



Asamblea General

Distr. general
10 de abril de 2018
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

38º período de sesiones

18 de junio a 6 de julio de 2018

Tema 3 de la agenda

**Promoción y protección de todos los derechos humanos,
civiles, políticos, económicos, sociales y culturales,
incluido el derecho al desarrollo**

Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Nota de la Secretaría

La Secretaría tiene el honor de transmitir al Consejo de Derechos Humanos el informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, preparado en cumplimiento de la resolución 33/9 del Consejo. En el informe, el Relator Especial aborda la cuestión de la relación entre el derecho a la salud y determinadas formas de privación de libertad y de internamiento en regímenes penitenciarios y médicos. La reclusión y el internamiento siguen siendo el instrumento de política preferido por los Estados para promover la seguridad pública, la “moral” y la salud pública, lo cual causa más perjuicios que beneficios a la salud pública y la realización del derecho a la salud física y mental. El Relator Especial insta a una cabal aplicación de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela) y al desarrollo de servicios de apoyo basados en la comunidad como alternativas a la reclusión y al internamiento en varios casos.



Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	3
II. El derecho a la salud en el contexto del internamiento y de la privación de libertad	5
A. Vinculaciones intrínsecas y omisiones sistémicas	5
B. El marco del derecho a la salud	7
III. La relación entre la salud mental y el internamiento forzoso y la privación de libertad	11
IV. Los niños privados de libertad.....	13
A. Aspectos generales.....	14
B. Instituciones penitenciarias.....	14
V. Las mujeres, el derecho a la salud y el internamiento	16
A. Abordar el problema de los determinantes de género que conducen a la prisión	17
B. Condiciones de reclusión	18
C. Mujeres con discapacidad.....	19
VI. Del internamiento a la comunidad: poner fin a la reclusión por motivos de salud pública	20
A. La penalización como factor determinante del derecho a la salud para las personas que viven con la tuberculosis	20
B. La atención basada en la comunidad y la tuberculosis	21
VII. Conclusiones y recomendaciones.....	22

I. Introducción

1. En informes anteriores y en sus misiones a los países, el Relator Especial ha intentado aclarar los efectos negativos de la exclusión para el derecho a la salud de quienes no pueden ejercer sus libertades básicas. En el presente informe, utiliza un marco centrado en el derecho a la salud para poner en cuestión los criterios aplicados a nivel mundial a la privación de libertad y el internamiento, e indica vías de reforma transformativas.
2. La amplitud y el alcance de esas cuestiones no permiten un análisis exhaustivo, dadas las limitaciones de espacio del presente informe. Esta es una aportación inicial, centrada en determinadas prácticas en que el derecho a la salud es un elemento clave para efectuar un análisis significativo y brindar orientación.
3. El informe es una síntesis de las observaciones efectuadas en las misiones a los países, los estudios de la documentación pertinente y múltiples evaluaciones de casos señalados a la atención del Relator Especial por conducto del mecanismo de comunicaciones de los procedimientos especiales. Contribuyeron significativamente a configurar y enriquecer el informe las amplias consultas mantenidas con una gran variedad de interesados, en particular personas que han sido privadas de libertad, representantes de la sociedad civil, miembros del movimiento de abolición de las prisiones, expertos en salud pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y expertos de la comunidad académica. El Relator Especial agradece sus generosas aportaciones de tiempo y energía y sus contribuciones de fondo.
4. La privación de libertad es un término de origen jurídico, e implica una restricción de movimientos más estricta y en un espacio más limitado que otras formas de interferencia con la libertad de circulación. Debe basarse en una sentencia judicial y se impone sin el libre consentimiento del afectado. Esta forma de detención no está prohibida por sí misma, pero debe ser legítima y no arbitraria. La privación de libertad adopta muchas formas, como la detención en dependencias de la policía, la reclusión preventiva, la prisión tras una condena, el arresto domiciliario y la detención administrativa, así como la hospitalización involuntaria y el internamiento de niños en instituciones a raíz de una actuación judicial¹.
5. El internamiento es un concepto que se utiliza ampliamente en los terrenos de la salud y el bienestar social para indicar la restricción de una persona a un ámbito limitado, como consecuencia de una decisión médica o por motivos de bienestar social. Puede producirse con o sin el consentimiento de la persona y puede incluir algunas prácticas generalmente aceptadas basadas en consideraciones de salud, como las que se aplican en el contexto del período de recuperación después de que una mujer haya dado a luz².
6. Si bien algunas formas de internamiento, como la retención en hospitales y en centros psiquiátricos y otros centros médicos, pueden constituir en la práctica una privación de libertad³, virtualmente todas las formas de internamiento que se producen sin el consentimiento informado de la persona representan una vulneración del derecho a la salud.
7. En todo el mundo, más de 10 millones de adultos están reclusos en establecimientos penitenciarios⁴. Esas estadísticas no tienen en cuenta el número total de personas sujetas a restricciones en otros entornos en todo el mundo. Por ejemplo, se estima que como mínimo 1 millón de niños están internados en otro tipo de centros, que medio millón de adultos se encuentran en centros de detención obligatoria para consumidores de drogas y que miles de mujeres permanecen contra su voluntad en hospitales por no haber pagado las facturas correspondientes. Un número incalculable de adultos y niños están confinados en instituciones médicas y de servicios sociales, entre ellos personas con

¹ Véase Comité de Derechos Humanos, observación general núm. 35 (2014) sobre libertad y seguridad personales, párrs. 3, 5 y 6 y 10 a 14; véase también E/CN.4/2005/6, párr. 54.

² Véase Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24 (1999) sobre la mujer y la salud, párrs. 2, 8, 22, 26 y 31.

³ Véase A/HRC/30/37, párr. 9.

⁴ Roy Walmsley, *World Prison Population List*, 11th ed. (World Prison Brief and Institute for Criminal Policy Research).

tuberculosis que permanecen aisladas por la fuerza durante largos períodos, a veces en un medio similar a la cárcel. Si bien los lugares de internamiento son distintos, la experiencia común de exclusión pone de manifiesto un mismo cuadro de desventaja, discriminación, violencia y desesperanza en grado considerable.

8. En los dos últimos siglos las restricciones de la libertad de movimientos se han convertido en el instrumento habitual de control social para promover la seguridad pública, la “moral” y la salud pública. Ello incluye la reclusión a causa de conductas que la sociedad califica de “inmorales”, entre otros, de las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales, los jóvenes rebeldes, los consumidores de drogas y las mujeres que ejercen su derecho a elegir en lo relativo a la prevención y la interrupción del embarazo. El internamiento se ha convertido en una respuesta institucional a problemas sociales complejos, que afectan particularmente a grupos y comunidades abandonados por las políticas públicas y socioeconómicas. Hay quienes alegan que los sistemas y las instituciones penitenciarios son instrumentos poderosos para silenciar a la oposición o a los “otros”, o bien mediante sanciones penales o bien mediante un diagnóstico médico y el aislamiento.

9. La última parte del siglo XX se caracterizó por un rápido incremento de las tasas de internamiento en unos marcos jurídicos y normativos punitivos, en particular en relación con el comercio de drogas, que sentaron las bases para los modernos procedimientos sumarios para el ingreso en prisión. Paralelamente, en algunos países se produjo una rápida desinstitucionalización sin una inversión correspondiente en servicios de buena calidad basados en la comunidad. Las personas que viven en la pobreza y/o pertenecen a minorías raciales y étnicas quedaron presas en una red punitiva cada vez más amplia con una protección social, económica y jurídica insuficiente.

10. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible refleja la ambiciosa aspiración de poner fin al ciclo vicioso de desesperanza, violencia, exclusión y discriminación afrontando las desigualdades sociales y teniendo en cuenta los derechos humanos, de modo que nadie quede atrás, ni siquiera las personas internadas o privadas de libertad⁵. Existen claros indicios de que cualquier forma de violencia, incluso en las prisiones y los centros de internamiento, representa un riesgo para la plena realización del derecho a la salud⁶. Muchas innovaciones prometedoras asignan prioridad a las inversiones en la primera infancia, una adolescencia saludable, una función parental competente, la buena salud y el bienestar mentales, la igualdad de género y la protección de las mujeres contra la violencia, lo cual permite abrigar la esperanza de que el mundo llegue a ser menos violento y de que las medidas de privación de libertad y de internamiento se reduzcan considerablemente.

11. Por primera vez, gracias al apoyo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros compromisos políticos poderosos⁷, el ámbito de la salud mental está muy cerca de liberarse de un cuadro de coacción e institucionalización en los centros de salud mental.

12. Análogamente, cada vez es más común considerar que la prohibición de las drogas es una práctica fallida que tiene consecuencias devastadoras por lo que respecta al derecho a la salud. Un número creciente de países y municipios sustituyen los enfoques punitivos del consumo de drogas por políticas modernas basadas en principios de salud pública y de derechos humanos, como la despenalización o la regulación por ley de los mercados de la droga y el aumento de las inversiones en servicios sociales y de atención de la salud basados en la comunidad, que incluyen la reducción del daño⁸. Esas tendencias prometedoras permiten esperar que se ponga fin a la práctica del encarcelamiento masivo de consumidores de drogas.

⁵ Para más información sobre la Agenda 2030 en el contexto del derecho a la salud, véase A/71/304.

⁶ Véase, por ejemplo, Organización Mundial de la Salud, *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (2002).

⁷ Véase, por ejemplo, la resolución 36/13 del Consejo de Derechos Humanos.

⁸ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *Reflections on Drug Policy and Its Impact on Human Development: Innovative Approaches* (2016).

13. Se han contraído nuevos compromisos políticos internacionales más firmes para reducir los encarcelamientos en los casos apropiados⁹. Varias entidades y mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas han instado al cierre inmediato de todos los centros de detención obligatoria de consumidores de drogas y/o a avanzar hacia la despenalización de los delitos no violentos relacionados con las drogas¹⁰. El estudio mundial sobre los niños privados de libertad encargado por el Secretario General por invitación de la Asamblea General es muy prometedor por lo que respecta a intensificar el avance hacia el objetivo de poner fin al encarcelamiento de niños.

14. Por otra parte, hay muchos indicios que apuntan a un incremento del internamiento para delitos de importancia menor y como respuesta automática a problemas relacionados con la seguridad pública, el orden social, la inmigración, la oposición política o la “moralidad”. En algunos casos se aplican desproporcionadamente respuestas punitivas para hacer frente a la violencia o al extremismo radical entre los jóvenes. Se encarcela a un número creciente de mujeres, y es preocupante el número de personas detenidas por decisiones relacionadas con sus derechos a la salud reproductiva. El confinamiento de refugiados e inmigrantes que van en busca de seguridad y refugio sigue planteando un desafío crítico.

