



Asamblea General

Distr. general
11 de enero de 2019
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

40º período de sesiones

25 de febrero a 22 de marzo de 2019

Tema 3 de la agenda

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

Derechos de las personas con discapacidad

Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad

Resumen

En su informe, la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad reseña las actividades llevadas a cabo en 2018 y presenta un estudio temático sobre formas de privación de libertad específicas de la discapacidad, habida cuenta de las normas establecidas en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En el informe se examinan las formas de reclusión específicas de la discapacidad, sus causas subyacentes y consecuencias adversas, y se proponen modelos alternativos basados en los derechos. El informe contiene recomendaciones para ayudar a los Estados a desarrollar y aplicar reformas para poner fin a la privación de libertad por motivos de discapacidad como, la derogación de leyes y reglamentos que permiten la privación de libertad por motivos de discapacidad, la aplicación de políticas de desinstitucionalización y la realización de campañas de concienciación.



Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	3
II. Actividades de la Relatora Especial	3
A. Visitas a los países	3
B. Colaboración con las partes interesadas.....	3
C. Comunicaciones.....	4
III. Privación de libertad de las personas con discapacidad	4
IV. Causas subyacentes de las formas de privación de libertad específicas de la discapacidad.....	7
V. El derecho a la libertad y a la seguridad de las personas con discapacidad.....	10
A. Reconocimiento universal del derecho a la libertad personal	10
B. Contenido normativo del artículo 14 de la Convención.....	12
C. Influencia de la Convención en las normas internacionales y regionales	15
VI. Poner fin a la privación de libertad por motivos de discapacidad	16
A. Reforma legislativa	16
B. Desinstitucionalización	17
C. Poner fin a la coerción en la esfera de la salud mental	17
D. Acceso a la justicia	18
E. Apoyo de la comunidad	19
F. Participación	19
G. Fomento de la capacidad y toma de conciencia	20
H. Movilización de recursos	20
VII. Conclusiones y recomendaciones	20

I. Introducción

1. La Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Catalina Devandas Aguilar, presenta este informe al Consejo de Derechos Humanos en cumplimiento de su resolución 35/6. El informe contiene una descripción de las actividades que la Relatora Especial llevó a cabo a lo largo de 2018, así como un estudio temático sobre las formas de privación de libertad específicas de la discapacidad. En el estudio se proporciona orientación a los Estados sobre la manera de garantizar el derecho de las personas con discapacidad a la libertad y a la seguridad, y se presta especial atención al proceso para erradicar la privación de libertad por motivos de deficiencia.

2. Para preparar el estudio, la Relatora Especial encargó dos estudios¹ y analizó las respuestas a un cuestionario enviado a los Estados Miembros, las instituciones nacionales de derechos humanos, los organismos del sistema de las Naciones Unidas y las organizaciones de la sociedad civil, así como a personas con discapacidad y las organizaciones que las representan. Se recibieron 40 respuestas².

II. Actividades de la Relatora Especial

A. Visitas a los países

3. En 2018, la Relatora Especial visitó Kuwait del 26 de noviembre al 5 de diciembre (el informe se presentará en el 43^{er} período de sesiones del Consejo). La Relatora Especial agradece al Gobierno de Kuwait la cooperación que le prestó antes, durante y después de la visita.

4. La Relatora Especial ha acordado realizar visitas a Botswana, el Canadá, China y Noruega. Asimismo, ha solicitado invitaciones para visitar Benin, Camboya, El Salvador y Viet Nam, y toma nota con reconocimiento de las invitaciones para visitar Argelia, Egipto y los Emiratos Árabes Unidos.

B. Colaboración con las partes interesadas

5. Durante el año, la Relatora Especial participó en numerosas conferencias y reuniones de expertos, como el 56^o período de sesiones de la Comisión de Desarrollo Social; el debate interactivo anual sobre los derechos de las personas con discapacidad en el Consejo de Derechos Humanos; la reunión europea de expertos y partes interesadas para hacer aportaciones al 9^o período de sesiones del Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento; la consulta del Consejo de Derechos Humanos sobre derechos humanos y salud mental; y el 11^{er} período de sesiones de la Conferencia de los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Asimismo, organizó, conjuntamente con otros expertos de las Naciones Unidas, organismos, organizaciones internacionales de la sociedad civil, organizaciones de personas con discapacidad y el mundo académico, consultas de expertos sobre el derecho a la salud, la función de los notarios y la función del poder judicial en la aplicación de la Convención.

