencias para la gestión de tratamiento penitenciario.



Se tiene que las personas entrevistadas señalaron que la principal razón es “Costos y Precios elevados” que fue seleccionado por el 53%, por otro lado, la razón que fue menos veces votada fue la de “No se prioriza el tratamiento penitenciario” con 10%.

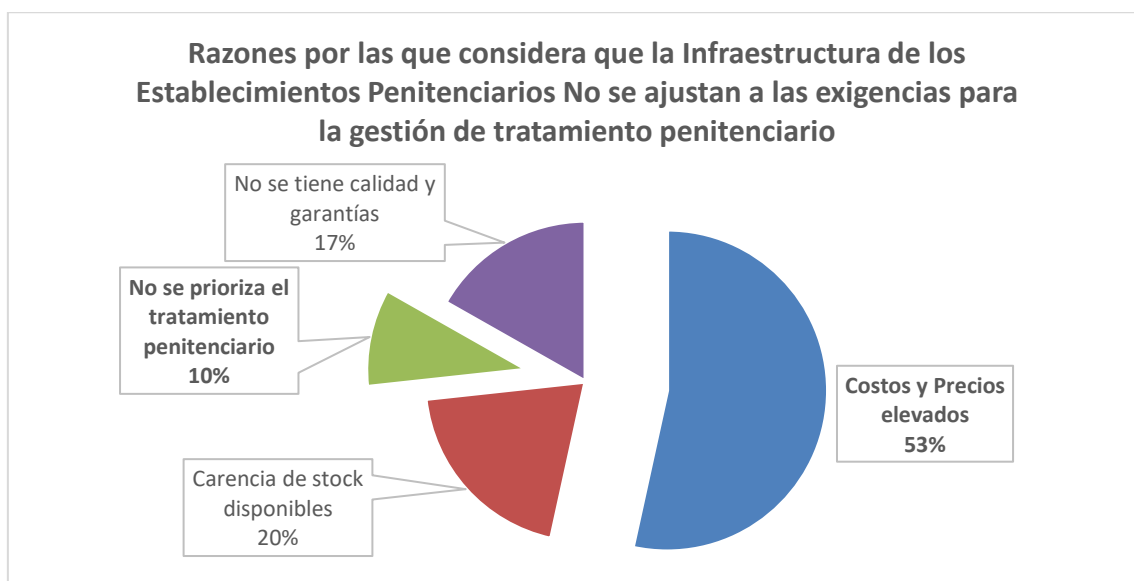
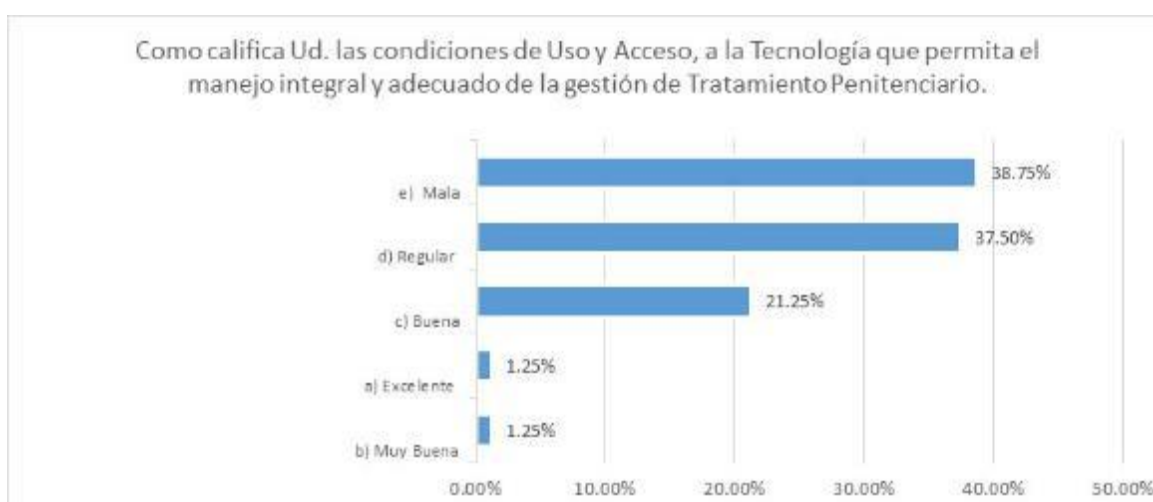
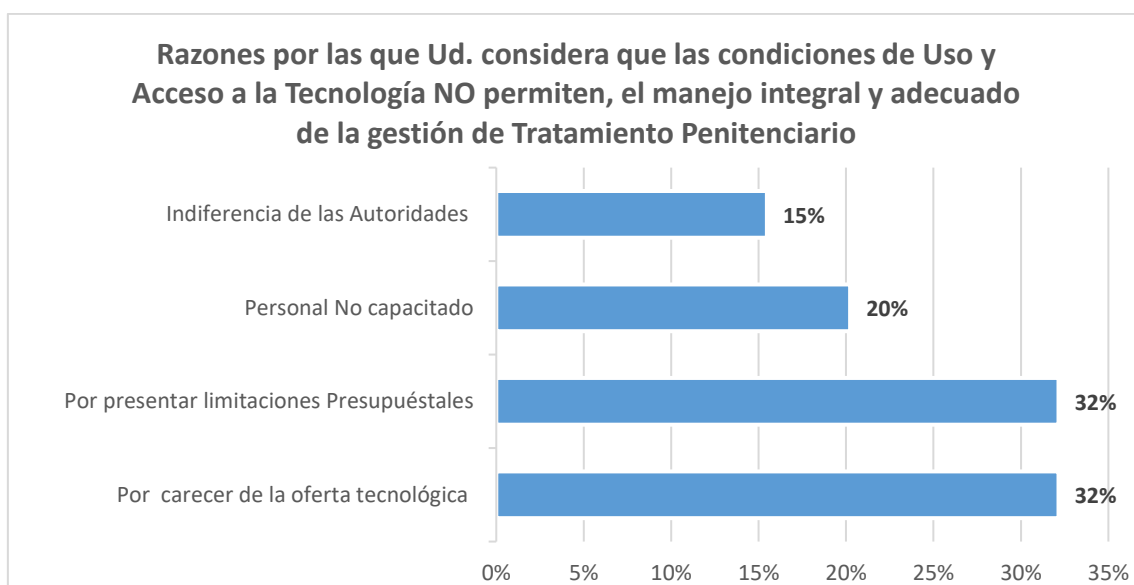


Gráfico 27: Pregunta 03 - Como califica Ud. las condiciones de Uso y Acceso, a la Tecnología que permita el manejo integral y adecuado de la gestión de Tratamiento Penitenciario.



El 38.75% de los entrevistados señaló que las condiciones de uso y acceso a la Tecnología que permita el manejo integral y adecuado de la gestión de Tratamiento Penitenciario es “mala”.

Gráfico 28: Pregunta 04 - Cuáles son las razones por las que Ud. considera que las condiciones de Uso y Acceso a la Tecnología NO permiten, el manejo integral y adecuado de la gestión de Tratamiento Penitenciario



Se tiene que la razón más votada, no fue una, sino dos, ambas con 32% de los entrevistados, la primera “Por presentar limitaciones presupuestales” y la segunda: “Por carecer de la oferta tecnológica”. Por otro lado, se tiene que la opción menos votada fue “Indiferencia de las autoridades” que fue marcada por el 16% de los entrevistados.

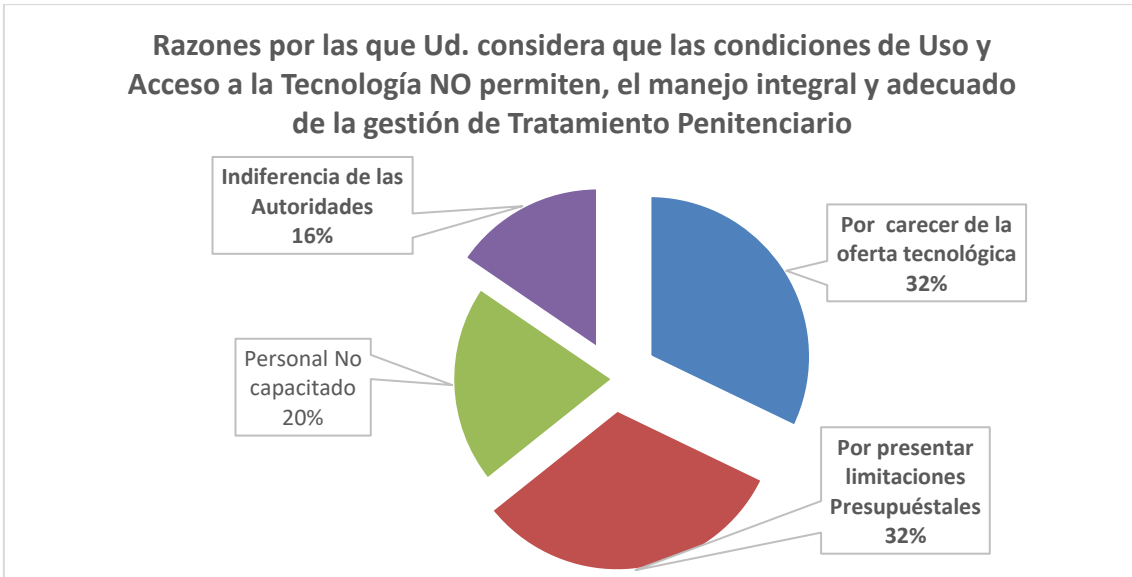
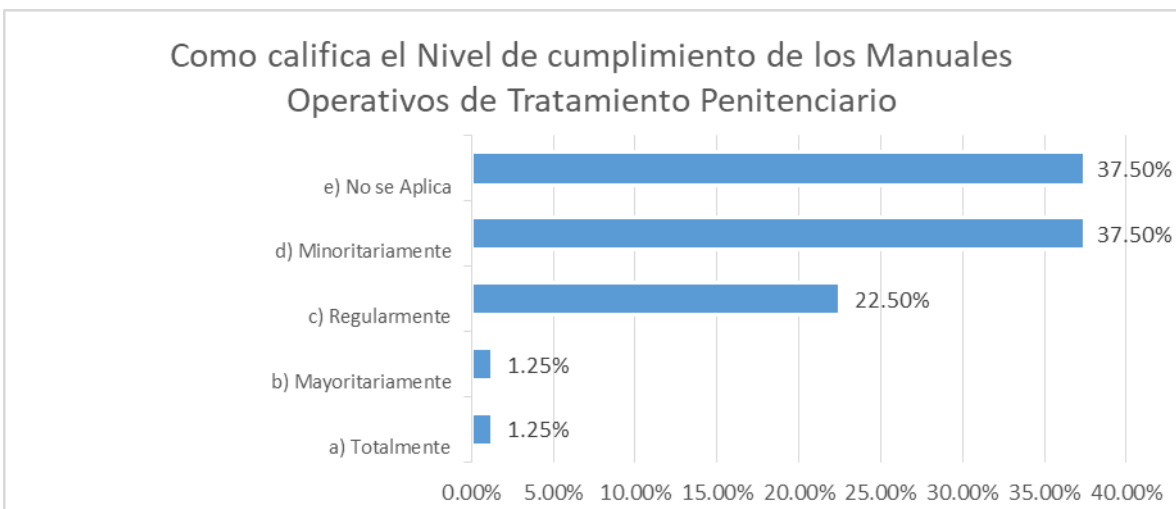
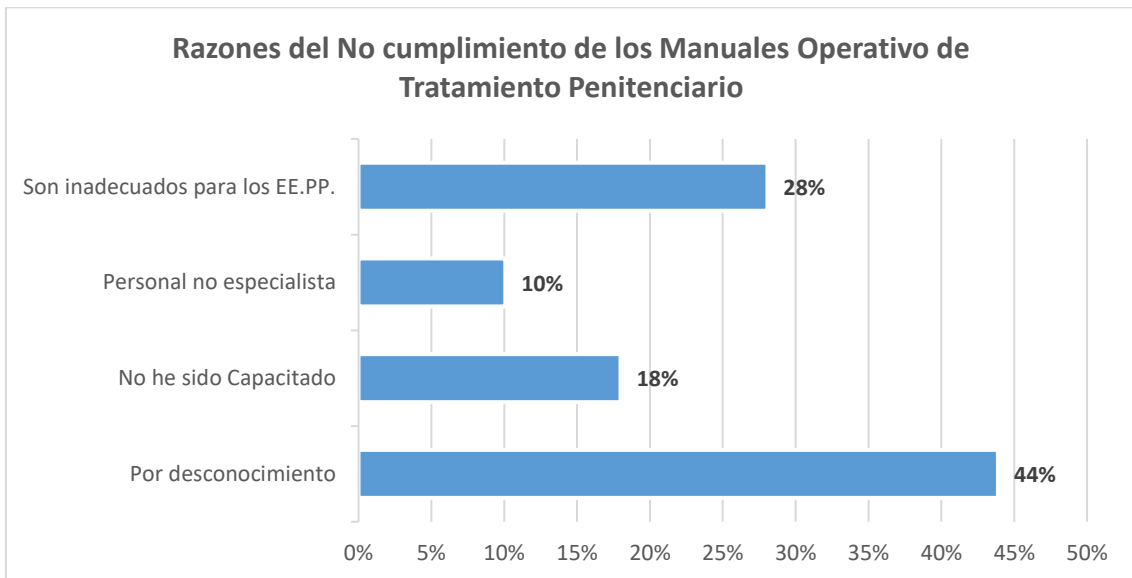


Gráfico 29: Pregunta 05 - Como califica el Nivel de cumplimiento de los Manuales Operativos de Tratamiento Penitenciario:



Se tiene que el 75% de los encuestados señalo que o no aplica los manuales operativos, o lo realiza de manera minoritaria.

Gráfico 30: Pregunta 06: Cuáles son las Razones del No cumplimiento de los Manuales Operativo de Tratamiento Penitenciario:



Se tiene que el 44% de los entrevistados señalo como principal razón del no cumplimiento de los manuales operativos de tratamiento penitenciario: “El desconocimiento”, por otro lado, la opción meno marcada fue la de “Personal no especialista” con el 10%.

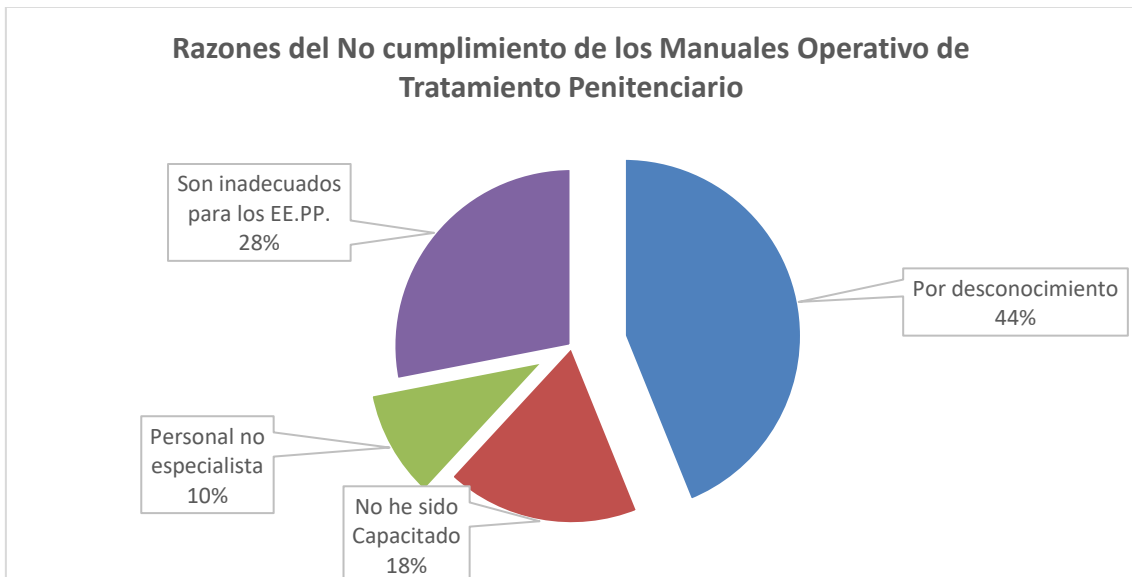
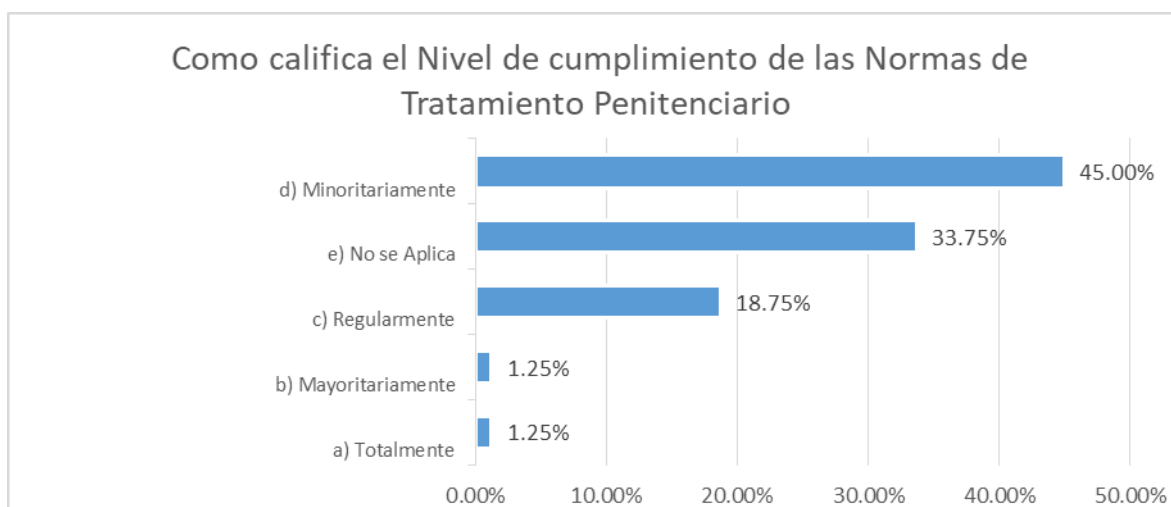
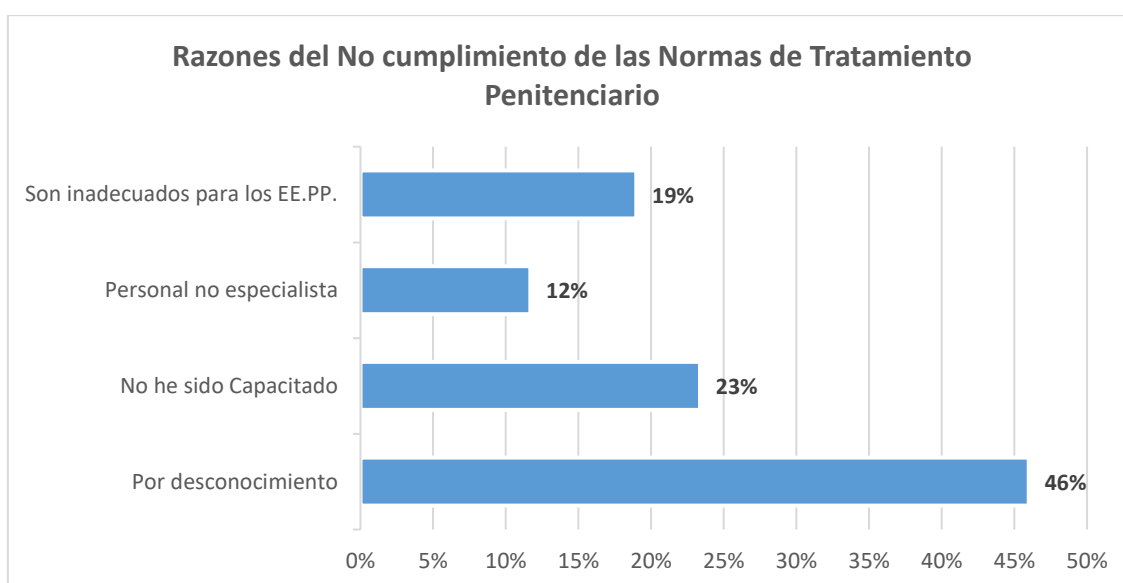


Gráfico 31: Pregunta 07 - Como califica el Nivel de cumplimiento de las Normas de Tratamiento Penitenciario:



Se tiene que el 78.75% de los entrevistados señalo que no cumple las normas de tratamiento penitenciaria, dado por qué “no lo aplica” (33.75%) o porque “lo hace manera minoritaria” (45%).

Gráfico 32: Pregunta 08 - Cuáles son las Razones del No cumplimiento de las Normas de Tratamiento Penitenciario:



Se tiene que el 46% de los entrevistados señalo como principal razón del no cumplimiento de las normas de tratamiento penitenciario: “por desconocimiento”, mientras en el otro extremo tenemos, que la razón seleccionada la menor cantidad de veces fue: “personal no especialista” con el 12%.

