



# Asamblea General

Distr. general  
1 de febrero de 2013  
Español  
Original: inglés

---

## Consejo de Derechos Humanos

22º período de sesiones

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 la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez**

### *Resumen*

El presente informe se centra en ciertas formas de abusos presentes en entornos de atención de la salud que pueden trascender el mero maltrato y equivaler a tortura o a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En él se identifican las políticas que fomentan esas prácticas y las deficiencias existentes en materia de protección.

Al poner de manifiesto algunas de estas prácticas abusivas que tienen lugar en entornos de atención de la salud, el informe arroja luz sobre prácticas abusivas que a menudo pasan desapercibidas y que se producen amparadas por políticas de atención de la salud, y subraya de qué forma determinados tratamientos incumplen la prohibición de la tortura y los malos tratos. En el informe se define el alcance de las obligaciones del Estado en lo tocante a regular, controlar y supervisar las prácticas de atención de la salud para prevenir los malos tratos bajo cualquier pretexto.

El Relator Especial examina varias de las prácticas abusivas comúnmente registradas en entornos de atención de la salud y describe cómo se aplica en ese contexto el marco de protección contra la tortura y los malos tratos. Los ejemplos examinados de tortura y malos tratos en entornos de salud probablemente representan la punta del iceberg de este problema mundial.

## Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción .....	1–2	3
II. Actividades del Relator Especial .....	3–10	3
A. Próximas visitas a los países y solicitudes pendientes .....	3–4	3
B. Aspectos destacados de las ponencias y consultas más importantes .....	5–10	3
III. Aplicación del marco de protección contra la tortura y los malos tratos en entornos de atención de la salud .....	11–38	4
A. Evolución de la interpretación de la definición de tortura y malos tratos .....	14–16	4
B. Aplicabilidad del marco de protección contra la tortura y los malos tratos en entornos de atención de la salud .....	17–26	5
C. Principios rectores y de interpretación .....	27–38	7
IV. El creciente reconocimiento de las diferentes formas de abusos en entornos de atención de la salud .....	39–80	9
A. Internamiento obligatorio por problemas médicos .....	40–44	10
B. Conculcación de los derechos reproductivos .....	45–50	11
C. Denegación de tratamientos contra el dolor .....	51–56	13
D. Personas con discapacidad psicosocial .....	57–70	15
E. Grupos marginados .....	71–80	18
V. Conclusiones y recomendaciones .....	81–90	22
A. Importancia de que los abusos en entornos de atención de la salud se consideren una forma de tortura y de malos tratos .....	81–84	22
B. Recomendaciones .....	85–90	23

## **I. Introducción**

1. Este informe se presenta al Consejo de Derechos Humanos con arreglo a la resolución 16/23 del Consejo.
2. Los informes de las visitas a Tayikistán y Marruecos figuran en los documentos A/HRC/22/53/Add.1 y Add.2, respectivamente. El documento A/HRC/22/53/Add.3 contiene información actualizada sobre las medidas de seguimiento, y en el documento A/HRC/22/53/Add.4 figuran observaciones formuladas por el Relator Especial acerca de algunos de los casos incluidos en los informes sobre las comunicaciones A/HRC/20/30, A/HRC/21/49 y A/HRC/22/67.

## **II. Actividades del Relator Especial**

### **A. Próximas visitas a los países y solicitudes pendientes**

3. El Relator Especial tiene previsto visitar Bahrein en mayo de 2013 y Guatemala en el segundo semestre de 2013 y colabora con los Gobiernos respectivos para encontrar fechas mutuamente aceptables. El Relator Especial aceptó la invitación de visitar Tailandia en febrero de 2014. Agradece también la invitación que se le ha cursado para visitar el Iraq, una visita que sigue pendiente.
4. El Relator Especial ha reiterado su interés por efectuar visitas a una serie de Estados donde hay solicitudes de invitación pendientes de respuesta: Cuba, Estados Unidos de América, Etiopía, Ghana, Kenya, Uzbekistán, Venezuela (República Bolivariana de) y Zimbabwe. El Relator Especial también solicitó recientemente visitar el Chad, Côte d'Ivoire, Georgia, México, la República Dominicana y Viet Nam.

### **B. Aspectos destacados de las ponencias y consultas más importantes**

5. El 10 de septiembre de 2012 el Relator Especial participó en un acto en Chatham House (Londres), auspiciado por Redress sobre "Cumplimiento de la prohibición absoluta de la tortura".
6. El 26 de septiembre de 2012 el Relator Especial se reunió con el Director General de la Comisión Nacional de Derechos Humanos de la República de Corea, quien se encontraba de visita en Washington D.C.
7. Entre el 22 y el 24 de octubre de 2012, el Relator Especial presentó su informe provisional (A/67/279) a la Asamblea General y participó en dos actividades paralelas, la primera en la Misión Permanente de Dinamarca ante las Naciones Unidas en Nueva York, sobre "Represalias contra las víctimas de la tortura y otros malos tratos", y la segunda, organizada conjuntamente con la Organización Mundial Contra la Tortura, Penal Reform International, el Centre for Constitutional Rights y Human Rights Watch, sobre "La pena de muerte y los derechos humanos: vías para avanzar". También se reunió con representantes de las Misiones Permanentes de Guatemala y el Uruguay.
8. El 17 de noviembre de 2012 el Relator Especial participó en un simposio organizado por la Universidad de Nueva York sobre la práctica del régimen de aislamiento, titulado "Solitary: wry fancies and stark realities" [Confinamiento en solitario: fantasías frustradas y amargas realidades].

9. Del 2 al 6 de diciembre de 2012, el Relator Especial realizó una visita de seguimiento al Uruguay (A/HRC/22/53/Add.3), a invitación del Gobierno, para evaluar las mejoras e identificar los retos pendientes en lo tocante a la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

10. Del 13 al 14 de diciembre de 2012, el Relator Especial convocó una reunión de expertos sobre "Tortura y malos tratos en entornos de atención de la salud", que se celebró en el Centro de Estudio de los Derechos Humanos y el Derecho Humanitario, de la American University (Washington, D.C.).

### **III. Aplicación del marco de protección contra la tortura y los malos tratos en entornos de atención de la salud**

11. Los malos tratos en entornos de atención de la salud<sup>1</sup> apenas han sido objeto de atención específica en virtud del mandato del Relator Especial, ya que se ha venido considerando a menudo que la denegación de atención médica interfiere de forma esencial con el "derecho a la salud".

12. Aunque los relatores y otros mecanismos de las Naciones Unidas han estudiado previamente diferentes aspectos de la tortura y los malos tratos en entornos de atención de la salud, el Relator Especial considera que es necesario destacar la dimensión e intensidad específicas del problema, que a menudo pasan desapercibidas, identificar aquellos abusos que sean algo más que meras violaciones del derecho a la salud y puedan constituir tortura y malos tratos, y fortalecer la rendición de cuentas y los mecanismos de reparación.

13. El Relator Especial reconoce que la tarea de acabar con la tortura y los malos tratos en entornos de atención de la salud se enfrenta a obstáculos singulares debido, entre otras cosas, a la percepción, nunca justificada, de que las autoridades pueden defender ciertas prácticas de atención de la salud por razones de eficiencia administrativa, para modificar conductas o por imperativo médico. El propósito del presente informe es analizar todas las formas de malos tratos que se fundamentan o se intentan justificar recurriendo a políticas de atención de la salud, beneficiándose de la idea compartida de su pretendida justificación como "tratamiento médico", y detectar fallas o deficiencias intersectoriales que sean comunes a la totalidad o la mayoría de estas prácticas.

#### **A. Evolución de la interpretación de la definición de tortura y malos tratos**

14. Tanto el Tribunal Europeo de Derechos Humanos como la Corte Interamericana de Derechos Humanos afirmaron que la definición de la tortura era continuamente objeto de revisión a la luz de las condiciones actuales y los valores en evolución de las sociedades democráticas<sup>2</sup>.

15. La conceptualización como tortura o malos tratos de los abusos cometidos en entornos de atención de la salud es un fenómeno relativamente reciente. En la presente sección, el Relator Especial asume esta evolución continua de un paradigma que, bajo el

---

<sup>1</sup> Se entienden por entornos de atención de la salud los hospitales, las clínicas públicas y privadas, las residencias y las instituciones en que se prestan cuidados a la salud.

<sup>2</sup> Organización Mundial Contra la Tortura (OMCT), *La prohibición de la tortura y los malos tratos en el sistema interamericano: Manual para víctimas y sus defensores* (2006), pág. 104, en que se cita *Cantoral-Benavides c. el Perú*, Corte Interamericana de Derechos Humanos, serie C, N° 69 (2000), párr. 99; Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Selmouni v. France*, demanda N° 25803/94 (1999), párr. 101.

epígrafe de tortura, incluye de forma creciente formas diversas de malos tratos en entornos de atención de la salud. El Relator demuestra que, si bien en un principio la prohibición de la tortura puede haberse aplicado sobre todo en contextos como el interrogatorio, castigo o intimidación de detenidos, la comunidad internacional ha empezado a ser consciente de que la tortura también puede darse en otros contextos.

16. El análisis de los abusos cometidos en entornos de atención de la salud a través del prisma de la tortura y los malos tratos se basa en la definición de esas violaciones establecida en la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes y en sus interpretaciones autorizadas. A fin de demostrar que las prácticas abusivas en entornos de atención de la salud responden a la definición de la tortura, en la siguiente sección se presenta un panorama general de los principales elementos que integran dicha definición.

## **B. Aplicabilidad del marco de protección contra la tortura y los malos tratos en entornos de atención de la salud**

### **1. Visión de conjunto de los principales elementos presentes en la definición de tortura y malos tratos**

17. La definición de tortura recogida en el artículo 1, párrafo 1, de la Convención contra la Tortura recoge al menos cuatro elementos esenciales, ya que la tortura debe: infligir dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales; ser intencional; tener un propósito concreto; e intervenir, o al menos prestar su aquiescencia [a ella], un funcionario del Estado (A/HRC/13/39/Add.5, párr. 30). Los actos que no se ajusten a esta definición pueden constituir tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes según lo dispuesto en el artículo 16 de la Convención (A/63/175, párr. 46). Los anteriores Relatores Especiales han abordado con gran detalle los principales elementos constituyentes de la definición de tortura. No obstante, teniendo en cuenta el objetivo del presente informe, hay algunos puntos destacados que conviene desarrollar *in extenso*.