15. Es de la máxima importancia mejorar las condiciones de la existencia cotidiana de los millones de personas encerradas bajo llave en celdas y pabellones y reducir radicalmente las proporciones de este tipo de encarcelamiento. Igualmente importante es sumar esfuerzos para reforzar y transformar las comunidades en apoyo de la reintegración, la educación inclusiva, el empoderamiento socioeconómico y el bienestar y, por tanto, de la realización del derecho al más alto nivel posible de salud mental y física.

16. Este es un momento crucial para influir en la forma en que concluirá el decenio actual y en la forma que tomará el próximo decenio por lo que respecta a poner fin a la cultura de dependencia del internamiento y el encarcelamiento.

II. El derecho a la salud en el contexto del internamiento y de la privación de libertad

A. Vinculaciones intrínsecas y omisiones sistémicas

17. Garantizar la dignidad de la persona protegiendo el derecho a la salud ha sido un objetivo de la actividad legislativa y de promoción de la reforma penitenciaria desde los inicios del moderno sistema de prisiones. Las actuales estructuras de internamiento crean una vasta geografía de dolor que trasciende las fronteras, los marcos de recursos y los sistemas políticos. Ello está íntimamente vinculado con el derecho a la salud y el bienestar, no solo de quienes están privados de libertad e internados, sino también de las comunidades, las familias, los niños y las generaciones futuras. Es fundamental tener en consideración el daño cíclico y transgeneracional que producen esos sistemas¹¹.

⁹ Por ejemplo, la Declaración de Doha sobre la Integración de la Prevención del Delito y la Justicia Penal en el Marco Más Amplio del Programa de las Naciones Unidas para Abordar los Problemas Sociales y Económicos y Promover el Estado de Derecho a Nivel Nacional e Internacional y la Participación Pública.

¹⁰ Véase A/65/255; A/HRC/32/32; declaración conjunta de las entidades de las Naciones Unidas sobre los centros de detención obligatoria y rehabilitación para consumidores de drogas, hecha pública en marzo de 2012, puede consultarse en www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific//2012/03/drug-detention-centre/JC2310_Joint_Statement6March12FINAL_En.pdf; declaración conjunta de las Naciones Unidas sobre medidas para poner fin a la discriminación en los centros de atención de la salud, hecha pública en julio de 2017, puede consultarse en www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ending-discrimination-healthcare-settings_en.pdf; “Tackling the world drug problem: UN experts urge States to adopt human rights approach”, comunicado de prensa, puede consultarse en www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=19833&LangID=E.

¹¹ Bruce Western y Becky Pettit, “Incarceration & social inequality”, *Daedalus* (verano de 2010).

18. Garantizar el derecho a la salud es necesario para el disfrute de una variedad de otros derechos. En los contextos de internamiento y de privación de libertad las vulneraciones del derecho a la salud constituyen una interferencia con las garantías de un juicio justo, la prohibición de la detención arbitraria y de la tortura y otras formas de trato cruel, inhumano o degradante, y el disfrute del derecho a la vida. Las vulneraciones del derecho a la salud son tanto causas como consecuencias del internamiento y de la privación de libertad.

19. El Relator Especial destaca cinco formas en que son evidentes las vinculaciones entre el derecho a la salud y el internamiento y la privación de libertad:

a) El hecho de no garantizar el derecho a la salud en la primera infancia mediante un sistema amplio de atención de la salud contribuye a las desigualdades, la pobreza, la discriminación y la mala salud en la edad adulta, lo cual lleva a alimentar los centros de reclusión y de internamiento. La inmensa mayoría de las personas que se encuentran en centros de reclusión provienen de comunidades marginadas y de bajos ingresos;

b) Los marcos jurídicos y las políticas públicas punitivas que hacen más probable el encarcelamiento dificultan la realización del derecho a la salud. Entre esos marcos y políticas figuran las leyes que penalizan determinadas conductas, identidades o condiciones (el trabajo sexual, la orientación sexual, la identidad de género, el consumo de drogas, la situación en relación con el VIH, el hecho de no seguir un tratamiento para la tuberculosis y la exposición a enfermedades infecciosas) y los servicios de salud necesarios únicamente para las mujeres (como el aborto); la aplicación selectiva de leyes sobre la vagancia, el vagabundeo y el desorden público a las personas que viven en situaciones de marginación; y las leyes y políticas prohibicionistas en materia de drogas que producen, entre otras cosas, mercados de la droga ilícitos y violentos y que conducen al encarcelamiento, lo cual aparta a los consumidores de drogas de los servicios de salud en la comunidad al mismo tiempo que ofrece escasos servicios de este tipo en el interior de las prisiones. Unos marcos amplios e indiscriminados de atención de la salud establecidos por ley limitan el conjunto de instrumentos de que disponen los encargados de la formulación de políticas para abordar los desafíos para la salud, por lo que predominan las reclusión y el internamiento y los medios más restrictivos para responder a preocupaciones de salud a las que, como se ha demostrado en la práctica, es mejor responder en entornos de prestación de apoyo en la propia comunidad;

c) El predominio de la reclusión y el internamiento como respuesta a cuestiones de seguridad pública y de salud pública ha llevado a monopolizar unos recursos que deberían redistribuirse para promover el desarrollo progresivo de sólidos sistemas de atención de la salud, escuelas que brinden seguridad y apoyo, programas de fomento de unas relaciones saludables, el acceso a oportunidades de desarrollo y un entorno sin violencia;

d) Proteger el derecho a la salud una vez que una persona está en prisión representa un gran desafío. Por sí misma, la prisión se convierte en un factor determinante de la mala salud como consecuencia de las malas condiciones de reclusión, la prestación de servicios de salud bajo vigilancia y/o la falta de acceso a la atención de la salud, el enorme dolor psicosocial y la desesperanza relacionados con el hecho de estar privado de libertad, y la falta de tratamiento de dolencias preexistentes atribuibles a las condiciones de vida en pobreza¹². Las tasas de mortalidad son altas; en muchos casos, los suicidios y las muertes prematuras de personas reclusas, que en su práctica totalidad podrían prevenirse, son el final precoz de una biografía terrible;

e) La reclusión y el internamiento, cuando se trata de familias jóvenes de bajos ingresos que han perdido a su sostén y principal prestador de cuidados a causa del encarcelamiento, tienen un efecto devastador en el tejido social de las comunidades. Una vez puestas en libertad, las personas no suelen recibir apoyo en forma de atención de la salud a la hora de reintegrarse a la sociedad. Además, sin unos sistemas sólidos de salud en

¹² Dora M. Dumont y otros, "Public health and the epidemic of incarceration", *Annual Review of Public Health*, vol. 33 (abril de 2012), y Ernest Drucker, *A Plague of Prisons: The Epidemiology of Mass Incarceration in America* (Nueva York, New Press, 2013).

la comunidad, la desinstitucionalización puede terminar en tragedia¹³. Los antecedentes penales, la vigilancia después de la puesta en libertad y la obligación de comparecer ante las autoridades siguen a las personas en su vida política, social y laboral y reducen su capacidad de adaptación, crean obstáculos para aprovechar las oportunidades y para la integración y en definitiva menoscaban el derecho a la salud.

20. En resumen, el disfrute del derecho a la salud en el contexto del internamiento y de la privación de libertad brilla por su ausencia.

B. El marco del derecho a la salud

21. Existen normas de derechos humanos para proteger a las personas privadas de libertad, o internadas, contra la vulneración de sus derechos. No obstante, la especificidad del ámbito normativo y la falta de voluntad política restringen el alcance de las respuestas a esos fenómenos sociales sumamente complejos. Una evaluación estructural, aplicando una perspectiva basada en el derecho a la salud, del “clima” de la prisión, la reclusión y el internamiento, es decir, de la forma en que las personas experimentan su existencia y sobreviven en el interior de los centros, la forma en que se estructura y organiza el poder y los factores estructurales que permiten la persistencia de ciertas prácticas e instituciones, contribuiría a ampliar esas respuestas¹⁴.

Obligaciones del Estado

22. En virtud del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y procurar el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha declarado que, en virtud de dicho artículo, los Estados tienen la obligación de abstenerse de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos, los presos o detenidos, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos¹⁵. Otros tratados internacionales de derechos humanos también contienen disposiciones que protegen el derecho a la salud de grupos específicos, incluidas las personas en situaciones de privación de libertad y de internamiento.

23. Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela) contienen disposiciones sobre la responsabilidad de los Estados en relación con la atención de la salud de las personas reclusas en las prisiones (reglas 24 a 35). Por ejemplo, los Estados tienen la obligación de asegurar que los servicios médicos de las prisiones garanticen la continuidad del tratamiento y la atención, incluso en lo que respecta al VIH, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, y la drogodependencia. También se estipula en las Reglas la obligación de trasladar a los reclusos que requieran cuidados especiales a establecimientos especializados o a hospitales civiles, y de asegurar que solo puedan tomar decisiones médicas los profesionales de la salud competentes, y que el personal penitenciario no sanitario no pueda desestimar ni desoír esas decisiones.

24. Teniendo presente el objetivo de la realización progresiva del derecho a la salud, se requieren medidas para lograr dicha realización en entornos cerrados, incluido un plan para poner fin al internamiento forzoso en hospitales e instituciones residenciales a largo plazo. Dicho plan debe estar apoyado por estrategias para fortalecer las alternativas basadas en la comunidad¹⁶.

¹³ Véase, por ejemplo, el llamamiento conjunto urgente de fecha 28 de noviembre de 2016 dirigido a la Misión Permanente de Sudáfrica ante la Oficina de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales en Ginebra. Puede consultarse en <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=22868>.

¹⁴ Tomas Max Martin, Andrew M. Jefferson y Mahuya Bandyopadhyay, “Sensing prison climates: governance, survival and transition”, *Focaal*, núm. 68 (2014).

¹⁵ Véase la observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 34.

¹⁶ A/HRC/35/21.

Consentimiento informado¹⁷

25. El derecho al consentimiento informado es un elemento fundamental del derecho a la salud física y mental. El consentimiento informado entraña una decisión voluntaria y suficientemente fundamentada y sirve para promover la autonomía, la libre determinación, la integridad física y el bienestar de la persona. Abarca el derecho a aceptar, rechazar o elegir un tratamiento médico alternativo¹⁸.