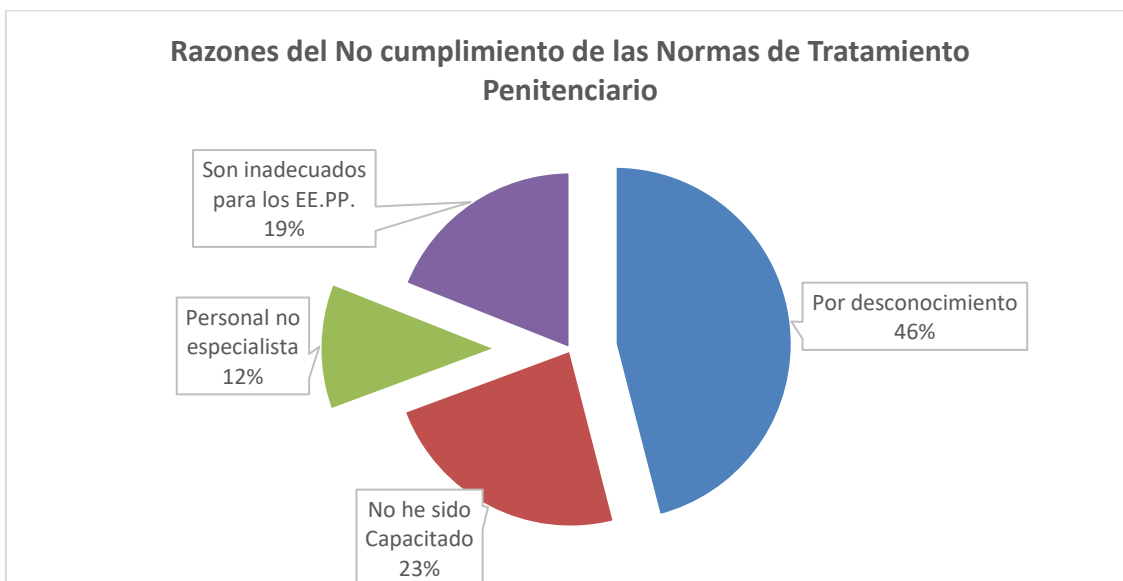
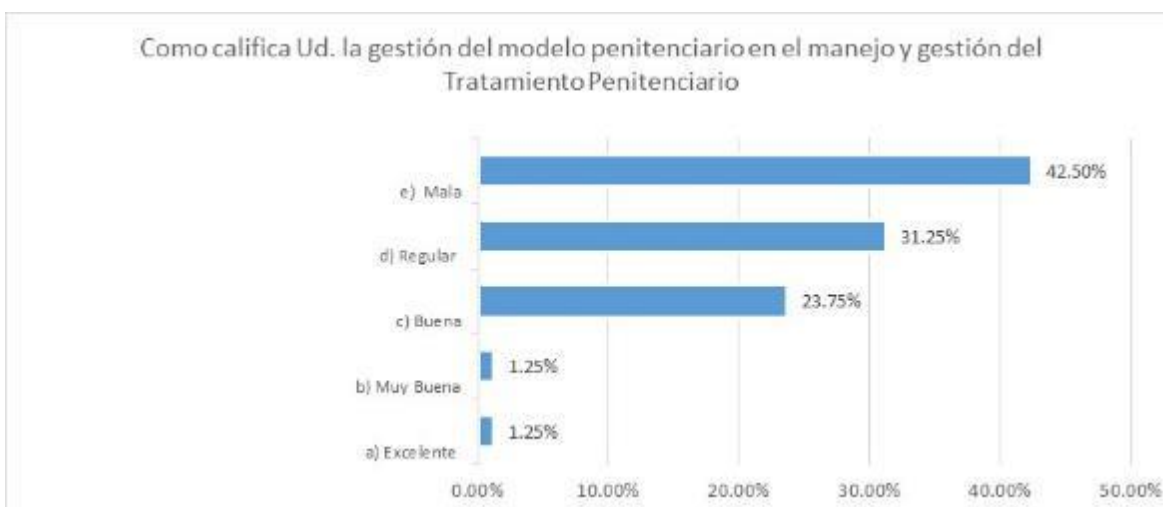
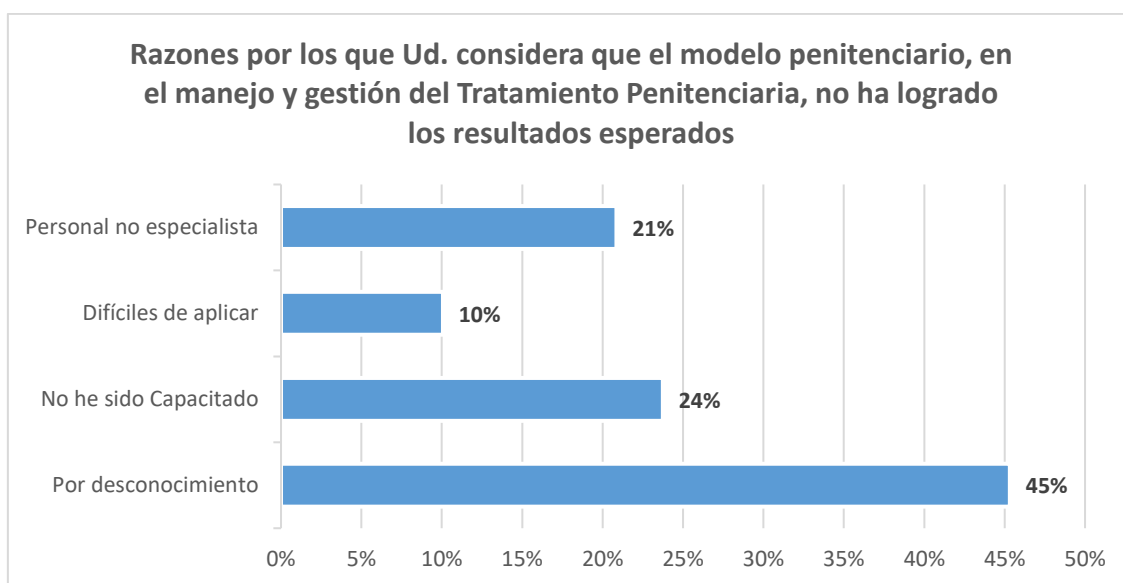


Gráfico 33: Pregunta 09 - Como califica Ud. la gestión del modelo penitenciario en el manejo y gestión del Tratamiento Penitenciario.

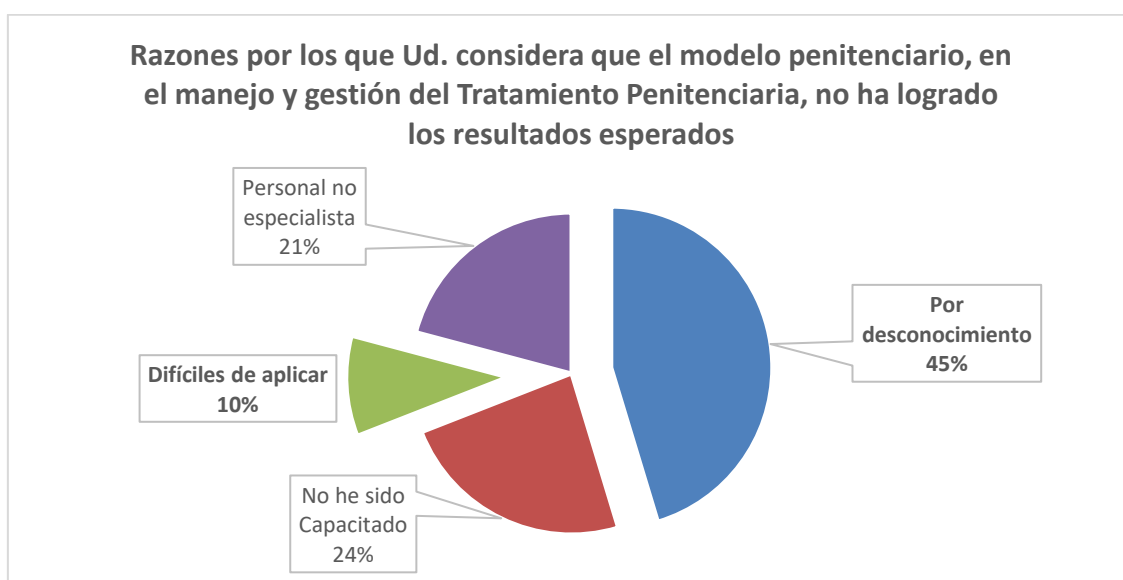


El 42.5% de los entrevistados califico la gestión de tratamiento penitenciario como “mala”, seguido por el 31.25% que la marco como “regular”; por otro lado, solo el 23.75% de los entrevistados la señalo como “buena”.

Gráfico 34: Pregunta 10 - Cuáles son las Razones del No cumplimiento de los Procesos de la gestión de Tratamiento Penitenciario:

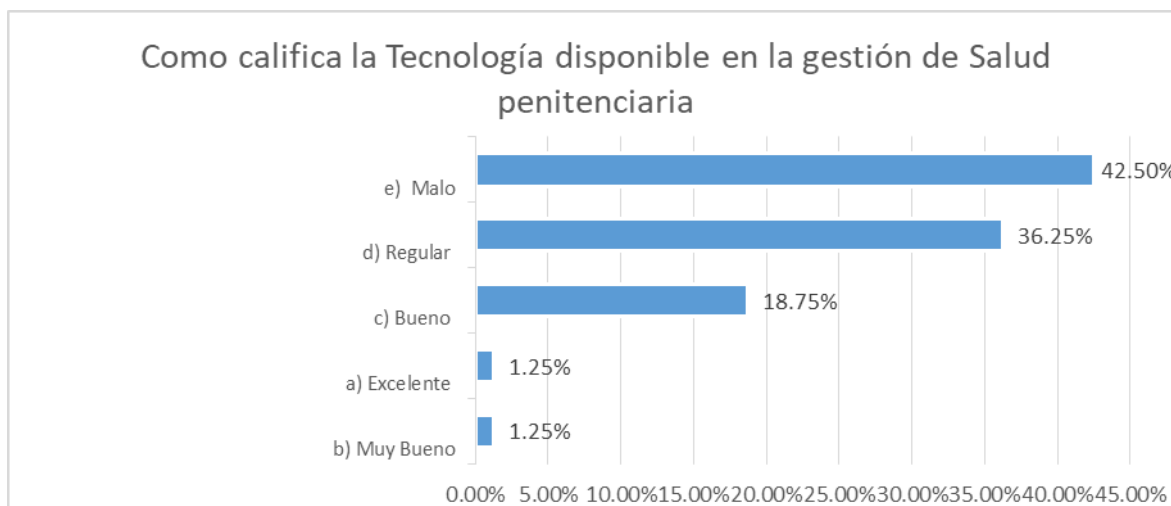


Se tiene que el 45% de los entrevistados marco la opción “por desconocimiento”, seguido por la opción “no he sido capacitado” que marco el 24%; en el otro extremo se tiene que solo el 10% marco la alternativa: “difícil de aplicar”.



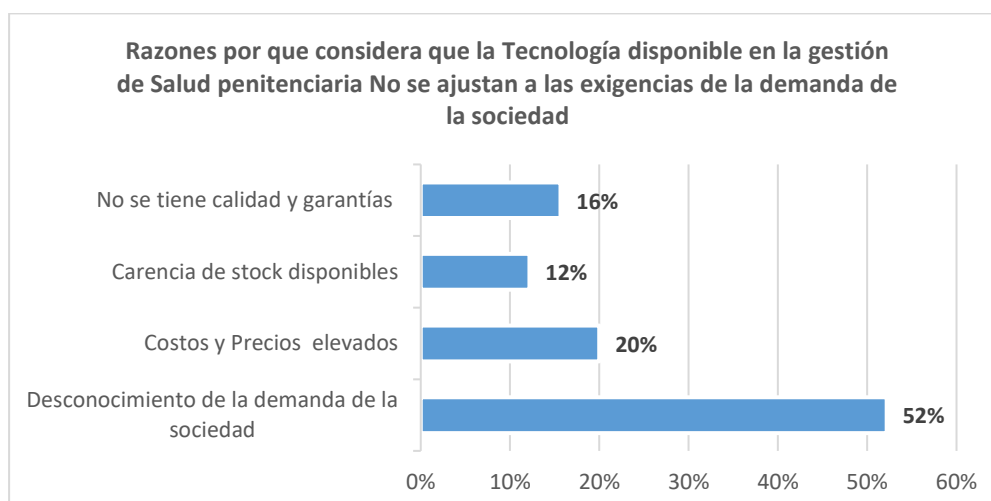
4.1.3 Respecto a la “Salud penitenciaria”

Gráfico 35: Pregunta 01 - Como califica la Tecnología disponible en la gestión de Salud penitenciaria.



Se tiene que, de los entrevistados, el 42.5% califica la tecnología disponible en la gestión de salud penitenciaria como: “mala”. Seguido del 36.25% que la considera regular. Solo el 18.75% de los entrevistados la considera como “buena”.

Gráfico 36: Pregunta 02 - Cuáles son las Razones por que considera que la Tecnología disponible en la gestión de Salud penitenciaria No se ajustan a las exigencias de la demanda de la sociedad.



De los resultados, se tiene que el 52% de los entrevistados señalo como principal razón: “Desconocimiento de la demanda de la sociedad”, en segundo lugar, se tiene que el 20% marco la opción “costos y precios elevados”. Mientras que, en el otro extremo, solo el 12% señalo como razón “carencia de stock disponibles”.

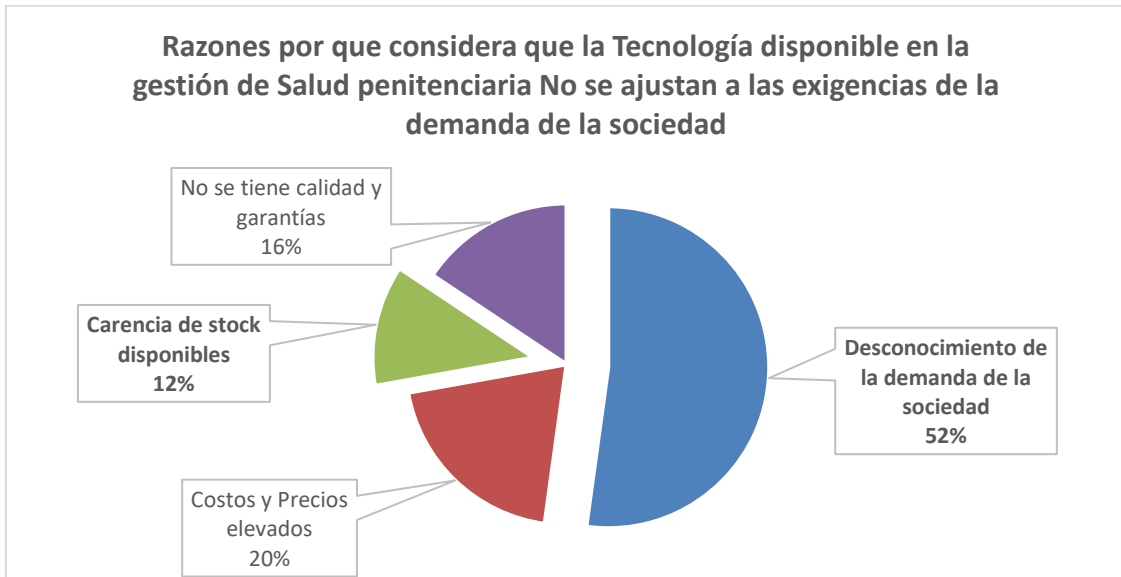
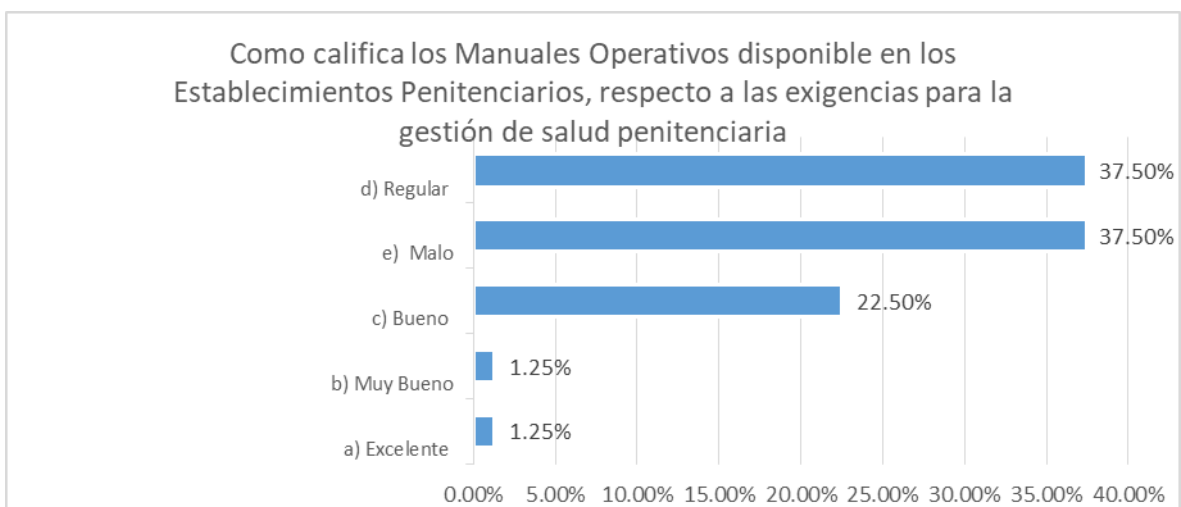
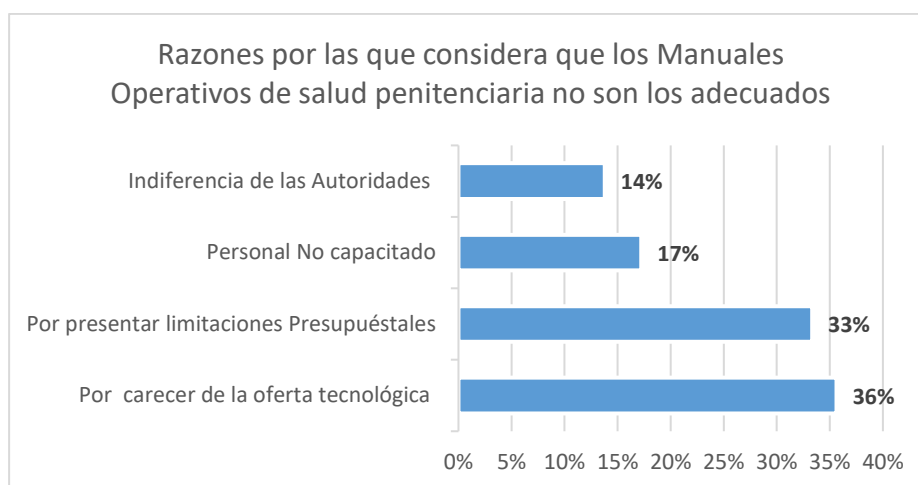


Gráfico 37: Pregunta 03 - Como califica los Manuales Operativos disponible en los Establecimientos Penitenciarios, respecto a las exigencias para la gestión de salud penitenciaria.



El 37.5% de los entrevistados considera que los manuales operativos son “regular”, sin embargo, por otro lado, se tiene que también el 37.5% señalo como “malo”; solo el 22.5% lo señalo como “bueno.

Gráfico 38: Pregunta 04 - Cuáles son las Razones por las que considera que los Manuales Operativos de salud penitenciaria no son los adecuados.



Se tiene que el 36% de los entrevistados señalo como principal razón de que los manuales operativos de salud no son los adecuados: “por carecer de la oferta tecnológica”, seguido de “por presentar limitaciones presupuestales” con el 33%; por otro lado, tenemos que la razón menor votada fue: “indiferencia de las autoridades” con 14%.

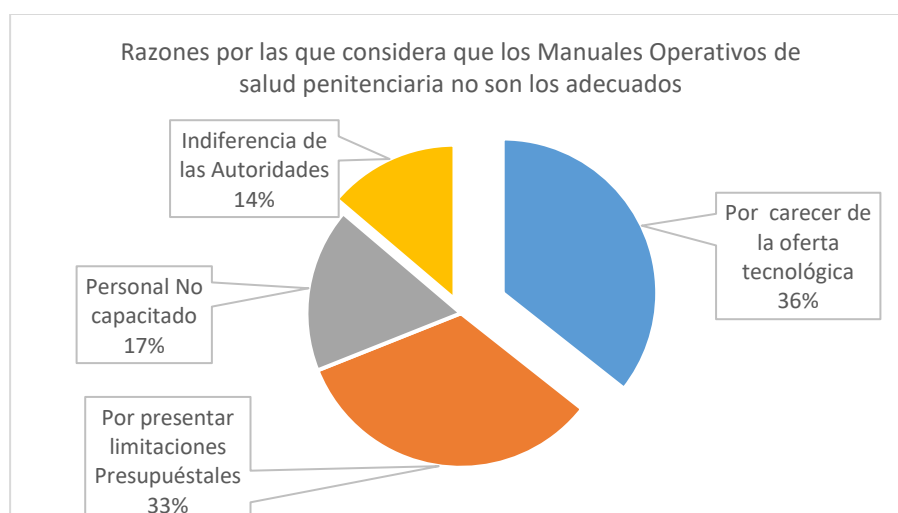
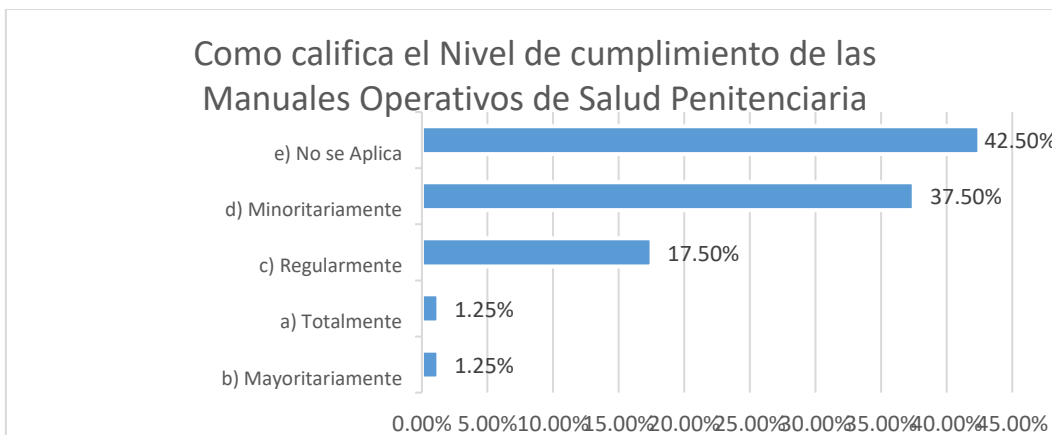
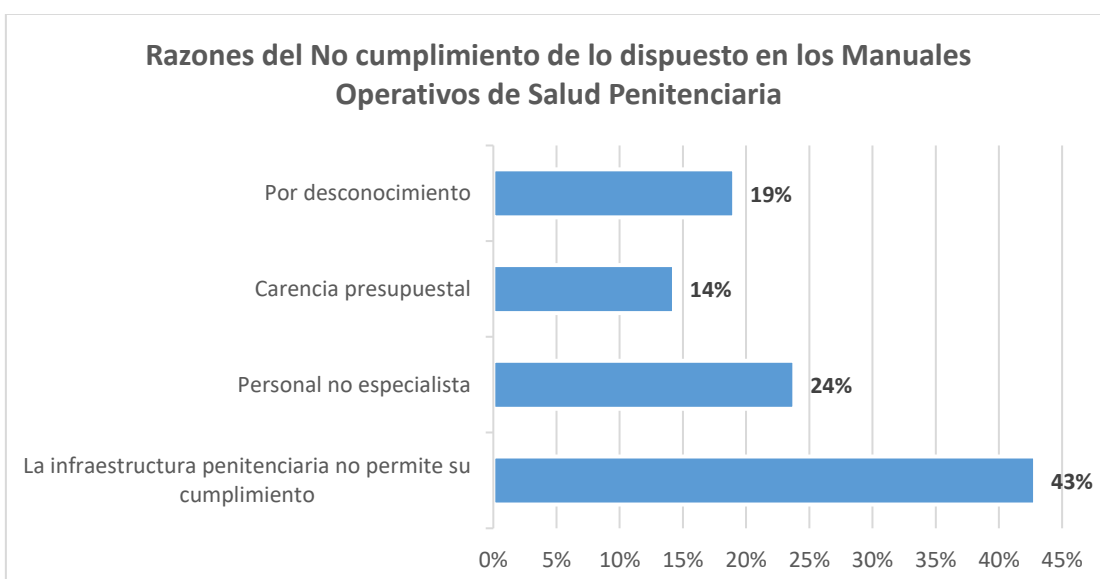


Gráfico 39: Pregunta 05 - Como califica el Nivel de cumplimiento de las Manuales Operativos de Salud Penitenciaria.



El 80% de los entrevistados señalo que no cumple con los manuales operativos de Salud Penitenciaria, sea por qué nos los aplica (42.5%) o por que los aplica de manera minoritaria (37.5%). Se tiene que un 17.5% de los entrevistados señalo que si los cumple de manera regular.

Gráfico 40: Pregunta 06 - Cuáles son las Razones del No cumplimiento de lo dispuesto en los Manuales Operativos de Salud Penitenciaria.



Tenemos de los resultados de las entrevistas, que el 43% señalo como principal razón del no cumplimiento de lo dispuesto en los manuales operativos de Salud Penitenciaria que: “La infraestructura penitenciaria no permite su cumplimiento”; seguido de: “Personal no especialista” con el 24%. En el otro extremo se tiene que solo el 14% marco la opción: “Carencia presupuestal”.