6. La Relatora Especial siguió promoviendo activamente un enfoque sistémico para incluir los derechos de las personas con discapacidad en el sistema de las Naciones Unidas, en coordinación con la Oficina Ejecutiva del Secretario General y el Grupo de Apoyo Interinstitucional para la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Como parte de este esfuerzo, llevó a cabo un estudio de referencia que servirá de base para

¹ P. Gooding y otros, *Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review* (Universidad de Melbourne, 2018); y M. Gómez Carrillo, E. Flynn y M. Pinilla, *Global Study on Disability-Specific Forms of Deprivation of Liberty* (National University of Ireland Galway, de próxima publicación).

² Véase www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/LibertyAndSecurity.aspx.

el diseño del enfoque de todo el sistema de las Naciones Unidas para la inclusión de la discapacidad.

7. Conforme a lo dispuesto por la Asamblea General, colaboró con la División de Estadística de las Naciones Unidas, el Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y varios organismos de las Naciones Unidas para abogar por la reunión y el desglose de datos sobre personas con discapacidad.

8. El 6 de marzo, la Relatora Especial presentó su informe anual al Consejo de Derechos Humanos sobre la capacidad jurídica y el apoyo para la toma de decisiones (A/HRC/37/56). El 22 de octubre, presentó su informe anual a la Asamblea General sobre el derecho de las personas con discapacidad a la salud (A/73/161). Ambos informes se publicaron en formatos accesibles³.

9. La Relatora Especial siguió colaborando estrechamente con el sistema de procedimientos especiales, con los órganos de tratados y con otros expertos y organismos de las Naciones Unidas, entre ellos la Organización Internacional del Trabajo, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y la Alianza de las Naciones Unidas para Promover los Derechos de las Personas con Discapacidad.

10. La Relatora Especial también colaboró con diversas partes interesadas, entre ellas instituciones nacionales de derechos humanos, organizaciones que representan a las personas con discapacidad, otras organizaciones no gubernamentales, universidades y la comunidad diplomática.

C. Comunicaciones

11. Los resúmenes de las comunicaciones enviadas y las respuestas recibidas durante el período que abarca el presente informe figuran en los informes sobre las comunicaciones de los procedimientos especiales (véanse A/HRC/37/80, A/HRC/38/54 y A/HRC/39/27).

III. Privación de libertad de las personas con discapacidad

12. La privación de libertad de las personas con discapacidad es uno de los principales motivos de preocupación en materia de derechos humanos en todo el mundo. Si bien no hay datos exhaustivos sobre el número de personas con discapacidad privadas de libertad, las estadísticas y la información administrativa disponibles de una serie de países demuestran que las personas con discapacidad son sistemáticamente encarceladas, reclusas, detenidas o sometidas a algún tipo de restricción física en todo el mundo, independientemente de la situación económica del país o de su tradición jurídica.

13. Las personas con discapacidad están considerablemente sobrerrepresentadas en los entornos convencionales de privación de libertad, como las prisiones y los centros de detención de inmigrantes. Si bien se estima que constituyen el 15 % de la población, en muchos países la proporción de personas con discapacidad encarceladas representa hasta el 50 % de los reclusos⁴. Del mismo modo, está perfectamente demostrado que los niños con discapacidad están sobrerrepresentados en los centros de detención de menores y en las instituciones residenciales para niños, como los orfanatos, los centros de atención social y los hogares funcionales para grupos pequeños⁵.

14. Además, las personas con discapacidad son sometidas, de manera generalizada, a formas de privación de libertad únicas y específicas de la discapacidad. La privación de

³ Véase www.ohchr.org/en/issues/disability/srdisabilities/pages/reports.aspx.

⁴ J. Bronson, L. Maruschak y M. Berzofsky, "Disabilities among prison and jail inmates, 2011–12, special report" (Estados Unidos de América, Departamento de Justicia, 2015); y Australia, Instituto Australiano de Salud y Bienestar, *The Health of Australia's Prisoners* (Canberra, 2015).

⁵ G. Mulheir (2012), "Deinstitutionalisation - a human rights priority for children with disabilities", *Equal Rights Review*, vol. 9, págs. 117 a 137; y C.A. Mallett (2014), "The 'learning disabilities to juvenile detention' pipeline: a case study", *Children & Schools*, vol. 36, núm. 3, págs. 147 a 154.

libertad es específica de la discapacidad cuando existen leyes, reglamentos o prácticas que la contemplan o la permiten por causa de una deficiencia percibida o real; o cuando existen lugares de reclusión específicos, diseñados exclusiva o fundamentalmente para personas con discapacidad. Entre las formas habituales de privación de libertad específicas de la discapacidad figuran la hospitalización involuntaria en instituciones de salud mental; el internamiento en instituciones; la reclusión como medida extrajudicial; los tratamientos forzosos en “campamentos de oración”; y el confinamiento domiciliario. Todas ellas comparten características, argumentos y justificaciones comunes que se derivan del modelo médico de la discapacidad.