26. Si bien el derecho a aceptar o rechazar el tratamiento requiere una atenta consideración en el contexto de procedimientos en que está en peligro la vida, en todos los demás casos debe respetarse, protegerse y cumplirse, especialmente en casos de aislamiento e internamiento, en los que es necesario prestar apoyo y aliento para asegurar que el tratamiento se dé de forma voluntaria. Sin embargo, el derecho a aceptar el tratamiento se continúa aplicando de manera ambigua entre las personas privadas de libertad, que siguen corriendo un riesgo elevado de ser sometidas a pruebas y tratamientos coercitivos, involuntarios u obligatorios, como los ensayos obligatorios de medicamentos, los ensayos de investigación y, entre quienes siguen una huelga de hambre, la alimentación forzosa; en otros casos se han extirpado órganos de presos ejecutados sin mediar un consentimiento previo. Este tipo de prácticas son perjudiciales y algunas tienen consecuencias sobre la comunicación de síntomas para el ensayo y el tratamiento de infecciones que son objeto de estigma, como la infección por el VIH y la tuberculosis.

Igualdad y no discriminación

27. Las desigualdades y una discriminación profunda son características de la experiencia de la privación de libertad y el internamiento, que van desde la aprehensión discriminatoria de personas a la estructura discriminatoria e injusta de los servicios cuando una persona está privada de libertad o internada.

28. A menudo los funcionarios de los servicios de salud y de los servicios penitenciarios perpetúan la discriminación mediante la negación de servicios de salud, como la terapia de sustitución de opioides, agujas y jeringas limpias, terapia antirretroviral y artículos de salud sexual o anticonceptivos. El hecho de estar encarcelado puede dar lugar a prejuicios en la actuación de los funcionarios de prisiones y los profesionales de la salud. Es frecuente que a quienes requieren atención en las prisiones, centros de reclusión e instalaciones de internamiento, particularmente a quienes tienen graves problemas de salud, se les niegue el acceso a los servicios como forma de castigo no oficial; también se ha negado acceso a los servicios a quienes se considera equivocadamente que carecen de capacidad jurídica debido a una discapacidad percibida o real o por otros motivos. Es necesario abordar inmediatamente el problema de las barreras que impiden un acceso no discriminatorio a la atención de la salud, lo que incluye servicios de salud regulados de manera independiente fuera del sistema penitenciario. Las deficiencias de la capacitación del personal a este respecto ponen de manifiesto la necesidad de criterios distintos y más decisivos.

Cooperación y asistencia internacionales

29. Los tratados internacionales de derechos humanos reconocen la obligación de la cooperación internacional, que incluye la cooperación en lo relativo al derecho a la salud. La cooperación internacional vinculada a la realización de una gran variedad de derechos se reconoce también en el Objetivo 17 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Los Estados de altos ingresos tienen una responsabilidad especial de prestar asistencia en el ámbito del derecho a la salud, incluso en lo relativo al acceso apropiado a la atención de la salud en las prisiones y otros lugares de reclusión y de internamiento. La asistencia internacional no debe prestar apoyo a sistemas penitenciarios y sanitarios que sean discriminatorios o en los que se produzcan situaciones de violencia, tortura u otras vulneraciones de los derechos humanos. Esto es particularmente cierto en el caso de los centros de detención obligatoria

¹⁷ Para más información sobre la cuestión del consentimiento informado, véase A/64/272, párrs. 9, 28, 34 y 79 a 84.

¹⁸ *Ibid.*, párr. 10.

de consumidores de drogas, las grandes instituciones psiquiátricas y otras instituciones de atención en régimen de segregación a largo plazo¹⁹.

30. Gracias a la cooperación internacional, el apoyo a intervenciones de salud basadas en la comunidad debe intensificarse para proteger efectivamente a las personas contra situaciones de privación de libertad e internamiento discriminatorias, arbitrarias, excesivas o indebidas. Es preocupante observar que persiste el desequilibrio entre la asistencia multilateral y bilateral prestada para la administración de justicia y la proporcionada para una inversión en las comunidades basada en principios de derechos humanos. Se necesitan mayores esfuerzos para comprender mejor en su totalidad los proyectos que continúan financiando entornos cerrados e impiden la inversión en servicios de salud y bienestar social basados en la comunidad.

Factores básicos determinantes de la salud

31. Diversos factores afectan el entorno físico de las personas privadas de libertad o internadas. Entre las condiciones adversas figuran un saneamiento deficiente y un escaso acceso a alimentos nutritivos, aire fresco y agua potable. Algunas instalaciones se construyeron en tierras contaminadas con sustancias carcinógenas²⁰.

32. En esos entornos, que incluyen, entre otros, las prisiones, la violencia es frecuente y adopta muchas formas, como el abuso físico y sexual por parte de los funcionarios y otros reclusos, el uso de métodos de control físicos y químicos, el tratamiento médico forzoso y la reclusión en condiciones de aislamiento. Además, en muchos casos se ha puesto de manifiesto que la violencia sexual contra las mujeres es sistemática y generalizada. Las formas menos evidentes que presentan las condiciones adversas de reclusión y de internamiento, como el tedio y la impotencia, a menudo resultan ser las más graves, y afectan en particular a la salud mental y dan lugar a sentimientos de desesperanza y desánimo y a intentos de suicidio.

33. En general, los centros de reclusión y de internamiento no son entornos terapéuticos. En un informe anterior, el Relator Especial señaló los determinantes básicos del derecho a la salud mental, que incluyen la creación y el mantenimiento de relaciones no violentas, respetuosas y saludables en las familias, las comunidades y la sociedad en general²¹. En una situación de reclusión o de internamiento, en que la persona está rodeada de personal encargado de restringir su libertad, resulta difícil establecer este tipo de relaciones, que impiden la realización plena y efectiva del derecho a la salud mental²². Incluso con un noble esfuerzo por establecer una sólida cultura de cuidado y respeto, suelen prevalecer la violencia y la humillación, lo cual afecta negativamente el desarrollo de relaciones saludables.

Atención de la salud

34. Para el disfrute efectivo del derecho a la salud en los centros de reclusión, es necesario que se disponga en ellos, como en cualquier otro lugar, de instalaciones, servicios y productos de atención de la salud accesibles, aceptables y de buena calidad.

35. Incluso cuando existe un amplio sistema de salud, las barreras estructurales pueden impedir la realización plena y efectiva del derecho a la salud. Los centros de reclusión y de internamiento suelen concentrar a personas provenientes de las situaciones más vulnerables, incluidos los que presentan vulnerabilidades médicas. Los centros se caracterizan a menudo por entornos físicos y psicológicos inhumanos y estructuras de poder desiguales, que con frecuencia tienen su origen en historiales de racismo y violencia. La impopularidad y la impotencia de las personas privadas de libertad o internadas dejan a estas sin voz y con

¹⁹ A/65/255, A/HRC/35/21.

²⁰ Judah Schept, "Sunk capital, sinking prisons, stinking landfills: landscape, ideology and the carceral state in Central Appalachia", en Michelle Brown y Eamonn Carrabine (eds.), *Routledge Handbook of Visual Criminology* (Nueva York, Routledge, 2017).

²¹ A/HRC/35/21.

²² Peter Stastny, "Involuntary psychiatric interventions: a breach of the Hippocratic oath?" *Ethical Human Sciences and Services*, vol. 2, núm. 1 (primavera de 2000).

pocos defensores que hablen a favor de su dignidad. Esos factores dibujan una ecología de privación que pone gravemente en peligro la organización y la prestación de servicios de salud de manera ética y eficaz.

36. Es frecuente que las decisiones administrativas sobre adquisiciones entorpezcan la disponibilidad de servicios de salud en los centros de reclusión y de internamiento, particularmente cuando esos servicios están separados de la infraestructura general de servicios públicos de atención de la salud. A menudo quienes toman las decisiones de no facilitar determinados servicios de salud son administradores del ámbito de los servicios penitenciarios y no agentes independientes de los servicios públicos de atención de la salud, y consideraciones relacionadas con la seguridad y los castigos dejan en segundo plano las preocupaciones por la salud. En muchos contextos de bajos ingresos, los sistemas de salud en las prisiones carecen de los recursos necesarios para asegurar la prestación de los servicios más básicos de atención.

37. En esos entornos, el acceso a los servicios disponibles de atención de la salud depende a menudo de negociaciones con los funcionarios encargados del control y la represión. Muchas personas ven negado su acceso a servicios médicos apropiados a causa de medidas punitivas o a la negligencia del personal de seguridad. Esto ha creado violaciones manifiestas de los derechos humanos, e incluso muertes que podrían haberse prevenido.

38. Desde el punto de vista de su aceptabilidad, los servicios de atención de la salud deben: respetar los derechos humanos y la ética médica, ser culturalmente apropiados, tener en cuenta los requisitos de género y del ciclo vital y estar diseñados para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de los interesados. Los servicios prestados en lugares de internamiento y de privación de libertad deben ser culturalmente apropiados, además de ser aceptables para los adolescentes, las mujeres, las personas de edad, las personas con discapacidad, las personas indígenas, las minorías y las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales.

39. Por lo que respecta a la calidad, deben aplicarse protocolos y prácticas de atención de la salud de base empírica en apoyo de las personas privadas de libertad o internadas, que en su mayoría, debido a su situación estructural de desventaja, requerirán una importante prestación de servicios de atención de la salud física y mental de buena calidad. No obstante, la prestación de esos servicios se topa con obstáculos sistémicos. El clima de privación y control afecta negativamente las relaciones y menoscaba la calidad de la atención de la salud. La falta de recursos, particularmente en contextos de bajos ingresos, agrava aún más esas circunstancias. El uso inadecuado o excesivo de medicamentos psicotrópicos, que es habitual en las prisiones como medio de control de la conducta, y el recurso a la reclusión en condiciones de incomunicación o aislamiento y los tratamientos médicos forzados son cuestiones de calidad de la atención y no promueven ni protegen el derecho a la salud. En contextos penitenciarios con mayores recursos se plantean graves cuestiones cualitativas en relación con los programas de terapia cognitivo-conductual y otros programas de modificación del comportamiento. Esos programas perpetúan criterios individualistas de la delincuencia, que se considera algo “anormal”, lo cual oculta los contextos políticos y sociales que determinan las vidas y las decisiones de quienes están reclusos o internados.