18. La jurisprudencia y las interpretaciones autorizadas de los órganos internacionales de derechos humanos sirven de orientación para aplicar los cuatro criterios de la definición de tortura en el contexto propio de la atención de la salud. Según el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, puede conculcarse el artículo 3 cuando, aun no siendo el propósito o el objetivo del acto del Estado, por acción u omisión, degradar, humillar o castigar la víctima, el resultado de ese acto no fuera otro que ese<sup>3</sup>.

19. La aplicación, en los casos de abusos en entornos de atención de la salud, de los criterios relativos a dolor o sufrimiento grave, intención y participación [en la comisión del acto] de un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, o [de que dicho acto se cometa] con su consentimiento o aquiescencia, está relativamente clara. El criterio del propósito concreto merece cierto análisis<sup>4</sup>.

20. El titular del mandato ha declarado anteriormente que podrá entenderse que existe el requisito de intención que figura en el artículo 1 de la Convención cuando se haya discriminado a una persona por motivos de discapacidad. Eso es especialmente pertinente en el contexto de los tratamientos médicos de personas con discapacidad, en que las violaciones graves y la discriminación contra estas personas pueden encubrirse so capa de las "buenas intenciones" de los profesionales de la salud. Una conducta meramente

<sup>3</sup> Véase *Peers v. Greece*, demanda N° 28524/95 (2001), párrs. 68 y 74; *Groni v. Albania*, demanda N° 25336/04 (2009), párr. 125.

<sup>4</sup> Open Society Foundations, *Treatment or Torture? Applying International Human Rights Standards to Drug Detention Centers* (2011), pág. 10.

negligente carece de la intención que se exige en el artículo 1, pero puede ser constitutiva de malos tratos si provoca dolores o sufrimientos graves (A/63/175, párr. 49).

21. Además, en el artículo 1 se citan explícitamente varios fines por los que puede infligirse tortura, a saber, obtener una confesión; extraer información de una víctima o de un tercero; castigar, intimidar y coaccionar; y, por último, discriminar. Sin embargo, se acepta en general que los propósitos indicados se aducen solo con carácter indicativo y no exhaustivo. Al mismo tiempo, solo son suficientes los propósitos que comparten algún elemento con los fines enumerados expresamente (A/HRC/13/39/Add.5, párr. 35).

22. Aunque en algunos casos puede resultar difícil cumplir el requisito necesario de discriminación, ya que lo más probable es que se alegue que el tratamiento tiene por objeto beneficiar al "paciente", ello puede lograrse de diferentes formas<sup>5</sup>. Concretamente, la descripción de los abusos que se esbozan a continuación demuestra que el propósito, explícito o implícito, de infligir un castigo o el objetivo de intimidar suelen coexistir con fines manifiestamente terapéuticos.

## 2. Alcance de las obligaciones básicas del Estado en lo que respecta a la prohibición de la tortura y los malos tratos

23. El Comité contra la Tortura interpreta que las obligaciones de los Estados de prevenir la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes (malos tratos) son indivisibles e interdependientes y están relacionadas entre sí porque "las condiciones que dan lugar a malos tratos suelen facilitar la tortura"<sup>6</sup>. Ha establecido que "los Estados Partes deben prohibir, impedir y castigar los actos de tortura y los malos tratos en todas las situaciones de privación o de limitación de libertad, por ejemplo, en las cárceles, los hospitales, las escuelas, las instituciones que atienden a niños, personas de edad, enfermos mentales o personas con discapacidades, así como durante el servicio militar y en otras instituciones y situaciones en que la pasividad del Estado propicia y aumenta el riesgo de daños causados por particulares"<sup>7</sup>.

24. De hecho, la obligación del Estado de prohibir la tortura se aplica no solo a funcionarios públicos, como por ejemplo los encargados de hacer cumplir la ley, sino que también puede aplicarse a los médicos, los profesionales de la salud y los trabajadores sociales, incluidos los que trabajan en hospitales privados, y en otras instituciones y centros de detención (A/63/175, párr. 51). Como destacó el Comité contra la Tortura, la prohibición de la tortura debe hacerse cumplir en todo tipo de instituciones y los Estados deben ejercer la debida diligencia para impedir, investigar, enjuiciar y castigar las infracciones cometidas por sujetos privados o agentes no estatales<sup>8</sup>.

25. En *da Silva Pimentel c. el Brasil*, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer observó que "el Estado es directamente responsable de las actividades de las instituciones privadas cuando subcontrata sus servicios médicos" y "siempre mantiene el deber de reglamentar y vigilar a las instituciones privadas de atención de la salud"<sup>9</sup>. La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en *Ximenes Lopes c. el*

<sup>5</sup> *Ibid.*, pág. 12.

<sup>6</sup> Observación general N° 2 (2007), párr. 3.

<sup>7</sup> *Ibid.*, párr. 15.

<sup>8</sup> Observación general N° 2, párrs. 15, 17 y 18. Véase también Comité contra la Tortura, comunicación N° 161/2000, *Dzemajl y otros c. Serbia y Montenegro*, párr. 9.2; Comité de Derechos Humanos, Observación general N° 20 (1992), párr. 2.

<sup>9</sup> Comunicación N° 17/2008, párr. 7.5.

*Brasil*, abordó la responsabilidad del Estado por actos de agentes privados en el contexto de la prestación de asistencia sanitaria<sup>10</sup>.

26. Garantizar la protección especial de personas y grupos minoritarios y marginados es un componente esencial de la obligación de prevenir la tortura y los malos tratos. Tanto el Comité contra la Tortura como la Corte Interamericana de Derechos Humanos han confirmado que los Estados tienen una mayor obligación de proteger a los vulnerables o marginados ante la tortura, ya que, por lo general, estas personas están más expuestas al riesgo de sufrir tortura y malos tratos<sup>11</sup>.

## C. Principios rectores y de interpretación

### 1. Capacidad jurídica y consentimiento informado

27. En todos los sistemas jurídicos, la capacidad es una condición que se asigna a los actores que ejercen el libre albedrío y la libertad de elección y a cuyos actos se atribuyen efectos jurídicos. La capacidad es algo que se da por supuesto pero que se puede impugnar; por lo tanto, para poder determinar que una persona es incapaz de tomar decisiones, su "incapacidad" debe demostrarse. Una vez que se determina la incapacidad de la persona, dejarán de tenerse en cuenta, en lo esencial, sus opciones manifestadas. Uno de los principios básicos de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad es "[e]l respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas" (art. 3 a)). El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha interpretado que el requisito básico del artículo 12 es reemplazar los regímenes de sustitución en la adopción de decisiones por una asistencia para la toma de decisiones que respete la autonomía, la voluntad y las preferencias de la persona<sup>12</sup>.

28. El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental señaló que el consentimiento informado no es la mera aceptación de una intervención médica, sino una decisión voluntaria y suficientemente informada. Garantizar el consentimiento informado es un aspecto fundamental del respeto a la autonomía, la libre determinación y la dignidad humana de la persona en un proceso continuo y apropiado de servicios de la atención de salud solicitados de forma voluntaria (A/64/272, párr. 18).

29. Tal como reconoció el Relator Especial sobre el derecho a la salud, si bien los ordenamientos jurídicos nacionales consagran el consentimiento informado, este con frecuencia corre peligro en el entorno de la atención de salud. Las desigualdades estructurales, como el desequilibrio en las relaciones de poder entre médicos y pacientes, agravadas por el estigma y la discriminación, hacen que personas de determinados grupos se vean, de forma desproporcionada, en la tesitura de no poder ejercer su derecho al consentimiento informado (*ibid.*, párr. 92).

30. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el anterior Relator Especial sobre la tortura han puesto de relieve el estrecho vínculo existente entre las

<sup>10</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos (Serie C) N° 149 (2006), párrs. 103 y 150; véase también Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 19 (1992), párr. 9.

<sup>11</sup> Comité contra la Tortura, Observación general N° 2, párr. 21; *Ximenes Lopes c. el Brasil*, párr. 103.

<sup>12</sup> Véase CRPD/C/ESP/CO/1.

intervenciones médicas forzosas basadas en la discriminación y la privación de capacidad jurídica<sup>13</sup>.

## 2. La impotencia y la doctrina de la "necesidad médica"

31. Los pacientes en los centros de atención de la salud dependen de los profesionales sanitarios que les prestan servicios. En palabras del anterior Relator Especial: "La tortura, por ser la violación más grave del derecho humano a la integridad y la dignidad de la persona, presupone una 'situación de impotencia', en que la víctima está bajo el control absoluto de otra persona"<sup>14</sup>. Una de esas situaciones, además de la privación de libertad en cárceles u otros lugares, es la privación de la capacidad jurídica, que acaece cuando una persona se ve despojada de su capacidad para tomar decisiones y esta se asigna a terceros (A/63/175, párr. 50).

32. El titular del mandato ha reconocido que los tratamientos médicos de carácter invasivo e irreversible, en caso de que carezcan de finalidad terapéutica, pueden constituir tortura y malos tratos si se aplican o administran sin el consentimiento libre e informado del paciente (*ibid.*, párrs. 40 y 47). Este es el caso especialmente cuando se somete a tratamientos invasivos, irreversibles y no consentidos a pacientes que pertenecen a grupos marginados, como las personas con discapacidad, independientemente de las alegaciones de buenas intenciones o de necesidad médica que se puedan realizar. Por ejemplo, el titular del mandato afirmó que el carácter discriminatorio de las intervenciones psiquiátricas forzadas, cuando se realizan en personas con discapacidad psicosocial, cumple los requisitos de intencionalidad y propósito recogidos en el artículo 1 de la Convención contra la Tortura, pese a las protestas de "buenas intenciones" que puedan formular profesionales de la medicina (*ibid.*, párrs. 47 y 48). En otros casos, la administración no consentida de medicamentos o la esterilización involuntaria a menudo se defienden afirmando que son tratamientos necesarios que redundan en beneficio del denominado interés superior de la persona afectada.

33. Sin embargo, en respuesta a las denuncias de esterilizaciones de mujeres en 2011, la International Federation of Gynecology and Obstetrics subrayó que la esterilización para la prevención de futuros embarazos no tenía justificación ética aduciendo razones de emergencia médica. Incluso en el caso de que un nuevo embarazo pudiese poner en peligro la vida o la salud de la madre, esta [...] debía disponer de tiempo y apoyo necesarios para sopesar su elección. Debía respetarse su decisión con conocimiento de causa, incluso si se consideraba que podía ser nociva para su salud<sup>15</sup>.