15. El internamiento involuntario en centros de salud mental durante períodos cortos o largos de tiempo es la forma más reconocida de privación de libertad en razón de una deficiencia. Lamentablemente, ese reconocimiento no ha conllevado la abolición de esta práctica, sino la promulgación de leyes que establecen criterios para la reclusión y garantías procesales. De hecho, la mayoría de los países regulan el internamiento involuntario mediante leyes sobre salud mental. En 2017, 111 Estados informaron de que disponían de una ley independiente sobre salud mental⁶. Además del criterio mínimo para internar a una persona, que es que se le haya diagnosticado una “enfermedad mental” o un “trastorno mental”, otros criterios que se emplean frecuentemente son el supuesto riesgo que pueda suponer para sí misma o para los demás o la supuesta necesidad de recibir atención y tratamiento, si así lo determinan los profesionales sanitarios. En la mayoría de jurisdicciones, el internamiento involuntario conlleva la medicación forzada u otras intervenciones.

16. El internamiento involuntario suele presentarse como una medida excepcional de último recurso, pero hay pruebas de que no es el caso. A pesar de que en general se ha reducido el número de camas para pacientes hospitalizados en las instituciones de salud mental de todo el mundo, los porcentajes de ingresos obligatorios parecen ir en aumento en todas las regiones, especialmente en los países de renta alta. Por ejemplo, se ha registrado un aumento significativo en varios países europeos⁷. Los ingresos involuntarios están aumentando también en muchos países de América, Oriente Medio y Asia Oriental⁸. Incluso cuando los ingresos son formalmente voluntarios, en la mayoría de países las unidades para los “pacientes con trastornos psiquiátricos agudos” están cerradas y estos no pueden salir de allí cuando lo deseen. Además, los ingresos voluntarios pueden no reflejar realmente el consentimiento libre e informado de la persona, pues puede que haya dado su consentimiento bajo la amenaza de un internamiento involuntario. En algunos países se sigue recurriendo con frecuencia a la hospitalización de larga duración, por un período de 12 meses o más⁹.

17. La institucionalización es otra forma generalizada de privación de libertad dirigida a las personas con discapacidad. A menudo, la justificación para este tipo de internamiento es la necesidad de recibir “atención especializada”. En un importante estudio en el que participaron 25 países europeos, se estimó que la cifra de personas con discapacidad que vivían en instituciones ascendía a 1,2 millones, en la mayoría de casos sin su consentimiento y sin oportunidades para impugnar el internamiento¹⁰. Las instituciones de

⁶ Organización Mundial de la Salud, *Atlas de salud mental 2017* (2018), pág. 18.

⁷ A. Turnpenny y otros, *Mapping and Understanding Exclusion: Institutional, Coercive and Community-based Services and Practices across Europe* (Mental Health Europe y Universidad de Kent, 2017).

⁸ M. Lebenbaum y otros, “Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions in Ontario, Canada: a population-based linked administrative database study”, *British Journal of Psychiatry Open*, vol. 4, núm. 2 (2018), págs. 31 a 38; J. A. Bustamante Donoso y A. Cavieres Fernández, “Internación psiquiátrica involuntaria. Antecedentes, reflexiones y desafíos”, *Revista Médica de Chile*, vol. 146 (2018), págs. 511 a 517; A. Bauer y otros, “Trends in involuntary psychiatric hospitalization in Israel 1991–2000”, *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 30, núm. 1 (2007), págs. 60 a 70; y A. Kim (2017), “Why do psychiatric patients in Korea stay longer in hospital?”, *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 11, núm. 2.

⁹ Turnpenny y otros, *Mapping and Understanding Exclusion*, pág. 41.

¹⁰ J. Mansell y otros, *Deinstitutionalisation and Community Living – Outcomes and Costs: Report of a European Study, Volume 2: Main Report* (Canterbury, Universidad de Kent, 2007).

asistencia social para personas con discapacidad también siguen prevaleciendo en muchos países de África, América Latina y Asia. Cuando no existen instituciones públicas, son los centros benéficos, tradicionales o religiosos quienes asumen esa función. Por ejemplo, los “campamentos de oración” dirigidos por curanderos tradicionales y religiosos son frecuentes en varios países africanos. En esos centros, las personas con discapacidad suelen vivir en condiciones extremadamente insalubres, a menudo encadenadas o aisladas, a discreción totalmente de los “curanderos”¹¹.