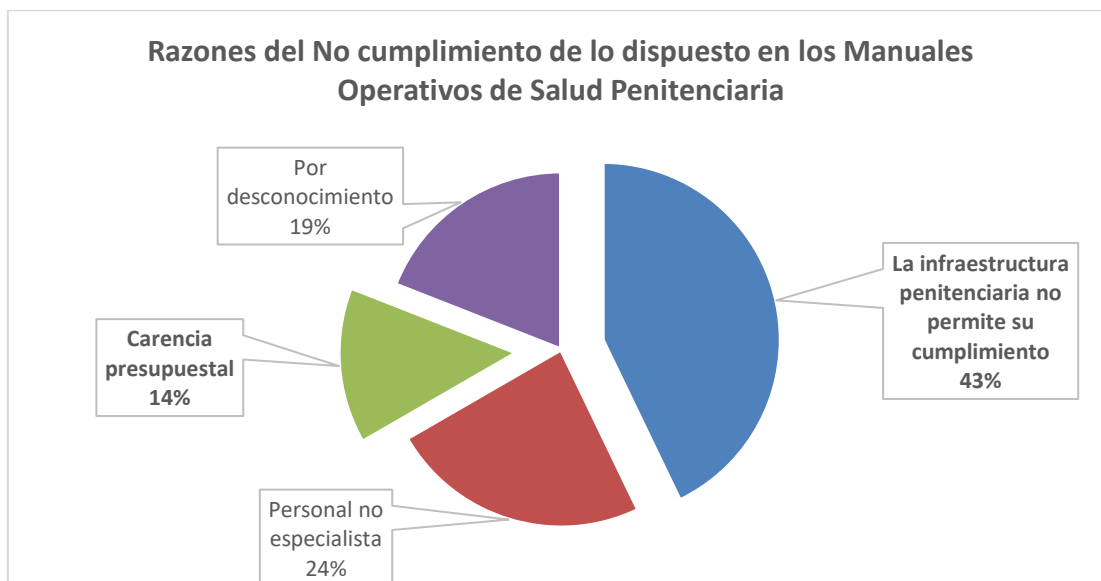
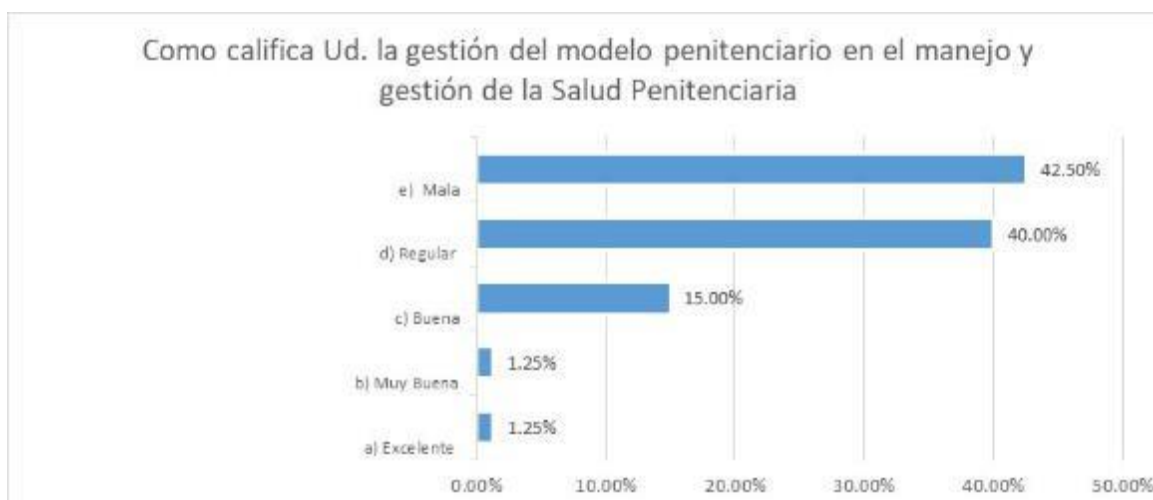
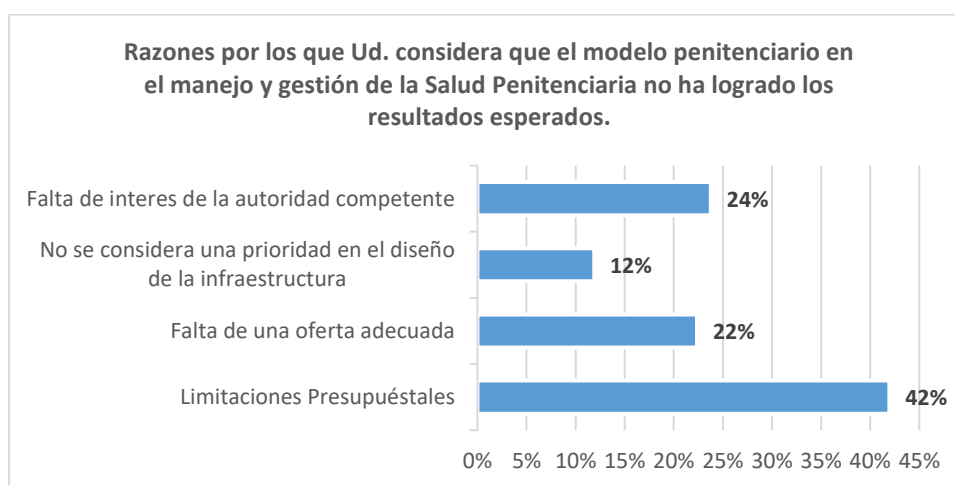


Gráfico 41: Pregunta 07 - Como califica Ud. la gestión del modelo penitenciario en el manejo y gestión de la Salud Penitenciaria.

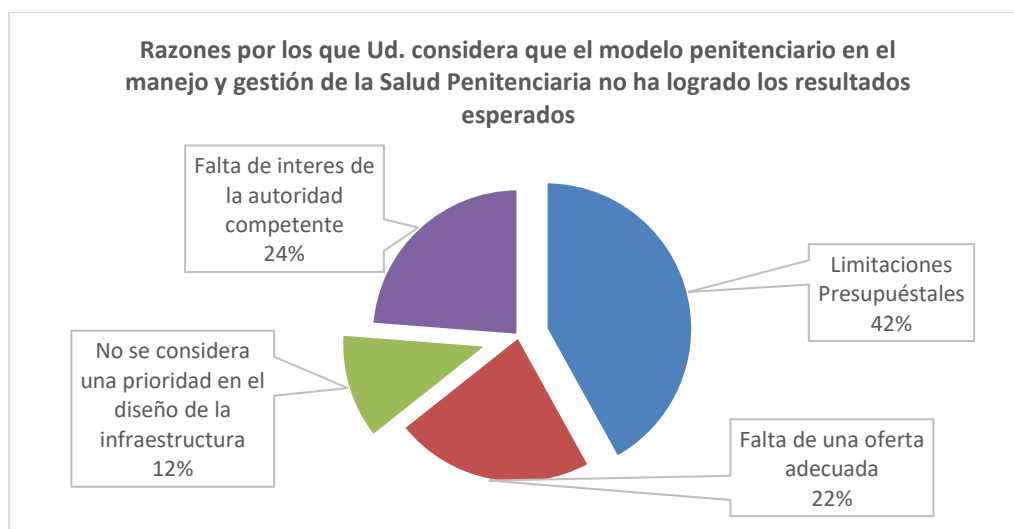


El 42.5% de los entrevistados califico como “mala” la gestión del modelo penitenciario en el manejo y gestión de la salud penitenciaria”, seguido por un 40% que la calificó como “regular”; finalmente solo el 15% la considero como “buena”.

Gráfico 42: Pregunta 08 - Cuáles son las Razones por los que Ud. considera que el modelo penitenciario en el manejo y gestión de la Salud Penitenciaria no ha logrado los resultados esperados.



Se tiene que el 42% señalo como principal razón: “limitaciones presupuestales”, seguido por “falta de interés de la autoridad competente” con 24%. En el otro extremo, se tiene que solo 12% de los entrevistados señalo que: “no se considere una prioridad en el diseño de la infraestructura”



4.2 Análisis de la relación entre el Modelo de Gestión Penitenciaria y Reinsertar Personas Privadas de la Libertad a la Sociedad.

En el capítulo 2, sección 2.2.1 sobre las “variables”, de la presente investigación, definimos el “modelo” de Gestión Penitenciaria como una “función” de la Seguridad Penitenciaria, el Tratamiento Penitenciario y la Salud Penitenciaria:

Modelo de gestión penitenciaria (MGP) = \mathcal{F} (Seguridad Penitenciaria (SePe), Tratamiento Penitenciario (TrPe), Salud Penitenciaria (SaPe))

$$\text{MGP} = \mathcal{F} (\text{SePe}, \text{TrPe}, \text{SaPe})$$

Así mismo, se definió la variable “Reinsertar personas privadas de la libertad a la sociedad”, como finalidad del “Modelo de Gestión Penitenciaria”, el cual está en función de los componentes Evaluación, Rehabilitación y Resocialización:

Reinsertar personas privadas de la libertad a la sociedad (RPL) = \mathcal{F}
(Evaluación (Rec), Rehabilitación (Reh), Resocialización (Res))

$$\text{RPL} = \mathcal{F} (\text{Rec}, \text{Reh}, \text{Res})$$

Así mismo, se señaló que, a través del Modelo de Gestión Penitenciaria, se podría tener injerencia en los resultados para Reinsertar personas privadas de la libertad a la sociedad y sus dimensiones. Por ende, se tiene que el Modelo de Gestión Penitenciaria, a través de la Seguridad, Tratamiento y Salud Penitenciaria, podría tener injerencia en:

- a. Los resultados para la Evaluación de las personas privadas de la libertad a la sociedad.

b. Los resultados para la Rehabilitación de las personas privadas de la libertad a la sociedad.

c. Los resultados para la Resocialización de las personas privadas de la libertad a la sociedad.

A continuación, se presentaron los resultados de la relación entre las dimensiones del “Modelo de Gestión Penitenciaria” y las dimensiones de la variable “Reinsertar Personas Privadas de la Libertad a la Sociedad”.

4.2.1 Análisis de la relación entre el Modelo de Gestión Penitenciaria y la Evaluación permanente de las personas privadas de la libertad

Los resultados obtenidos en las entrevistas a los especialistas y gestores de los establecimientos penitenciarios, respecto a la percepción de la gestión y los resultados para la Evaluación permanente de las personas privadas de la libertad, se tiene que:

Gráfico 43: Pregunta: Cuáles son las razones del No cumplimiento de los Conceptos de Seguridad Penitenciaria:

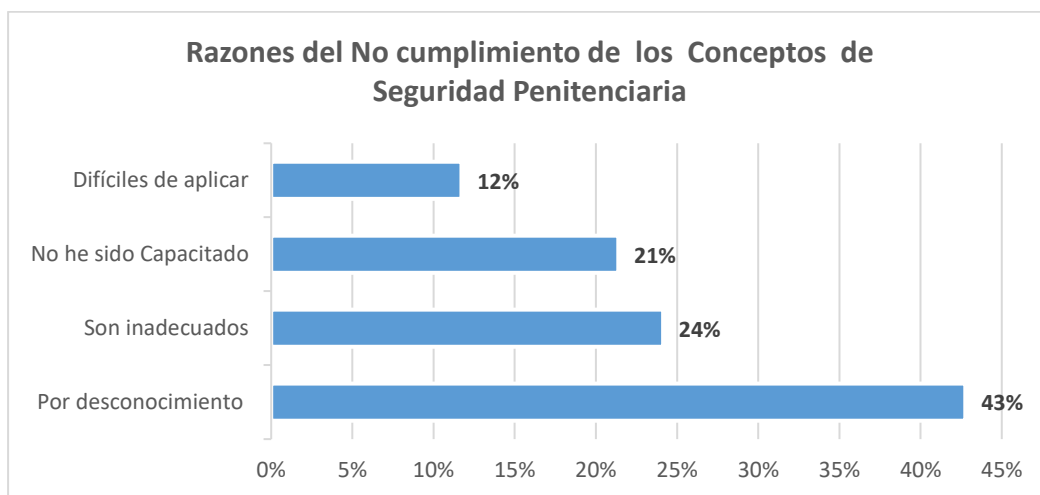


Gráfico 44: Pregunta: Como califica la Infraestructura de los Establecimientos Penitenciarios, respecto a las exigencias para la gestión de tratamiento penitenciario.

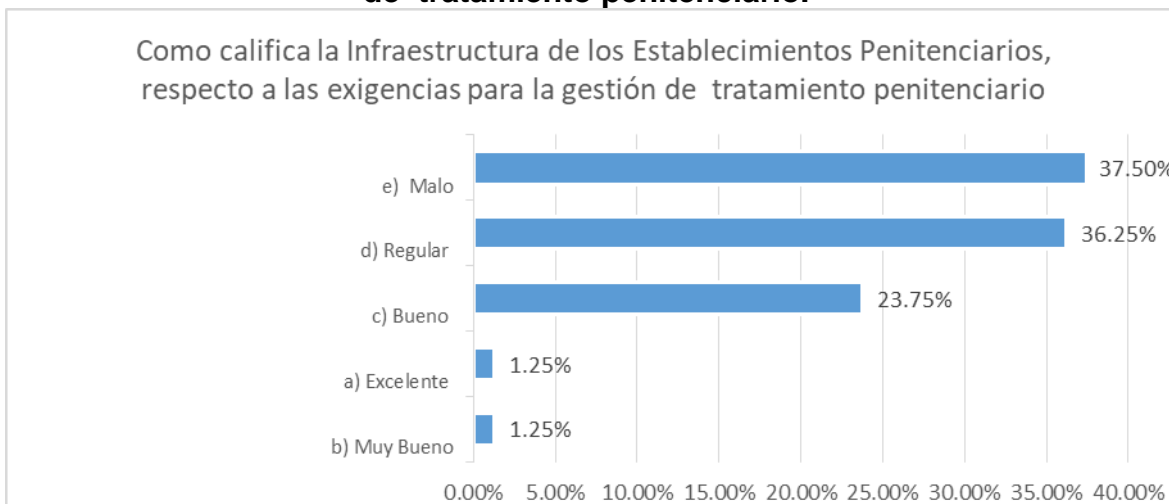
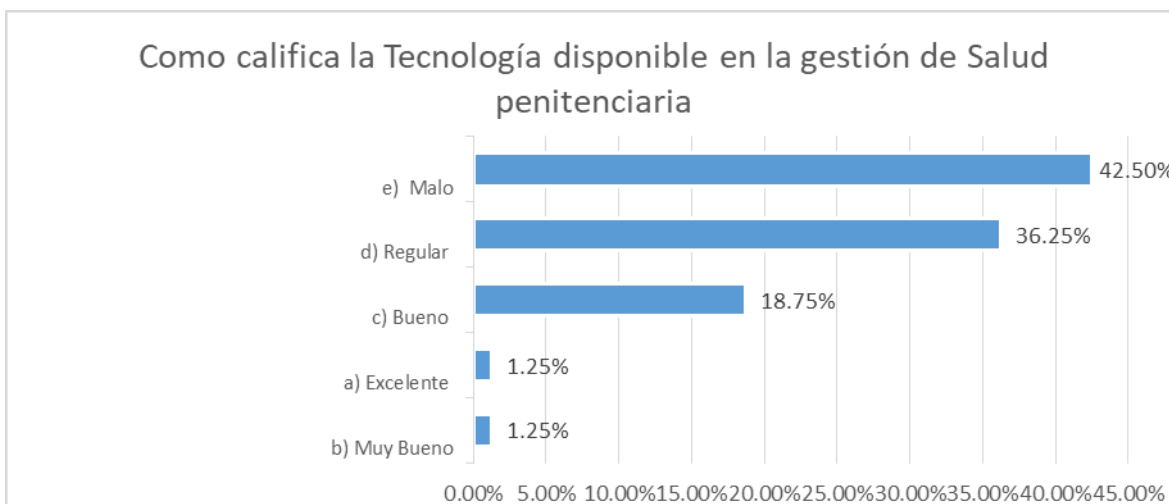


Gráfico 45: Pregunta: Como califica la Tecnología disponible en la gestión de Salud penitenciaria.



4.2.2 Análisis de la relación entre el Modelo de Gestión Penitenciaria y la Rehabilitación de las personas privadas de la libertad

Los resultados obtenidos en las entrevistas a los especialistas y gestores de los establecimientos penitenciarios, respecto a la percepción de la gestión y los resultados para la rehabilitación de las personas privadas de la libertad, se tiene que:

Gráfico 46: Pregunta: Cuáles son las razones del No cumplimiento de los Principios de Seguridad Penitenciaria:

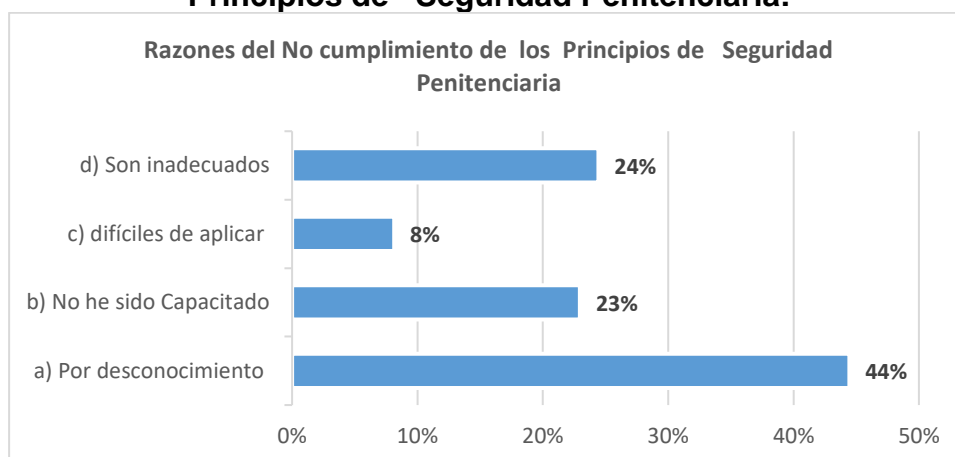


Gráfico 47: Pregunta: Cuáles son las Razones del No cumplimiento de los Manuales Operativo de Tratamiento Penitenciario:

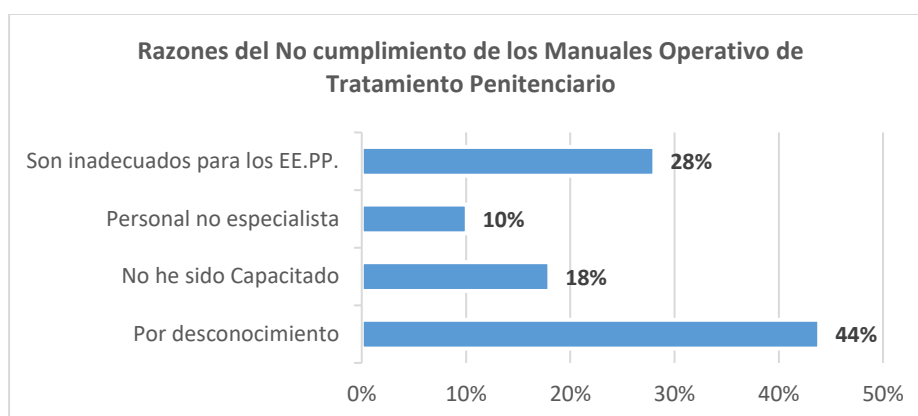
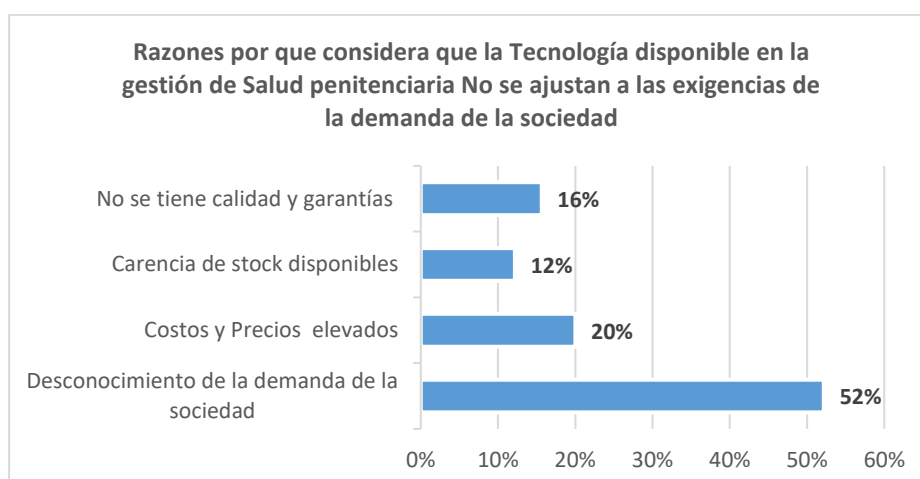


Gráfico 48: Pregunta: Cuáles son las Razones por que considera que la Tecnología disponible en la gestión de Salud penitenciaria No se ajustan a las exigencias de la demanda de la sociedad.



4.2.3 Análisis de la relación entre el Modelo de Gestión Penitenciaria y Resocializar personas privadas de la libertad

Los resultados obtenidos en las entrevistas a los especialistas y gestores de los establecimientos penitenciarios, respecto a la percepción de la gestión y los resultados para la Resocialización de las personas privadas de la libertad, se tiene que:

Gráfico 49: Pregunta: Cuáles son las razones del No cumplimiento de las Técnicas de Seguridad Penitenciaria:

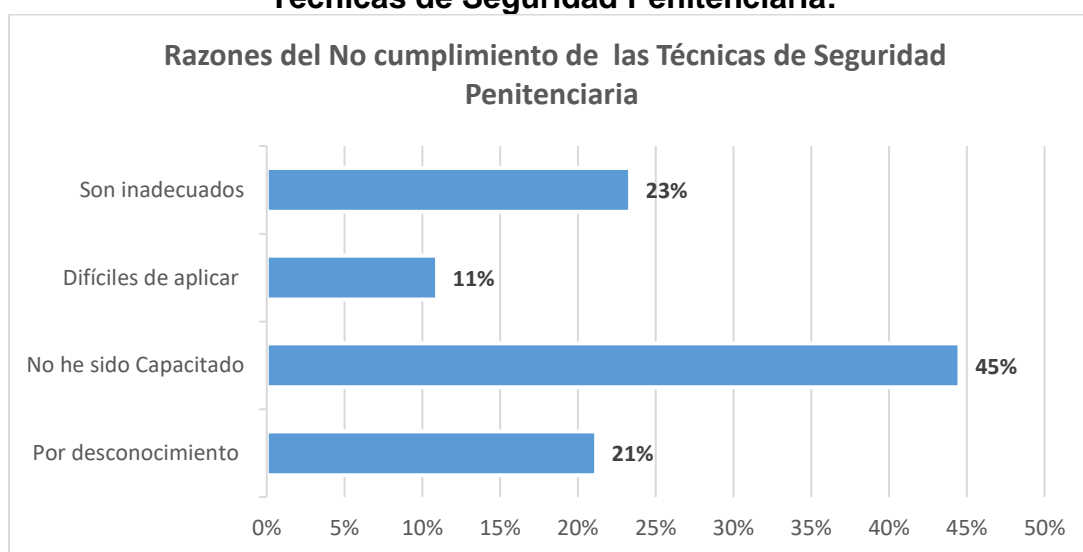


Gráfico 50: Pregunta: Cuáles son las Razones por las que considera que la Infraestructura de los Establecimientos Penitenciarios No se ajustan a las exigencias para la gestión de tratamiento penitenciario.

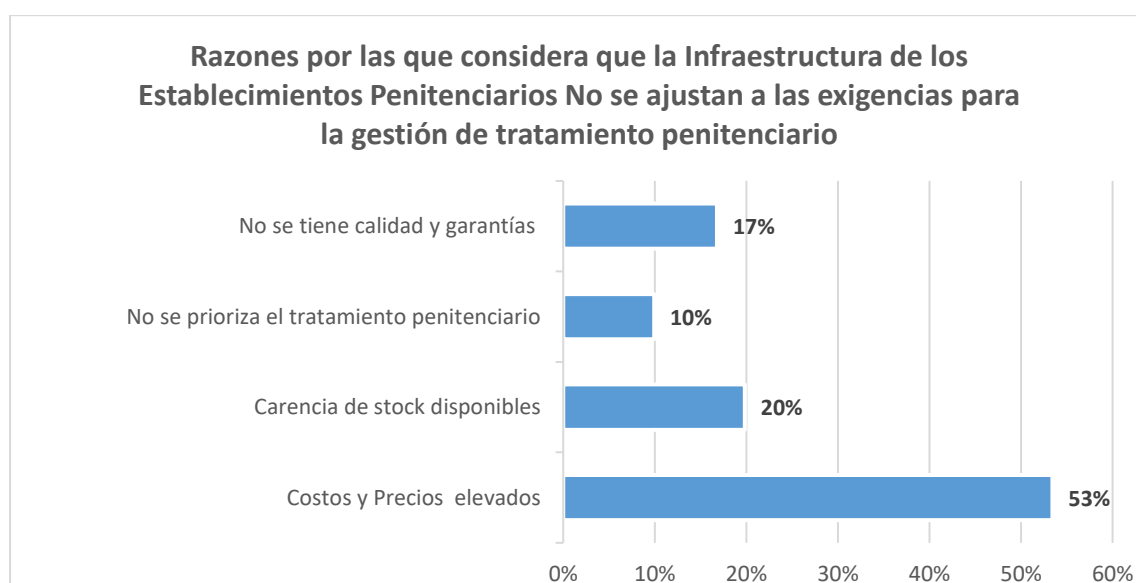


Gráfico 51: Pregunta: Como califica el Nivel de cumplimiento de las Manuales Operativos de Salud Penitenciaria.