34. En esos casos, se esgrimieron dudosas razones de necesidad médica para justificar procedimientos invasivos e irreversibles realizados a pacientes sin su pleno consentimiento libre e informado. Teniendo esto en cuenta, conviene por lo tanto cuestionar la doctrina de la "necesidad médica" establecida por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en el asunto *Herczegfalvy v. Austria* (1992)<sup>16</sup>, en el que el Tribunal sostuvo que sedar y alimentar por la fuerza de manera continua a un paciente inmovilizado y atado a una cama durante dos semanas se ajustaba, no obstante, al artículo 3 del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, porque el tratamiento en cuestión era necesario desde el punto de vista médico y ajustado a la práctica psiquiátrica admitida entonces.

<sup>13</sup> Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, art. 25 d); véase también CRPD/C/CHN/CO/1 y Corr.1, párr. 38; A/63/175, párrs. 47 y 74.

<sup>14</sup> A/63/175, párr. 50.

<sup>15</sup> *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (2012), págs. 123 y 124.

<sup>16</sup> Demanda N° 10533/83, párrs. 27 y 83.



35. La doctrina de la necesidad médica sigue obstaculizando la protección contra los maltratos arbitrarios en entornos de atención de la salud. Es, por lo tanto, importante aclarar que el tratamiento proporcionado de forma contraria a las disposiciones de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, ya sea mediante coacción o discriminación, no puede ser legítimo ni justificarse con arreglo a la doctrina de necesidad médica.

### 3. Identidades estigmatizadas

36. En un informe de 2011 (A/HRC/19/41), la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos examinó las leyes y las prácticas discriminatorias y los actos de violencia cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género en entornos de atención de la salud. Señaló que había salido a la luz un patrón de violaciones de los derechos humanos que requería una respuesta. Con la aprobación en junio de 2011 de la resolución 17/19, el Consejo de Derechos Humanos expresó formalmente su "grave preocupación" por los actos de violencia y discriminación por motivos de orientación sexual y de identidad de género.

37. Muchas políticas y prácticas que dan lugar a malos tratos en entornos de atención de la salud se deben a la discriminación dirigida contra los marginados. La discriminación desempeña un papel destacado en un análisis de las violaciones de los derechos reproductivos como formas de tortura o malos tratos porque bajo su superficie suele haber prejuicios basados en el sexo y el género. El titular del mandato declaró, con respecto a una definición de la tortura que incluyese la perspectiva de género, que el elemento de propósito se cumplía siempre cuando se trataba de la violencia específica contra la mujer en el sentido de que era inherentemente discriminatoria y de que uno de los propósitos posibles enumerados en la Convención era la discriminación (A/HRC/7/3, párr. 68).

38. Con miras a dar prioridad al consentimiento informado, como elemento esencial de un proceso continuo de prueba, consulta y tratamiento voluntarios, el Relator Especial sobre el derecho a la salud ha señalado también que debía prestarse especial atención a los grupos vulnerables. Los principios 17 y 18 de los Principios de Yogyakarta, por ejemplo, ponen de relieve la importancia de salvaguardar el consentimiento informado de las minorías sexuales. Los proveedores de servicios de salud deben estar al corriente de las necesidades específicas de las personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales y adaptarse a ellas (A/64/272, párr. 46). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha indicado que en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de orientación sexual e identidad de género<sup>17</sup>.

## IV. El creciente reconocimiento de las diferentes formas de abusos en entornos de atención de la salud

39. Numerosos informes han documentado una gran variedad de abusos cometidos contra pacientes y personas bajo supervisión médica. Al parecer, proveedores de servicios de salud no dispensan cuidados o realizan tratamientos que infligen dolor o sufrimiento grave sin motivos médicos legítimos. Los cuidados médicos que causan graves sufrimientos sin ningún motivo aparente pueden considerarse crueles, inhumanos o degradantes, y si hay participación estatal y una intención específica, constituyen tortura.

<sup>17</sup> Observación general N° 14 (2000), párr. 18.

## A. Internamiento obligatorio por problemas médicos

40. El internamiento obligatorio de los drogadictos en los denominados centros de rehabilitación es habitual. Estas instituciones, a veces conocidas como centros de desintoxicación o centros o campos de "reeducación mediante el trabajo", suelen estar gestionadas por fuerzas militares o paramilitares, la policía o las fuerzas de seguridad, o empresas privadas. Las personas que consumen drogas, o se sospecha que lo hacen, y que no aceptan voluntariamente someterse a un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación son recluidas en esos centros y obligadas a someterse a diversas intervenciones<sup>18</sup>. En algunos países, diversos otros marginados, incluidos los niños de la calle, las personas con discapacidad psicosocial, los trabajadores del sexo, las personas sin hogar y los pacientes de tuberculosis, están al parecer retenidos en esos centros<sup>19</sup>.

41. Numerosos informes indican que los usuarios de drogas ilícitas retenidos en esos centros sufren sin asistencia médica un doloroso síndrome de abstinencia en razón de su drogodependencia, se les administran medicamentos desconocidos o experimentales, son objeto de palizas, vergajazos y azotes, suministrados con la aquiescencia del Estado, se les somete a trabajos forzados, y sufren abusos sexuales y humillaciones deliberadas<sup>20</sup>. Otros abusos denunciados incluyen la "terapia de azotes", la "terapia pan y agua" y el electrochoque, que provoca ataques, todo ello so pretexto de la rehabilitación. En esos contextos, no suele haber acceso a un personal médico capacitado para atender los trastornos relacionados con la drogodependencia como enfermedad<sup>21</sup>.

42. Los programas de tratamiento obligatorio que consisten principalmente en ejercicios físicos disciplinarios, a menudo incluso de tipo militar, no están respaldados por pruebas científicas (A/65/255, párrs. 31 y 34). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), "ni la privación de libertad ni el trabajo forzoso han sido reconocidos por la ciencia como tratamiento de los trastornos asociados al consumo de drogas"<sup>22</sup>. La privación de libertad, en la que suelen estar ausentes las evaluaciones médicas, la revisión judicial o el derecho a apelar, no ofrece tratamientos con base empírica ni eficaces<sup>23</sup>. Los programas de reclusión y trabajo forzoso, por lo tanto, infringen las normas internacionales de derechos humanos y son sucedáneos ilegítimos de medidas con base empírica, como la terapia de sustitución, las intervenciones psicológicas y otras formas de tratamiento administrado con el consentimiento pleno e informado del paciente (A/65/255, párr. 31). Las pruebas demuestran que la privación de libertad arbitraria e injustificada suele ir acompañada —y ser escenario— de atroces abusos físicos y mentales.

### Panorama general de los acontecimientos registrados hasta la fecha

43. Los numerosos llamamientos de diversas organizaciones internacionales y regionales a favor del cierre de los centros de internamiento obligatorio para

<sup>18</sup> Véase Organización Mundial de la Salud (OMS), *Assessment of Compulsory Treatment of People Who Use Drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam* (2009).

<sup>19</sup> Human Rights Watch (HRW), *Torture in the Name of Treatment: Human Rights Abuses in Vietnam, China, Cambodia, and LAO PDR* (2012), pág. 4.

<sup>20</sup> Véase Daniel Wolfe y Roxanne Saucier, "In rehabilitation's name? Ending institutionalized cruelty and degrading treatment of people who use drugs", *International Journal of Drug Policy*, vol. 21, N° 3 (2010), págs. 145 a 148.

<sup>21</sup> Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y OMS, "Principles of drug dependence treatment", documento de debate, 2008.

<sup>22</sup> *Ibid.*, pág. 15.

<sup>23</sup> Véase por ejemplo OMS, UNODC, ONUSIDA, *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users* (OMS, 2009).

drogodependientes<sup>24</sup>, así como las múltiples exhortaciones y recomendaciones que figuran en las directrices recientemente publicadas por la OMS sobre farmacoterapia para la dependencia de opiáceos<sup>25</sup>, al igual que la orientación normativa de la UNODC sobre las responsabilidades de la organización en materia de derechos humanos en los centros de desintoxicación<sup>26</sup> y las resoluciones de la Comisión de Estupefacientes<sup>27</sup>, se ignoran sistemáticamente<sup>28</sup>. Estos centros siguen funcionando, a menudo con el apoyo y la asistencia, directos o indirectos, de donantes internacionales, sin ningún tipo de supervisión adecuada en materia de derechos humanos<sup>29</sup>.

44. Pese al compromiso de generalizar el tratamiento con metadona y las terapias de base empírica, frente a los planteamientos punitivos, el número de personas remitidas a los centros correccionales sin drogas para recibir tratamiento obligatorio supera, de manera abrumadora, al de los individuos que reciben tratamientos de base empírica contra la drogodependencia<sup>30</sup>.

## B. Conculcación de los derechos reproductivos

45. El Relator Especial, en numerosas ocasiones, ha respondido a diversas iniciativas en la esfera de la incorporación del género y la lucha contra la violencia contra la mujer, entre otras cosas, examinando formas específicas de tortura ligadas al género para garantizar la aplicación del marco de protección contra la tortura teniendo en cuenta las cuestiones de género<sup>31</sup>. El Relator Especial intenta complementar esos esfuerzos identificando las prácticas relacionadas con los derechos reproductivos en entornos de atención de la salud que, a su juicio, constituyen tortura o malos tratos.

46. Los órganos internacionales y regionales de derechos humanos han empezado a reconocer que los malos tratos infligidos a mujeres que solicitan servicios de salud reproductiva pueden causar enormes y duraderos sufrimientos físicos y emocionales, provocados por motivos de género<sup>32</sup>. Ejemplos de esas violaciones son el maltrato y la humillación en entornos institucionales<sup>33</sup>; las esterilizaciones involuntarias; la denegación del acceso a servicios autorizados de salud<sup>34</sup> como el aborto y la atención posaborto; las esterilizaciones y abortos forzados<sup>35</sup>; la mutilación genital femenina<sup>36</sup>; las infracciones del secreto médico y de la confidencialidad en entornos de atención de la salud, como las denuncias de mujeres presentadas por personal médico cuando hay pruebas de la realización de abortos ilegales; y la práctica de intentar hacer confesar a una mujer como

<sup>24</sup> Asociación Médica Mundial, "Call for compulsory drug Detention centers to be closed", comunicado de prensa, 17 de mayo de 2011; entidades de las Naciones Unidas, "Centros de detención y rehabilitación obligatorios relacionados con la droga", declaración conjunta, marzo de 2012.

