

**Karla Meneses.**

Nutricionista especializada en diabetes.
Grupo de Trabajo Mujeres y Diabetes.
Sociedad Española de Diabetes.

**Dra. Sol Hernández López.**

Médica de atención primaria.
Grupo de Trabajo Mujeres y Diabetes.
Sociedad Española de Diabetes.



Mujeres con diabetes en prisión: una realidad por visibilizar

Anivel mundial, se calcula que más de 740.000 mujeres están encarceladas, lo que representa el 6,9 % de la población reclusa global (1). En España, esta proporción asciende al 7,3 %, es decir, aproximadamente 12 hombres por cada mujer presa, una de las

tasas más altas de Europa Occidental (2). Las enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes, tienden a desarrollarse o agravarse durante el encarcelamiento, por factores como el sedentarismo, la obesidad, la patología mental, el consumo de psicótopos y el envejecimiento (2).

«Cuando se habla de mujeres, no se habla de mujeres presas, cuando se habla de personas presas, no se habla de mujeres»

Los estudios sobre la prevalencia de diabetes en prisión son muy escasas, por lo que no se conoce cuántas mujeres con diabetes están en prisión, pues dichos datos no son públicos. Gracias a un estudio en Cataluña en 2023 encontró que el 5 % de la población penitenciaria presentaba diabetes tipo 2. Sin embargo, este dato no está distinguido por sexo, lo que subraya la necesidad de estudios que visibilicen la presencia de diabetes entre mujeres reclusas y cómo es vivida esta condición de salud en ellas (3). Por esto, la *American Diabetes Association* (ADA) recalcó en 2024 que las personas con diabetes en centros de detención deben recibir un trato igualitario y acceder a un tratamiento equivalente al de la comunidad fuera de prisión (4).

En España, el sistema penitenciario se encuentra principalmente orientado a atender a los hombres, al ser estos la mayoría: solo **tres centros son exclusivos para mujeres** (en Madrid, Ávila y Barcelona), y la mayor parte de éstas se encuentran en módulos dentro de prisiones masculinas (5). En el año 2024, el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNPT) urgió a la creación de sistemas informáticos que recogieran y analizaran datos sanitarios desagregados por sexo, para asegurar la igualdad real de derechos (2). Sin embargo, el acceso a estos datos no siempre es sencilla.

Las mujeres reclusas enfrentan numerosas barreras sociales y emocionales: presión por la discriminación, escasos recursos específicos, y separación inevitable de sus familias y redes de apoyo. La diabetes, a su vez, impacta de manera diferencial debido a características clínicas y sociales: edad media de 42 años, altas tasas de violencia de género (~88 %), menor nivel educativo, roles como cuidadoras, y hasta el 42 % de ellas ha sido diagnosticada de trastornos mentales (11).

CONTEXTO PENITENCIARIO: estructuras que invisibilizan

En España, la sanidad penitenciaria está bajo el Ministerio del Interior, separada del Sistema Nacional de Salud (SNS) —con excepción de Cataluña, País Vasco y Navarra— un esquema que refuerza la rotación del personal, la ruptura de la atención y la disminución de calidad clínica (3). Nombrar a una persona presa como «persona con diabetes» no es suficiente si no se acompañan medidas con visión sensibles al sexo y al género. El diseño institucional también invisibiliza a las mujeres. Como se mencionó anteriormente, el que solo existan tres prisiones exclusivas de mujeres y módulos dispersos en prisiones masculinas, muchas son alejadas de su familia. El aislamiento geográfico y la pérdida de sus vínculos se suman a una atención médica inadecuada, evidenciada cuando la autoridad penitenciaria comunica que un traslado a otro módulo dependerá más de criterios de seguridad que sanitarios (5). El MNPT ha alertado reiteradamente sobre la urgencia de incorporar el sexo y la salud reproductiva en bases de datos penitenciarios, para que las políticas se ajusten al contexto real de las mujeres reclusas

(2). Sin esos registros, la planificación y los recursos no pueden responder a las necesidades específicas.

DIABETES Y GÉNERO: la intersección de la vulnerabilidad

Las mujeres con diabetes en prisión requieren un enfoque clínico individualizado que tenga en cuenta las particularidades de su ciclo vital, desde la menarquia hasta la menopausia, incluyendo etapas como el embarazo, la lactancia y el uso de anticonceptivos. El abordaje no debe limitarse al control glucémico, sino que es necesario incluir una **valoración integral** del estado de salud y una exploración física exhaustiva, con especial atención a la integridad de la piel, la evaluación de los pulsos distales y la detección de alteraciones en la sensibilidad periférica (4).