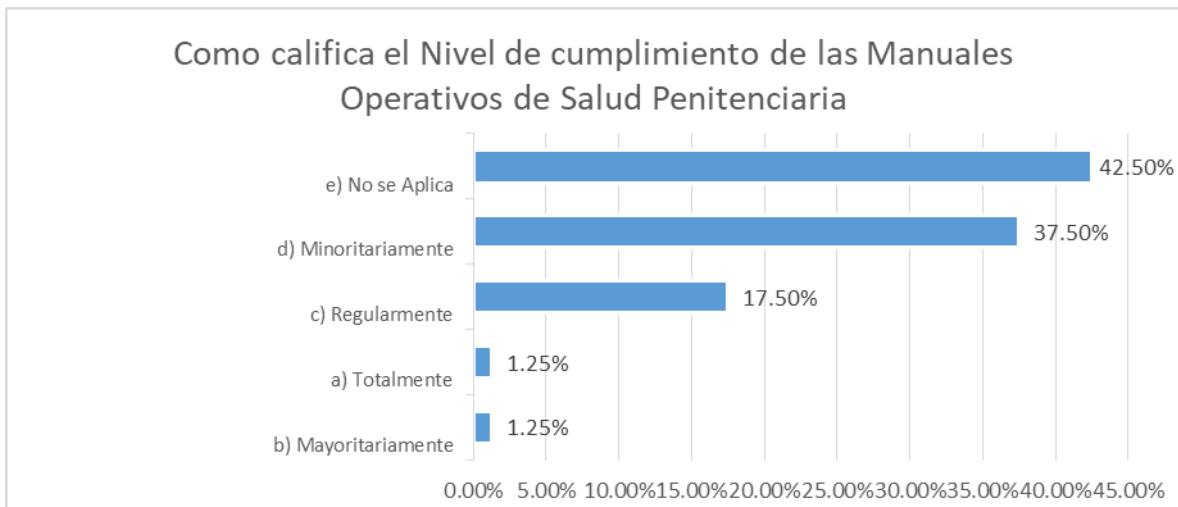
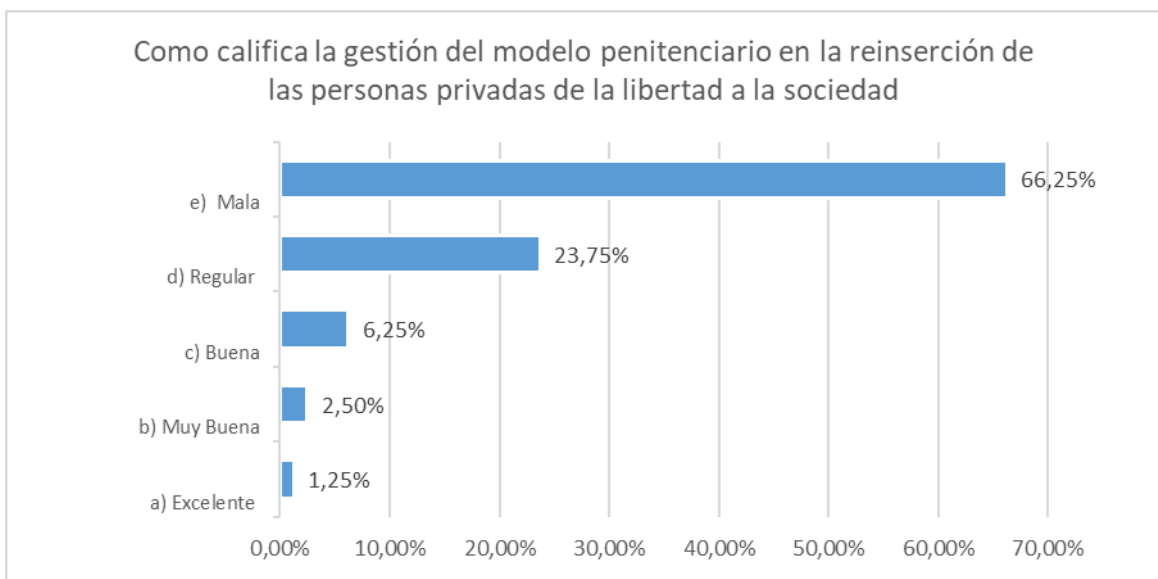


Gráfico 52: Pregunta: Como califica Ud. la gestión del modelo penitenciario en la reinserción de las personas privadas de la libertad a la sociedad.



CAPITULO V: DISCUSIÓN

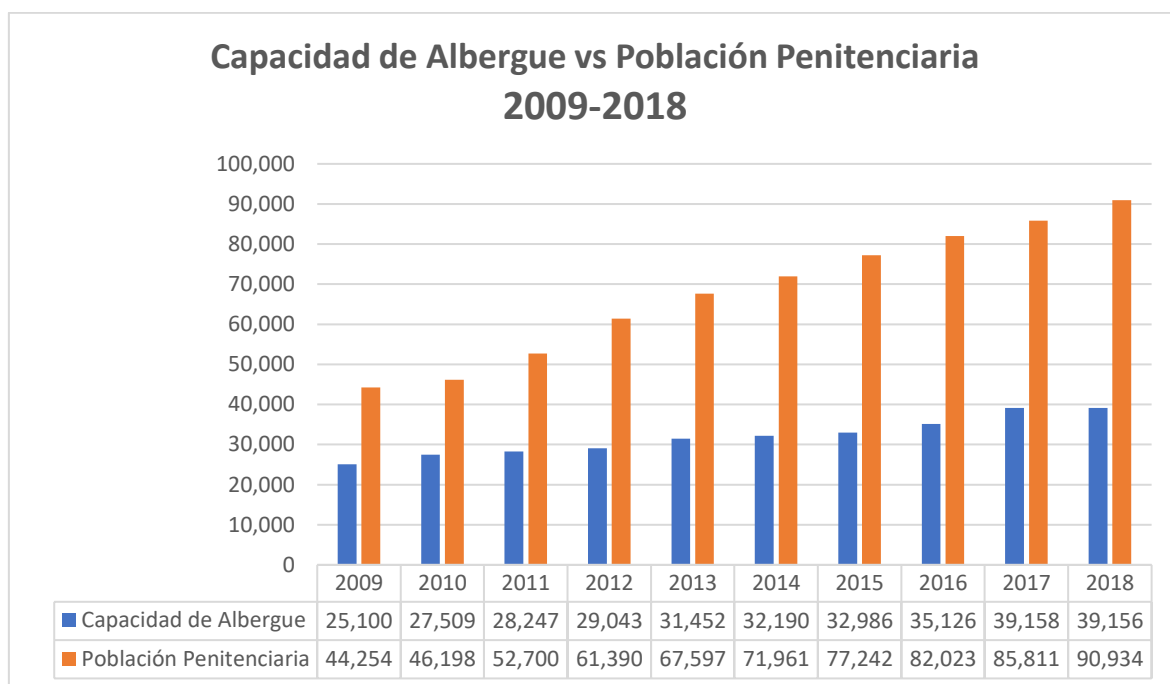
A continuación, se presenta la discusión de los “resultados” presentados en el capítulo previo, respecto a la “relación” del Modelo de Gestión Penitenciaria y la reinserción de las personas privadas de la libertad a la sociedad.

En el Capítulo I Marco Teórico, en la sección 1.2 “Bases Teóricas” de la presente “Investigación”, se presentó el “**Modelo Panóptico**”, que basa su propuesta en el “**Control Total**” de la Privacidad de la “**persona privada de la libertad en las cárceles**”. Así mismo, se revisó el **Modelo Filadélfico**, que prioriza el aislamiento de la persona privada de la libertad; tenemos además el **Modelo Auburniano**, que basa su propuesta en el silencio. Hasta este último modelo penitenciario, la gestión **se centra en el cumplimiento de la pena como único fin**. El modelo vigente peruano como lo mostraron los resultados estadísticos, tiene un enfoque muy similar a estos modelos expuestos.

En la siguiente grafica se aprecia la evolución de la población penitenciaria, y como esta población ha crecido sustantivamente en los últimos diez años, crecimiento que no ha sido acompañado de igual manera por la capacidad de albergue de los

establecimientos penitenciarios, lo que ha llevado a una sobre población en los establecimientos penitenciarios de Perú:

Gráfico 53: Evolución de la Capacidad de albergue de los Penales



Elaboración Propia

Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 1995-2018)

El modelo peruano no ha podido evolucionar de un modelo panóptico a un modelo de Pre-Libertad o aun modelo de prisión abierta, dado que centra su gestión en el confinamiento y aislamiento de la población penitenciaria, los establecimientos penitenciarios están diseñados para contener a los internos, y no para tratar a los internos, lo que ha motivado a que no se destinen los recursos adecuados para seguridad penitenciaria, y aún menos recursos al tratamiento penitenciario, y en menor medida para la salud penitenciaria. Esta situación no es única de Perú, la comparten prácticamente todos los países de la región latinoamericana como Argentina, Uruguay, Colombia, Brasil y México. Como se

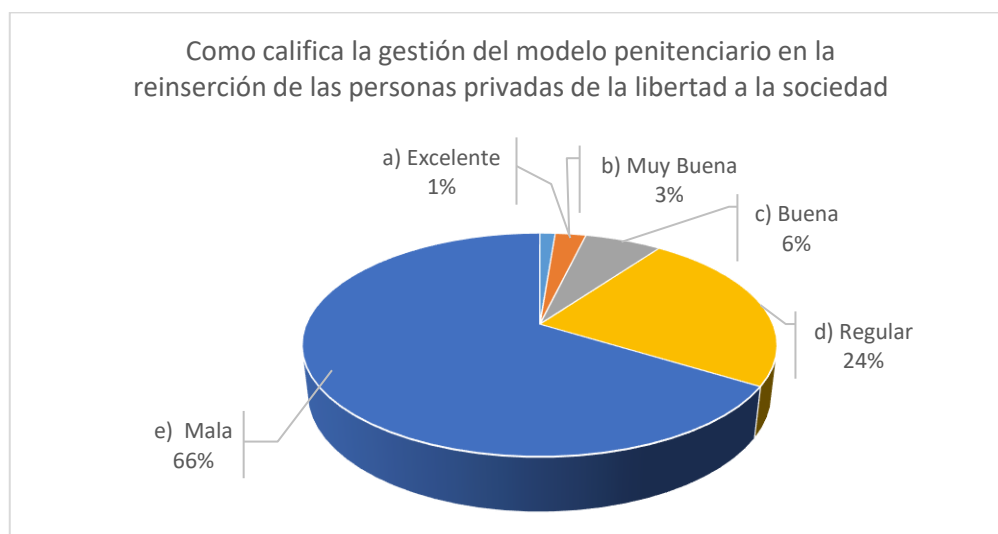
encontró en los estudios de GESPyDH y OAJ, (2012), “Seminario de estudios comparados sobre las estrategias del gobierno de la cárcel neoliberal en Argentina y en Francia”, BID (2013). “Evaluación del sistema concesionado versus el sistema tradicional en la reducción de la reincidencia delictual”, México Evalúa, Centro de Análisis de Políticas Públicas, (2013). “Las Cárceles en México ¿Para qué?”, MINJUSTICIA, Colombia, (2014), “Lineamientos para el fortalecimiento de la Política Penitenciaria en Colombia”, CONPES, (2015). “Política penitenciaria y carcelaria en Colombia”, RODRÍGUEZ, E. y VIEGAS F. (2015), “Circuitos Carcelarios Estudios sobre la cárcel argentina” y en el estudio de BRAVO, O. A. (2016). “Las prisiones de la locura, la locura de las prisiones: La construcción institucional del preso psiquiátrico”.

Los resultados encontrados sobre la evolución de la población de internos y la “capacidad de albergue de los establecimientos penitenciarios”, se respaldan en los resultados del estudio de (RODRÍGUEZ, 2015): “En 1729 –según la RAE– la cárcel era la caja fuerte y pública, destinada para tener en custodia y seguridad a los reos. Esta seguridad y custodia se va a mantener hasta 1989 cuando la cárcel será un edificio o local destinado a la reclusión. Seguramente siempre fue más para la custodia que para la seguridad. a partir de 1989 parece ser que los diccionarios buscan dejar de lado los eufemismos y por fin las cárceles ya no son para seguridad y custodia, sino sólo para recluir a los sujetos” (p. 392). **Los resultados que se han encontrado confirman que el modelo peruano vigente sigue enfocándose al igual que el modelo Panóptico en el almacenamiento y confinamiento de los internos.**

Respecto a la sobrepoblación penitenciaria de los establecimientos penitenciarios, que se señalan como causante de la crisis del sistema, tenemos que el estudio de (RODRÍGUEZ, 2015) señala lo contrario: “Como contra parte, empírica y analíticamente, una institución que se reproduce de modo ampliado y duplica su clientela en poco menos de 10 años, no puede considerarse en crisis. Por el contrario, la cárcel y en especial la cárcel masiva, utilizada como depósito inhabilitante parece gozar de muy buena salud como programa de contención de los desfavorecidos por el neoliberalismo” (p. 62), **la data encontrada demuestra que el hacinamiento no es lo que ocasiono la crisis del modelo penitenciario, por el contrario, el hacinamiento es el resultado de que el modelo penitenciario se ha agotado.**

Los funcionarios penitenciarios entrevistados han señalo que el modelo actual penitenciario ha fracasado, dado que se tiene que respecto a la gestión para “reinsertar a las personas privadas de la libertad a la sociedad”, el 66% señalo esa gestión como “mala”, y el 42% como “regular”, lo que nos da que un 90% considera que no se lograron los resultados esperados para “reinserción” de las “personas privadas de las libertad” a la sociedad, que es la finalidad principal de un modelo de gestión penitenciaria, entre las principales causas del fracaso del modelo penitenciario vigente señalaron la falta de capacitación, la indiferencia de las autoridades y las deficiencias del modelo gestión presupuestario, el cual solo contempla ejecución presupuestal, pero no considera indicadores que muestren el seguimiento para el logro de los resultados que se esperan alcanzar en la gestión penitenciaria.

Gráfico 54: Como califica la gestión del modelo penitenciario en la reinserción de las personas privadas de la libertad a la sociedad.



Así mismo tenemos, de los resultados obtenidos con el instrumento se revelo que: **Respecto a Seguridad Penitenciaria: El 80% de los entrevistados señalo que el manejo y la gestión de la no es el adecuado.** El 42% señalo que los motivos son la falta de capacitación adecuada. Respecto a Tratamiento Penitenciario: El 74% de los entrevistados señalo que el manejo y la gestión no es el adecuado. El 45% señalo que los motivos son por desconocimiento del tratamiento penitenciario. Respecto a Salud Penitenciaria: El 83% de los entrevistados señalo que el manejo y la gestión no es el adecuado. El 42% señalo que los motivos son por limitaciones presupuestales.

Respecto a la infraestructura penitenciaria, que se encuentra prácticamente colapsada por la sobrepoblación, es confirmando por lo señalado en el estudio de (RODRÍGUEZ, 2015): “los muros son vistos como el elemento más importante y valioso de la institución. Si ya no se trata de rehabilitar cuanto de contener, los muros se transforman en la obsesión del servicio penitenciario. Obsesión que se

verifica enseguida en los criterios que se privilegian a la hora de bocetar la arquitectura para esos establecimientos. Cárceles de máxima seguridad diseñadas con modernos recursos tecnológicos y telemáticos, y con pabellones de aislamiento celular que restringen la movilización de los retenidos al interior de cada establecimiento. La cárcel que nos toca, es una cárcel que no se propone transformar. Cárceles de máxima seguridad circunscriptas a una tarea: contener y custodiar la población concentrada” (p. 31). **Los resultados del estudio encontraron que la priorización del almacenamiento sobre el tratamiento, son los que ocasionaron el hacinamiento;** lo que también se demuestra en los motivos señalados por los que los funcionarios entrevistados de los establecimientos penitenciarios, quienes consideran que el modelo penitenciario ha fracasado. En ese sentido, tenemos que, en el modelo penitenciario actual, **los entrevistados han señalado, que se ha priorizado la infraestructura penitenciaria no para el tratamiento y la salud, sino para la custodia de las personas:**

Gráfico 55: Como califica la infraestructura de los Establecimientos Penitenciarios, respecto a las exigencias para la gestión de tratamiento penitenciario.

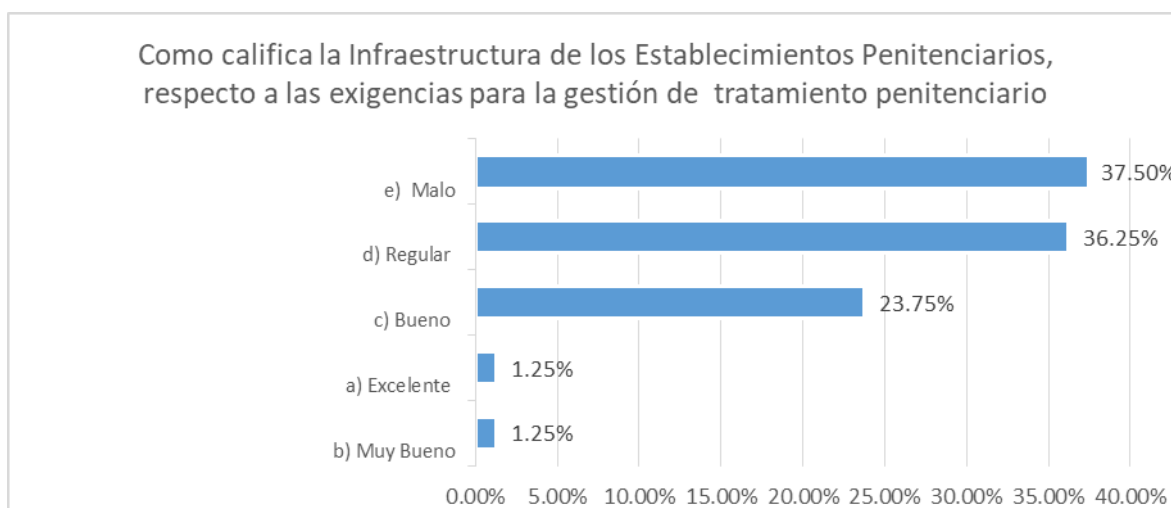
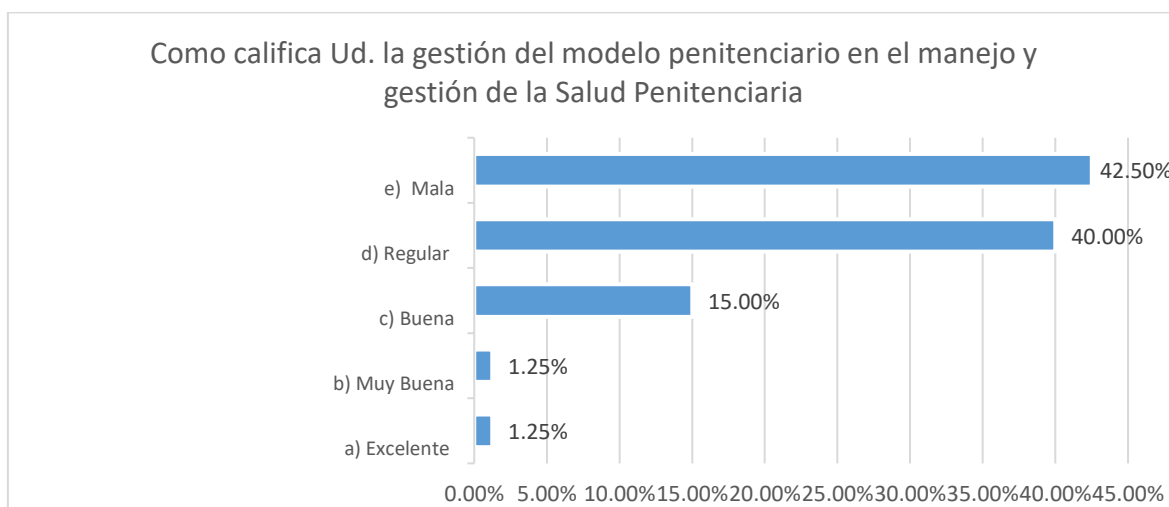


Gráfico 56: Como califica la gestión del modelo penitenciario, en el manejo y gestión de la Salud Penitenciaria.



Las limitaciones presupuestales, junto con los costos y precios elevados, son uno de los principales motivos que limitan el desarrollo de la infraestructura penitenciaria hacia un enfoque al tratamiento y la salud de las personas privadas de la libertad:

Gráfico 57: Cuáles son las razones por las que considera que la infraestructura de los establecimientos penitenciarios no se ajusta a las exigencias para la gestión de tratamiento penitenciario.