<sup>25</sup> Véase Wolfe y Saucier, "In rehabilitation's name".

<sup>26</sup> "UNODC and the promotion and protection of human rights", documento de posición, 2012, pág. 8.

<sup>27</sup> Por ejemplo, las resoluciones 55/12 (2012), 55/2 (2012) y 55/10 (2012).

<sup>28</sup> Véase Wolfe y Saucier, "In rehabilitation's name".

<sup>29</sup> HRW, comunicación dirigida al Relator Especial sobre la tortura, 2012.

<sup>30</sup> Véase Wolfe y Saucier, "In rehabilitation's name".

<sup>31</sup> Véanse A/54/426, A/55/290.

<sup>32</sup> CAT/C/CR/32/5, párr. 7 m); Comité de Derechos Humanos, Observación general N° 28 (2000), párr. 11.

<sup>33</sup> Véase Centro de Derechos Reproductivos, *Reproductive Rights Violations as Torture and Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment: A Critical Human Rights Analysis* (2011).

<sup>34</sup> Véase CAT/C/PER/CO/4, párr. 23.

<sup>35</sup> E/CN.4/2005/51, párrs. 9 y 12.

<sup>36</sup> A/HRC/7/3, párrs. 50, 51 y 53; CAT/C/IDN/CO/2, párr. 16.

condición para que reciba un tratamiento médico que podría salvar su vida después de un aborto<sup>37</sup>.

47. En el asunto *R. R. v. Poland*, por ejemplo, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos determinó que se había conculcado el artículo 3 en el caso de una mujer a quien se había denegado el acceso a las pruebas genéticas prenatales cuando una ecografía reveló una posible anomalía fetal. El Tribunal reconoció que "la demandante se encontraba en una situación de gran vulnerabilidad"<sup>38</sup> y que la dilación deliberada, la confusión y la falta de un asesoramiento adecuado, así como la información proporcionada a la demandante, "entorpecieron el acceso de R. R. a las pruebas genéticas"<sup>39</sup>. El acceso a la información sobre la salud reproductiva es imprescindible para que una mujer pueda ejercer su autonomía reproductiva, y sus derechos a la salud y a la integridad física.

48. Algunas mujeres pueden sufrir múltiples formas de discriminación a causa de su sexo u otros motivos relacionados con su condición o identidad. Un problema cada vez más generalizado es la esterilización involuntaria<sup>40</sup> de mujeres de minorías étnicas y raciales, mujeres de comunidades marginadas<sup>41</sup> y mujeres con discapacidad<sup>42</sup> a causa de la noción discriminatoria según la cual no son "aptas" para tener hijos<sup>43</sup>. La esterilización forzada es un acto de violencia<sup>44</sup>, una forma de control social y una violación del derecho a no ser sometido a torturas y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes<sup>45</sup>. El titular del mandato ha afirmado que "los abortos y las esterilizaciones forzadas practicadas por funcionarios del Estado siguiendo leyes o políticas coercitivas de planificación de la familia pueden constituir tortura"<sup>46</sup>.

49. Para muchas víctimas de violación, el acceso a un procedimiento de aborto sin riesgo es prácticamente imposible debido a un laberinto de trabas administrativas y a la negligencia y la obstrucción oficiales. En la decisión histórica de *K. N. L. H. c. el Perú*, el Comité de Derechos Humanos consideró la denegación del aborto terapéutico una violación del derecho de la persona a no ser víctima de malos tratos<sup>47</sup>. En la demanda *P. and S. v. Poland*, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos declaró que "el estigma asociado al aborto y a la violencia sexual... caus[aba] mucha angustia y sufrimiento, tanto física como mentalmente"<sup>48</sup>.

50. El Comité contra la Tortura ha expresado reiteradamente su preocupación por el hecho de que las restricciones en el acceso al aborto y las prohibiciones absolutas con respecto al mismo conculcan la prohibición de la tortura y los malos tratos<sup>49</sup>. En numerosas ocasiones, los órganos de las Naciones Unidas han expresado su preocupación al denegarse o restringirse el acceso a los cuidados posteriores al aborto<sup>50</sup>, a menudo con fines

<sup>37</sup> CAT/C/CR/32/5, párr. 6 j).

<sup>38</sup> Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *R. R. v. Poland*, demanda N° 27617/04 (2011), párr. 159.

<sup>39</sup> *Ibid.*, párr. 153.

<sup>40</sup> Véase Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *V. C. v. Slovakia*, demanda N° 18968/07 (2011).

<sup>41</sup> A/67/227, párr. 28; A/HRC/7/3, párr. 38.

<sup>42</sup> A/64/272, párr. 55.

<sup>43</sup> Véase Open Society Foundations, *Against Her Will: Forced and Coerced Sterilization of Women Worldwide* (2011).

<sup>44</sup> Véase Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 19, párr. 22; Comité de Derechos Humanos, Observación general N° 28, párrs. 11 y 20.

<sup>45</sup> A/HRC/7/3, párrs. 38 y 39.

<sup>46</sup> *Ibid.*, párr. 69.

<sup>47</sup> Comunicación N° 1153/2003 (2005), párr. 6.3.

<sup>48</sup> Tribunal Europeo de Derechos Humanos, demanda N° 57375/08 (2012), párr. 76.

<sup>49</sup> Véase CAT/C/PER/CO/4, párr. 23.

<sup>50</sup> Véanse CAT/C/CR/32/5, párr. 7 m), A/66/254, párr. 30.

inaceptables como imponer un castigo u obtener una confesión<sup>51</sup>. El Comité de Derechos Humanos señaló explícitamente que las violaciones del artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos incluían el aborto forzoso, así como la denegación del acceso a un aborto en condiciones seguras a las mujeres que han quedado embarazadas a raíz de una violación<sup>52</sup> y manifestó su inquietud acerca de los obstáculos impuestos al aborto cuando era legal.

### C. Denegación de tratamientos contra el dolor

51. En 2012, la OMS calculó que 5.500 millones de personas vivían en países en que el acceso a los medicamentos fiscalizados era escaso o inexistente y no tenían acceso, o tenían un acceso insuficiente, a tratamiento para aliviar dolores moderados a graves<sup>53</sup>. Pese a que la Comisión de Estupefacientes recuerda periódicamente a los Estados sus obligaciones<sup>54</sup>, el 83% de la población mundial no tiene acceso, o tiene un acceso inadecuado, a tratamiento para aliviar dolores moderados a graves. Anualmente, decenas de millones de personas, entre ellos alrededor de 5,5 millones de pacientes terminales con cáncer y 1 millón de pacientes terminales con VIH/SIDA, soportan dolores moderados a intensos sin tratamiento<sup>55</sup>.

52. Muchos países no alcanzan a establecer mecanismos adecuados que permitan el suministro de esos medicamentos<sup>56</sup>. Los países de media y baja renta representan el 6% del consumo de morfina en todo el mundo pero, sin embargo, albergan a aproximadamente la mitad de todos los pacientes de cáncer y al 95% de las nuevas infecciones por el VIH<sup>57</sup>. Treinta y dos países de África apenas tienen morfina<sup>58</sup>. En los Estados Unidos, más de un tercio de los pacientes no reciben un tratamiento adecuado para el dolor<sup>59</sup>. En Francia, un estudio determinó que los médicos subestimaban el dolor en más de la mitad de sus pacientes de sida<sup>60</sup>. En la India, más de la mitad de los centros oncológicos regionales carecen de morfina o de médicos con formación para administrarla. Esto sucede a pesar de que el 70% o más de sus pacientes padecen un cáncer avanzado y probablemente necesiten tratamiento contra el dolor<sup>61</sup>.

53. Aunque medicamentos relativamente económicos y sumamente eficaces como la morfina y otros narcóticos han demostrado que son indispensables "para mitigar el dolor"<sup>62</sup>, en más de 150 países es prácticamente imposible encontrarlos<sup>63</sup>. Los obstáculos que impiden innecesariamente el acceso a la morfina y que afectan negativamente a su disponibilidad son las excesivas restricciones impuestas por los reglamentos de fiscalización de drogas<sup>64</sup> y, con mayor frecuencia, las interpretaciones erróneas de

<sup>51</sup> CAT/C/CR/32/5, párr. 7 m).

<sup>52</sup> Observación general N° 28, párr. 11; véase también CCPR/CO.70/ARG, párr. 14.

<sup>53</sup> OMS, "Access to Controlled Medicines Programme", nota informativa (2012), pág. 1.

<sup>54</sup> Resoluciones 53/4 (2010) y 54/6 (2011).

<sup>55</sup> OMS, "Access", pág. 1.

<sup>56</sup> Véase HRW, "*Please Do Not Make Us Suffer Any More...: Access to Pain Treatment as a Human Right* (2009).

<sup>57</sup> Open Society Foundations, "Palliative care as a human right", Public Health Fact Sheet, 2012.

<sup>58</sup> *Ibid.*

<sup>59</sup> *Ibid.*

<sup>60</sup> *Ibid.*

<sup>61</sup> HRW, *Unbearable Pain: India's Obligation to Ensure Palliative Care* (2009), pág. 3.

<sup>62</sup> Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, preámbulo.

<sup>63</sup> Joseph Amon y Diederik Lohman, "Denial of pain treatment and the prohibition of torture, cruel, inhuman or degrading treatment or punishment", *INTERIGHTS Bulletin*, vol. 16, N° 4 (2011), pág. 172.

<sup>64</sup> Véase HRW, "*Please Do Not Make Us Suffer*".

reglamentos por lo demás correctos<sup>65</sup>; las deficiencias en la gestión del suministro farmacéutico; una infraestructura inadecuada<sup>66</sup>; la escasa prioridad otorgada a los cuidados paliativos<sup>67</sup>; los arraigados prejuicios sobre el uso de opiáceos con fines médicos<sup>68</sup>; y la inexistencia de políticas o instrucciones para profesionales de la medicina sobre el tratamiento del dolor<sup>69</sup>.

#### **Aplicabilidad del marco de protección contra la tortura y los malos tratos**

54. En general, denegar el tratamiento del dolor es un acto de omisión y no de comisión<sup>70</sup>, y se debe más a la negligencia y a las malas políticas del Gobierno que a la intención de infligir sufrimiento. Sin embargo, no todos los casos en que una persona sufre dolor intenso pero no tiene acceso al tratamiento adecuado constituirán tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Ello solo sucederá cuando el sufrimiento sea grave y cumpla los requisitos mínimos aplicables en cuanto a la prohibición de la tortura y los malos tratos; cuando el Estado tenga, o deba tener, conocimiento del sufrimiento, incluso cuando no se ofrezca un tratamiento adecuado; y cuando el Gobierno no haya adoptado todas las medidas razonables<sup>71</sup> para proteger la integridad física y mental de las personas<sup>72</sup>.

55. Garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos incluidos en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS no es solo una medida razonable, sino una obligación legal en virtud de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Cuando la incapacidad de los Estados para adoptar medidas positivas o interferir en los servicios de atención de la salud condena a los pacientes a sufrir dolor innecesariamente, los Estados no solo conculcan el derecho a la salud sino que también pueden incumplir una obligación positiva contraída en relación con la prohibición de la tortura y los malos tratos (A/HRC/10/44 y Corr.1, párr. 72).

56. En una declaración emitida conjuntamente con el Relator Especial sobre el derecho a la salud, el Relator Especial sobre la tortura reafirmó que la incapacidad para garantizar el acceso a los medicamentos fiscalizados para aliviar el dolor y el sufrimiento ponía en peligro los derechos fundamentales a la salud y a la protección contra los tratos crueles, inhumanos y degradantes. Los Gobiernos deben garantizar que los medicamentos esenciales, entre otros, los analgésicos opiáceos, estén incluidos en sus obligaciones básicas mínimas asumidas en relación con el derecho a la salud, y deben adoptar medidas para proteger de los tratos inhumanos y degradantes a las personas bajo su jurisdicción<sup>73</sup>.

<sup>65</sup> E/INCB/1999/1, pág. 7.

<sup>66</sup> A/65/255, párr. 40.

<sup>67</sup> El objetivo de los cuidados paliativos consiste en alcanzar la mejor calidad de vida posible para pacientes diagnosticados con enfermedades que pueden causar la muerte, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento. OMS, *WHO Definition of Palliative Care* (véase [www.who.int/cancer/palliative/definition/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/)).

<sup>68</sup> E/INCB/1999/1, pág. 7.

<sup>69</sup> HRW, *"Please Do Not Make Us Suffer"*, pág. 2.

<sup>70</sup> Amon y Lohman, "Denial", pág. 172.

<sup>71</sup> Véase, por ejemplo, Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Osman v. United Kingdom*, demanda Nº 23452/94 (1998), párrs. 115 a 122; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general Nº 14.

<sup>72</sup> Amon y Lohman, "Denial", pág. 172.

<sup>73</sup> Carta conjunta dirigida al Presidente del 52º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, 2008, pág. 4.

## D. Personas con discapacidad psicosocial

57. En virtud del artículo 1 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. Son personas desatendidas o ingresadas en instituciones de atención psiquiátrica y social, pabellones psiquiátricos, campamentos de oración, internados seculares y religiosos en que se ofrecen terapias, campamentos de entrenamiento, centros residenciales privados de tratamiento o centros de curación por medios tradicionales<sup>74</sup>.

58. En 2008 el titular del mandato dio pasos importantes en la elaboración de normas para abolir las intervenciones psiquiátricas forzadas por motivos de discapacidad únicamente, por constituir una forma de tortura y malos tratos (véase A/63/175). La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad también proporciona una orientación autorizada sobre los derechos de las personas con discapacidad y prohíbe el tratamiento y el encierro involuntarios por razones de discapacidad, reemplazando así normas anteriores como los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, de 1991 (Principios de 1991).

59. Se siguen cometiendo en entornos de atención de la salud abusos graves contra personas con discapacidad psicosocial o intelectual, como el abandono, el maltrato mental y físico y la violencia sexual<sup>75</sup>.

60. Hay varias esferas en las que el Relator Especial quisiera sugerir medidas más allá de lo ya propuesto por el titular del mandato en su empeño por promover la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad como nuevo paradigma normativo y abogar por la adopción de medidas para luchar contra la impunidad.

### 1. Un nuevo paradigma normativo

61. Numerosos llamamientos hechos por el titular del mandato a favor de examinar el marco de protección contra la tortura en relación con las personas con discapacidad<sup>76</sup> siguen sin ser atendidos. Por lo tanto, es necesario reafirmar que la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad ofrece el conjunto más completo de normas sobre esos derechos, entre otras cosas, en el contexto de la atención de la salud, en el que las opciones de las personas con discapacidad suelen quedar invalidadas atendiendo a un supuesto "interés superior" y las violaciones graves y la discriminación contra estas personas pueden encubrirse aduciendo las "buenas intenciones" de los profesionales de la salud (A/63/175, párr. 49).

62. Es necesario destacar qué medidas adicionales son necesarias para prevenir la tortura y los malos tratos contra las personas con discapacidad, sintetizando las normas y coordinando las acciones en conformidad con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad<sup>77</sup>.

<sup>74</sup> Véase HRW, *"Like a Death Sentence": Abuses against Persons with Mental Disabilities in Ghana* (2012).

<sup>75</sup> En noviembre de 2012, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos aprobó una serie de medidas cautelares para proteger a 300 pacientes de un pabellón psiquiátrico en la ciudad de Guatemala, donde se habían documentado formas atroces de malos tratos.

<sup>76</sup> Véase A/58/120; A/63/175, párr. 41.

<sup>77</sup> Véase, por ejemplo, Organización de los Estados Americanos, Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, resolución CEDDIS/RES.1 (I-E/11) (2011), anexo.

## 2. Prohibición absoluta de los métodos de inmovilización y de la reclusión

63. El titular del mandato ya declaró en el pasado que no puede haber justificación terapéutica para el uso de la reclusión en régimen de aislamiento y los períodos prolongados de inmovilización de las personas con discapacidad en instituciones psiquiátricas; tanto el aislamiento prolongado como la inmovilización pueden constituir tortura y malos tratos (A/63/175, párrs. 55 y 56). El Relator Especial ha abordado la cuestión de la reclusión en régimen de aislamiento y declarado que su imposición, cualquiera que sea su duración, a personas que padecen discapacidad mental constituye un trato cruel, inhumano o degradante (A/66/268, párrs. 67, 68 y 78). Además, toda inmovilización de estas personas, incluso durante un breve período de tiempo, puede constituir tortura y malos tratos<sup>78</sup>. Es esencial que se aplique una prohibición absoluta de todas las medidas coercitivas y no consentidas, incluida la inmovilización y el régimen de aislamiento de las personas con discapacidad intelectual o psicológica, en todos los lugares de privación de libertad, incluidas las instituciones de atención psiquiátrica y social. Las circunstancias de impotencia en que se halla el paciente y el trato abusivo de las personas con discapacidad, en el que se recurre a la inmovilización y la reclusión, pueden dar lugar a otros tratamientos no consentidos, como la medicación forzosa y los procedimientos de electrochoque.

## 3. Legislación nacional que permite las intervenciones médicas forzosas

64. El titular del mandato sigue recibiendo informes sobre el uso sistemático de intervenciones médicas forzosas en todo el mundo. Al igual que los órganos de las Naciones Unidas, ha establecido que el tratamiento involuntario y otras intervenciones psiquiátricas en centros de atención de la salud son formas de tortura y malos tratos<sup>79</sup>. Las intervenciones médicas forzosas, que suelen justificarse erróneamente alegando teorías de incapacidad y de necesidad terapéutica contrarias a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, se ven legitimadas por las leyes nacionales, y pueden llegar a gozar de un amplio apoyo público al realizarse en aras del presunto "interés superior" de la persona afectada. No obstante, en la medida en que infligen dolor o sufrimientos graves, contravienen la prohibición absoluta de la tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes (A/63/175, párrs. 38, 40 y 41). Su preocupación por la autonomía y la dignidad de las personas con discapacidad hace que el Relator Especial inste a que se revise la legislación nacional que permite las intervenciones médicas forzosas.

## 4. El pleno respeto de la capacidad jurídica de cada persona es un primer paso en la prevención de la tortura y los malos tratos

65. En todo el mundo millones de personas con discapacidad son despojadas de su capacidad jurídica debido a la estigmatización y la discriminación, mediante una declaración judicial de incapacidad o sencillamente por una decisión facultativa, según la cual la persona "carece de capacidad" para tomar decisiones. Privadas de su capacidad jurídica, se asigna a estas personas un tutor u otro encargado de tomar decisiones en su lugar, cuyo consentimiento será considerado suficiente para justificar un tratamiento forzoso (E/CN.4/2005/51, párr. 79).

66. Como ya declaró con anterioridad el titular del mandato, los criterios que determinan los motivos para administrar un tratamiento sin que haya consentimiento libre e informado deben aclararse en la ley, y no deben hacerse distinciones entre las personas con

<sup>78</sup> Véase CAT/C/CAN/CO/6, párr. 19 d); Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Bures v. Czech Republic*, demanda N° 37679/08 (2012), párr. 132.

<sup>79</sup> A/63/175, párrs. 44, 47, 61 y 63; Comité de Derechos Humanos, comunicación N° 110/1981, *Viana Acosta c. el Uruguay*, párrs. 2.7, 14 y 15.



discapacidad o sin ella<sup>80</sup>. Solo en una situación de emergencia que ponga en riesgo la vida de una persona y en la que no haya desacuerdo con respecto a la falta de capacidad jurídica podrá un profesional sanitario realizar un procedimiento para salvar la vida sin obtener el consentimiento informado<sup>81</sup>. Desde esta perspectiva, quizás sea necesario reconsiderar varios de los Principios de 1991 por contravenir las disposiciones de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (A/63/175, párr. 44).

## 5. Internamiento involuntario en instituciones psiquiátricas

67. En muchos países en que existen en la práctica leyes y políticas sobre salud mental, estas se centran en confinar a las personas con discapacidad mental en instituciones psiquiátricas pero no protegen eficazmente sus derechos humanos<sup>82</sup>.