A la complejidad clínica propia de la enfermedad se suma un entorno psicosocial frecuentemente adverso. Un alto porcentaje de estas mujeres ha sido víctima de violencia —hasta el 88 % según datos oficiales—, y entre un 42 % y un 64 % presenta síntomas de ansiedad o depresión, siendo habitual la utilización de psicofármacos. Este contexto emocional no solo incrementa su vulnerabilidad, sino que también comprometen el seguir su tratamiento y deteriora su estado de salud general.

La ADA aboga por la implementación de un modelo de atención integral que contemple educación, nutrición, monitorización y autocuidado desde una mirada interdisciplinar. La continuidad en la administración de tratamientos farmacológicos, el cumplimiento de los objetivos nutricionales y la promoción de la actividad física debe estar garantizada desde el momento del ingreso al centro de detención, sin que se produzcan interrupciones (4). Al ingreso, hay que establecer un plan para alcanzar un control glucémico normal o cercano a éste (objetivo HbA1c <7 %, ajustado según la persona). El personal debe estar capacitado para reconocer y atender de manera ágil las hipo e hiperglucemias, incluyendo el uso de glucagón, así como, identificar a las mujeres con riesgo de desarrollar enfermedad renal (4). Las mujeres embarazadas, con diabetes tipo 1, antecedentes de cetoacidosis o hipoglucemias graves deben recibir una atención intensiva que incluya la consulta telemática con personal especialista en diabetes del (SNS) (11). En contextos donde la tecnología no siempre se prioriza, la evidencia muestra que acceder a una Monitorización Continua de Glucosa (MCG) puede disminuir en 0,6% la HbA1c y eliminar complicaciones agudas como las hipoglucemias (8).

SALUD BUCAL: una dimensión olvidada

La salud oral guarda estrecha relación con la diabetes y el bienestar general; sin embargo, entre la población penitenciaria, el acceso a servicios dentales es muy limitado. En España, las enfermedades crónicas como la diabetes generan un aumento de caries y enfermedades periodontales, que rara vez se abor- »

EL AISLAMIENTO GEOGRÁFICO Y LA PÉRDIDA DE SUS VÍNCULOS SE SUMAN A UNA ATENCIÓN MÉDICA INADECUADA, EVIDENCIADA CUANDO LA AUTORIDAD PENITENCIARIA COMUNICA QUE UN TRASLADO A OTRO MÓDULO DEPENDERÁ MÁS DE CRITERIOS DE SEGURIDAD QUE SANITARIOS

» dan realmente, pues muchas veces preocupan más los tratamientos de urgencia que la prevención (9). Un estudio reciente sistematizó que las mujeres reclusas presentan niveles significativos de problemas dentales asociados a bajo nivel educativo, hábitos como el tabaquismo, alimentación inadecuada y acceso insuficiente a servicios odontológicos (7). Las infecciones orales mal tratadas pueden afectar el control glucémico y agravan el estado general de salud, convirtiendo la salud bucodental en una dimensión crítica y olvidada de la atención jurídica y sanitaria. Implementar programas preventivos, campañas educativas y acceso a atención dental básica bajo protocolos que reconozcan el vínculo entre salud oral y cronicidad —especialmente diabetes— es fundamental para una atención equitativa.

LACTANCIA EN PRISIÓN: un derecho y un ejercicio de cuidado

Las cárceles femeninas, así como la situación de las mujeres encarceladas en el contexto español, no han sido objeto de estudio en profundidad hasta finales de la década de 1980, tratándose hasta entonces de un ámbito tradicionalmente ignorado, con una significativa laguna bibliográfica. La cuestión de la lactancia materna, por su parte, sí ha ameritado interés desde ámbitos bien distintos, habiéndose generado marcos de conocimiento importantes al respecto vinculados a la maternidad y la crianza, sin embargo, es limitada la bibliografía que vincule ambas cuestiones, es decir, que haga referencia a la lactancia materna en el ámbito penitenciario español, con relación a las investigaciones realizadas en Brasil o Estados Unidos de América (10). Nuevamente, hacen falta más estudios en el contexto español. Un estudio del sistema correccional de Estados Unidos de América mostró que sólo una parte limitada de cárceles permite extraer leche o amamantar, y muchas veces esa posibilidad está restringida al módulo sanitario (9). En Brasil, un análisis reciente reveló que las mujeres que dan a luz en prisión reciben orientación individualizada sobre lactancia, y suelen ser seguidas por profesionales sanitarios de la medicina y la enfermería en los primeros meses (10). No obstante, al egresar, no se coordinan adecuadamente los servicios entre la prisión y el sistema de salud comunitario, interrumpiendo la continuidad del apoyo (9).