Participación

40. La realización efectiva del derecho a la salud exige la participación de todos, incluidas las personas privadas de libertad o internadas, o las que corren un mayor riesgo, en la adopción de decisiones a nivel jurídico, normativo y de la comunidad, en particular en la esfera de la atención de la salud. A nivel de la población, permitir que todos intervengan de manera significativa en las decisiones acerca de su derecho a la salud exige una participación inclusiva, en particular de las personas que se encuentran actualmente privadas de libertad o internadas, o que lo han estado, sus familias, la policía, los administradores de las prisiones, los profesionales médicos, los trabajadores sociales, los partidarios de la reforma o de la abolición del sistema penitenciario y toda la comunidad.

41. En relación con los servicios de atención de la salud en entornos cerrados, los usuarios deben estar empoderados como titulares de derechos a fin de poder ejercer su autonomía y participar de manera significativa y efectiva en todos los asuntos que los afectan y tomar sus propias decisiones en materia de salud, con el apoyo apropiado cuando sea necesario.

42. Debe alentarse la inclusión de las opiniones de quienes están directamente afectados, aunque ello es complicado a causa de la profunda desigualdad en la dinámica de poder en el ámbito médico y penitenciario. Los sindicatos organizados por reclusos, los movimientos en pro del derecho al voto y los proyectos de documentación, y los movimientos de usuarios y supervivientes de los sistemas de salud mental, así como la intervención inclusiva de las instituciones académicas y del sector no gubernamental, son instrumentos poderosos para promover una participación significativa.

Rendición de cuentas

43. La rendición de cuentas por la realización del derecho a la salud consta de tres elementos: la supervisión; la revisión, en particular por parte de órganos judiciales, cuasijudiciales y políticos o administrativos y de mecanismos sociales de rendición de cuentas; y los remedios y la reparación. La rendición de cuentas es decisiva para hacer efectivo en la práctica el derecho a la salud en las prisiones y otros lugares de internamiento.

44. A pesar de los esfuerzos encomiables de distintos mecanismos de supervisión, se siguen cometiendo con impunidad y de manera generalizada y sistemática vulneraciones de los derechos humanos en las prisiones y otros centros de reclusión y de internamiento. Con frecuencia las personas reclusas en esos centros tienen un acceso limitado o inexistente a mecanismos independientes de rendición de cuentas, a menudo porque no existe ningún órgano de supervisión. Los mecanismos encargados de supervisar los centros de privación de libertad raramente tienen en cuenta las barreras estructurales, como el número desproporcionado de reclusos que son personas en situaciones de vulnerabilidad, incluida la vulnerabilidad médica, la existencia de desigualdades en las estructuras de poder, que a menudo tienen su origen en historiales de racismo y violencia, y el acceso limitado o inexistente a cauces para expresar sus demandas, incluidas las relacionadas con la atención de la salud.

45. El Relator Especial alienta a las instituciones nacionales de derechos humanos y los mecanismos nacionales de prevención a prestar atención a esos desafíos estructurales. Un enfoque basado en el derecho a la salud puede ser un instrumento útil en sus funciones de supervisión y promoción. Las personas que se encuentran privadas de libertad o internadas, o que lo han estado, sus familias y la sociedad civil deben intervenir en la formulación y la aplicación de mecanismos de rendición de cuentas.

III. La relación entre la salud mental y el internamiento forzoso y la privación de libertad

46. La privación de libertad oficial o de hecho tiene efectos negativos en la salud mental, que pueden constituir vulneraciones del derecho a la salud. El internamiento en condiciones de aislamiento y la reclusión prolongada o indefinida, en particular la reclusión durante decenios en prisiones u otros medios cerrados, tienen una influencia negativa en la salud y el bienestar mentales. La proporción de personas con mala salud mental en las prisiones de todo el mundo es muy superior a la que presenta la población general. Encontrarse privado de libertad es de por sí una experiencia con una gran carga emocional, que lleva consigo la posible exposición a condiciones inhumanas y de hacinamiento, la violencia y los malos tratos, la separación de la familia y la comunidad, la pérdida de autonomía y de control sobre la vida cotidiana y un entorno de temor y humillación, y la

ausencia de actividades constructivas y estimulantes. Las tasas de suicidio en las prisiones son como mínimo tres veces superiores a las de la comunidad en general²³.

47. Si bien se ha producido una intensificación de las investigaciones sobre la salud mental en las prisiones, ello se ha limitado en gran medida a la psiquiatría académica y se ha centrado en la prevalencia de las enfermedades y el mejoramiento de los servicios durante el internamiento. Sigue habiendo una falta de investigaciones sobre la forma en que las propias limitaciones de un medio cerrado, particularmente si es de carácter punitivo, presentan obstáculos importantes para la prestación de servicios de salud de buena calidad a quienes más lo necesitan.

48. Aparte de reconocer que muchas personas que actualmente están recluidas o internadas no deberían estarlo, va apareciendo un consenso en torno a la idea de que las prisiones no son propicias para un tratamiento eficaz de la salud mental y no son el lugar apropiado para personas a quienes se ha diagnosticado un trastorno mental. No obstante, esta opinión ha dado lugar al internamiento forzoso en centros de salud mental, a veces por períodos indefinidos, sin unas salvaguardias significativas para proteger el derecho a la salud, para contribuir a la recuperación o para proteger a la persona de la arbitrariedad. Por ejemplo, las personas con discapacidad intelectual y psicosocial que están en conflicto con la ley y que son consideradas incapaces de formar un juicio racional sobre su conducta (defensa basada en la “enajenación mental”) terminan siendo internadas en centros médicos o de seguridad.

49. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad incluye disposiciones pertinentes a este respecto (arts. 12 y 14). El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha determinado que las disposiciones constituyen una prohibición absoluta del internamiento involuntario, incluido el internamiento involuntario de personas con discapacidad intelectual y psicosocial en instituciones de salud mental, estrictamente en razón de deficiencias reales o percibidas, ya que ello entraña la negación de la capacidad jurídica de la persona para decidir acerca de la atención, el tratamiento y el ingreso en un hospital o una institución²⁴.

50. En virtud de la citada Convención, el reconocimiento de la capacidad jurídica, incluso de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial, se aplica a todos los aspectos de la vida, incluida la igualdad ante los tribunales. A este respecto, el Comité ha reconocido que si las personas con discapacidad, incluida la discapacidad intelectual y psicosocial, en conflicto con la ley son privadas de libertad como consecuencia de un proceso legítimo y no arbitrario, tienen derecho a un alojamiento razonable que preserve su dignidad, incluso en la cárcel²⁵.

51. El Relator Especial reconoce esas disposiciones y reitera su llamamiento anterior a favor de un cambio de paradigma en el terreno de la salud mental, que deje de lado medidas superadas cuya consecuencia es el internamiento forzoso en instituciones psiquiátricas de personas con discapacidad intelectual y psicosocial. Insta a los Estados, las organizaciones internacionales y otros interesados a que emprendan iniciativas concertadas para reducir radicalmente la utilización de la institucionalización en situaciones de atención de la salud mental, con miras a eliminar esas medidas e instituciones. También hace un llamamiento a los Estados para que proporcionen un alojamiento razonable en las prisiones a las personas con cualquier forma de discapacidad que de manera legítima y no arbitraria hayan sido privadas de libertad, en una forma que preserve su dignidad.

52. Para poder avanzar será decisivo un debate serio acerca del papel que las percepciones sobre los trastornos de salud mental desempeñan en la propagación de estructuras de internamiento, que tiene su fundamento en la falsa dicotomía que propugna que una persona que entra en conflicto con la ley o bien está “loca” o bien es “mala”. Las personas en conflicto con la ley, incluidas las que tal vez padezcan un trastorno de salud mental, no pueden quedar reducidas a esa categorización binaria. El Relator Especial acoge con satisfacción el aumento del debate sobre la calificación subjetiva de las personas y los

²³ Seena Fazel y Jacques Baillargeon, “The health of prisoners”, *The Lancet*, vol. 377 (2010).

²⁴ Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad.

²⁵ *Ibid.*

riesgos intrínsecos de desviación hacia entornos de salud mental coercitivos. Una parte fundamental de este debate debe incluir la forma en que la defensa basada en una alegación de “enajenación mental” y otros instrumentos de la justicia penal, como los tribunales de salud mental y las medidas de seguridad, pueden perpetuar defectos sistémicos en materia de derechos humanos en las prisiones y en los centros de salud mental. Existen muchas iniciativas prometedoras tendentes a prestar servicios de salud mental en la comunidad, sin coacción ni internamiento. El empoderamiento es una condición básica para la recuperación de muchas personas que afrontan desafíos psicosociales críticos. El empoderamiento y la recuperación no pueden producirse en entornos cerrados. Es necesario fomentar relaciones saludables y terapéuticas, basadas en la confianza mutua, entre los usuarios y los proveedores de servicios de atención de la salud mental.

IV. Los niños privados de libertad

53. La escala y la magnitud del sufrimiento de los niños reclusos e internados exigen una compromiso mundial para la abolición de las prisiones de niños y de las grandes instituciones de atención paralelamente a una intensificación de la inversión en servicios basados en la comunidad.

54. En las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos, que fueron las primeras reglas de este tipo aprobadas en el contexto de las Naciones Unidas, se decidió deliberadamente no estipular condiciones ni prescribir la protección de los niños reclusos, porque en ellas figuraba el principio de que las personas jóvenes no debían ser condenadas a penas de prisión, un principio afirmado en las Reglas Nelson Mandela. Durante más de 30 años, las normas de las Naciones Unidas en materia de justicia juvenil han exigido que los niños sean internados en instituciones únicamente como medida de último recurso y por el más breve plazo posible²⁶. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas adoptaron hace tiempo un compromiso con la despenalización y las medidas no privativas de libertad para los niños y los adultos²⁷. Reducir el número de niños en contacto con el sistema de justicia penal se considera ahora parte de una estrategia para poner fin a la violencia contra los niños en un contexto de justicia penal²⁸. El estudio mundial sobre los niños privados de libertad encargado por el Secretario General deberá incluir recomendaciones para la aplicación de esa estrategia²⁹.