68. El internamiento involuntario en las instituciones psiquiátricas ha quedado bien documentado<sup>83</sup>. Hay ejemplos contrastados de personas que pasaron toda su vida en instituciones de atención social o psiquiátrica<sup>84</sup>. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha sido muy explícito en su llamamiento a favor de prohibir la privación de libertad en razón de la discapacidad, es decir, el internamiento forzoso de carácter no penal, el ingreso forzoso en una institución o la privación de libertad por motivos de discapacidad<sup>85</sup>. Establece que la vida en comunidad, con apoyo, ha dejado de ser un avance político favorable para convertirse en un derecho internacionalmente reconocido<sup>86</sup>. La Convención se aparta radicalmente de ese enfoque y prohíbe por discriminatoria la privación de libertad basada en la existencia de una forma de discapacidad, en particular mental o intelectual. El apartado b) del párrafo 1 del artículo 14 de la Convención establece claramente que los Estados partes asegurarán que "la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad". Deben abolirse las normas que autorizan el internamiento en una institución de las personas con discapacidad en razón de esta y sin su consentimiento libre e informado. Ello debe incluir la derogación de las disposiciones que autorizan el internamiento de las personas con discapacidad para su atención y tratamiento sin su consentimiento libre e informado, así como las que autorizan la privación preventiva de libertad de las personas con discapacidad por motivos tales como la posibilidad de que puedan ponerse en peligro a sí mismas o a otros, en todos los casos en que los motivos de la atención, el tratamiento y la seguridad pública estén vinculados en la legislación a una enfermedad mental aparente o diagnosticada (A/HRC/10/48, párrs. 48 y 49).

69. La privación de libertad por motivos de enfermedad mental es injustificada si se basa en la discriminación o en los prejuicios contra las personas con discapacidad. En virtud del Convenio Europeo de Derechos Humanos, los trastornos mentales deben revestir cierta gravedad para justificar la privación de libertad<sup>87</sup>. El Relator Especial considera que la gravedad de la enfermedad mental no es en sí misma suficiente motivo para justificar la privación de libertad; el Estado también debe demostrar que es necesaria para proteger la

<sup>80</sup> Véase también A/64/272, párr. 74.

<sup>81</sup> *Ibid.*, párr. 12.

<sup>82</sup> OMS, "Mental health legislation and human rights – denied citizens: including the excluded", pág. 1.

<sup>83</sup> Véase Thomas Hammarberg, "Inhuman treatment of persons with disabilities in institutions", Human Rights Comment (2010).

<sup>84</sup> Véase Dorottya Karsay y Oliver Lewis, "Disability, torture and ill-treatment: taking stock and ending abuses", *The International Journal of Human Rights*, vol. 16, N° 6 (2012), págs. 816 a 830.

<sup>85</sup> Véase también CRPD/C/HUN/CO/1, párrs. 27 y 28.

<sup>86</sup> Véase CRPD/C/CHN/CO/1 y Corr.1, párrs. 92 y 93.

<sup>87</sup> Véase Peter Bartlett, "A mental disorder of a kind or degree warranting confinement: examining justifications for psychiatric detention", *The International Journal of Human Rights*, vol. 16, N° 6 (2012), págs. 831 a 844.

seguridad de la persona o de terceros. Salvo en casos de emergencia, el interesado no se verá privado de su libertad, a menos que se haya demostrado de manera fiable que está "trastornado"<sup>88</sup>. Como la reclusión en un contexto psiquiátrico puede dar lugar a un tratamiento psiquiátrico no consentido<sup>89</sup>, el titular del mandato declaró que la privación de libertad basada en la existencia de una discapacidad podría infligir también una pena o un sufrimiento graves a la persona, con lo que entraría en el ámbito de aplicación de la Convención contra la Tortura (A/63/175, párr. 65). Al hacer esa evaluación deberían tenerse en cuenta factores como el temor y la ansiedad producidos por la detención por tiempo indefinido, la administración forzosa de medicamentos o de electrochoque, la inmovilización y la reclusión, y la separación de la familia y la comunidad, entre otras cosas<sup>90</sup>.

70. Además, las consecuencias del internamiento de personas que no reúnen los criterios adecuados de admisión, como sucede en la mayoría de las instituciones al margen de los sistemas de vigilancia o que carecen de la supervisión necesaria en materia de admisión<sup>91</sup>, plantean cuestiones concretas en lo que respecta a la prohibición de la tortura y los malos tratos. El internamiento de personas en instituciones que sea no consentido, inadecuado o innecesario puede constituir tortura o malos tratos debido a un uso de la fuerza que trascienda lo estrictamente necesario<sup>92</sup>.

## E. Grupos marginados

### 1. Personas que viven con el VIH/SIDA

71. En numerosos informes se han documentado los malos tratos o la denegación de tratamiento a personas que viven con el VIH/SIDA por parte de los proveedores de servicios de salud<sup>93</sup>. Al parecer, no son aceptados en los hospitales, se les da el alta médica arbitrariamente, se les niega el acceso a los servicios médicos a menos que consientan en ser esterilizados<sup>94</sup>, y reciben una atención de baja calidad que deshumaniza y daña su ya frágil condición de salud<sup>95</sup>. Las pruebas forzosas u obligatorias en relación con el VIH son también un abuso habitual que puede constituir tratos degradantes si "la base (...) es discriminatoria y no se respetan los criterios de consentimiento y necesidad" (A/HRC/10/44 y Corr.1, párr. 65). La divulgación no autorizada de la condición serológica en relación con el VIH a parejas sexuales, familiares, empleadores y otros trabajadores de la salud es un abuso frecuente contra las personas que viven con el VIH que puede dar lugar a violencia física.

<sup>88</sup> Véase Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Winterwerp v. The Netherlands*, demanda N° 6301/73 (1979) y Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *E. v. Norway*, demanda N° 11701/85 (1990).

<sup>89</sup> Véase Bartlett, "A mental disorder".

<sup>90</sup> Stop Torture in Healthcare, "Torture and ill-treatment of people with disabilities in healthcare settings", Campaign Briefing, 2012.

<sup>91</sup> Véase CAT/C/JPN/CO/1, párr. 26.

<sup>92</sup> Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Mouisel v. France*, demanda N° 67263/01 (2002), párr. 48; véase también Nell Monroe, "Define acceptable: how can we ensure that treatment for mental disorder in detention is consistent with the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities?", *The International Journal of Human Rights*, vol. 16, N° 6 (2012).

<sup>93</sup> Campaign to Stop Torture in Health Care, "Torture and ill-treatment in health settings: a failure of accountability", *Interights Bulletin*, vol. 16, N° 4 (2011), pág. 162.

<sup>94</sup> Open Society Foundations, *Against Her Will* (nota 43 *supra*).

<sup>95</sup> Véase HRW, *Rhetoric and Risk: Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight against HIV/AIDS* (2006).

## 2. Personas que consumen drogas

72. Las personas que consumen drogas sufren una enorme estigmatización y criminalización, y, a menudo, al recibir atención médica esta se considera una experiencia humillante, punitiva y cruel. Con frecuencia, los consumidores de drogas que viven con el VIH ven cómo se les niega el tratamiento médico de emergencia<sup>96</sup>. En algunos casos las leyes señalan específicamente la condición de consumidor de drogas como único motivo para retirar la custodia u otros derechos parentales. El uso de registros, en los que la policía y los trabajadores de la salud incluyen e identifican a las personas que consumen drogas y limitan sus derechos civiles, infringe la confidencialidad del paciente<sup>97</sup> lo cual puede dar lugar a nuevas sevicias por parte de proveedores de servicios de salud.

73. Una forma particular de malos tratos, y posiblemente de tortura, infligidos a los consumidores de drogas es la denegación del tratamiento de sustitución de opiáceos, incluso como medio de obtener confesiones de delitos provocando los dolorosos síntomas propios del síndrome de abstinencia (A/HRC/10/44 y Corr.1, párr. 57). La denegación de tratamiento con metadona en entornos de custodia policial constituye una violación del derecho a no ser sometido a torturas y malos tratos en determinadas circunstancias (*ibid.*, párr. 71). Debería aplicarse un razonamiento similar en las situaciones distintas de la custodia, en particular en los casos en que los Gobiernos imponen la prohibición completa de las medidas relativas al tratamiento con sustitutivos y de mitigación de daños<sup>98</sup>. La práctica común de denegar el tratamiento antirretroviral a las personas seropositivas que consumen drogas, dando por hecho que no serán capaces de seguirlo, constituye tratos crueles e inhumanos, en vista del sufrimiento físico y psicológico padecido a medida que la enfermedad avanza. También constituye un trato abusivo por motivo de discriminación injustificada en lo que respecta exclusivamente al ámbito de la salud.

74. Al denegar el acceso efectivo a un tratamiento de desintoxicación, las políticas estatales sobre estupefacientes someten intencionadamente a un gran número de personas a graves dolores físicos, sufrimiento y humillación, y las castigan en la práctica por consumir drogas, intentando forzarlas a la abstinencia, sin tener en cuenta en absoluto el carácter crónico de la dependencia y las pruebas científicas que apuntan a la ineficacia de las medidas punitivas.

## 3. Trabajadores del sexo

75. Un informe sobre los trabajadores del sexo documentó las actitudes obstructoras y negativas por parte del personal médico, entre ellas la denegación de los servicios de atención de salud necesarios<sup>99</sup>. En algunos casos, motivos de salud pública han provocado la realización de pruebas de VIH obligatorias y la divulgación de la condición de seropositivo, todo ello acompañado de medidas punitivas<sup>100</sup>. Otra de las humillaciones sufridas por los trabajadores del sexo en entornos de atención de la salud son las violaciones de la intimidad y la confidencialidad<sup>101</sup>. Muy recientemente, el Comité contra la Tortura mencionó "las informaciones sobre la presunta falta de privacidad y las circunstancias humillantes que constituyen tratos degradantes durante los exámenes médicos semanales obligatorios"<sup>102</sup>. El titular del mandato señaló que los actos

<sup>96</sup> *Ibid.*, pág. 44.

<sup>97</sup> A/65/255, párr. 20.

<sup>98</sup> Véase HRW, *Lessons Not Learned: Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation* (2004).

<sup>99</sup> Campaign to Stop Torture in Health Care, "Torture", pág. 163; véase también A/64/272, párr. 85.

<sup>100</sup> OMS y Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA, "Violence against sex workers and HIV prevention" (OMS, 2005), pág. 2.

<sup>101</sup> Campaign to Stop Torture in Health Care, "Torture", pág. 163.

<sup>102</sup> CAT/C/AUT/CO/4-5, párr. 22.

encaminados a humillar a la víctima, aun cuando no se hayan infligido dolores graves, constituyen un trato o pena degradante a causa del sufrimiento psíquico ocasionado a la persona (E/CN.4/2006/6, párr. 35).