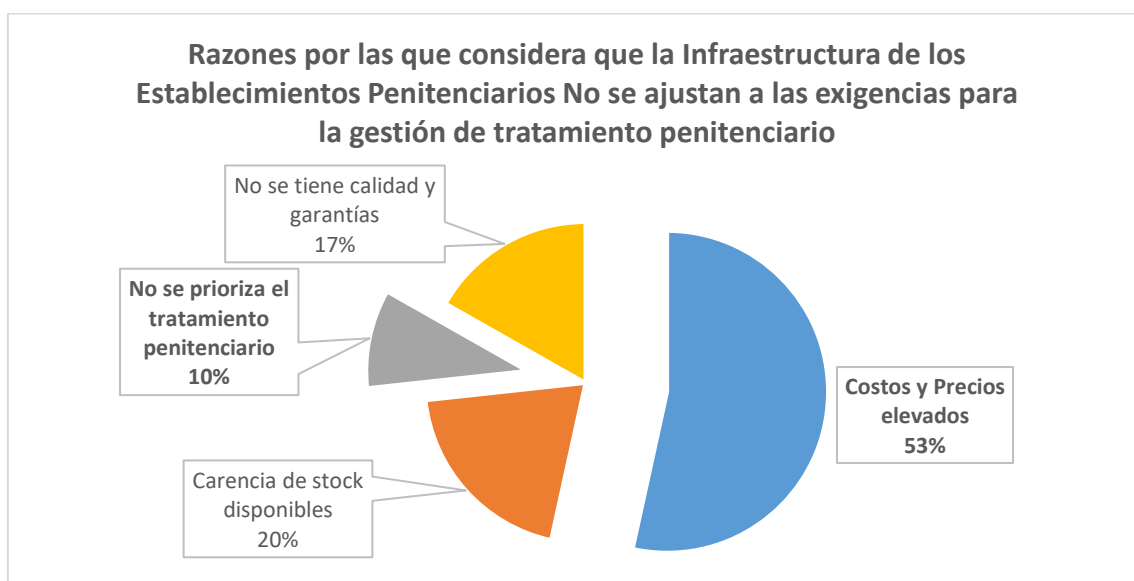
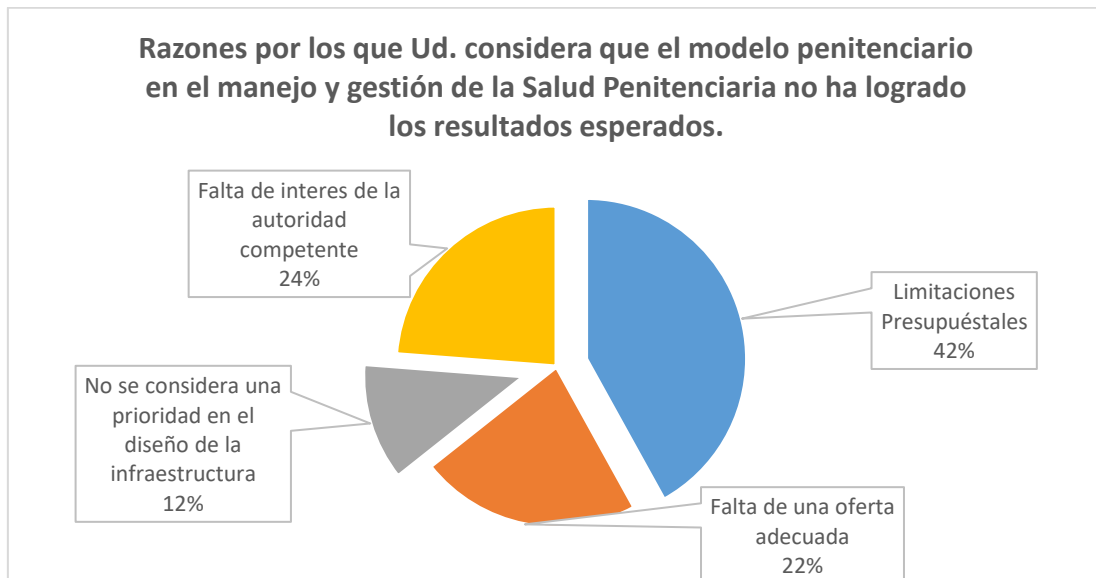


Gráfico 58: Cuáles son las Razones por los que Ud. considera que el modelo penitenciario en el manejo y gestión de la Salud Penitenciaria no ha logrado los resultados esperados.



Respecto al acceso y uso de la nueva tecnología en el modelo penitenciario, enfocado en el tratamiento penitenciario, los datos del estudio del (BID, 2013): “En lo que refiere al servicio de reinserción social, la concesionaria emplea una serie de técnicas específicas, tales como la capacitación, la intervención social y psicológica y la formación de hábitos. Este proceso es de mediano y largo plazo, y pretende modificar las conductas que inciden en la génesis y el desarrollo de los actos delictuales del individuo. Bajo esta dinámica, se define como objetivo de la reinserción social que los internos adquieran las competencias y las capacidades para vivir en sociedad, tanto dentro como fuera del recinto penitenciario. Para estos efectos, el servicio se enmarca en el modelo de competencias prosociales, el cual incluye un conjunto de técnicas que consideran componentes de una variedad de programas de habilidades sociales, razonamiento crítico, educación moral, solución de problemas y materiales diversos ideados para distintas poblaciones. Este modelo se considera una de las aproximaciones más efectivas para la disminución de la reincidencia en el ámbito del desarrollo de habilidades cognitivo-

conductuales” (p. 4). Los resultados del sistema penitenciario de Chile, contrastan con los datos empíricos de las encuestas a los funcionarios penitenciarios de Perú, quienes señalaron que no se aprovechan las nuevas tecnologías para el tratamiento penitenciario de las personas privadas de la libertad; mientras que, **en el sistema concesionado de Chile, con mejor uso y acceso a las tecnologías de la información si se logró mejores resultados en el tratamiento**, que se reflejan en las tasas de reincidencia, como se tiene en (BID, 2013): “El resultado de la revisión de estos estudios muestra que, si bien hay investigaciones que no encuentran evidencia suficiente para aceptar la hipótesis de que el sistema privado generaría menores niveles de reincidencia delictual, existen otros que efectivamente observan una causalidad directa, **obteniendo menores tasas de reincidencia en las cárceles privadas**” (p. 5), a diferencia de los resultados de los funcionarios penitenciarios peruanos que señalaron que:

Gráfico 59: Como califica las condiciones de Uso y Acceso a la Tecnología que permita el manejo integral y adecuado de la gestión de tratamiento penitenciario.

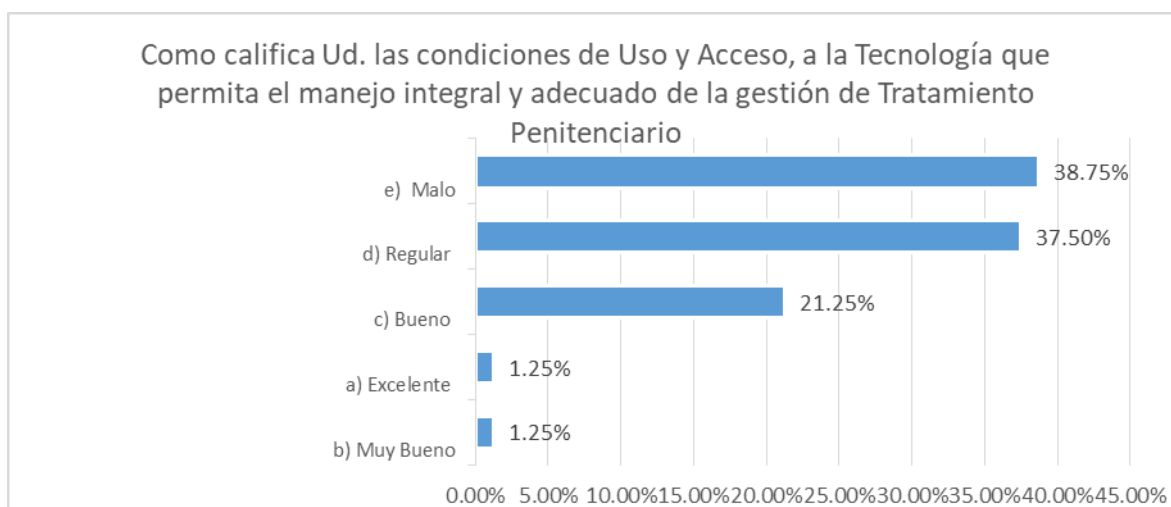
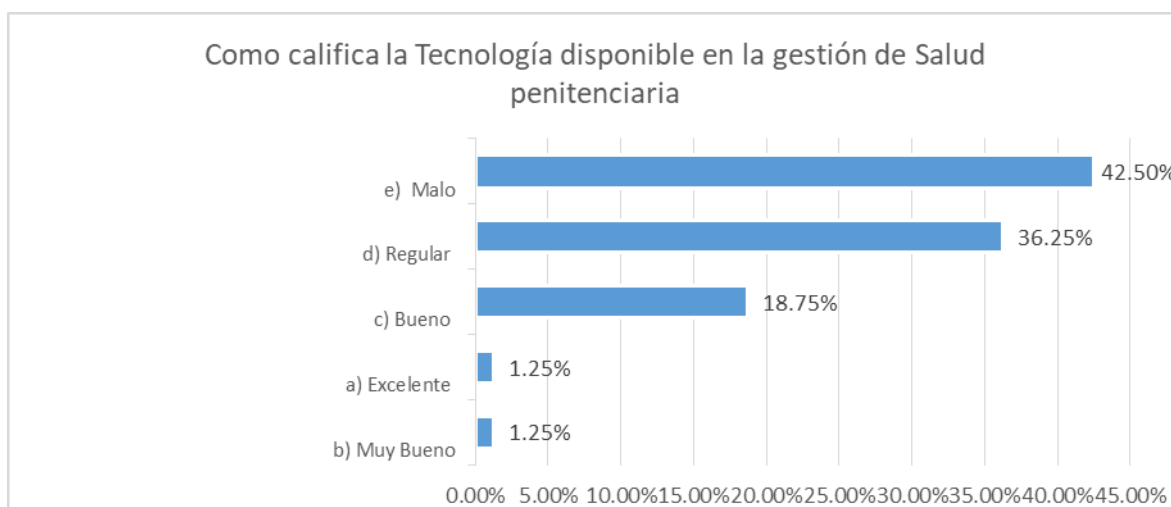


Gráfico 60: Como califica la Tecnología disponible en la gestión de Salud Penitenciaria.



Entre los principales motivos que explican la falta del uso de la Tecnología para optimizar la gestión de Tratamiento y Salud penitenciaria, tenemos la **falta de la oferta tecnológica, indiferencia de las autoridades y las limitaciones presupuestales**:

Gráfico 61: Cuáles son las razones por las que Ud. considera que las condiciones de Uso y Acceso a la Tecnología NO permiten, el manejo integral y adecuado de la gestión de Tratamiento Penitenciario.

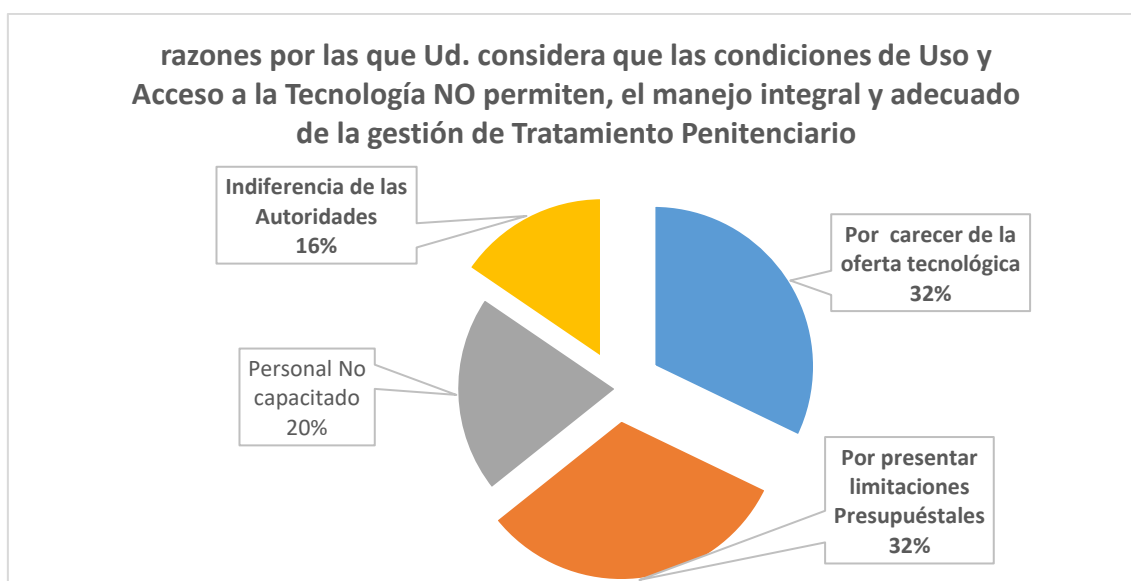
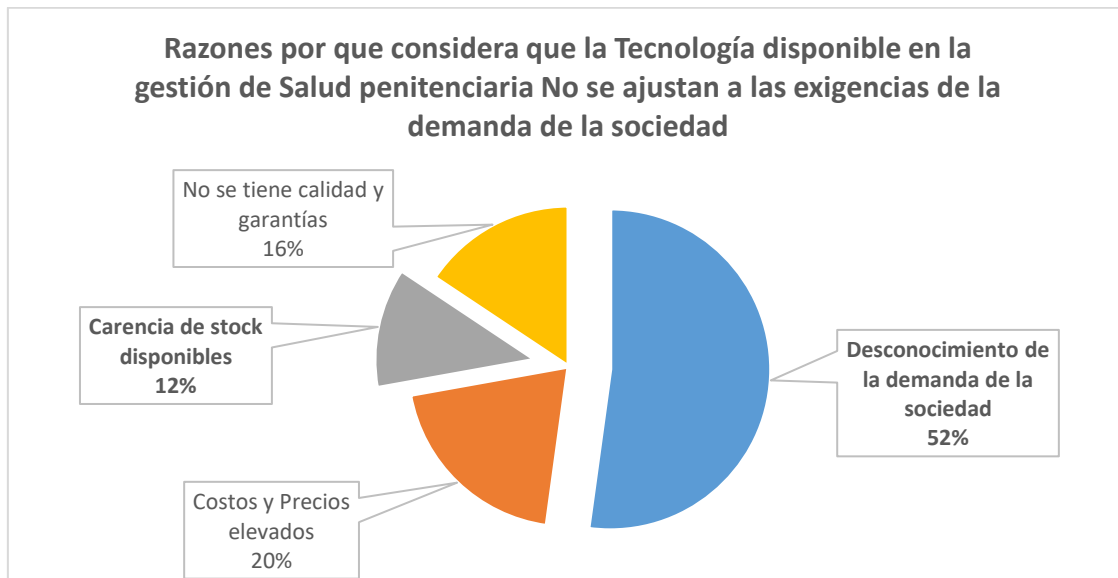


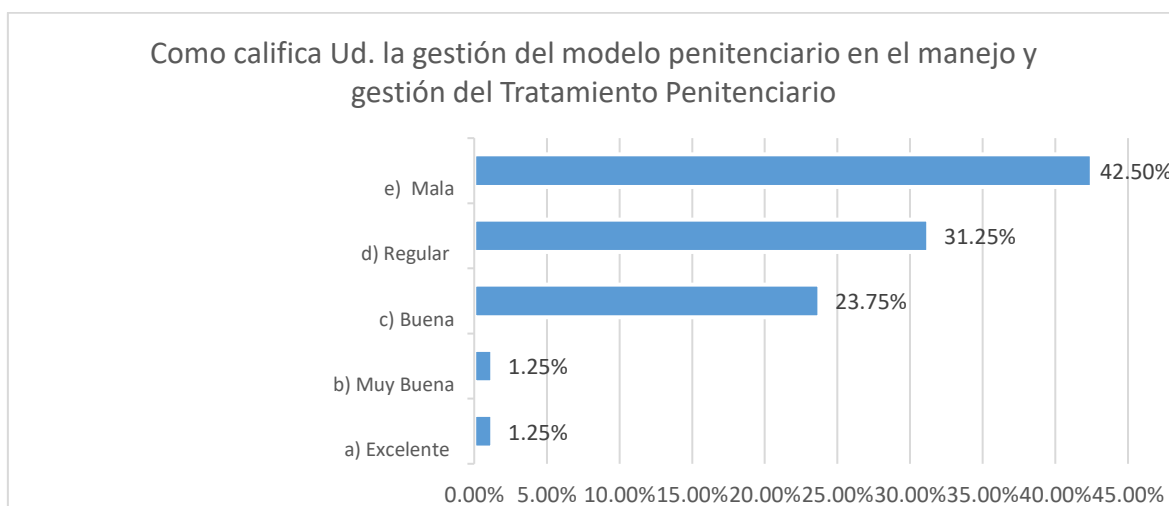
Gráfico 62: Cuáles son las Razones por que considera que la Tecnología disponible en la gestión de Salud penitenciaria No se ajustan a las exigencias de la demanda de la sociedad.



Adicionalmente a los modelos penitenciarios anteriores, en el marco teórico, se presentó el Modelo Progresivo, que se caracteriza por las diferentes etapas de tratamiento a las que se sometía la persona privada de la libertad, monitoreando su progreso, complementando el aislamiento con el trabajo. El modelo anterior dio origen al denominado Modelo para Reos Primarios, dirigido además de reos primarios a personas con una edad entre 16 y 30 años; y al denominado Modelo Borstal o Modelo de Reincidentes, en el que al igual que el modelo original la persona privada de la libertad pasaba por diferentes etapas, pero con mayor énfasis en la capacitación y trabajo. Estos modelos expuestos, complementaban el cumplimiento de la pena de privación de la libertad con un régimen de trabajo y tratamientos que tenían como principal finalidad la recuperación y resocialización de las personas privadas de la libertad para su posterior inserción a la sociedad. Sin embargo, **los resultados obtenidos señalan que el modelo penitenciario vigente, no cumple con los procedimientos y procesos establecidos para la**

gestión de tratamiento y salud penitenciaria. En la revisión del marco teórico se encontró que en los resultados de “Tratamiento penitenciario” del modelo penitenciario de México, el modelo falló en lograr disminuir las tasas de reincidencia y reingreso a las prisiones mexicanas, las cuales se han elevado: (México Evalúa, 2013): “No vale la pena encarcelar a personas que cometen delitos no graves ni gastar en su mantenimiento en la cárcel para un tratamiento que no resultará en su reinserción plena, sino que, por el contrario, tendrá consecuencias sociales importantes tanto para el interno como para su familia y la sociedad en su conjunto. Es por ello que las autoridades deben considerar alternativas de política pública al encarcelamiento con base en el tipo de delito, su gravedad, la intencionalidad o dolo y la reincidencia. Las opciones como multas económicas más severas y el servicio a favor de la comunidad por parte de los delincuentes menores, deben ser rutas alternativas a explorarse para evitar el hacinamiento carcelario y avanzar en la reinserción efectiva de los sentenciados” (p. 7), estos resultados coinciden con los señalado por los funcionarios de los establecimientos penitenciarios de Perú respecto al manejo y la gestión del tratamiento penitenciario:

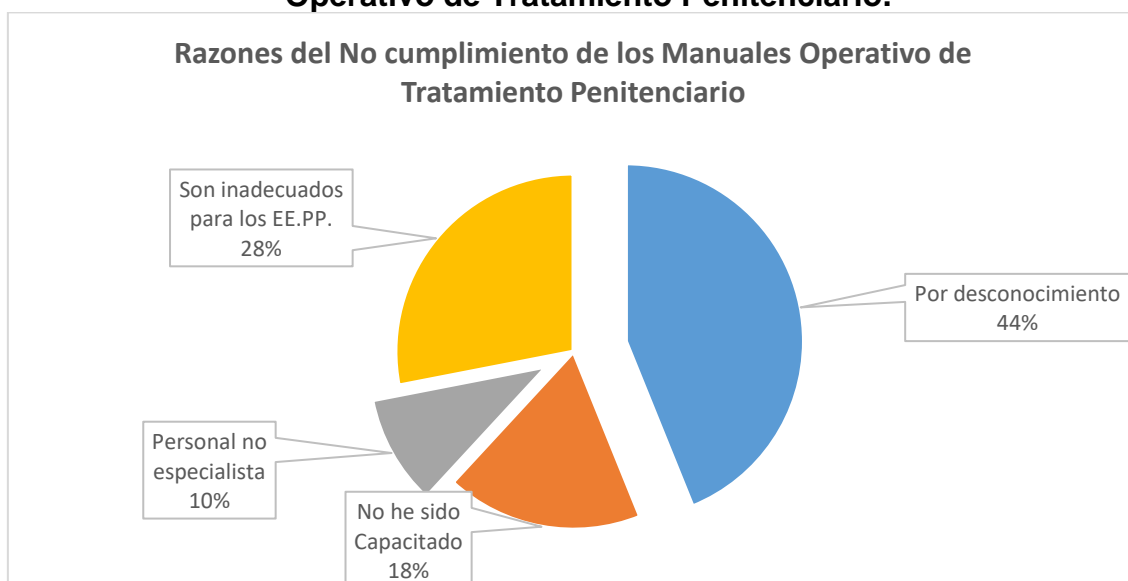
Gráfico 63: Como califica Ud. la gestión del modelo penitenciario en el manejo y gestión del Tratamiento Penitenciario.



Elaboración Propia

Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 2009-2018)

Gráfico 64: Cuáles son las Razones del No cumplimiento de los Manuales Operativo de Tratamiento Penitenciario.



Elaboración Propia

Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 2009-2018)

Así mismo se encontró en los resultados que **las políticas públicas relacionadas al modelo penitenciario no han logrado el apoyo de la sociedad y los políticos, quienes prefieren reorientar esos recursos a otras actividades**, como también ocurre en México (México Evalúa, 2013): “El estado de ánimo y el temperamento del público en lo que se refiere al tratamiento de la delincuencia y los delincuentes es una de las pruebas más infalibles del nivel de civilización de un país -Sir Winston Churchill (1910)” (p. 8). Por otro lado, el estudio señala que la solución que la sociedad mexicana ha impuesto es preferentemente al encierro: (México Evalúa, 2013): “Otras sanciones como tratamiento en libertad, trabajo en favor de la comunidad o semilibertad son impuestas en muy escasas ocasiones, por no decir que están en desuso” (p. 20). Estos resultados muestran que, **ante la imposibilidad del modelo penitenciario de lograr los objetivos de recuperación y reinserción en la sociedad, el modelo se ha limitado a almacenar y confinar a la población penitenciaria, a fin de limitar su efecto negativo en la sociedad.**

Como se mencionó en el marco teórico, el Modelo de Clasificación, plantea un tratamiento individualizado; junto al Modelo al Aire Libre, que rompe con los modelos anteriores que confinaban a un espacio cerrado a las personas privadas de la libertad, dan origen a dos nuevos modelos: El Modelo de Pre-Libertad, modelo en el cual hay un confinamiento nocturno, pero el prisionero abandona la prisión durante el día para desarrollar trabajos que progresivamente van rompiendo su confinamiento en la prisión, y el **Modelo de Prisión Abierta o Modelo Abierto**, que es el modelo más novedoso y que se encuentra a la vanguardia, dado que las prisiones que están bajo este modelo, no cuentan con ningún medio de contención, como rejas o cerraduras, no hay ni muros elevados ni torres de vigilancia, ni tampoco cuentan con personal de custodia con armamento. **“Se enfoca el sistema en retener al individuo dentro de la prisión para que se someta a su tratamiento, más que por la fuerza por factores sociales y psicológicos; justamente se enfoca en el tratamiento para la reeducación, rehabilitación y finalmente su reinserción en la sociedad.** De esto se encontró que, en los resultados cualitativos, la sociedad demanda que los modelos de Gestión Penitenciaria deben basarse en:

1. La seguridad del interno. A fin de que durante su estadía en el establecimiento penitenciario intramuros su seguridad tanto física como mental se mantenga intacta, para lo cual un adecuado proceso de clasificación del interno es vital a fin de determinar el ambiente de seguridad al cual será confinado.

2. El tratamiento del “interno”. Durante su estadía en el “establecimiento penitenciario” intramuros, es fundamental. Sin tratamiento o sin el tratamiento adecuado, se elevaría considerablemente las probabilidades de que el interno

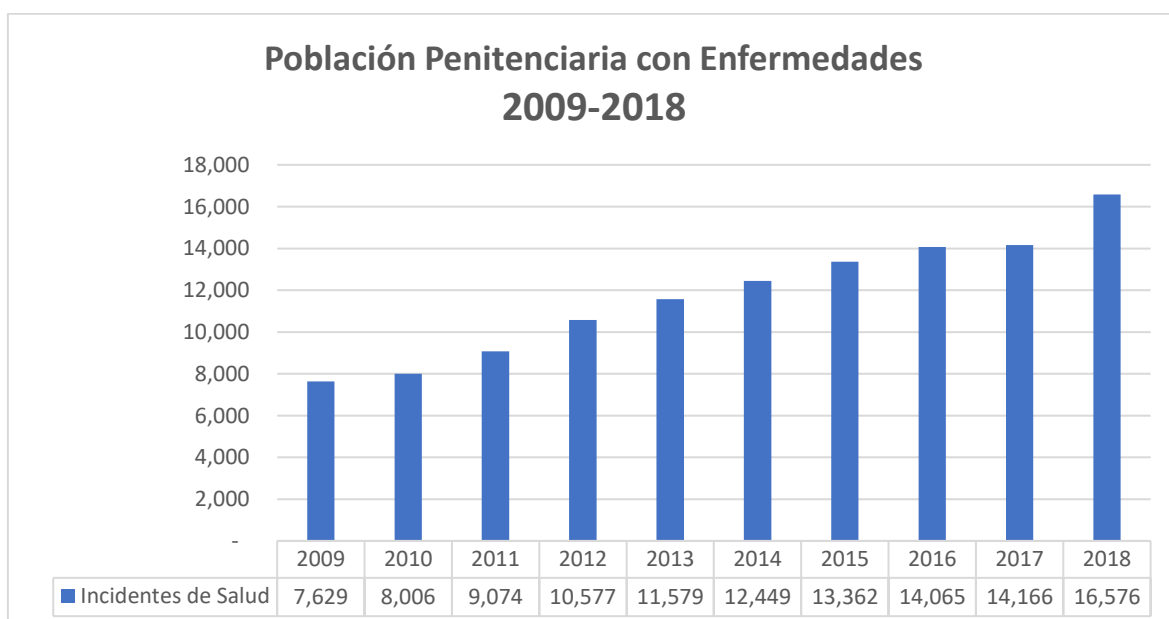
reincida en su comportamiento delictivo y posteriormente retorno al establecimiento intramuros. En un adecuado tratamiento penitenciario está la clave para disminuir la tasa de reincidencia.