55. Muchas de las características perniciosas de las prisiones que, como sabemos, impiden de forma decisiva el goce del derecho a la salud por los niños reclusos, especialmente por lo que respecta a su desarrollo psicológico y emocional, también se ponen de manifiesto en las grandes instituciones que ostensiblemente tienen como objetivo asegurar su bienestar, incluidos los hogares de acogida y los centros educativos, de salud y de bienestar para los niños con discapacidad. Por otra parte, las instituciones penitenciarias se utilizan para la detención administrativa de niños alegando “delitos” políticos, la seguridad nacional y el control de la inmigración. De este modo, todas las formas de reclusión ponen gravemente en peligro el goce por los niños de sus derechos a la salud, a un desarrollo saludable y al máximo nivel posible de supervivencia y desarrollo, en contravención del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12) y de la Convención sobre los Derechos del Niño (arts. 6 y 24).

²⁶ Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores (Reglas de Beijing), regla 19.1; véase también Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad (Reglas de La Habana), regla 1.

²⁷ Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las Medidas No Privativas de la Libertad (Reglas de Tokio).

²⁸ Véase Estrategias y Medidas Prácticas Modelo de las Naciones Unidas para Eliminar la Violencia contra los Niños en el Ámbito de la Prevención del Delito y la Justicia Penal, párrs. 30 y 31.

²⁹ Resolución 69/157 de la Asamblea General.

A. Aspectos generales

56. No existen a nivel mundial estadísticas sobre el número total de niños privados de libertad. Se estimaba que a comienzos del milenio había aproximadamente 1 millón de niños reclusos en sistemas de justicia penal; en algunos países la mayoría de ellos estaban a la espera de juicio. Muchos habían sido detenidos por conductas no delictivas relacionadas con la pobreza y la discriminación, que son a su vez vulneraciones de los derechos de los niños. El experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños determinó que la violencia era generalizada en las instituciones penales³⁰.

57. La probabilidad de que un niño sea detenido está relacionada con los factores sociales determinantes de la salud³¹. La pobreza, la exclusión social, los sistemas escolares militarizados, el género, el origen étnico y la discapacidad son factores asociados con la pérdida de la libertad en la infancia. Los niños de comunidades desfavorecidas económica y socialmente, incluidos los pertenecientes a minorías étnicas y pueblos indígenas, además de los que están a cargo de sistemas de acogida, figuran de manera desproporcionada entre los que se encuentran privados de libertad. Los niños con discapacidad tienen más probabilidades de estar internados en instituciones y de padecer formas terribles de violencia, a menudo disfrazada de “tratamiento”³². Aumentar las inversiones para hacer frente a esos factores básicos determinantes de la salud no es solo una obligación para la progresiva realización del derecho a la salud sino una estrategia prometedora para impedir el encarcelamiento a largo plazo.

58. El Relator Especial ha podido observar a niños con discapacidad que crecían totalmente dentro de los límites impuestos por grandes instituciones, y que más adelante pasaban como adultos a instituciones de bienestar social. Si bien fueron concebidos con buenas intenciones, esos modelos paternalistas no se ajustan a las diversas disposiciones de protección de los derechos de los niños, incluido su derecho a un desarrollo saludable. Esta triste herencia de internamiento comienza al inicio de la vida en los orfanatos, caracterizada por una desatención emocional que constituye por sí misma una forma de violencia institucional. El Relator Especial reitera sus anteriores llamamientos para que se eliminen totalmente los servicios institucionales de cuidados de niños menores de 5 años y se sustituyan por un sistema amplio de apoyo en familia³³. Con esta única medida, si se aplica con seriedad, podría impedirse que millones de niños fueran privados de libertad.

59. Si bien la Convención sobre los Derechos del Niño no excluye la reclusión de niños, se estipulan supuestos muy estrictos en su contra (art. 37 b)). Los niños solo pueden ser reclusos como medida de último recurso. Esta norma no debe utilizarse retrospectivamente para justificar las estructuras existentes. Por el contrario, es obligatorio agotar todas las demás estrategias de nivel macro y todas las demás intervenciones a nivel micro.

B. Instituciones penitenciarias

60. Las instituciones penitenciarias fueron diseñadas principalmente para adultos. En el mejor de los casos se dispone de instalaciones separadas para los niños, que de todos modos siguen el modelo de las prisiones para adultos. La prisión es una de las distintas formas de detención utilizadas en el mundo en relación con la inmigración. El derecho fundamental del niño a recibir cuidados y protección nunca podrá hacerse efectivo en las instituciones penitenciarias³⁴.

61. Ha habido casos de niños reclusos en celdas, pabellones, corredores, patios de ejercicio y zonas para visitantes durante semanas, meses o incluso años. La infancia es un período singularmente precioso en el desarrollo de la persona joven; en entornos penales, el aire libre, las ventanas y las oportunidades para jugar, hacer ejercicio y explorar el mundo

³⁰ Véase A/61/299, párrs. 61 y 62.

³¹ A/HRC/7/11 y Corr.1.

³² Paulo Sérgio Pinheiro, *Informe Mundial sobre la Violencia contra los Niños* (2006), párr. 57.

³³ Véase, por ejemplo, A/70/213.

³⁴ Véase la Convención sobre los Derechos del Niño, arts. 3, párr. 2, y 40.

exterior, si existen, están estrictamente limitadas. La falta de alimentos nutritivos y saludables mina la energía de los niños; las condiciones miserables propagan las infecciones y las enfermedades. Para los niños detenidos en relación con la inmigración, la puesta en libertad previa a la expulsión del país es equivalente a la pérdida de lugares que pueden ser considerados un hogar y de las personas relacionadas con esos lugares. El traslado bajo vigilancia desde una institución a un avión roba a los niños una última oportunidad de despedirse.

62. El efecto causado por las instituciones penitenciarias va mucho más allá de la restricción de la libertad física de los niños; su bienestar mental y su potencial de crecimiento psicológico y cognitivo quedan afectados de forma profunda y negativa. Los datos aportados por la investigación muestran que la detención relacionada con la inmigración agrava los traumas preexistentes en los niños. Para algunos, es la peor experiencia de sus vidas³⁵.

63. La adolescencia es un período crítico de desarrollo cognitivo y emocional que afecta toda la edad adulta. El Relator Especial sigue estando profundamente preocupado por la forma en que las respuestas punitivas a la violencia juvenil afectan la salud y el desarrollo de los adolescentes³⁶. Ha habido un incremento de la penalización y del encarcelamiento, pese a que las pruebas indican que se obtienen mejores resultados con enfoques basados en la salud pública³⁷. En realidad, los niños reclusos en instituciones penitenciarias, incluso por actos de violencia, son aquellos que no vieron cubiertas sus necesidades y respetados sus derechos en la primera infancia. El derecho internacional de los derechos humanos exige que los niños sean tratados de manera acorde con su edad y atendiendo a su interés superior³⁸. Asegurar el desarrollo armonioso de los niños en la sociedad, desde la infancia hasta la adolescencia, es una estrategia fundamental para prevenir la delincuencia juvenil³⁹.

64. Después de la entrada en vigor de la Convención sobre los Derechos del Niño, la investigación neurológica ha revelado que los cerebros de los adolescentes todavía se están desarrollando en muchos aspectos decisivos. Esto pone claramente en tela de juicio la justificación de los entornos cerrados y los métodos de control punitivos⁴⁰. Los castigos corporales, la humillación, las coacciones y la denegación de un medio que brinde apoyo y permita unas relaciones saludables, sin violencia, y el bienestar físico nunca darán lugar a un cambio positivo a largo plazo de la conducta de un niño⁴¹.

65. Muchos niños están reclusos como consecuencia del encarcelamiento de sus madres, cuando se considera que el interés superior del niño requiere que este permanezca con su madre. En opinión del Relator Especial, esta determinación del interés superior es demasiado limitada. Los Estados deben encontrar un equilibrio entre los intereses de la sociedad a la hora de imponer a las mujeres penas de prisión por delitos que en su mayoría no son violentos y el interés superior del niño y la obligación estipulada en el artículo 37 b)

³⁵ International Detention Coalition, *Captured Childhood: Introducing a New Model to Ensure the Rights and Liberty of Refugee, Asylum Seeker and Irregular Migrant Children Affected by Immigration Detention* (2012), pág. 49.

³⁶ El Comité de los Derechos del Niño expresó preocupaciones similares; véase su observación general núm. 13 (2011) sobre el derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia, párr. 15 c).

³⁷ Arianna Silvestri y otros, *Young People, Knives and Guns: A Comprehensive Review, Analysis and Critique of Gun and Knife Crime Strategies* (Londres, Centre for Crime and Justice Studies, 2009), págs. 61 a 67.

³⁸ Convención sobre los Derechos del Niño, arts. 3 y 37; Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 7, párr. 2.

³⁹ Véase Directrices de las Naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil (Directrices de Riad), párrs. 1 a 6.

⁴⁰ Barry Goldson y Ursula Kilkelly, "International human rights standards and child imprisonment: potentialities and limitations", *The International Journal of Children's Rights*, vol. 21, núm. 2 (2013).

⁴¹ OMS y International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (Sociedad Internacional para la Prevención del Abuso y Negligencia contra los Niños), *Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence* (2006); Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children (Iniciativa Global para Acabar con Todo Castigo Corporal hacia Niños y Niñas), "Corporal punishment of children: review of research on its impact and associations", documento de trabajo (2016).

de la Convención sobre los Derechos del Niño. Esa obligación supone utilizar todos los medios posibles para evitar la reclusión del niño, incluso respuestas y modelos alternativos para las madres.

66. El internamiento de niños en condiciones de aislamiento y las condiciones de reclusión degradantes y humillantes se han calificado de violencia mental⁴². Muchas otras formas cotidianas de “daño organizado”⁴³ se perpetran por medios no menos perniciosos. La creatividad de los niños, la comunicación, el sueño, el despertar, el juego, el aprendizaje, el descanso, la socialización y las relaciones están obligatoriamente controlados en una situación de reclusión, y las transgresiones se castigan, mientras que quienes administran los castigos gozan de impunidad.

67. A menudo las privaciones cotidianas se complementan con intervenciones sobre la conducta cuyo propósito es “tratar” y “reformular”. Esos criterios basados en el “tratamiento” afianzan aún más la imagen de un niño con problemas “que necesita ser arreglado”, pasando por alto que se requieren cambios para afrontar los factores determinantes del derecho a la salud, como las desigualdades, la pobreza, la violencia y la discriminación, especialmente entre grupos en situaciones vulnerables. Esto lleva a su vez a que los niños vivan en un entorno de internamiento forzoso y alimenta sus conflictos. Esas estrategias simplistas no son propicias para el derecho a la salud.