#### 4. Lesbianas, gays, bisexuales, trans y personas intersexuales

76. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) concluyó que los malos tratos homófobos infligidos por profesionales de la salud son inaceptables y deben ser proscritos y denunciados<sup>103</sup>. Hay una plétora de testimonios y declaraciones de personas a quienes se denegó tratamiento médico y que se vieron sometidas a vejaciones verbales y humillaciones públicas, evaluaciones psiquiátricas, diversos procedimientos obligatorios como esterilizaciones, exámenes anales forzosos, permitidos por el Estado y dirigidos a enjuiciar la comisión de presuntos actos homosexuales, y reconocimientos invasivos para constatar la virginidad realizados por profesionales sanitarios<sup>104</sup>, así como terapias hormonales y cirugía reconstructiva urogenital, bajo el pretexto de las llamadas "terapias reparativas"<sup>105</sup>. Estos procedimientos rara vez son necesarios desde el punto de vista médico<sup>106</sup>, pueden causar cicatrices, pérdida de sensibilidad sexual, dolor, incontinencia y depresión crónica, y también han sido criticados por carecer de rigor científico, ser potencialmente perjudiciales y contribuir a agrandar el estigma (A/HRC/14/20, párr. 23). El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer expresó su preocupación por que las mujeres lesbianas, bisexuales, trans e intersexos fueran "víctimas de abusos y maltratos por parte de los proveedores de servicios de salud" (A/HRC/19/41, párr. 56).

77. Los niños que nacen con atributos sexuales atípicos suelen ser objeto de intervenciones quirúrgicas irreversibles de reasignación de sexo, esterilizaciones involuntarias o cirugía reconstructiva urogenital involuntaria, practicadas sin su consentimiento informado previo ni de sus padres, "en un intento de fijar su sexo"<sup>107</sup>, que les provocan infertilidad permanente e irreversible y un gran sufrimiento psíquico.

78. En muchos países las personas transgénero se ven a menudo obligadas a someterse a operaciones de esterilización no deseadas como requisito previo para disfrutar de reconocimiento legal de su identidad de género preferida. En Europa, 29 Estados exigen procedimientos de esterilización para reconocer legalmente la identidad de género de las personas transgénero. En 11 Estados donde ninguna legislación regula el reconocimiento legal del género<sup>108</sup> aún se practica la esterilización forzada. En 2008, en los Estados Unidos de América, 20 estados exigían a las personas transgénero que se sometieran a una intervención quirúrgica de confirmación o de reasignación de sexo antes de poder cambiar legalmente su identidad de género<sup>109</sup>. En el Canadá, la provincia de Ontario es la única que no exige una intervención quirúrgica transexual como requisito para modificar el sexo en los certificados de nacimiento<sup>110</sup>. Algunos tribunales nacionales comprobaron que las intervenciones obligatorias no solo provocaban esterilidad permanente y cambios irreversibles en el cuerpo, y afectaban a la vida familiar y reproductiva, sino que también suponían una intrusión grave e irreversible en la integridad física de una persona. En 2012,

<sup>103</sup> OPS, "'Cures' for an illness that does not exist" (2012), pág. 3.

<sup>104</sup> Véase HRW, *In a Time of Torture: The Assault on Justice in Egypt's Crackdown on Homosexual Conduct* (2003).

<sup>105</sup> OPS/OMS, "'Las 'terapias' de cambio de orientación sexual no tienen justificación médica y amenazan el bienestar de las personas", comunicado de prensa, 17 de mayo de 2012; e información presentada por Advocates for Informed Choice al Relator Especial sobre la tortura, 2012.

<sup>106</sup> OPS/OMS, "Terapias".

<sup>107</sup> A/HRC/19/41, párr. 57.

<sup>108</sup> Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa, *Discrimination on Grounds of Sexual Orientation and Gender Identity in Europe* (2011), págs. 86 y 87.

<sup>109</sup> D. Spade, "Documenting gender", *Hastings Law Journal*, vol. 59, N° 1 (2008), págs. 830 y 831.

<sup>110</sup> *X. Y. v. Ontario*, 2012 HRTO 726 (CanLII), fallo de 11 de abril 2012.

el Tribunal Administrativo de Apelación sueco dictaminó que el requisito de esterilización forzada como intrusión en la integridad física de una persona no podía considerarse voluntario<sup>111</sup>. En 2011, el Tribunal Constitucional alemán dictaminó que el requisito de la cirugía de reasignación de sexo conculcaba el derecho a la integridad física y la libre determinación<sup>112</sup>. En 2009, el Tribunal Superior Administrativo austríaco también sostuvo que la reasignación obligatoria de género como condición para el reconocimiento legal de la identidad de género era ilícita<sup>113</sup>. En 2009, el antiguo Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa señaló que "[en la esterilización forzada] los requisitos son claramente contrarios al respeto de la integridad física de la persona"<sup>114</sup>.

79. El titular del mandato observó que "a los miembros de las minorías sexuales se les somete en una proporción excesiva a torturas y otros malos tratos porque no responden a lo que socialmente se espera de uno y otro sexo. De hecho, la discriminación por razones de orientación o identidad sexuales puede contribuir muchas veces a deshumanizar a la víctima, lo que con frecuencia es una condición necesaria para que tengan lugar la tortura y los malos tratos"<sup>115</sup>. La práctica "inútil desde el punto de vista médico" consistente en someter a los hombres sospechosos de homosexualidad a exámenes anales no consentidos para "demostrar" su homosexualidad<sup>116</sup> ha sido condenada por el Comité contra la Tortura, el Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y el Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria, que ha sostenido que la práctica contraviene a la prohibición de la tortura y los malos tratos (A/HRC/19/41, párr. 37).

## 5. Personas con discapacidad

80. Las personas con discapacidad se ven particularmente afectadas por las intervenciones médicas forzadas, y siguen estando expuestas a prácticas médicas no consentidas (A/63/175, párr. 40). En el caso de los niños en entornos de atención de la salud, una discapacidad real o atribuida puede mermar la consideración otorgada a las opiniones del niño<sup>117</sup> a la hora de determinar su interés superior, o puede tomarse como base para reemplazar la discrecionalidad y la adopción de decisiones que corresponde a los padres, los tutores, los cuidadores o las autoridades públicas<sup>118</sup>. Las mujeres que viven con la discapacidad, especialmente de denominación psiquiátrica, corren el riesgo de sufrir múltiples formas de discriminación y malos tratos en entornos de atención de la salud. La esterilización forzada de las niñas y las mujeres con discapacidad ha sido ampliamente documentada<sup>119</sup>. La legislación nacional española, entre otras<sup>120</sup>, permite la esterilización de los menores cuando se constata que adolecen de graves deficiencias psíquicas. El Parlamento egipcio no logró incluir una disposición que prohibía el uso de la esterilización como "tratamiento" para las enfermedades mentales en su Ley de protección del paciente. En los Estados Unidos, 15 estados tienen leyes que no protegen a las mujeres con discapacidad de las esterilizaciones no voluntarias<sup>121</sup>.

<sup>111</sup> Mål nr 1968-12, Kammarrätten i Stockholm, Avdelning 03, [http://du2.pentagonvillan.se/images/stories/Kammarrttens\\_dom\\_-\\_121219.pdf](http://du2.pentagonvillan.se/images/stories/Kammarrttens_dom_-_121219.pdf), pág. 4.

<sup>112</sup> Tribunal Constitucional Federal, *1 BvR 3295/07*. Disponible en [www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20110111\\_1bvr329507.html](http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20110111_1bvr329507.html).

<sup>113</sup> Tribunal Superior Administrativo, N° 2008/17/0054, fallo de 27 de febrero de 2009.

<sup>114</sup> "Derechos humanos e identidad de género", documento temático (2009), pág. 19.

<sup>115</sup> A/56/156, párr. 19. Véase también E/CN.4/2001/66/Add.2, párr. 199.

<sup>116</sup> Grupo de Trabajo sobre la detención arbitraria, opinión N° 25/2009 (2009), párr. 29.

<sup>117</sup> Comité de los Derechos del Niño, Observación general N° 12 (2009), párr. 21.

<sup>118</sup> Véase A/HRC/20/5, párr. 53 d); A/63/175, párr. 59.

<sup>119</sup> Véase el *Informe mundial sobre la violencia contra los niños* del Experto independiente del Secretario General para el estudio de la violencia contra los niños (2009).

<sup>120</sup> Open Society Foundations, *Against Her Will* (nota 43 *supra*), pág. 6, A/64/272, párr. 71.

<sup>121</sup> Open Society Foundations, *Against Her Will*, pág. 6.

## V. Conclusiones y recomendaciones

### A. Importancia de que los abusos en entornos de atención de la salud se consideren una forma de tortura y de malos tratos

81. Los ejemplos de tortura y malos tratos en entornos de atención de la salud examinados probablemente representan la punta del iceberg de este problema mundial. Esas actuaciones siempre constituyen, como mínimo, un trato inhumano y degradante, a menudo podría decirse que cumplen los criterios para su consideración de actos de tortura y siempre están prohibidos con arreglo al derecho internacional.

82. La prohibición de la tortura es uno de los pocos derechos humanos absolutos e inalienables<sup>122</sup>, pertenece al *jus cogens*<sup>123</sup> y es una norma imperativa del derecho internacional consuetudinario. El examen de los malos tratos en entornos de atención de la salud desde el marco de protección contra la tortura ayuda a consolidar los conocimientos sobre estas violaciones y a poner de relieve las obligaciones positivas de los Estados en lo tocante a prevenir y enjuiciar esas violaciones y ofrecer resarcimiento al respecto.

83. El derecho a unas condiciones adecuadas de atención de la salud ("derecho a la salud") determina las obligaciones de los Estados respecto de las personas que padecen alguna enfermedad. A su vez, la naturaleza absoluta e irrevocable del derecho a la protección contra la tortura y los malos tratos establece limitaciones objetivas a determinadas terapias. En el contexto de los malos tratos relacionados con la salud, centrarse en la prohibición de la tortura refuerza los llamamientos a la rendición de cuentas y establece un equilibrio adecuado entre la libertad y dignidad de la persona y las inquietudes en materia de salud pública. De esta forma, la atención prestada al marco de lucha contra la tortura garantiza que las deficiencias del sistema y la falta de recursos o servicios no permitirán justificar malos tratos. Aunque las limitaciones de recursos pueden justificar solo el cumplimiento parcial de algunos aspectos del derecho a la salud, un Estado no puede disculpar su incumplimiento de obligaciones básicas, como la prohibición absoluta de la tortura, bajo ninguna circunstancia<sup>124</sup>.