PROPUESTAS PARA UNA ATENCIÓN PENITENCIARIA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Para atender esta realidad, se requiere en primer lugar hacer investigación en este grupo de población, visibilizar los datos de prevalencia de diabetes (y otras condiciones de salud) además de:

- a) **Integración sanitaria total:** la atención sanitaria debe concebirse como un proceso continuo e integrado, en el cual los datos clínicos del SNS y de las instituciones penitenciarias estén interconectados. Esto permitiría el acceso compartido al historial médico desde ambos entornos asistenciales, garantizando así una atención médica más eficiente, segura y coordinada. Asimismo, resulta fundamental el desarrollo e implementación de protocolos específicos, así como la asignación de personal cualificado y programas de formación orientados a la atención sanitaria de las mujeres en contextos penitenciarios, con especial énfasis en áreas como la diabetes, la salud bucodental y la salud mental.
- b) **Registros informatizados sensibles al género:** que incorporen menarquia, menopausia, diabetes gestacional, lactancia, salud oral, psicoemocional y factores de riesgo, en consonancia con las recomendaciones del MNPT.
- c) **Atención clínica estructurada:** con cribado, educación terapéutica, nutrición adaptada, actividad física y acceso a tecnología —como MCG— para el control efectivo de la diabetes.
- d) **Salud bucodental protegida:** campañas preventivas, acceso a higienistas dentales, tratamientos y campañas educativas articuladas con el control de la diabetes.
- e) **Apoyo a la lactancia como derecho:** impulsado desde la prisión, con permisos para extracción, espacios adecuados, material y coordinación con servicios exteriores para garantizar su continuidad.
- f) **Salud mental fortalecida:** con psicólogos, psiquiatras y nuevas herramientas de prevención de suicidio y atención emocional. **D**



CONCLUSIÓN

Tanto las prisiones, como muchos de los estudios sobre ellas, se configuran bajo la premisa de un género neutro y universal, asumido en realidad de forma tácita e implícita como masculino. «Las cárceles continúan adoptando patrones universales, falsamente masculinos, siguen discriminando y sancionando a las mujeres por ser mujeres, en un mecanismo que perpetúa, junto a otros, la subordinación social de las mujeres» (10). Así, la intersección entre ser mujer, tener diabetes y estar en prisión, configura un terreno de una significativa vulnerabilidad, en el cual la salud—biológica, emocional y social—se encuentra comprometida desde múltiples frentes. La ADA exige una atención equivalente a la de la población fuera de prisión (4). Traspasar esa exigencia al entorno de las cárceles implica transformar un modelo tradicionalmente con falta de atención en la perspectiva de sexo y género en un sistema sensible, interseccional y eficaz. Ello pasa por reconocer, visibilizar y actuar sobre realidades como el derecho a la salud, a la maternidad o al cuidado bucodental. Solo así podremos transformar su paso por prisión en una oportunidad de protección y educación en salud, dando forma a un sistema penitenciario más justo, equitativo y humano.

REFERENCIAS

1. Fair H, Walmsley R. World Female Imprisonment List (5th ed.) ICPR; 2022.
2. MNP España. Informe anual 2024 – Recomendaciones sobre datos de mujeres presas.
3. Mourinho AM, Rivera-Esteban J, et al. Morbilidad metabólica en población penitenciaria de Cataluña. Atención Primaria. 2023;55(6):102620.
4. Lorber DL, et al. Diabetes Management in Detention Facilities. Diabetes Care. 2024;47(4):544–555.
5. European Prison observatory. Report on Gender-specific Infrastructure in Spanish Prisons. European Prison Observatory; 2022.
6. Penal Reform Int. Global Prison Trends 2023; p.14.
7. Martínez-Díaz-Canel AI, Martín-Fernández E, et al. Oral Care in the Spanish Prison Setting. Rev Esp Sanid Penit. 2024;26(3):113–120.
8. Luethy RE, Lipinski RC, West JL. A Pragmatic Rethinking of Glucose Monitoring for the Incarcerated. Diabetes Spectr. 2024;37(3):247–253.
9. Svensson G, Nilsson M, Söder P. Oral health status of male Swedish citizens at admission to prison: 66 % presented at least unfilled caries. J Correct Health 2018;24(5):412.
10. Jubany-Roig P, Massó-Guijarro E. Lactancia materna entre rejas: experiencias de las madres encarceladas en el sistema penitenciario español. Salud Comunitaria. 2024;20:e4665.
11. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 1. Improving care and promoting health in populations: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care 2024;47 (Suppl. 1):S11–S19.