68. Los mecanismos de supervivencia a que recurren los niños estresados y desesperados, que pueden consistir en agresiones contra sí mismos y contra otros, son percibidos por la sociedad y por los sistemas judicial y de bienestar como actos lesivos para uno mismo, antisociales y/o violentos. Con demasiada frecuencia no se reconoce el daño que infligen las propias instituciones.

69. No puede dudarse en concluir que el acto de mantener a los niños reclusos es una forma de violencia. La Convención sobre los Derechos del Niño prohíbe el uso de la reclusión como primera estrategia. De cara al futuro, una estrategia basada en los derechos del niño deberá fortalecer aún más la presunción contraria a la reclusión de los niños con miras a su abolición.

V. Las mujeres, el derecho a la salud y el internamiento

70. Las mujeres representan una pequeña minoría (7%) de la población reclusa mundial, pero el número de mujeres en prisión va en aumento a un ritmo mucho mayor que el de los hombres⁴⁴. El número de mujeres y muchachas internadas al margen de los contextos de justicia penal en todo el mundo se desconoce. La mayoría de ellas son delincuentes sin antecedentes, sospechosas o acusadas de delitos de importancia menor que no conllevaban violencia, no representan un riesgo para el público y probablemente no deberían estar en prisión⁴⁵. Paradójicamente, el aumento meteórico del número de mujeres sometidas a regímenes de internamiento en los últimos dos decenios ha dado una mayor visibilidad al problema y ha generado reformas centradas en los aspectos de género, pero las mejoras han sido limitadas por lo que respecta al sufrimiento de las mujeres reclusas y al aumento de su número⁴⁶.

71. Los sufrimientos de las mujeres que están en prisión o internadas contra su voluntad, y los efectos negativos conexos en el goce de su derecho a la salud, se consideran considerablemente mayores que los experimentados por los hombres. El poder y la autoridad en las cárceles y otros lugares de reclusión y de internamiento, como las grandes instituciones psiquiátricas, se basan en planteamientos históricos patriarcales y machistas

⁴² Véase Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 13, párr. 21.

⁴³ Hans von Hentig, *Punishment: Its Origin, Purpose and Psychology* (1937); Barry Goldson, “Child imprisonment: a case for abolition”, *Youth Justice*, vol. 5, núm. 2 (agosto de 2005).

⁴⁴ Roy Walmsley, *World Female Imprisonment List*, 4ª ed. (2017).

⁴⁵ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), *Manual sobre las mujeres y el encarcelamiento*, 2ª ed. (Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.14.IV.3).

⁴⁶ Cassandra Shaylor, “Neither kind nor gentle: the perils of ‘gender responsive justice’”, en Phil Scraton y Jude McCulloch, eds., *The Violence of Incarceration* (Routledge, 2008).

de castigo y control⁴⁷. Por este motivo es cuestionable que esos entornos sean aceptables para la realización del derecho a la salud y el bienestar de las mujeres.

72. El modo en que las mujeres están privadas de libertad, oficialmente o de hecho, responde a desigualdades estructurales y discriminación, estereotipos de género perniciosos y profundas desventajas, lo cual ha generado un fracaso a la hora de hacer realidad sus derechos a los factores sociales básicos determinantes de la salud, a la autonomía reproductiva, a un medio en que las mujeres estén protegidas de la violencia por motivos de género, y a servicios y apoyo en la comunidad. Una vez recluidas, el entorno de prisión y de internamiento, con sus dificultades y sus características que afectan a los aspectos de género, aumentan sus riesgos inmediatos y de largo plazo para la salud, reproducen la violencia y los traumas del pasado y menoscaban la realización plena y efectiva del derecho a la salud para sí mismas y para los niños a su cargo y las familias que han quedado en el exterior.

A. Abordar el problema de los determinantes de género que conducen a la prisión

73. En estudios realizados en varios países se llega a la conclusión de que la violencia, el abuso sexual, físico y emocional y la dependencia económica guardan relación con la reclusión de las mujeres. Muchas mujeres que se encuentran en prisión son madres y las cuidadoras principales, si no las únicas, de sus hijos u otros miembros de la familia. En muchos países, las penas de prisión para las mujeres conllevan la reclusión de sus hijos pequeños. Los niños que han quedado fuera tienen un contacto limitado con sus madres, a menudo tienen dificultades para sobrevivir, y viven en la calle, en instituciones, en hogares de acogida o con familiares⁴⁸.

74. En algunos países, las mujeres embarazadas que consumen drogas, o incluso medicamentos recetados legalmente, se exponen a penas de prisión por períodos prolongados, a veces durante toda la duración del embarazo, como consecuencia de procedimientos civiles o penales. Esto puede tener un efecto discriminatorio en las mujeres con discapacidad que toman medicamentos recetados durante el embarazo⁴⁹. En otros países, las mujeres ingresan en prisión por “delitos contra la moral”, como el adulterio o las relaciones extramatrimoniales, o bien para estar protegidas contra la violencia por motivos de género (“delitos de honor”)⁵⁰.

75. Las leyes y disposiciones jurídicas penales que restringen el acceso a productos, servicios e información relacionados con la salud sexual y reproductiva también contribuyen al encarcelamiento de las mujeres⁵¹. En algunos Estados, facilitar información sobre la prevención o la interrupción del embarazo o materiales considerados contrarios a las ideas de “moralidad” o “decencia” se castiga con sanciones que van desde las multas hasta la prisión. Las leyes penales también se han utilizado para encausar a mujeres por otros tipos de conducta, como el hecho de no seguir las órdenes del médico durante el embarazo, no abstenerse de mantener relaciones sexuales u ocultar un nacimiento⁵². En los países donde el aborto es ilegal, las mujeres se exponen a la prisión por haber solicitado un aborto y servicios de emergencia por complicaciones relacionadas con el embarazo, incluso a causa de un aborto espontáneo. El temor a ser objeto de cargos penales por “complicidad”

⁴⁷ M. Bandypadhyay, “Competing masculinities in a prison”, *Men and Masculinities*, vol. 9, núm. 2 (2006).

⁴⁸ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *Políticas de Control de Drogas y Desarrollo Humano* (2015), pág. 27; Moira O’Neil, Nathaniel Kendall-Taylor y Susan Nall Bales, “Communicating about women and criminal justice in the United Kingdom”, *FrameWorks Research Brief* (junio de 2015), pág. 3; Carlyne Willow, *Children Behind Bars: Why the Abuse of Child Imprisonment Must End* (Policy Press, 2015).

⁴⁹ Amnistía Internacional, *Criminalizing Pregnancy: Policing Pregnant Women Who Use Drugs in the USA* (2017).

⁵⁰ A/68/340.

⁵¹ A/66/254, A/68/340 y A/HRC/14/20.

⁵² Véase A/66/254, párrs. 18, 38 y 62.

con el aborto puede hacer que los encargados de prestar servicios de atención de la salud denuncien a las autoridades a mujeres que sufren complicaciones del embarazo⁵³.

76. Una proporción considerable de las mujeres reclusas están en prisión por delitos no violentos de importancia menor relacionados con las drogas: entre un 40% y un 80% en algunos países de América, Europa y Asia⁵⁴. Mientras que los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de estar implicados en el narcotráfico, el número de mujeres en prisión por delitos relacionados con las drogas es considerablemente superior al de hombres⁵⁵.

77. En muchos países, la proporción de mujeres detenidas a la espera de juicio es igual o superior al de las reclusas que cumplen condena⁵⁶. Ello aumenta la vulnerabilidad a los abusos sexuales y otras formas de coacción que pueden utilizarse para extraer confesiones⁵⁷, a lo cual se suman factores como la raza, la discapacidad, la extranjería y otras situaciones de discriminación social.

78. Mantener a las mujeres fuera del sistema de justicia penal, por ejemplo aboliendo las leyes que penalizan el acceso a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva y la información al respecto, las relaciones sexuales consentidas entre adultos, los delitos contra la “moralidad” y los delitos de importancia menor relacionados con las drogas, es fundamental para proteger el derecho a la salud de esas personas.

B. Condiciones de reclusión

79. Una vez en prisión, las mujeres están expuestas a menudo a discriminación por motivos de sexo y/o discapacidad y sometidas a tratos y condiciones que reproducen la violencia y los abusos que la mayoría de ellas han experimentado antes de ser detenidas. En varios países, a causa del espacio limitado disponible para las reclusas, las mujeres están sujetas a niveles de seguridad que no se justifican por la evaluación del riesgo realizada a su ingreso⁵⁸. La falta de servicios médicos o de salud mental también puede tener como consecuencia que las mujeres estén internadas en instalaciones con un nivel de seguridad más alto de lo que estaría indicado⁵⁹. La situación es más grave en el caso de las mujeres con discapacidad a causa de la escasez de instalaciones para alojarlas, y aún más en el caso de las mujeres con discapacidad psicosocial o intelectual, cuyos trastornos reales o supuestos se utilizan a menudo como justificación para un nivel de seguridad más alto⁶⁰.

80. Al igual que sus homólogos varones, las mujeres en prisión suelen estar expuestas al hacinamiento, a la violencia y a condiciones insalubres perjudiciales para su salud mental y física y propicias para la propagación de enfermedades. Es frecuente que se preste una atención escasa o nula a las necesidades de atención de la salud específicas de las mujeres, como las relacionadas con la menstruación, el embarazo y el parto, la menopausia y la salud sexual y reproductiva⁶¹. La falta de una atención de la salud específica para las mujeres, incluida la falta de servicios especializados en obstetricia y salud reproductiva, el

⁵³ Véase, por ejemplo, CEDAW/C/SLV/CO/8-9, párrs. 37 y 38.

⁵⁴ Véase A/68/340, párrs. 23 y 24; Rebecca Schleifer y Luciana Pol, “International guidelines on human rights and drug control: a tool for securing women’s rights in drug control policy”, *Health and Human Rights Journal*, vol. 19, núm. 1 (2017); Thailand Institute of Justice, *Women Prisoners and the Implementation of the Bangkok Rules in Thailand* (2014).

⁵⁵ Joanne Csete y otros, “Public health and international drug policy”, *The Lancet*, vol. 387 (abril de 2016); A/68/340, párr. 26; CEDAW/C/BRA/CO/7 y Corr.1, párr. 32; A/54/38/Rev.1, Segunda Parte, párr. 312.

⁵⁶ UNODC, *Manual sobre las mujeres y el encarcelamiento*.