84. Al redefinir la violencia y los abusos en entornos de atención de la salud como malos tratos prohibidos, las víctimas y sus defensores pueden obtener una protección jurídica y una compensación mayores por tratarse de violaciones de los derechos humanos. En este sentido, la reciente Observación general N° 3 (2012) del Comité contra la Tortura sobre el derecho a interponer recursos y obtener resarcimiento ofrece una orientación valiosa en cuanto a las medidas dinámicas necesarias para impedir las intervenciones médicas forzosas. En particular, el Comité considera que la obligación de ofrecer medidas de recurso y resarcimiento se extiende a todos los actos de malos tratos<sup>125</sup>, de manera que, con este fin, es irrelevante si los abusos en entornos de atención de la salud cumplen por sí solos los criterios que permiten considerar que ha existido tortura. Este marco abre nuevas posibilidades a los procesos sociales holísticos que fomentan el reconocimiento de las experiencias vitales de las personas,

<sup>122</sup> Convención contra la Tortura, art. 2, párr. 2, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 7.

<sup>123</sup> Véase Tribunal Penal Internacional para la ex-Yugoslavia, *Prosecutor v. Furundzija*, causa N° IT-95-17/1-T, fallo (1998).

<sup>124</sup> Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 14.

<sup>125</sup> Observación general N° 3, párr. 1.

inclusive las medidas adoptadas en materia de satisfacción y las garantías de no repetición, así como la derogación de las disposiciones jurídicas incompatibles.

## **B. Recomendaciones**

85. El Relator Especial exhorta a todos los Estados a:

a) Hacer cumplir la prohibición de la tortura en todas las instituciones de atención de la salud, tanto públicas como privadas, por ejemplo, entre otras cosas, declarando que los abusos cometidos en el contexto de la atención de la salud equivalen a un trato o pena cruel, inhumano o degradante; regulando las prácticas de atención de la salud con miras a prevenir los malos tratos bajo cualquier pretexto; e integrando las disposiciones de la prevención de la tortura y los malos tratos en las políticas de atención de la salud.

b) Promover la rendición de cuentas con respecto a la tortura y los malos tratos en entornos de atención de la salud mediante la identificación de las leyes, políticas y prácticas que dan lugar a abusos, y permitir que los mecanismos nacionales de prevención realicen labores sistemáticas de supervisión, reciban denuncias e inicien los enjuiciamientos.

c) Realizar investigaciones prontas, imparciales y exhaustivas sobre todas las denuncias de tortura y malos tratos en entornos de atención de la salud; cuando las pruebas lo justifiquen, enjuiciar y actuar contra sus autores; y proporcionar a las víctimas recursos efectivos y reparación, incluyendo medidas de resarcimiento, satisfacción y garantías de no repetición, así como de restitución, indemnización y rehabilitación.

d) Proporcionar información y educación adecuadas en materia de derechos humanos al personal de atención de la salud sobre la prohibición de la tortura y los malos tratos, así como sobre la existencia, el alcance, la gravedad y las consecuencias de diversas situaciones que constituyan tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes; y promover una cultura de respeto a la integridad y la dignidad, respeto de la diversidad y eliminación de las actitudes propicias a la patologización y la homofobia. Impartir formación a médicos, jueces, fiscales y agentes de policía sobre las normas relativas al consentimiento libre e informado.

e) Preservar el consentimiento libre e informado en condiciones de igualdad para todos y sin excepciones, a través del marco jurídico y los mecanismos judiciales y administrativos, por ejemplo con políticas y prácticas para proteger contra los malos tratos. Deberán revisarse las disposiciones jurídicas que contravengan lo que antecede, como aquellas que permiten la reclusión o el tratamiento obligatorio en entornos de salud mental, en particular mediante tutelas y otros métodos de adopción de decisiones por sustitución. Adoptar políticas y protocolos que respeten la autonomía, la libre determinación y la dignidad humana. Velar por que la información en materia de salud esté plenamente disponible y sea aceptable, asequible y de buena calidad y que se imparta y se comprenda mediante medidas de apoyo y protección, como un amplio abanico de servicios y apoyo en las comunidades (A/64/272, párr. 93). Los casos de tratamiento sin consentimiento informado deben ser investigados; deberá proporcionarse reparación a las víctimas de dicho tratamiento.

f) Velar por la protección especial de las personas y grupos minoritarios y marginados como componente fundamental de la obligación de prevenir la tortura y

los malos tratos<sup>126</sup>, entre otras cosas invirtiendo en las personas marginadas y ofreciéndoles una amplia gama de apoyos voluntarios que les permitan ejercer su capacidad jurídica y que respeten plenamente su autonomía individual, su voluntad y sus preferencias.

## 1. Denegación del tratamiento paliativo del dolor

86. El Relator Especial exhorta a todos los Estados a:

a) Adoptar con carácter prioritario un enfoque basado en los derechos humanos en la fiscalización de las drogas para prevenir las continuas violaciones de derechos derivadas de los planteamientos aplicados actualmente con miras a la restricción de la oferta y la demanda (A/65/255, párr. 48). Asegurar que las leyes nacionales de fiscalización de las drogas reconozcan que los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas son indispensables para aliviar el dolor y el sufrimiento; revisar la legislación nacional y los procedimientos administrativos a fin de garantizar una disponibilidad adecuada de esos medicamentos para usos médicos legítimos.

b) Garantizar el pleno acceso a los cuidados paliativos y superar los actuales obstáculos normativos, educativos y de actitud que limitan la disponibilidad de los medicamentos esenciales para los cuidados paliativos, especialmente la morfina administrada por vía oral. Los Estados deberían elaborar y aplicar políticas que promuevan una comprensión generalizada de la utilidad terapéutica de sustancias controladas y de su utilización racional.

c) Desarrollar e integrar los cuidados paliativos en el sistema de salud pública mediante su inclusión en todos los planes y políticas nacionales de salud, planes de estudio y programas de capacitación y el desarrollo de las normas, directrices y protocolos clínicos que sean necesarios.

## 2. Internamiento obligatorio por razones médicas

87. El Relator Especial exhorta a todos los Estados a:

a) Cerrar los centros de desintoxicación y "rehabilitación" sin demora y ofrecer en las comunidades servicios sociales y de salud voluntarios, basados en pruebas y en derechos. Empezar investigaciones para velar por que no haya casos de malos tratos, incluida la tortura o los tratos crueles, inhumanos y degradantes, en los centros privados de tratamiento de la drogodependencia.

b) Dejar de dar apoyo al funcionamiento de los actuales centros de desintoxicación o a la creación de otros nuevos. Cualquier decisión de proporcionar fondos solo se tomará después de evaluar cuidadosamente los riesgos. Si se autoriza la entrega de esos fondos, ello deberá hacerse especificando claramente que la ayuda tiene una duración limitada y se entrega únicamente con la condición de que las autoridades: a) se comprometan a establecer un proceso rápido para clausurar los centros de desintoxicación en régimen cerrado y reasignar los recursos a la generalización de los servicios voluntarios, de base comunitaria y empírica para el tratamiento de la drogodependencia; y b) sustituyan los enfoques punitivos y los elementos forzados en el tratamiento de la drogodependencia por otros componentes basados en datos empíricos para prevenir el VIH y otros daños provocados por las drogas. Esos centros, mientras sigan funcionando en tanto las autoridades toman medidas tendentes a su cierre, estarán sujetos a una supervisión totalmente independiente.

<sup>126</sup> Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 14, párr. 43 a) a f).



c) Establecer un mecanismo eficaz de supervisión de las prácticas de tratamiento de la drogodependencia y el cumplimiento de las normas internacionales.

d) Garantizar que todas las medidas encaminadas a reducir los daños ocasionados por las drogas y los servicios destinados a tratar la dependencia de las drogas, en especial, la terapia de sustitución de opiáceos, estén a disposición de los consumidores de drogas, sobre todo entre la población penitenciaria (A/65/255, párr. 76).

### 3. Lesbianas, gays, bisexuales, trans y personas intersexuales

88. El Relator Especial exhorta a todos los Estados a que deroguen cualquier ley que permita la realización de tratamientos irreversibles e intrusivos, como la cirugía reconstructiva urogenital obligatoria, la esterilización involuntaria, la experimentación contraria a la ética, las demostraciones médicas y las "terapias reparativas" o "terapias de conversión", si se aplican o administran sin el consentimiento libre e informado del paciente. Los exhorta además a que proscriban la esterilización forzada o coaccionada en cualquier circunstancia y ofrezca una protección especial a los miembros de los grupos marginados.

### 4. Personas con discapacidad psicosocial

89. El Relator Especial exhorta a todos los Estados a:

a) Examinar el marco contra la tortura en relación con las personas con discapacidad y ajustarlo a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, de forma que sea una orientación autorizada sobre los derechos de estas personas en el contexto de la atención de la salud.

b) Imponer una prohibición absoluta de todas las intervenciones médicas forzadas y no consentidas en los casos de personas con discapacidad, incluida la psicocirugía, la terapia de electrochoque, la administración de medicamentos psicotrópicos como los neurolépticos, la inmovilización y el régimen de aislamiento, tanto a largo como a corto plazo, cuando no exista consentimiento. La obligación de poner fin a las intervenciones psiquiátricas forzadas basadas únicamente en motivos de discapacidad es de inmediata aplicación y la escasez de recursos financieros no podrá justificar el aplazamiento de dicha aplicación<sup>127</sup>.

c) Sustituir el tratamiento y el internamiento forzosos por servicios en la comunidad. Esos servicios deben satisfacer las necesidades expresadas por las personas con discapacidad y respetar la autonomía, opciones, dignidad y privacidad de la persona, haciendo hincapié en otras opciones distintas al modelo médico de salud mental, incluidos el apoyo entre pares, la concienciación y la capacitación del personal de atención de salud mental y el personal encargado de hacer cumplir la ley y otros colectivos.

d) Revisar las disposiciones jurídicas que permiten la privación de libertad por razones de salud mental o en instalaciones de salud mental, y de cualesquiera intervenciones o tratamientos coercitivos en entornos de salud mental sin el consentimiento libre e informado de la persona concernida. Deben abolirse las normas que autorizan el internamiento en una institución de las personas con discapacidad en razón de esta y sin su consentimiento libre e informado.

<sup>127</sup> Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, art. 4, párr. 2.

**5. Derechos reproductivos**

90. El Relator Especial exhorta a todos los Estados a que velen por que las mujeres tengan acceso a la atención médica de emergencia, incluidos los cuidados posteriores al aborto, sin temor a sanciones penales o represalias. Los Estados cuya legislación nacional autorice los abortos en diversas circunstancias deberán velar por la disponibilidad real de los servicios sin consecuencias adversas para la mujer o el profesional de la salud.

---