3. La salud del “interno”. Durante su estadía en el “establecimiento penitenciario” intramuros, la salud del interno se ve expuesta a focos infecciosos, de enfermedades como TBC y VIH, exposición que en el caso del Perú debido a las altas tasas de hacinamiento es bastante elevada. Es un peligro latente no solo para los internos, sino además para el personal del INPE que labora en los establecimientos intramuros, y dado que muchos de dichos establecimientos se encuentran dentro de un casco urbano, hace que sea un problema para toda la comunidad. Por ello en nuestro modelo de gestión penitenciario se pondrá especial énfasis en implementar los mecanismos necesarios para minimizar y erradicar los posibles focos infecciosos que atenten contra la salud del interno.

Estos argumentos se han podido comprobar con los resultados del estudio de (ZERBINI, 2013) que encontró que: “En los establecimientos penitenciarios la búsqueda de Sintomático Respiratorio (SR) puede realizarse en forma pasiva y en forma activa: Detección pasiva: Se realiza cuando los pacientes acuden al servicio de salud del centro penitenciario por su propia voluntad, ya sea por síntomas de Tuberculosis (TB) o por otra causa. Debido a las altas tasas de incidencia de TB en los centros penitenciarios, el personal de salud debe aprovechar toda consulta para indagar la posibilidad de encontrarse ante un SR. Detección activa: Es aquella en la que el servicio de salud del centro penitenciario busca activamente SR. Esto se puede hacer: Al ingreso al centro penitenciario: de manera rutinaria, a toda persona que ingresa al recinto penitenciario se le debe efectuar un examen

clínico mediante anamnesis y examen físico” (p. 114). Estos resultados al contrastarlos con los de Perú sobre la evolución de internos que padecen enfermedades, se encontró que, **los establecimientos penitenciarios sin el control adecuado se pueden convertir en focos de potenciales pandemias, que no solo comprometen la salud de la población penitenciaria, sino de toda la población civil**, dado que similar a Perú, muchos de los establecimientos penitenciarios se encuentran en medio de los núcleos urbanos. En la investigación se encontró, a diciembre 2018, **49 de los 68 establecimientos penitenciarios en Perú tienen una sobrepoblación mayor al 20%, además se encuentran en centros urbanos, convirtiéndolos en potenciales focos de pandemias, poniendo en riesgo la salud pública.**

Gráfico 65: Evolución Población Penitenciaria con Enfermedades

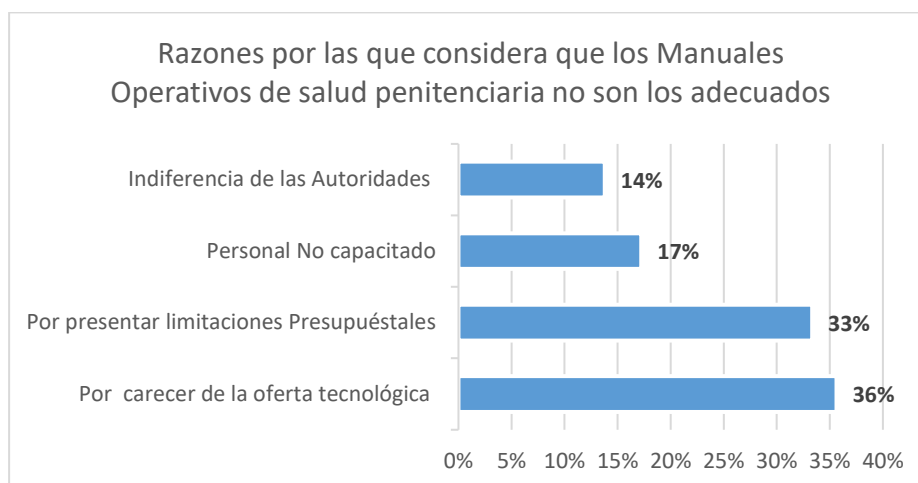


Elaboración Propia

Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 2009-2018)

Así mismo, de lo señalado por los funcionarios penitenciarios de Perú, respecto al tratamiento penitenciario tenemos que:

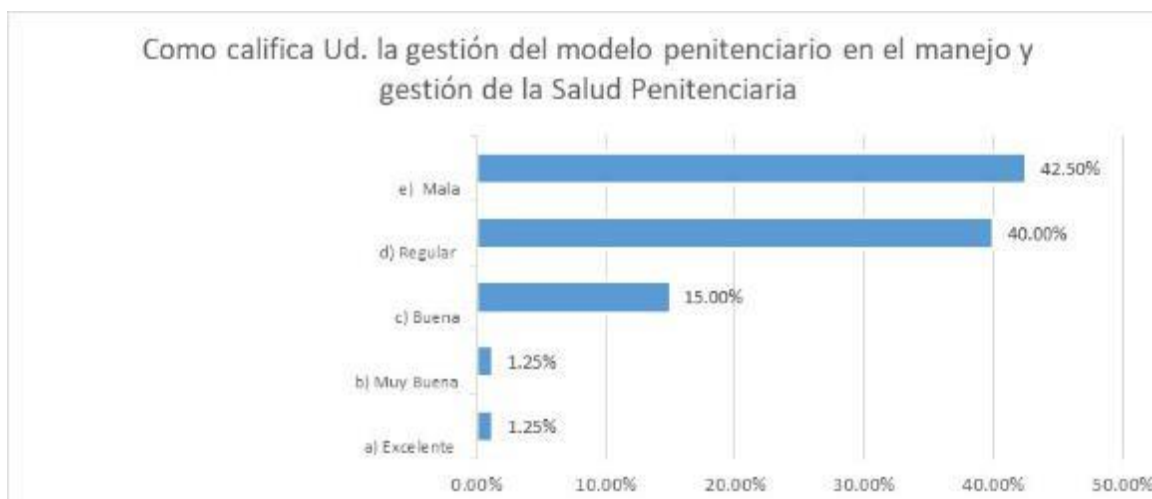
Gráfico 66: Pregunta 04 - Cuáles son las Razones por las que considera que los Manuales Operativos de salud penitenciaria no son los adecuados.



Elaboración Propia

Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 2009-2018)

Gráfico 67: Pregunta 07 - Como califica Ud. la gestión del modelo penitenciario en el manejo y gestión de la Salud Penitenciaria.



Elaboración Propia

Fuente: (INPE, Boletines estadísticos, 2009-2018)

Esos datos confirman que **el modelo penitenciario actual no ha logrado los resultados de salud penitenciaria.**

Los resultados encontrados han permitido construir **un nuevo Modelo de Gestión Penitenciaria para el Perú**, “basado” en el **respeto de los “derechos” y necesidades básicas de los seres humanos**, como son la seguridad y la salud, como lo señalan los modelos denominados “Gradual”, “Borstal”, “Belga” y “Aire Libre”. Así mismo **se priorizara la educación como base del tratamiento** para recuperación, “rehabilitación” y “reinserción” de las personas privadas de la libertad; dado que la educación, concede al “interno” la ventaja de “adiestrarse” en un “oficio/labor” y generar un beneficio económico al vender sus productos; este enfoque teórico-práctico resulta netamente útil a corto y largo plazo, pues el interno logra cierta independencia económica desde su estadía en el establecimiento penitenciario intramuros (Cárcel), el cual es incluso trasladable a su familia, además de “aplicar” todo lo aprendido cuando se reincorpore a la sociedad, permitiendo **mejores probabilidades para su reinserción a la sociedad**, como lo señalan los modelo denominados “Reformatorio”, “Aire libre”, “Prelibertad” y “Libertad”. Finalmente, también **se incorporan las técnicas de clasificación según el delito y la pena**, a fin de mantener la “integridad física” y mental de las “personas privadas de la libertad”, como lo señalan los modelos de “Panóptico”, “Celular”, “Auburniano” y “Reformatorio”. Nuestro modelo combina elementos de todos los modelos previamente mencionados, manteniendo los elementos como la clasificación, la seguridad y el tratamiento, por considerarlos acorde a la realidad actual del Perú, adicionalmente y **como parte del aporte de la presente tesis se han incorporado otros elementos al nuevo modelo propuesto, como son la infraestructura, la educación y la salud física y mental**, por considerarlos indispensables para la realidad peruana.

De la misma manera, se ha puesto énfasis en que **el tratamiento, que incluye la capacitación para el aprendizaje de un oficio, considere en cuenta el factor geográfico y el componente cronológico**, por lo que la actividad económica predominante en la zona debe ser tomada en cuenta para articular los programas y políticas públicas de formación productiva, y acompañarlas de los programas y políticas públicas necesarias para que los internos que participen en estos programas, cuando recuperen su libertad no encuentren barreras que impidan su inserción en el mercado laboral; por ello los programas y políticas públicas para este fin deberán considerar una colaboración entre los gobiernos regionales y la administración penitenciaria, dado que el éxito de la reinserción a la sociedad de los internos, depende directamente de las oportunidades que los ex privados de libertad puedan lograr, a fin de sustentarse económicamente a sus familias y a ellos mismos.

Resumiendo lo anteriormente expuesto, tenemos que los resultados cuantitativos demuestran que no se han alcanzado los resultados esperados en seguridad, como se apreció en el índice de incidentes de seguridad en los establecimientos penitenciarios intramuros, los resultados de internos con enfermedades, con un incremento año a año, demuestran también que en lo que respecta a salud las cárceles han fracasado en mantener la salud física de los internos; en lo que respecta a las tasas de reincidencia y la cada vez mayor población penitenciaria dejan claro que los resultados de tratamiento penitenciario están lejos de ser los óptimos. Como también vimos, a pesar de un incremento presupuestal en el Instituto Nacional Penitenciario, no se han podido implementar medidas correctivas que permitan revertir esa situación.

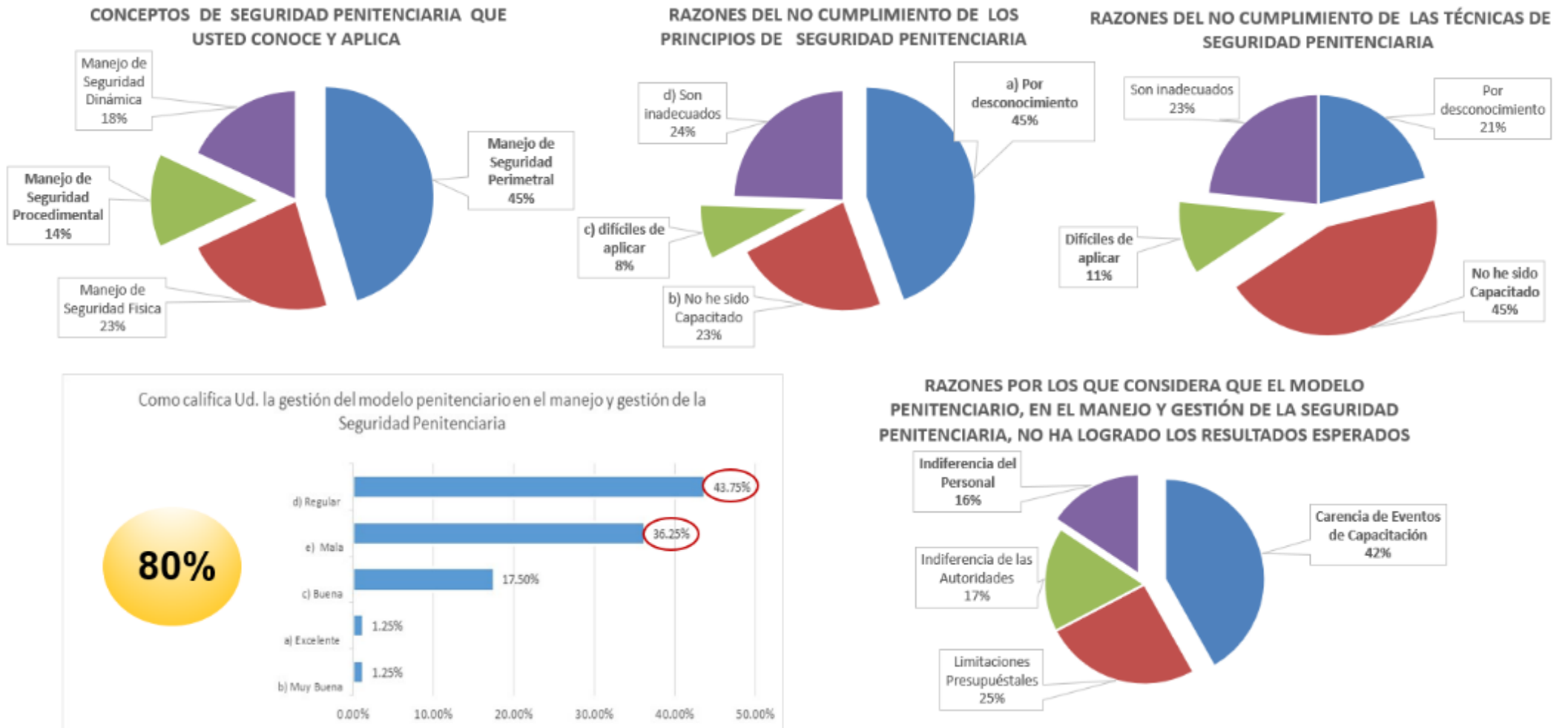
En los resultados del instrumento tenemos un alcance de la percepción de los funcionarios del sistema penitenciario, que están inmersos en los procesos, y por ende en la problemática, y son claves para implementar la solución; y por ello es relevante analizar la percepción de los funcionarios entrevistados respecto a las tres dimensiones de estudio y que proponemos como los pilares del “nuevo modelo penitenciario” para el Perú, nos referimos a la “seguridad penitenciaria”, “el tratamiento penitenciario” y la “salud penitenciaria”. A continuación se muestra un resumen de esos resultados cualitativos más relevantes para cada dimensión.

Seguridad Penitenciaria

Respecto a la “seguridad penitenciaria”, se encontraron resultados dispersos en lo que respecta a su enfoque de “seguridad penitenciaria”, por lo que el 45% de los entrevistados señalaron que priorizan los procedimientos de “seguridad perimetral”, un 23% de los entrevistados prioriza el manejo de “seguridad física”, un 18% señaló que prioriza la “seguridad dinámica” y el restante 14% señaló que prioriza la “seguridad procedimental”; sin embargo a pesar de que señalaron que conocen los conceptos de “seguridad penitenciaria”, coinciden en que los resultados no han sido los esperados. Por lo que tenemos que respecto al no cumplimiento de la gestión de seguridad penitenciaria, el 68% de los entrevistados señaló que es por falta de conocimiento; en lo que corresponde a los resultados cualitativos, para la “seguridad penitenciaria”, encontramos que el 80% de los funcionarios del INPE entrevistados califican la gestión de seguridad penitenciaria vigente como deficiente (regular o mala), mientras que sólo el 20% restante la califico como exitosa (buena, excelente o muy buena), estos resultados como lo vimos anteriormente refleja una fuerte percepción de descontento en los

resultados de la “gestión de seguridad penitenciaria” que el modelo actual ha podido lograr en los últimos 10 años, sin embargo hay un porcentaje de 20% que confía en que si se están logrando los resultados esperados de “seguridad penitenciaria”. Por otro lado en lo que corresponde a la percepción de las causas por los que no se están logrando los resultados de “seguridad penitenciaria”, sin bien se tiene una pluralidad de resultados, tenemos que el 42% de los entrevistados responsabiliza como causante de esos malos resultados a la carencia de eventos de capacitación, un porcentaje elevado que reclama que el modelo actual no está brindando una capacitación adecuada a sus funcionarios en nuevas “técnicas de seguridad penitenciaria”, que les permitan alcanzar los objetivos esperados; así mismo, un 25% de los entrevistados tiene la percepción de que la principal causa de que no se logren resultados en seguridad penitenciaria se debe a la “limitaciones presupuestales”, lo que reflejaría la asimetría de la asignación presupuestal que realiza el INPE, dado que los recursos financieros no se distribuyen equitativamente entre todos los establecimientos penitenciarios; un 17% de los entrevistados tiene la percepción de que las autoridades de la alta dirección del Instituto Nacional Penitenciario son indiferentes a sus necesidades para poder cumplir con la “gestión de seguridad penitenciaria”, esto refuerza los dos resultados anteriores, el de la falta de una capacitación adecuada y el de las limitaciones presupuestales, por último se tiene que un 16% de los entrevistados tiene la percepción que el principal motivo por el que no se logran resultados en la “gestión de seguridad penitenciaria” se debe a la falta de indiferencia del personal que se encuentra a su cargo, lo que denotaría a priori una falta de identificación y sensibilización de los trabajadores de los establecimientos penitenciarios con la misión y visión de su institución.

Resultados: Seguridad Penitenciaria



Elaboración Propia

Fuente: Encuesta funcionarios

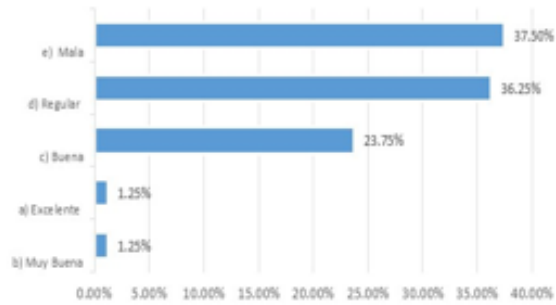
Tratamiento Penitenciario

Respecto al “Tratamiento Penitenciario”, se encontró que el 74% de los entrevistados considera que la infraestructura física de los establecimientos penitenciarios no es la adecuada para desarrollar la “gestión de tratamiento penitenciario”, el 26% restante si tiene la percepción de que la infraestructura penitenciaria es la adecuada para el desarrollo de la “gestión de tratamiento penitenciario”, siguiendo en esa misma línea se encontró en los resultados cualitativos, que la percepción de que la infraestructura penitenciaria no es la adecuada para desarrollar la “gestión de tratamiento penitenciario”, el 53% señaló como motivo los “costos y precios elevados”, seguido por el 20% que tiene la percepción de que hay una “carencia de stock disponible” en lo que respecta a infraestructura penitenciaria adecuada para el “tratamiento penitenciario”, seguidos del 17% que tiene la percepción de que la infraestructura penitenciaria carece de la “calidad y garantías” suficientes para un adecuado desarrollo de la “gestión de seguridad penitenciaria”, finalmente un 10% de los entrevistados tiene la percepción de que la infraestructura de los establecimientos penitenciarios “no prioriza” en su diseño los ambientes para desarrollar adecuadamente la “gestión de tratamiento penitenciario”. Dada la importancia del “tratamiento penitenciario” como principal gestión para el logro de los resultados esperados, en el instrumento para la entrevista a los funcionarios, se hizo referencia al “uso y acceso de las nuevas tecnologías” (TICs) en la gestión de tratamiento penitenciario, encontrándose que el 32% de los entrevistados tiene la percepción de que la “oferta tecnológica disponible” no es la adecuada para ayudar a la “gestión de tratamiento penitenciario” para el logro de los resultados esperado; otro 32% de los entrevistados señaló que existen “limitaciones presupuestales” que permitan

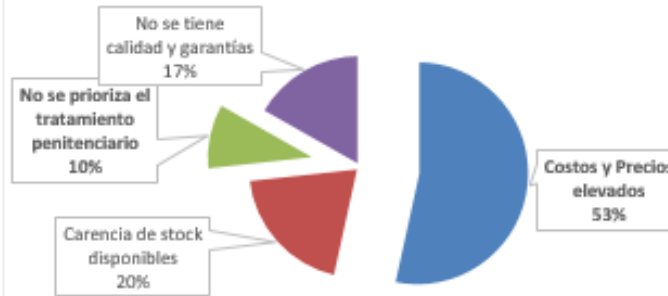
adquirir las TICs que apoyen la “gestión de tratamiento” penitenciario”, otro 20% señalo que no cuentan con la “capacitación adecuada” para el uso de las TICs en la “gestión de tratamiento penitenciario”, y finalmente el 16% restante tiene la percepción de que la falta de TICs en la “gestión de tratamiento penitenciario” se debe a la “indiferencia de las autoridades”, es decir la alta dirección de INPE, que no ha implementado las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TICs) para fortalecer la “Gestión del Tratamiento Penitenciario”. Por otro lado, en lo que respecta a la percepción de los entrevistados respecto al manejo del “Tratamiento Penitenciario” el 74% considera que la gestión no ha sido la adecuada calificándola de mala o regular; señalándose como principales motivos de que no se han logrado los resultados esperados en la “gestión de tratamiento penitenciario”, el 45% de los entrevistados tiene la percepción que se debe al “desconocimiento” es decir la falta de una capacitación adecuada en la gestión de tratamiento penitenciario, resultado que es respaldado por el 24% que señala como principal causa la “falta de capacitación”, seguidos por el 21% que señalo la “falta de personal especialista” y finalmente el 10% que señalo que la “gestión de tratamiento penitenciario” es “difícil de aplicar”. Como se encontró en el marco teórico, puntualmente en la revisión de los estudios previos, el indicador que señala el éxito o el fracaso de la “gestión de tratamiento penitenciario” es la “tasa de reinserción”, al respecto el 90% de los entrevistados señalaron que su percepción de las tasas del modelo actual ha logrado es mala o regular, sólo el 10% restante la considero buena excelente o muy buena; resultado que demuestran que la “gestión de tratamiento penitenciario” no está cumpliendo con el objetivo principal de recuperar, resocializar y reinsertar a la población penitenciaria, quienes carecen de una “gestión de tratamiento” adecuada.