⁵⁷ Open Society Justice Initiative (Iniciativa Pro-Justicia de la Sociedad Abierta), *Presumption of Guilt: The Global Overuse of Pretrial Detention* (Nueva York, Open Society Foundation, 2014); UNODC, *Manual sobre las mujeres y el encarcelamiento*.

⁵⁸ UNODC, *Manual sobre las mujeres y el encarcelamiento*.

⁵⁹ Véase, por ejemplo, Anti-Discrimination Commission Queensland, *Women in Prison* (2006). Puede consultarse en https://www.adcq.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0018/5148/WIP_report.pdf.

⁶⁰ UNODC, *Manual sobre las mujeres y el encarcelamiento*.

⁶¹ A/68/340. Véase también Human Rights Watch, *Going to the Toilet When You Want: Sanitation as a Human Right* (2017).

tratamiento deficiente por parte del personal, la desatención médica y la denegación de medicamentos, la falta de intimidad y de confidencialidad en los reconocimientos médicos, y la discriminación en el acceso a servicios de reducción del daño pueden ser equivalentes a malos tratos o, en algunos casos, a tortura⁶², y representan una vulneración del derecho a la salud.

81. Las normas internacionales exigen instalaciones especiales para el cuidado y tratamiento de las reclusas durante su embarazo, así como durante el parto e inmediatamente después en las prisiones para mujeres⁶³, y que se suministre gratuitamente a las embarazadas, los bebés, los niños y las madres lactantes “alimentación suficiente y puntual” y un entorno sano⁶⁴. Sin embargo, la atención prenatal es insuficiente o inexistente en muchas prisiones, incluso en lugares donde está disponible para la población en general, y la nutrición es deficiente⁶⁵. Se han denunciado malos tratos de mujeres durante el parto en las prisiones y en centros de internamiento de inmigrantes. Los castigos que conlleven aislamiento y segregación disciplinaria no deben aplicarse a las mujeres embarazadas, las mujeres con niños pequeños y las madres lactantes⁶⁶.

C. Mujeres con discapacidad

82. Las mujeres con discapacidad, especialmente las que presentan una discapacidad psicosocial, están representadas de manera desproporcionada en las prisiones, en comparación con la población general y con los hombres presos⁶⁷. El cierre de instituciones psiquiátricas y la falta de servicios adecuados de vivienda, salud mental y servicios sociales en las comunidades han contribuido a aumentar la población de mujeres con discapacidad psicosocial que están en prisión⁶⁸. La medicalización de la conducta de las mujeres y la caracterización de las mujeres en conflicto con la ley como “locas”, “irracionales” y “necesitadas de arreglo” ha contribuido a determinar que algunas mujeres reclusas presentan trastornos de salud mental, mientras que no habría sido así en el caso de los hombres y, a su vez, a recetar en exceso medicamentos psicotrópicos a mujeres que padecen niveles normales de malestar asociado con la reclusión.

83. En muchas prisiones no se da un alojamiento razonable a las personas con discapacidad, lo cual tiene consecuencias importantes para el goce de su derecho a la salud y, en algunos casos, puede infringir las prohibiciones contra la tortura y los malos tratos⁶⁹. Determinar erróneamente a las mujeres con discapacidad mental que presentan un mayor riesgo también dificulta sus oportunidades de ser puestas en libertad prontamente, lo cual agrava los trastornos de salud mental existentes.

84. El historial de las mujeres que acaban viéndose privadas de libertad, oficialmente o de hecho, y los elevados niveles de violencia y de sufrimiento que experimentan cuando se encuentran en los centros de reclusión, están estrechamente vinculados con la falta de respeto, protección y ejercicio efectivo de su derecho a la salud. Las reformas adoptadas para responder a los aspectos de género no han abordado con eficacia esos desafíos, que

⁶² Véase A/HRC/31/57, párr. 26.

⁶³ Reglas Nelson Mandela, regla 28.

⁶⁴ Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas No Privativas de la Libertad para las Mujeres Delinquentes (Reglas de Bangkok), regla 48.

⁶⁵ A/68/340.

⁶⁶ Reglas de Bangkok, regla 22.

⁶⁷ Estados Unidos de América, Departamento de Justicia, “Disabilities among prison and jail inmates, 2011–12” (2015); Janet I. Warren y otros, “Personality disorders and violence among female prison inmates”, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 30 (2002); Emma Plugge, Nicola Douglas y Ray Fitzpatrick, *The Health of Women in Prison: Study Findings* (University of Oxford, 2006).

⁶⁸ Jennifer M. Kilty, “‘It’s like they don’t want you to get better’: Psy control of women in the carceral context”, *Feminism & Psychology*, vol. 22, núm. 2 (abril de 2012).

⁶⁹ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Price c. el Reino Unido*, demanda núm. 33394/96, sentencia de 10 de julio de 2001, y *D. G. c. Polonia*, demanda núm. 45705/07, sentencia de 12 de febrero de 2013; Tribunal de Apelación de los Estados Unidos, Sexto Circuito, *Stoudemire v. Michigan Department of Corrections et al.*, caso núm. 14-1742, decisión de 22 de mayo de 2015.

afectan de manera desproporcionada a las mujeres en situaciones vulnerables, de desventaja y de marginación.

VI. Del internamiento a la comunidad: poner fin a la reclusión por motivos de salud pública

85. El internamiento ha sido una estrategia de salud pública de larga data para detener la propagación de enfermedades infecciosas y virus, como la lepra, el VIH y la tuberculosis. Diversos marcos jurídicos, en particular las leyes nacionales sobre salud mental, legitiman el internamiento forzoso por motivos generales y subjetivos, como la necesidad médica y la peligrosidad. De forma rutinaria, y en algunos casos con frecuencia creciente, el internamiento es el instrumento preferido para abordar cuestiones sociales y de salud pública complejas. Unas políticas y prácticas que se basan en las hipótesis más pesimistas suelen tener un efecto significativo en los grupos que se hallan en situaciones de marginación, que quedan atrapados en regímenes de internamiento por motivos penales o de salud pública como consecuencia de sus condiciones de salud. Esto sucede a pesar de que cada vez hay más pruebas de que los resultados en la salud de esos grupos, y en las comunidades donde viven, son mejores con unos servicios de salud y de apoyo prestados en entornos comunitarios. El lugar que ocupa el internamiento por motivos de salud pública en nuestro mundo globalizado en rápida evolución es el tema de un debate actual e importante. Teniendo en cuenta la próxima reunión de alto nivel sobre la lucha contra la tuberculosis, que se celebrará en cumplimiento de la resolución 71/159 de la Asamblea General, el Relator Especial tomará como ejemplo central en el presente capítulo el caso de la tuberculosis.

86. Pocos grupos de población están expuestos a un mayor riesgo de contraer la tuberculosis que las personas privadas de libertad, por factores que van desde una nutrición deficiente y condiciones poco higiénicas a una mala atención médica. Las tasas de prevalencia en las prisiones son entre 3 y 1.000 veces superiores a las de la población general; la población reclusa representa el 25% de las personas con tuberculosis en algunos países⁷⁰.

87. Las vulneraciones de derechos que contribuyen a la propagación de la tuberculosis no provienen únicamente de las condiciones de reclusión, sino también de las respuestas punitivas a esta y otras enfermedades infecciosas, como la penalización, el aislamiento, la coacción y la hospitalización forzosa. Con demasiada frecuencia, los criterios aplicados hoy en día a la tuberculosis son tan arcaicos como la propia enfermedad y carecen de un enfoque moderno y basado en la comunidad para asegurar el derecho a la salud y luchar mejor contra la enfermedad. La realización del derecho a la salud exige el pleno compromiso con la formulación de respuestas a la tuberculosis en la comunidad, para avanzar hacia la total eliminación del uso de medidas punitivas, incluido el internamiento, como respuesta.

A. La penalización como factor determinante del derecho a la salud para las personas que viven con la tuberculosis

88. Los enfoques basados en la reclusión y el internamiento no solo obstaculizan la realización de los derechos a la salud, al consentimiento informado, a la intimidad y a no recibir tratamiento, a no ser objeto de tratos inhumanos y degradantes y a la libertad de movimientos, sino que también pueden agravar las desigualdades sociales y, paradójicamente, generar un incremento de la incidencia de la tuberculosis⁷¹.

⁷⁰ Véase www.who.int/tb/areas-of-work/population-groups/prisons-facts/en/; F. Biadlegne, A. Rodloff y U. Sack, "Review of the prevalence and drug resistance of tuberculosis in prisons: a hidden epidemic", *Epidemiology & Infection*, vol. 143, núm. 5 (abril de 2015).

⁷¹ G. Mburu y otros, "Detention of people lost to follow-up on TB treatment in Kenya: The need for human rights-based alternatives", *Health and Human Rights Journal*, vol. 18, núm. 1 (2016), resumen.

89. En algunos países, las leyes nacionales permiten la hospitalización obligatoria y el tratamiento forzoso de las personas con tuberculosis, en contravención del derecho al consentimiento informado, lo cual genera temor y la estigmatización tanto de la enfermedad como de las personas que la padecen. Esto hace que las personas con síntomas de tuberculosis no busquen la atención necesaria. Determinadas leyes disponen explícitamente los exámenes, la hospitalización y la observación, y la imposición de una cuarentena y de tratamiento médico sin consentimiento y en algunos casos sin una orden judicial. Algunos países cuentan con leyes específicas sobre la tuberculosis que incluyen expresiones que conllevan una estigmatización, por ejemplo al sugerir que las personas que tienen la enfermedad eluden maliciosamente el tratamiento, de modo que se autoriza la hospitalización no consentida. Esos marcos jurídicos son un reflejo de criterios anticuados de la atención de la salud, incluidos los enfoques en que el monto de financiación que recibe un centro de salud viene determinado por el número de camas hospitalarias ocupadas.

90. Las personas privadas de libertad provienen de manera desproporcionada de grupos en situaciones de desventaja que a menudo han tenido un acceso insuficiente a los servicios de salud. Situarlas en un entorno cerrado aumenta el riesgo de que no tengan acceso a la atención de la salud, lo cual puede provocar la propagación de la tuberculosis en un contexto en que las condiciones imperantes en las prisiones, como el hacinamiento, los espacios mal ventilados, la prevención, la atención y el tratamiento médico insuficientes, el estrés, la malnutrición y la negación de servicios de reducción del daño elevan el riesgo de infección y de transmisión⁷², y lo mismo sucede con la elevada proporción de VIH en las prisiones⁷³. A menudo las personas recluidas no tienen un acceso suficiente a servicios de asesoramiento e información sobre cuestiones médicas y sobre los efectos secundarios del tratamiento. La falta de acceso a instrumentos diagnósticos y medicamentos de calidad contribuye también a que las prisiones sean incubadoras de la tuberculosis; tan solo el 18% de las prisiones de países con una gran incidencia de la tuberculosis tienen acceso a esos instrumentos⁷⁴.