Resultados: Tratamiento Penitenciario

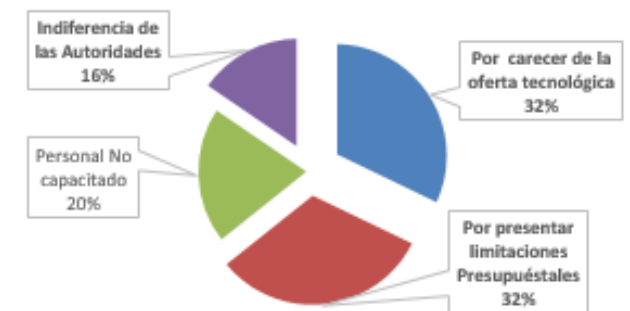
Como califica la Infraestructura de los Establecimientos Penitenciarios, respecto a las exigencias para la gestión de tratamiento penitenciario



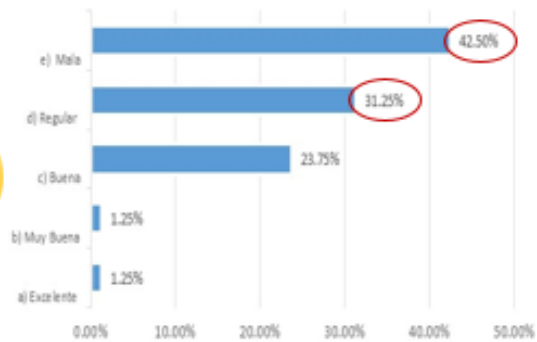
RAZONES POR LAS QUE CONSIDERA QUE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS NO SE AJUSTAN A LAS EXIGENCIAS PARA LA GESTIÓN DE TRATAMIENTO PENITENCIARIO



RAZONES POR LAS QUE UD. CONSIDERA QUE LAS CONDICIONES DE USO Y ACCESO A LA TECNOLOGÍA NO PERMITEN, EL MANEJO INTEGRAL Y ADECUADO DE LA GESTIÓN DE TRATAMIENTO PENITENCIARIO



Como califica Ud. la gestión del modelo penitenciario en el manejo y gestión del Tratamiento Penitenciario

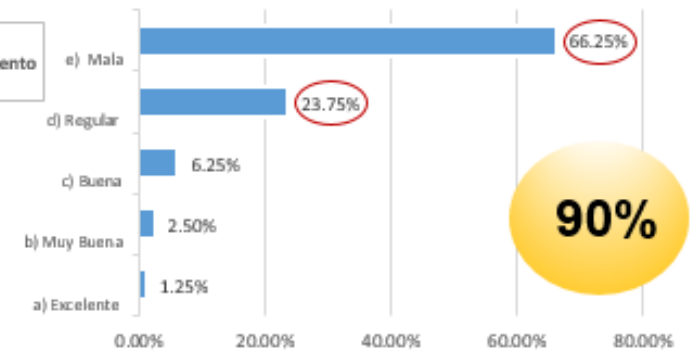


74%

RAZONES POR LOS QUE UD. CONSIDERA QUE EL MODELO PENITENCIARIO, EN EL MANEJO Y GESTIÓN DEL TRATAMIENTO PENITENCIARIO, NO HA LOGRADO LOS RESULTADOS ESPERADOS



COMO CALIFICA LA GESTIÓN DEL MODELO PENITENCIARIO EN LA REINSERCIÓN DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD A LA SOCIEDAD



90%

Elaboración Propia

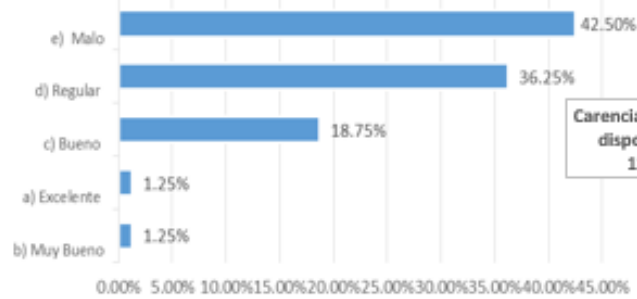
Fuente: Encuesta funcionarios

Salud Penitenciaria

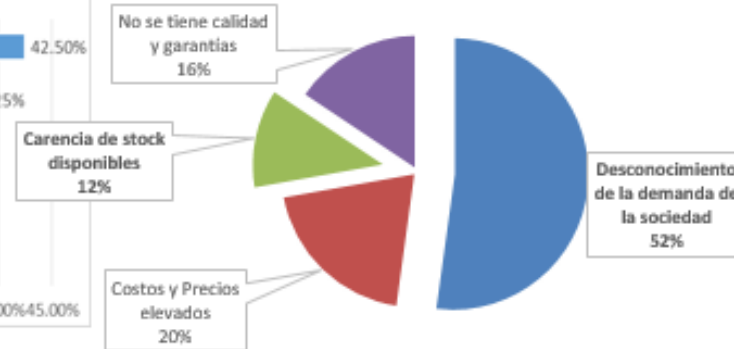
Respecto a la “Salud Penitenciaria”, se encontró que el 79% de los entrevistados tiene la percepción de que la tecnología empleada en la “gestión de salud penitenciaria” no es la adecuada, calificándola de mala o regular. Entre las razones que señalaron, tenemos que el 52% de los entrevistado indico que hay un “desconocimiento de la demanda de la sociedad”, es decir que las tecnologías empleadas no corresponden a las verdaderas necesidades de la población penitenciaria, esto es seguido por la percepción del 20% de los entrevistados que tienen la percepción de que esas tecnologías para la salud penitenciaria en las prisiones tienen “costos y precios elevados”, un 16% de los entrevistados señalo que esas tecnologías no tienen la “calidad y garantías necesarias”, y finalmente el 12% restante señalo que hay una “carencia de stock disponible” para que pueda ser adecuadamente aplicado en la “gestión de salud penitenciaria”, los resultados cualitativos, que concluyen en una percepción de que la “gestión de salud penitenciaria” no ha logrado los resultados esperados van de la mano con los resultados cuantitativos que se presentaron anteriormente y que muestran una creciente población de internos con enfermedades contagiosas. Los establecimientos penitenciarios se han convertido en foco infecciosas que no solo ponen en peligro la salud de los internos sino además de los núcleos urbanos en que se encuentran los establecimientos penitenciarios; esto además se sostiene en el resultado de que el 83% de los entrevistados califican los resultados obtenidos en salud penitenciaria como malos o regulares, señalando como principal causa las “limitaciones presupuestales” y la “falta de interés” de las autoridades competentes.

Resultados: Salud Penitenciaria

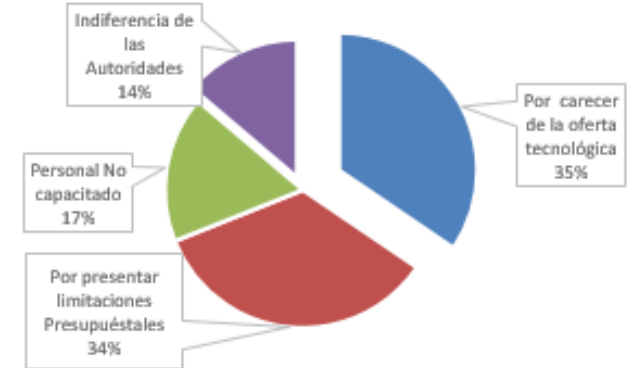
Como califica la Tecnología disponible en la gestión de Salud penitenciaria



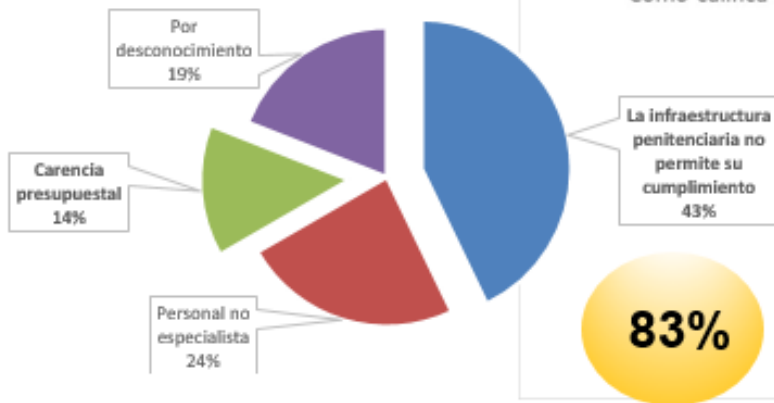
RAZONES POR QUE CONSIDERA QUE LA TECNOLOGÍA DISPONIBLE EN LA GESTIÓN DE SALUD PENITENCIARIA NO SE AJUSTAN A LAS EXIGENCIAS DE LA DEMANDA DE LA SOCIEDAD



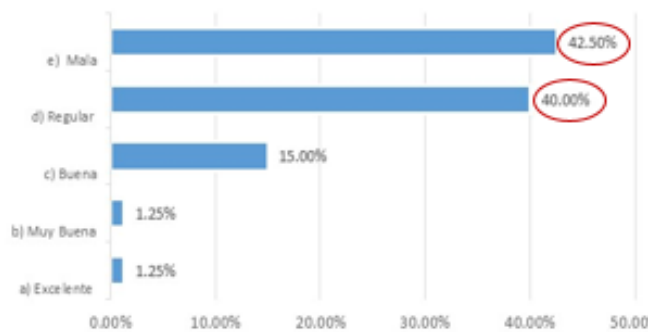
RAZONES POR LAS QUE CONSIDERA QUE LOS MANUALES OPERATIVOS DE SALUD PENITENCIARIA NO SON LOS ADECUADOS



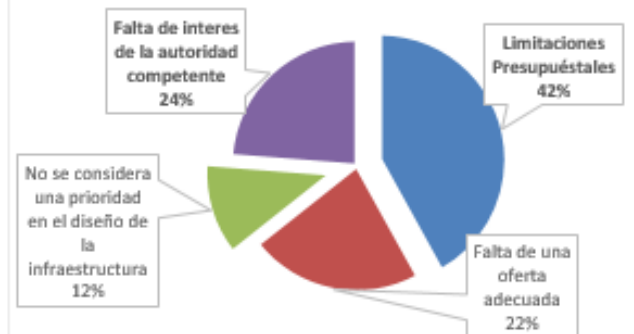
RAZONES DEL NO CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LOS MANUALES OPERATIVOS DE SALUD PENITENCIARIA



Como califica Ud. la gestión del modelo penitenciario en el manejo y gestión de la Salud Penitenciaria



RAZONES POR LOS QUE UD. CONSIDERA QUE EL MODELO PENITENCIARIO EN EL MANEJO Y GESTIÓN DE LA SALUD PENITENCIARIA NO HA LOGRADO LOS RESULTADOS ESPERADOS.



Elaboración Propia

Fuente: Encuesta funcionarios

CAPITULO VI: UNA APROXIMACIÓN DE LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

El nuevo modelo penitenciario propuesto tiene como “objetivo” la reinserción sostenible de las “personas privadas de la libertad” en la sociedad. Para alcanzar ese objetivo el modelo se basa en tres pilares: 1) La Seguridad Penitenciaria, 2) El Tratamiento Penitenciario y 3) La Salud Penitenciaria. Estos tres pilares del modelo garantizan que la población penitenciaria tendrá las condiciones adecuadas para que se pueda desarrollar la recuperación, rehabilitación y reinserción.

Se identificaron como principales actores del modelo la población penitenciaria, los familiares de la población penitenciaria, el entorno social de la población penitenciaria, las empresas privadas, los gobiernos locales, los gobiernos regionales y las instituciones del gobierno central.

La seguridad penitenciaria adecuadamente gestionada por el nuevo modelo, permitirá asegurar y garantizar la “seguridad física” de la población penitenciaria, y de los trabajadores de los establecimientos penitenciarios, respetándose los estándares internacionales señalados en las reglas de Kioto, y siguiéndose las recomendaciones que mencionamos de los estudios de CARRANZA, E. (1992) “Sistemas penitenciarios y alternativas a la prisión en América Latina y el Caribe”, MAPELLI CAFFARENA, B., & ALDERETE LOBO, R. A. (2015) “Manual Regional

de Buenas Prácticas Penitenciarias” y UNODC. (2014) “Manual sobre estrategias para reducir el hacinamiento en las prisiones”. Que como se señaló en el “marco teórico”, la seguridad penitenciaria no se limita al confinamiento y aislamiento de la población penitenciaria, como lo aplican los modelos Panóptico, Filadélfico y Borstal; por el contrario la seguridad penitenciaria, como se enfoca en el modelo propuesto, busca crear espacios de intercambio y desarrollo, con seguridad para la población penitenciaria, los trabajadores de los establecimientos penitenciarios y la población civil que interactúe con la población penitenciaria ; espacios que son fundamentales para que se desarrolle adecuadamente la gestión de Tratamiento penitenciario. En la puesta en práctica de esta nueva gestión de Seguridad Penitenciaria, es fundamental el uso de las “nuevas tecnologías de Información y Comunicaciones” (TICs), que no solo permiten garantizar mayores niveles de seguridad, sino además menores costos respecto a las técnicas tradicionales de seguridad penitenciaria. Como lo señala el estudio del BID (2013) “Evaluación del sistema concesionado versus el sistema público”, la inversión en esta nueva infraestructura de seguridad puede darse a través de la inversión privada, complementando la inversión pública, o incluso de manera exclusiva; en el caso de Perú se puede aprovechar la modalidad de Obras por Impuestos (OxI) para atraer los recursos financieros necesarios para la “implementación” de esta nueva infraestructura de seguridad penitenciaria.

Así mismo, la gestión de Salud Penitenciaria garantizara que los internos de los establecimientos penitenciarios intramuros dispongan de los medios y medidas necesarias para que su salud física y mental no se deteriore, la inversión privada juega también un papel fundamental, con una inversión que busque y promueva

la prevención, manteniendo los niveles de salud que también establece las reglas de Kioto. Las nuevas tecnologías de la información y comunicaciones (TICs) permitirán un uso adecuados de los recursos médicos, así como también un monitoreo y medición permanente, que facilitaran las políticas de prevención de la salud tanto individual como comunitaria al interior de los establecimientos penitenciarios, siguiéndose lo estipulado en los estudios de ZERBINI, E. V. (2013) “Programa Nacional de Control de la Tuberculosis Normas Técnicas 2013”, y CONPES (2015) “Política penitenciaria y carcelaria en Colombia”, que centra la política de salud penitenciaria en la prevención y la educación de la población privada de la libertad, a fin de mantener los estándares de salud en los establecimientos penitenciarios intramuros.

Respecto a la gestión de Tratamiento penitenciario, esta se apoya en la gestión de seguridad penitenciaria y salud penitenciaria antes mencionadas, dado que son necesarias para que la gestión de tratamiento se desarrolle de manera continua, que es lo único que puede garantizar resultados sostenibles, que se verán reflejados en menores tasas de reingreso a los establecimientos penitenciarios. El modelo propuesto se diferencia de los otros modelos como el de Modelo al Aire Libre, Modelo de Pre-Libertad, Modelo de Prisión Abierta o Modelo Abierto, que el tratamiento a la población penitenciaria no solo involucra a los familiares directos de la población privada de la libertad, sino que además hace partícipes en el tratamiento al entorno social directo, a fin de garantizar que se identifique la totalidad de las variables que produjeron el comportamiento delictivo y antisocial, a fin de que puedan ser incorporadas en el tratamiento. Las empresas privadas juegan un papel fundamental, dado que proveen de las nuevas tecnologías y

técnicas innovadoras para facilitar el tratamiento, así mismo los gobiernos locales regionales y las instituciones del gobierno central, son claves para establecer los convenios locales, regionales e internacionales que le den sostenibilidad a la gestión de tratamiento penitenciario y por ende al modelo; siguiendo las recomendaciones de las investigaciones de IIDH. (2002) “Manual de Buena Práctica Penitenciaria. Implementación de las Reglas Mínimas de Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos. Reforma Penal Internacional”, JUANCHE, A. &. (2012) “Hacia una política de Estado en privación de libertad: Diálogo, recomendaciones y propuestas” y MAPELLI CAFFARENA, B. (2014) “Ejecución de la pena privativa de libertad: Una mirada comparada”, estudios que realzan la importancia de que el tratamiento penitenciario no solo debe ser diseñado de manera exclusiva para cada recluso, sino además que es fundamental la participación de sus familiares; a lo que como mencionamos nuestro modelo propuesto suma además la participación de su entorno social directo.

Respecto al rol de cada uno de los actores del modelo, el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) se encargaría de la Implementación, y planeamiento del modelo al interior de los establecimientos penitenciarios, el gobierno local es el primer responsable por el lado del estado de gestionar la rehabilitación sostenible de la población penitenciaria, una vez que han dejado el centro penitenciario intramuros, gestionando los convenios con instituciones públicas y sobre todo privadas que permitan la reinserción social y económica, haciendo partícipe al entorno social, con un enfoque de apertura y tolerancia, evitando el rechazo de la sociedad a los ex presidiarios. Por otro lado, mediante el uso de las TICs llevaría un adecuado registro de la población penitenciaria que se está rehabilitando fuera

de los establecimientos penitenciarios en su localidad, complementando las funciones del Instituto Nacional Penitenciario (INPE); así mismo, en el caso de los gobiernos regionales corresponde articular las acciones necesarias con las instituciones del gobierno central y organismos internacionales. De esta manera el Gobierno Regional, es el intermediario entre los gobiernos locales de su jurisdicción y las Instituciones del Gobierno Central y los organismos internacionales. Si bien el modelo inicia con el INPE, se requiere la “participación activa” de todos los actores, brindando los elementos que hagan funcionar el modelo, lográndose el objetivo de una reinserción sostenible de las personas privadas de la libertad.

CAPITULO VII: CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en el estudio de las percepciones de las dimensiones definidas en el Modelo de Gestión Penitenciaria y de la “discusión” de esos resultados, se desprendieron las siguientes conclusiones:

1. La política pública penitenciaria ha fracasado, dado que no ha podido afrontar con éxito el crecimiento significativo de la población penitenciaria, el modelo actual no ha sido capaz de generar los resultados en recuperación, rehabilitación y resocialización de las “personas privadas de la libertad”, lo que está directamente relacionado por la falta de una gestión adecuada de seguridad, tratamiento y salud penitenciaria.
2. La totalidad de Establecimientos Penitenciarios está en malas e insuficientes condiciones de infraestructura; situación que ha llevado a la imposibilidad de la ejecución y el desarrollo de los “planes” y “programas” de seguridad, tratamiento y salud penitenciaria. Esta falta de infraestructura adecuada ha repercutido directamente en la incapacidad de alcanzar los resultados esperados en recuperación, rehabilitación y resocialización de las personas privadas de la libertad.

3. En la práctica, como lo demuestra la información empírica, no se está cumpliendo a plenitud con la gestión de seguridad, tratamiento y salud penitenciaria, a pesar de la obligación legal, y lo estipulado en los manuales operativos. La gestión de las autoridades de los establecimientos penitenciarios se ha centrado principalmente en la custodia de las personas privadas de la libertad.

4. Tenemos entonces qué, la percepción de los funcionarios de INPE entrevistados, el modelo de gestión penitenciaria vigente ha fracasado, al no centrar su gestión en la seguridad, tratamiento y salud penitenciaria, así como carecer de la gestión presupuestaria que permita el seguimiento de los resultados de esas dimensiones. El nuevo modelo de gestión penitenciaria, si contempla y centra su gestión en la seguridad, el tratamiento y la salud de la población penitenciaria, considerando además los indicadores de gestión presupuestaria que permitan el seguimiento, por ende la percepción es de que el modelo propuesto generará los resultados esperados en gestión penitenciaria, entonces se reinsertará a las personas privadas de la libertad a la sociedad, dado que se cumple las hipótesis específicas: “El nuevo modelo de gestión penitenciaria generará los resultados esperados en seguridad penitenciaria entonces, se reinsertará a las personas privadas de la libertad a la sociedad”; “el nuevo modelo de gestión penitenciaria generará los resultados esperados en tratamiento penitenciario, entonces se reinsertará a las personas privadas de la libertad a la sociedad”; y “el nuevo modelo de gestión penitenciaria generará los resultados esperados en salud penitenciaria entonces, se reinsertará a las personas privadas de la libertad a la sociedad”.

CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES

De los resultados obtenidos en el estudio de las percepciones de las dimensiones definidas en el Modelo de Gestión Penitenciaria, la discusión de esos resultados y las conclusiones, se desprendieron las siguientes recomendaciones:

1. El objetivo principal de un modelo de gestión penitenciaria no es solamente el cumplimiento de la pena carcelaria. Se recomienda que los manuales operativos y de gestión de seguridad, tratamiento y salud penitenciaria deben centrarse en la recuperación, “rehabilitación” y “reinserción” de la “persona privada de su libertad”.
2. Se recomienda que los manuales operativos y de gestión de seguridad, tratamiento y salud penitenciaria deben estar basado siempre en el “respeto de los derechos humanos” y las condiciones básicas de los seres humanos, dado que, si bien los internos de los establecimientos penitenciarios intramuros se encuentran privados de su libertad, ese hecho no los debe deshumanizar ni privar de sus otros derechos básicos como seres humanos, como son la seguridad, la educación y la salud.

3. Se recomienda que se modifique el modelo de gestión presupuestaria, a fin de que incorpore información pertinentes y los indicadores que permitan el seguimiento de las acciones que llevaran al logro de los resultados esperados, orientando la gestión hacia una adecuada caracterización de la población penitenciaria y mejorar la infraestructura penitenciaria; a fin de alcanzar las “condiciones mínimas” y “necesarias” para que se pueda realizar plenamente la gestión de Seguridad Penitenciaria, Tratamiento Penitenciario y Salud Penitenciaria; sin las cuales será imposible lograr los resultados esperados para reinsertar a las personas privadas de la libertad.

4. Se recomienda que el énfasis principal en el tratamiento, es que debe incluir la capacitación para el aprendizaje de un oficio, considerando el “factor geográfico” y el “componente cronológico”, por lo que la “actividad económica” predominante en la zona debe ser tomada en cuenta para articular los programas y políticas públicas de formación productiva, y acompañarlas de los programas y políticas públicas necesarias para que los internos que participen en estos programas, cuando recuperen su libertad no encuentren “barreras” que impidan su “inserción en el mercado laboral”; por ello los programas y políticas públicas para este fin deberán considerar una “colaboración” entre los distintos gobiernos regionales y la administración penitenciaria, dado que el éxito de la “reinserción a la sociedad” de los internos, depende directamente de las oportunidades que los “ex privados de libertad” puedan lograr, a fin de “sustentarse económicamente” a sus familias y a ellos mismos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Referencias bibliográficas

ARIZA, L. J. (2011). *Los muros de la infamia: prisiones en Colombia y América Latina*. Bogotá: Universidad de los Andes.

BENTHAM, J. &. (1979). *El ojo del poder. El panóptico*. Madrid: La Piqueta.

BID. (2013). *Evaluación del sistema concesionado versus el sistema*. Santiago de Chile.

BRAVO, O. A. (2016). *Las prisiones de la locura, la locura de las prisiones: La construcción institucional del preso psiquiátrico*. Cali: Editorial Grupo 5.

CAMPS, V. (1992). *Concepciones de la Ética*. Madrid: Trotta.

CARRANZA, E. (1992). *Sistemas penitenciarios y alternativas a la prisión en América Latina y el Caribe*. Depalma.

CONPES. (2015). *Política penitenciaria y carcelaria en Colombia*. Bogotá.

FOUCAULT, M. (1990). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo veintiuno.

GESPyDH y OAJ. (2012). *Seminario de estudios comparados sobre las estrategias del gobierno de la cárcel neoliberal en Argentina y en Francia*. Buenos Aires.

IIDH. (2002). *Manual de Buena Práctica Penitenciaria. Implementación de las Reglas Mínimas de Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos. Reforma Penal Internacional*. San José.

- INPE. (2009-2017). *Boletines estadísticos*.
- JUANCHE, A. &. (2012). *Hacia una política de Estado en privación de libertad: Diálogo, recomendaciones y propuestas*. Montevideo: SERPAJ y OSJ.
- MAPELLI CAFFARENA, B. (2014). *Ejecución de la pena privativa de libertad: Una mirada comparada*. Madrid: Programa EUROsociAL.
- MAPELLI CAFFARENA, B., & ALDERETE LOBO, R. A. (2015). *Manual Regional de Buenas Practicas Penitenciarias*. Madrid: Programa EUROsociAL.
- MÉXICO EVALÚA. (2013). *Las Cárceles en México ¿Para qué?* México D.F.: Centro de Análisis de Políticas Públicas,.
- MINJUSTICIA. (2014). *Lineamientos para el fortalecimiento de la Política Penitenciaria en Colombia*. Bogotá.
- MOLINA, M. D. (2014). *La reinserción y rehabilitación social en la cárcel uruguaya*. Montevideo.
- RODRÍGUEZ, E. y. (2015). *CIRCUITOS CARCELARIOS: Estudios sobre la cárcel Argentina*. Buenos Aires: EPC.
- SARPIERI, R. (2014). *Metodología de la Investigación - 6ta Edic..* México D.F.: McGrawHill.
- UNODC. (2014). *Manual sobre estrategias para reducir el hacinamiento en las prisiones*. Nueva York.
- ZERBINI, E. V. (2013). *Programa Nacional de Control de la Tuberculosis Normas Técnicas 2013*. Santa Fe: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Investigación en Políticas Públicas

Victor Hugo Haro Hidalgo

Matriz de Consistencia
TITULO DE LA TESIS: EL SISTEMA PENITENCIARIO EN EL PERU: HACIA UN NUEVO MODELO DE GESTION. 2018
LINEA DE INVESTIGACION: POLITICA PUBLICA
AUTOR: VICTOR HUGO HARO HIDALGO

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	METODOLOGIA
PROBLEMA PRINCIPAL "...¿De qué manera incidirá el modelo de gestión penitenciaria ante la deficiente administración penitenciaria a cargo del INPE?..."	OBJETIVO GENERAL "...Diseñar un nuevo modelo de gestión penitenciaria que posibilite la reinserción a la sociedad de las personas privadas de la libertad, alcanzando los resultados esperados que no se consiguieron con el modelo anterior..."	HIPÓTESIS GENERAL "...El nuevo modelo de gestión penitenciaria posibilitará la reinserción de las personas privadas de la libertad a la sociedad, alcanzándose los resultados esperados que no se consiguieron con el modelo anterior..."	V1: Modelo de gestión penitenciaria V2: Reinsertar personas privadas de la libertad a la sociedad	- Seguridad Penitenciaria - Tratamiento penitenciario - Salud Penitenciaria - Evakuar - Rehabilitar - Reinsertar	- Enfoque: Cualitativo - Alcance: Descriptiva - Tipo: Proyectiva - Diseño: No experimental - Unidad de análisis: Modelo de Gestión Penitenciaria
PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO
Primer problema específico: "...¿De qué manera incidirá el modelo de gestión penitenciaria ante la deficiente administración penitenciaria en seguridad a cargo del INPE?..."	Primer objetivo específico: "...Diseñar un nuevo modelo de gestión penitenciaria que posibilite la reinserción a la sociedad de las personas privadas de la libertad, alcanzando los resultados esperados que no se consiguieron con el modelo anterior en seguridad penitenciaria..."	Primera hipótesis específica: "...El nuevo modelo de gestión penitenciaria posibilitará la reinserción de las personas privadas de la libertad a la sociedad, alcanzándose los resultados esperados en seguridad penitenciaria que no se consiguieron con el modelo anterior..."	V1: Modelo de gestión penitenciaria V2: Seguridad penitenciaria	- Cantidad de incidentes de seguridad penitenciaria al interior del establecimiento penitenciario - Cantidad de personas privadas de la libertad que perdieron la vida en el interior del establecimiento penitenciario	- Entrevista - Análisis documental
Segundo problema específico: "...¿De qué manera incidirá el modelo de gestión penitenciaria ante la deficiente administración penitenciaria en tratamiento a cargo del INPE?..."	Segundo objetivo específico: "...Diseñar un nuevo modelo de gestión penitenciaria que posibilite la reinserción a la sociedad de las personas privadas de la libertad, alcanzando los resultados esperados que no se consiguieron con el modelo anterior en tratamiento penitenciario..."	Segunda hipótesis específica: "...El nuevo modelo de gestión penitenciaria posibilitará la reinserción de las personas privadas de la libertad a la sociedad, alcanzándose los resultados esperados en tratamiento penitenciario que no se consiguieron con el modelo anterior..."	V1: Modelo de gestión penitenciaria V2: Tratamiento penitenciario	- Cantidad de personas privadas de la libertad que fueron evaluadas - Cantidad de personas privadas de la libertad que recibieron tratamiento	- Entrevista - Análisis documental
Tercer problema específico: "...¿De qué manera incidirá el modelo de gestión penitenciaria ante la deficiente administración penitenciaria en salud a cargo del INPE?..."	Tercer objetivo específico: "...Diseñar un nuevo modelo de gestión penitenciaria que posibilite la reinserción a la sociedad de las personas privadas de la libertad, alcanzando los resultados esperados que no se consiguieron con el modelo anterior en salud penitenciaria..."	Tercera hipótesis específica: "...El nuevo modelo de gestión penitenciaria posibilitará la reinserción de las personas privadas de la libertad a la sociedad, alcanzándose los resultados esperados en salud penitenciaria que no se consiguieron con el modelo anterior..."	V1: Modelo de gestión penitenciaria V2: Salud penitenciaria	- Cantidad de personas privadas de la libertad que recibieron atención médica - Cantidad de personas privadas de la libertad que fueron diagnosticadas con TBC o VIH	- Entrevista - Análisis documental

Anexo 2. Instrumento para la recolección de datos

ENCUESTA A DIRECTIVOS Y FUNCIONARIOS RESPONSABLES DE LA GESTIÓN DE SEGURIDAD, SALUD Y TRATAMIENTO EN LOS ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS DEL SNP DEL PERÚ

TESIS: “EL HACINAMIENTO EN LOS ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS DEL SNP DEL PERÚ NO POSIBILITA PROPONER EL USO DE TEORÍAS, TÉCNICAS Y CONOCIMIENTOS CIENTÍFICOS QUE PERMITAN UNA ADECUADA GESTIÓN EN SEGURIDAD, TRATAMIENTO Y SALUD PENITENCIARIA PARA LA REEDUCACIÓN, RESOCIALIZACIÓN Y REINSERCIÓN DE LA POBLACIÓN PENITENCIARIA”

Agradeceré a usted responder este breve y sencillo cuestionario, su aporte es muy importante para el logro del siguiente objetivo.

OBJETIVO: Mejorar la Gestión Seguridad, Salud y Tratamiento Penitenciario en los Establecimientos Penitenciarios del SNP del Perú

GENERALIDADES:

Esta información será utilizada en forma confidencial, anónima y acumulativa; por lo que agradeceremos a las personas entrevistadas proporcionarnos informaciones veraces, solo así serán realmente útiles para la investigación.

INFORMANTES:

La presente Encuesta está dirigida a funcionarios y Personal responsable de la Gestión de Seguridad, Salud y Tratamiento Penitenciario en el Establecimiento Penitenciario de

1.1. DATOS DE LA INSTITUCION

1.1.1. Denominación:

1.1.3. Ubicación geográfica

1.1.4. Dependencia donde labora

1.2. DATOS DEL INFORMANTE

1.2.1. Nivel de Instrucción Alcanzado:

Sin Estudios (), Secundaria Completa (), Estudios Técnicos ().

Estudios Universitarios concluidos () Especialización.....

Grado académico.....Título Profesional.....Otros.....

1.2.2. Tiempo de Servicio
en el cargo actual:

1.2.3. Tiempo de Servicio en la
Administración Pública:

Indique los últimos tres eventos de Capacitación que Ud. asistido e indique las fechas

a).....Fecha

b)..... Fecha

c)..... Fecha

2. GESTIÓN DE SEGURIDAD PENITENCIARIA:

2.1. De entre los siguientes, marque con una (X) <i>los Conceptos de Seguridad Penitenciaria</i> que Usted conoce y aplica		
a) Manejo de Seguridad Perimetral		b) Manejo de Seguridad Física
c) Manejo de Seguridad Procedimental		d) Manejo de Seguridad Dinámica
e) Ninguno de los anteriores (otro concepto)		
2.2. Cuáles son las razones del No cumplimiento de <i>los Conceptos de Seguridad Penitenciaria</i> que no ha marcado:		
a) Por desconocimiento		b) No he sido Capacitado
c) difíciles de aplicar		d) Son inadecuados
e) Otro, ¿Cuál?		
2.3. De entre los siguientes, marque con una (X) <i>los Principios de Seguridad Penitenciaria</i> que Usted conoce y aplica		
a) Manejo de Seguridad Perimetral		b) Manejo de Seguridad Física
c) Manejo de Seguridad Procedimental		d) Manejo de Seguridad Dinámica
e) Otro, ¿Cuál?		
2.4. Cuáles son las razones del No cumplimiento de <i>los Principios de Seguridad Penitenciaria</i> que no ha marcado:		
a) Por desconocimiento		b) No he sido Capacitado
c) difíciles de aplicar		d) Son inadecuados
e) Otro, ¿Cuál?		
2.5. De entre los siguientes, marque con una (X) <i>las Técnicas de Seguridad Penitenciaria</i> que Usted conoce y aplica		
a) Técnicas de Monitoreo Penitenciario		b) Técnicas de Evaluación y Categorización
c) Técnicas de Prevención de Riesgos		d) Técnicas de Inteligencia y Contrainteligencia Penitenciaria
e) Otro, ¿Cuál?		
2.6. Cuáles son las razones del No cumplimiento de <i>las Técnicas de Seguridad Penitenciaria</i> que no ha marcado:		
a) Por desconocimiento		b) No he sido Capacitado
c) difíciles de aplicar		d) Son inadecuados
e) Otro, ¿Cuál?		

2.7. Como califica Ud. la gestión del modelo penitenciario en el manejo y gestión de la Seguridad Penitenciaria.		a) Excelente	
		b) Muy Buena	
		c) Buena	
		d) Regular	
		e) Mala	
2.8. Cuáles son las Razones por los que Ud. considera que el modelo penitenciario, en el manejo y gestión de la Seguridad Penitenciaria , no ha logrado los resultados esperados.			
a) Carencia de Eventos de Capacitación		b) Limitaciones Presupuestales	
c) Indiferencia de las Autoridades		d) Indiferencia del Personal	
e) Otro, ¿Cuál?			
3. GESTIÓN DE TRATAMIENTO PENITENCIARIO:			
3.1. Como califica la Infraestructura de los Establecimientos Penitenciarios, respecto a las exigencias para la gestión de tratamiento penitenciario .		a) Excelente	
		b) Muy Buena	
		c) Buena	
		d) Regular	
		e) Mala	
3.2. Cuáles son las Razones por las que considera que la Infraestructura de los Establecimientos Penitenciarios No se ajustan a las exigencias para la gestión de Tratamiento penitenciario .			
a) Costos y Precios elevados		b) Carencia de stock disponibles	
c) No se prioriza el tratamiento penitenciario		d) No se tiene calidad y garantías	
e) Otro, ¿Cuál?			
3.3. Como califica Ud. las condiciones de Uso y Acceso, a la Tecnología que permita el manejo integral y adecuado de la gestión de Tratamiento Penitenciario .		a) Excelente	
		b) Muy Buenas	
		c) Buenas	
		d) Regulares	
		e) Malas	

3.4. Cuáles son las razones por las que Ud. considera que las condiciones de Uso y Acceso a la Tecnología NO permiten, el manejo integral y adecuado de la gestión de Tratamiento Penitenciario.			
a) Por carecer de la oferta tecnológica		b) Por presentar limitaciones Presupuestales	
c) Personal No capacitado		d) Indiferencia de las Autoridades	
e) Otro, ¿Cuál?			
3.5. Como califica el Nivel de cumplimiento de los <i>Manuales Operativos de Tratamiento Penitenciario</i>		a) Totalmente	
		b) Mayoritariamente	
		c) Regularmente	
		d) Minoritariamente	
		e) No se Aplica	
3.6. Cuáles son las Razones del No cumplimiento de los <i>Manuales Operativos de Tratamiento penitenciario</i>			
a) Por desconocimiento		b) No he sido Capacitado	
c) Personal no especialista		d) Son inadecuados para los EE.PP.	
e) Otro, ¿Cuál?			
3.7. Como califica el Nivel de cumplimiento de las <i>Normas de Tratamiento Penitenciario</i>		a) Totalmente	
		b) Mayoritariamente	
		c) Regularmente	
		d) Minoritariamente	
		e) No se Aplica	
3.8. Cuáles son las Razones del No cumplimiento de las <i>Normas de Tratamiento Penitenciario</i>			
a) Por desconocimiento		b) No he sido Capacitado	
c) Personal no especialista		d) Son inadecuados para los EE.PP.	
e) Otro, ¿Cuál?			
3.9. Como califica Ud. la gestión del modelo penitenciario en el manejo y gestión del Tratamiento Penitenciario.		a) Excelente	
		b) Muy Buena	
		c) Buena	
		d) Regular	
		e) Mala	
3.10. Cuáles son las Razones por los que Ud. considera que el modelo penitenciario, en el manejo y gestión del Tratamiento Penitenciario, no ha logrado los resultados esperados.			
a) Por desconocimiento		b) No he sido Capacitado	
c) difíciles de aplicar		d) Personal no especialista	
e) Otro, ¿Cuál?			

4. GESTIÓN SALUD PENITENCIARIA:			
4.1. Como califica la Tecnología disponible en la gestión de salud penitenciaria empleadas en los establecimientos penitenciarios intramuros.		a) Excelente	
		b) Muy Buena	
		c) Buena	
		d) Regular	
		e) Mala	
4.2. Cuáles son las Razones por que considera que la Tecnología disponible en la gestión de salud penitenciaria empleada en los Establecimientos Penitenciarios No se ajustan a las exigencias de la demanda de la sociedad.			
a) Desconocimiento de la demanda de la sociedad		b) Costos y Precios elevados	
c) Carencia de stock disponibles		d) No se tiene calidad y garantías	
e) Otro, ¿Cuál?			
4.3. Como califica los Manuales Operativos disponible en los Establecimientos Penitenciarios, respecto a las exigencias para la gestión de salud penitenciaria .		a) Excelente	
		b) Muy Buenos	
		c) Buenos	
		d) Regulares	
		e) Malos	
4.4. Cuáles son las Razones por las que considera que los Manuales Operativos disponible en los Establecimientos Penitenciarios, respecto a las exigencias para la gestión de salud penitenciaria .			
a) Por carecer de la oferta tecnológica		b) Por presentar limitaciones Presupuestales	
c) Personal No capacitado		d) Indiferencia de las Autoridades	
e) Otro, ¿Cuál?			
4.5. Como califica el Nivel de cumplimiento de las Manuales Operativos de Salud Penitenciaria .		a) Totalmente	
		b) Mayoritariamente	
		c) Regularmente	
		d) Minoritariamente	
		e) No se Aplica	
4.6. Cuáles son las Razones del No cumplimiento de lo dispuesto en los Manuales Operativos de Salud Penitenciaria .			
a) Por desconocimiento		b) No he sido Capacitado	
c) Personal no especialista		d) Son inadecuados para la DIRES o UTES	
e) Otro, ¿Cuál?			

4.7. Como califica Ud. la gestión del modelo penitenciario en el manejo y gestión de la Salud Penitenciaria.		a) Excelente	
		b) Muy Buena	
		c) Buena	
		d) Regular	
		e) Mala	
4.8. Cuáles son las Razones por los que Ud. considera que el modelo penitenciario en el manejo y gestión de la Salud Penitenciaria no ha logrado los resultados esperados.			
a) Carencia de planes Operativos		b) Limitaciones Presupuestales	
c) Personal no capacitado		d) Desconocimiento de Disposiciones	
e) Otro, ¿Cuál?			
4.9. ¿Como califica Ud. la gestión del modelo penitenciario en la reinserción de las personas privadas de la libertad a la sociedad?		a) Excelente	
		b) Muy Buena	
		c) Buena	
		d) Regular	
		e) Mala	

Anexo 3. Validación del Instrumento para la recolección de datos

FORMATO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS – 01

INFORME DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- Título de la investigación: "NUEVO MODELO DE GESTION PENITENCIARIA PARA REHABILITAR REEDUCAR, Y REINSERTAR A LA SOCIEDAD PERUANA – 2012-2017"
- Apellidos y Nombres del experto: LANDAURO ABANTO ALBERTO
- Grado Académico: DOCTOR EN ADMINISTRACION
- Institución en la que trabaja el experto: UNIVERSIDAD NACIONAL DE INGENIERIA –UNI.
- Cargo que desempeña: DIRECTOR DE LA UNIDAD DE POSGRADO – FIGMM – UNI.
- Instrumento motivo de evaluación: CUESTIONARIO DE ENCUESTA
- Autor de instrumento: VICTOR HUGO HARO HIDALGO

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Muy Deficiente (1) Deficiente (2) Aceptable (3) Buena (4) Excelente (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado, es decir libre de ambigüedades.				X	
OBJETIVIDAD	Los ítems del instrumento permitirán mensurar la variable en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico y legal.					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento traducen organicidad lógica en concordancia con la definición operacional y conceptual relacionada con las variables en todas dimensiones e indicadores, de manera que permitan hacer abstracciones e inferencias en función a los problemas y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento expresan suficiencia en cantidad y calidad.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento evidencian ser adecuados para el examen de contenido y mensuración de las evidencias inherentes.					X
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá mediante los ítems, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan coherencia entre la variable, dimensiones e indicadores.					X
METODOLOGÍA	Los procedimientos insertados en el instrumento responden al propósito de la investigación.					X
PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno o más adecuado.					X
SUBTOTAL					8	40
TOTAL					48	

III. OPINIÓN DE APLICACIÓN: Es válido para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALIDACIÓN: 4.8 Buena

Lima, Mayo de 2018



FIRMA DEL EXPERTO

DNI: 08526898

TELF: 989779641

FORMATO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS – 02

INFORME DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- Título de la investigación: "NUEVO MODELO DE GESTION PENITENCIARIA PARA REHABILITAR REEDUCAR, Y REINSERTAR A LA SOCIEDAD PERUANA – 2012-2017"
- Apellidos y Nombres del experto: VALVERDE ESPINOZA SANTIAGO
- Grado Académico: DOCTOR EN MEDIO AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE
- Institución en la que trabaja el experto: UNIVERSIDAD NACIONAL DE INGENIERIA –UNI.
- Cargo que desempeña: DIRECTOR ESCUELA DE METALURGIA - FIGMM – UNI.
- Instrumento motivo de evaluación: CUESTIONARIO DE ENCUESTA
- Autor de instrumento: VICTOR HUGO HARO HIDALGO

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Muy Deficiente (1) Deficiente (2) Aceptable (3) Buena (4) Excelente (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado, es decir libre de ambigüedades.					X
OBJETIVIDAD	Los ítems del instrumento permitirán mensurar la variable en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico y legal.					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento traducen organicidad lógica en concordancia con la definición operacional y conceptual relacionada con las variables en todas dimensiones e indicadores, de manera que permitan hacer abstracciones e inferencias en función a los problemas y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento expresan suficiencia en cantidad y calidad.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento evidencian ser adecuados para el examen de contenido y mensuración de las evidencias inherentes.					X
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá mediante los ítems, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan coherencia entre la variable, dimensiones e indicadores.					X
METODOLOGÍA	Los procedimientos insertados en el instrumento responden al propósito de la investigación.					X
PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno o más adecuado.					X
SUBTOTAL					4	45
TOTAL		49				

III. OPINIÓN DE APLICACIÓN: Es válido para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALIDACIÓN: 4.9 Buena

Lima, Mayo de 2018


 FIRMA DEL EXPERTO
 DNI: 08547342
 TELF: 994942758

FORMATO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS – 03

INFORME DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- Título de la investigación: "NUEVO MODELO DE GESTION PENITENCIARIA - PERU 2009 - 2018 "
- Apellidos y Nombres del experto: GUILLERMO EUGENIO MERINO HURTADO
- Grado Académico: DOCTOR EN CIENCIAS CONTABLES Y FINANCIERAS
- Institución en la que trabaja el experto: Universidad de Ingeniería y Tecnología - UTEC
- Cargo que desempeña: DOCENTE
- Instrumento motivo de evaluación: GUÍA DE ENTREVISTA
- Autor de instrumento: VICTOR HUGO HARO HIDALGO

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Muy Deficiente (1) Deficiente (2) Aceptable (3) Buena (4) Excelente (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado, es decir libre de ambigüedades.					X
OBJETIVIDAD	Los ítems del instrumento permitirán mensurar la variable en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico y legal.					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento traducen organicidad lógica en concordancia con la definición operacional y conceptual relacionada con las variables en todas dimensiones e indicadores, de manera que permitan hacer abstracciones e inferencias en función a los problemas y objetivos de la investigación.				X	
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento expresan suficiencia en cantidad y calidad.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento evidencian ser adecuados para el examen de contenido y mensuración de las evidencias inherentes.					X
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá mediante los ítems, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan coherencia entre la variable, dimensiones e indicadores.					X
METODOLOGÍA	Los procedimientos insertados en el instrumento responden al propósito de la investigación.					X
PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno o más adecuado.					X
SUBTOTAL					8	40
TOTAL						48

III. OPINIÓN DE APLICACIÓN: Es válido para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALIDACIÓN: 4.8 Buena

Lima, 16 julio de 2018


 FIRMA DEL EXPERTO
 DNI: 10138443

FORMATO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS – 04

INFORME DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- Título de la investigación: "NUEVO MODELO DE GESTION PENITENCIARIA - PERU 2009 - 2018 "
- Apellidos y Nombres del experto: RAMÓN OSCAR MURILLO SERNA
- Grado Académico: DOCTOR OF PHILOSOPHY (PHD)
- Institución en la que trabaja el experto: IGGP / USMP
- Cargo que desempeña: DOCENTE
- Instrumento motivo de evaluación: GUÍA DE ENTREVISTA
- Autor de instrumento: VICTOR HUGO HARO HIDALGO

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Muy Deficiente (1) Deficiente (2) Aceptable (3) Buena (4) Excelente (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado, es decir libre de ambigüedades.				X	
OBJETIVIDAD	Los ítems del instrumento permitirán mensurar la variable en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico y legal.					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento traducen organicidad lógica en concordancia con la definición operacional y conceptual relacionada con las variables en todas dimensiones e indicadores, de manera que permitan hacer abstracciones e inferencias en función a los problemas y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento expresan suficiencia en cantidad y calidad.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento evidencian ser adecuados para el examen de contenido y mensuración de las evidencias inherentes.					X
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá mediante los ítems, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan coherencia entre la variable, dimensiones e indicadores.					X
METODOLOGÍA	Los procedimientos insertados en el instrumento responden al propósito de la investigación.					X
PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno o más adecuado.					X
SUBTOTAL					8	40
TOTAL					48	

III. OPINIÓN DE APLICACIÓN: Es válido para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALIDACIÓN: 4.8 Buena


 FIRMA DEL EXPERTO
 DNI: 23950423

Lima, 28 junio de 2018

CARTA AUTORIZACIÓN INVESTIGACIÓN



Miraflores, 10 de Septiembre de 2017

CARTA 027-2017-IGGP-USMP

Sr. Marcos A. Luján del Carpio
Jefe de la Unidad de Estadística
Oficina de Planeamiento y Presupuesto
INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO - INPE
Presente -

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a ustedes para presentar al Sr. Victor Hugo Haro Hidalgo con DNI N° 09862514, alumno del último ciclo del Doctorado de Gobierno y Política Pública del Instituto de Gobierno y de Gestión Pública de la Universidad de San Martín de Porres, quien ya se encuentra desarrollando su proyecto de tesis doctoral: "NUEVO MODELO DE GESTIÓN PENITENCIARIA: REHABILITAR, REEDUCAR Y REINSERTAR".

Estamos seguros que, dicha investigación será un aporte al conocimiento para la formulación e implementación de políticas y la toma de decisiones, por lo que, mucho apreciaremos de usted, tenga a bien disponer se le brinde las facilidades necesarias para la recopilación de la información necesaria para el desarrollo y conclusión de su tesis doctoral.

Agradeciendo la atención, aprovecho de la oportunidad para expresar a usted mi especial consideración y estima personal.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



 **USMP** | INSTITUTO DE GOBIERNO
Y DE GESTIÓN PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES

Dz. H. Ivan Hidalgo Romero
Director (a)

Instituto de Gobierno y de Gestión Pública
Calle Martín Dávila N° 101 San Antonio - Miraflores
Tel: 261-4273 / 261-4274 / 261-4275
ig@institutoiggestiopolitica.usmp.pe
www.institutoiggestiopolitica.usmp.pe