91. La hospitalización excesiva, a veces en condiciones hospitalarias comparables a las de una prisión, en casos de tuberculosis multirresistente (MDR) y ultrarresistente (XDR) es también un motivo de preocupación. Muchos países recurren automáticamente al aislamiento, particularmente en el contexto de esas cepas de la tuberculosis resistentes a los medicamentos. Esto da lugar al temor y a la desconfianza en los sistemas públicos de atención de la salud y no promueve de manera adecuada la realización del derecho a la salud de las personas con tuberculosis. También se ha observado que un largo aislamiento, que se utiliza para el tratamiento prolongado de esos tipos de tuberculosis resistentes a los medicamentos, induce sentimientos de temor, ira, autculabilidad, depresión y suicidio; se han hecho observaciones similares entre la población reclusa⁷⁵. Esto no es sorprendente, ya que las personas que tienen la enfermedad consideran que el aislamiento prolongado es una forma de reclusión.

B. La atención basada en la comunidad y la tuberculosis

92. La OMS reconoce que la atención basada en la comunidad puede obtener resultados comparables a los de la hospitalización y llevar a una reducción de la propagación hospitalaria de la tuberculosis, y destaca que en todos los casos la atención basada en la

⁷² Masoud Dara, Dato Chorgoliani y Pierpaolo de Colombani, “TB prevention and control care in prisons”. Puede consultarse en <https://pdfs.semanticscholar.org/c9d4/e241b8d4204108df36c16ad4e7cea4d8e56f.pdf>.

⁷³ Stop TB Partnership, Key Populations Brief: Prisoners. Puede consultarse en www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_Prisoners_ENG_WEB.pdf.

⁷⁴ Banuru Muralidhara Prasad y otros, “Status of tuberculosis services in Indian prisons”, *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 56 (2017).

⁷⁵ Kingsley Lezor Bieh, Ralf Weigel y Helen Smith, “Hospitalized care for MDR-TB in Port Harcourt, Nigeria: a qualitative study”, *BMC Infectious Diseases* (2017).

comunidad debería considerarse antes que el aislamiento⁷⁶. El aislamiento forzoso no es ético ni conforme al derecho a la salud.

93. A pesar de las pruebas recogidas, y de consideraciones éticas y basadas en los derechos, algunas leyes penales contemplan el internamiento y prácticas punitivas como parte de las respuestas nacionales a la tuberculosis. Si bien es posible que estas se consideren medidas de “salud pública” para detener la propagación de la enfermedad, llevan consigo considerables vulneraciones de los derechos humanos y mayores daños para la salud pública, lo cual menoscaba las actividades tendentes a luchar con eficacia contra la enfermedad. En vez de recurrir principalmente al internamiento, el enfoque basado en los derechos humanos requiere la formulación de opciones de atención de la salud en la comunidad que cuenten con recursos suficientes y aseguren que las personas con tuberculosis tengan un nivel adecuado de información, apoyo nutricional e ingresos, así como otros tipos de apoyo mientras siguen el tratamiento y/o si pierden su empleo a causa de la tuberculosis. Pese a no contar con recursos suficientes, los modelos de tratamiento innovadores en pequeña escala y basados en la comunidad han resultado ser sumamente eficaces, con unas elevadas tasas de seguimiento del tratamiento y de curación⁷⁷.

94. El internamiento como respuesta a la tuberculosis aumenta la estigmatización de las personas que tienen la enfermedad, y hace que quienes corren un mayor riesgo queden ocultos y apartados de los servicios de atención de la salud. Internar a las personas con tuberculosis no solo crea un riesgo para ellas al colocarlas en entornos que a menudo se caracterizan por un acceso insuficiente al tratamiento y al apoyo, sino que también promueve la propagación de la enfermedad en esos entornos. Como ejemplo particularmente crudo, la reclusión se ha utilizado para aislar a las personas con tuberculosis y castigarlas por no haber seguido el tratamiento, pese a que las vulneraciones de su derecho a la salud fueron el motivo principal de su incumplimiento. El internamiento impone indebidamente a la persona la carga del tratamiento y el cuidado de la tuberculosis, lo cual en la práctica supone aislar y penalizar a los enfermos en vez de proporcionarles la atención y el apoyo necesarios para seguir el tratamiento hasta el final. Es necesario poner fin a esas prácticas.

VII. Conclusiones y recomendaciones

95. **La privación de libertad y el internamiento, cuando se utilizan de forma generalizada como métodos para afrontar diversos problemas sociales, a menudo de carácter no delictivo, crean un ambiente perjudicial para el goce del derecho a la salud física y mental. Si bien es cierto que siempre puede haber casos de reclusión justificados, es inaceptable que en el siglo XXI la reclusión y el internamiento se sigan utilizando habitualmente para delitos de importancia menor y para abordar problemas de salud pública.**

96. **Es inaceptable que los Estados continúen recurriendo a la reclusión y el internamiento como instrumento preferido para promover la seguridad pública, la “moral” y la salud pública, lo cual es más perjudicial que beneficioso para la justicia social, la salud pública y la realización del derecho a la salud física y mental.**

97. **El objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, relativo a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, no podrá alcanzarse si la comunidad mundial no aborda seriamente la utilización de la reclusión y el internamiento como políticas de salud pública y no asigna prioridad a la formulación de alternativas eficaces. Esto es importante en todas las etapas de la vida, desde la primera infancia, pasando por la adolescencia y la juventud y brindando**

⁷⁶ OMS, *Recomendaciones sobre la ética de la prevención, atención y control de la tuberculosis* (2010), pág. 14.

⁷⁷ Véase, por ejemplo, OMS, Oficina Regional para Europa, *Good Practices in Strengthening Health Systems for the Prevention and Care of Tuberculosis and Drug-resistant Tuberculosis* (Copenhague, 2016). Puede consultarse en www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/298198/Good-practices-strengthening-HS-prevention-care-TBC-and-drug-resistant-TBC.pdf.

oportunidades para un envejecimiento saludable y digno en entornos basados en la comunidad.

98. El Relator Especial insta a los Estados a que:

a) Cumplan cabalmente y apliquen en la práctica las Reglas Nelson Mandela, en particular en lo relativo a la prestación de servicios de atención de la salud en las prisiones;

b) Redistribuyan los fondos que actualmente se dirigen a apoyar medidas de reclusión y de internamiento por motivos de seguridad pública y salud pública y los orienten a sistemas de salud pública como escuelas que proporcionen seguridad y apoyo, programas que apoyen relaciones saludables, el acceso a oportunidades de desarrollo y un entorno sin violencia;

c) Formulen medidas para abordar, de manera no discriminatoria, las barreras con que se topan las personas que están en prisión y en otros lugares de reclusión y de internamiento para obtener acceso a la atención de la salud, particularmente las mujeres, los niños, los consumidores de drogas, las personas con discapacidad y las personas con tuberculosis;

d) Fomenten unos servicios basados en la comunidad que permitan el empoderamiento y la promoción de la recuperación y las relaciones saludables, al tiempo que se reducen radicalmente y se eliminan progresivamente las medidas no consentidas y la institucionalización en centros de atención de la salud mental;

e) Proporcionen efectivamente un alojamiento razonable a las personas con discapacidad que se encuentran en prisión, particularmente las que presentan una discapacidad psicosocial o intelectual;

f) Apliquen estrategias nacionales tendentes a la despenalización y a la aplicación de medidas que no entrañen la reclusión en los casos de los niños en conflicto con la ley o que ya están en prisión;

g) Eliminen por completo la atención en instituciones de los niños menores de 5 años y la sustituyan por un sistema generalizado de apoyo en familia;

h) Aumenten las inversiones para desinstitucionalizar a los niños de todas las edades que están internados por motivos de salud o de bienestar social en grandes instituciones, como orfanatos y centros cerrados de atención social y de salud mental, particularmente los niños pertenecientes a grupos vulnerables, como las minorías étnicas y los pueblos indígenas, y los niños con discapacidad;

i) Apliquen políticas y medidas específicas para evitar por todos los medios la reclusión de niños, y en particular formulen modelos y respuestas alternativos para las madres en prisión;

j) Deroguen las leyes que penalizan el acceso a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva y la información al respecto, con inclusión de la prevención y la interrupción del embarazo y las relaciones sexuales consentidas entre adultos;

k) Proporcionen efectivamente alojamiento especial para la atención y el tratamiento prenatal y posnatal en las prisiones y centros de internamiento, junto con una alimentación adecuada y oportuna y un entorno saludable, en forma gratuita, para las mujeres embarazadas y las madres lactantes, de conformidad con las Reglas de Bangkok;

l) Pongan fin a la penalización, la reclusión y el internamiento de las personas con tuberculosis como medida de salud pública, al tiempo que se formulan servicios basados en la comunidad que garanticen el acceso a un nivel adecuado de información, apoyo nutricional e ingresos;

m) Apliquen medidas tendentes a empoderar a las personas recluidas e internadas de modo que puedan ejercer una autonomía significativa y participar en

decisiones sobre la atención de la salud, con un apoyo y un alojamiento apropiados cuando sea necesario;

n) Promuevan la participación de las personas que actualmente están recluidas o internadas, o que lo han estado, así como de sus familias y de la sociedad civil, en mecanismos de rendición de cuentas, al tiempo que se formulan estrategias en las instituciones nacionales de derechos humanos y los mecanismos nacionales de prevención con miras a incluir un enfoque basado en el derecho a la salud en las funciones de supervisión y promoción.

99. El Relator Especial hace un llamamiento a la comunidad internacional para que intensifique el apoyo a las intervenciones basadas en la comunidad que protejan efectivamente a las personas contra un internamiento discriminatorio, arbitrario, excesivo o indebido.

100. El Relator Especial insta a otros interesados pertinentes a incluir en los debates sobre la salud mental la cuestión de la defensa por motivos de “enajenación mental” y otros instrumentos de la justicia penal, como los tribunales de salud mental y las medidas de seguridad, teniendo en cuenta la forma en que pueden reforzar las vulneraciones sistémicas de los derechos humanos en las prisiones y los centros de salud mental.