18. Si bien los entornos institucionalizados varían en tamaño, nombre y estructura, comparten ciertos elementos inherentes como, por ejemplo, el aislamiento y la segregación respecto de la vida independiente en la comunidad; la falta de control sobre las decisiones cotidianas; la nula posibilidad de elegir con quién se vive; el horario y la rutina diarios, independientemente de la voluntad y las preferencias personales; actividades idénticas en el mismo lugar para un grupo de personas sometidas a una cierta autoridad; un enfoque paternalista de la prestación de los servicios; la supervisión del sistema de vida; el hecho de compartir de forma obligatoria los asistentes con otras personas y la escasa o nula influencia que se puede ejercer sobre aquellos de quienes se debe aceptar la ayuda; y, por lo general, también una desproporción en el número de personas con discapacidad que viven en el mismo entorno¹². En la medida en que las personas con discapacidad permanezcan internadas en instituciones sin que hayan dado para ello su consentimiento libre e informado o no puedan abandonarlas libremente, estarán privadas de libertad.

19. Los niños son particularmente vulnerables a la institucionalización por causa de una deficiencia. Muchas jurisdicciones permiten que los niños con discapacidad sean separados por la fuerza de sus familias e internados en instituciones, justificando esa decisión en la discapacidad de los niños o de sus padres o tutores. Como consecuencia de ello, millones de niños y niñas con discapacidad viven confinados en instituciones, aislados y segregados de sus comunidades¹³. En estas instituciones, se les encierra rutinariamente, se les obliga a tomar medicación y a menudo corren el riesgo de sufrir torturas, malos tratos y abandono. Han quedado ampliamente demostrados los efectos perjudiciales que tiene para el desarrollo infantil el internamiento de un niño en cualquier institución residencial, tanto en residencias como en instituciones de carácter familiar¹⁴. Siempre que se interne a un niño en un entorno residencial fuera del ámbito familiar ha de considerarse que se le ha internado en una institución y se le han de ofrecer las medidas de protección necesarias para evitar que sea privado de su libertad.

20. La privación de libertad como medida extrajudicial también es una práctica común en todas las jurisdicciones (A/HRC/37/25). Cuando a las personas con discapacidad intelectual o psicosocial se las considera no aptas para comparecer en juicio o se las exime de responsabilidad por actos penalmente relevantes, suelen ser derivadas a servicios medicolegales o a instituciones civiles. Con frecuencia en estos centros tendrán menos acceso a las garantías procesales que en el sistema de justicia penal y serán sometidas a intervenciones forzadas, reclusión en régimen de aislamiento y medidas de inmovilización. Asimismo, allí están sujetas a regímenes más estrictos y tienen acceso a menos servicios recreativos, educativos y sanitarios que las personas reclusas en cárceles ordinarias, además de disponer de menos garantías procesales. El criterio de “peligrosidad” se suele utilizar para evaluar la necesidad de imponer esas medidas de seguridad. También es

¹¹ Human Rights Watch, “‘Like a death sentence’: abuses against persons with mental disabilities in Ghana”, 2 de octubre de 2012.

¹² Observación general núm. 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad.

¹³ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2013, Niñas y Niños con Discapacidad* (Nueva York, mayo de 2013), págs. 46 y 47.

¹⁴ M. Dozier y otros, “Consensus statement on group care for children and adolescents: a statement of policy of the American Orthopsychiatric Association”, *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 84, núm. 3 (2014), págs. 219 a 225; A. E. Berens y C. A. Nelson, “The science of early adversity: is there a role for large institutions in the care of vulnerable children?” *The Lancet*, vol. 386, núm. 9991 (2015), págs. 388 a 398; y K. Maclean, “The impact of institutionalization on child development”, *Development and Psychopathology*, vol. 15, núm. 4 (2003), págs. 853 a 884.

probable que la policía y los servicios sociales asuman la derivación de esas personas y, en muchos casos, están facultados para iniciar el proceso de hospitalización involuntaria.

21. En muchos contextos, aunque no se recurra al internamiento en instituciones o a la hospitalización involuntaria o se haga un uso muy limitado de ellos, muchas personas con discapacidad siguen privadas de libertad en sus comunidades. Por ejemplo, se ha informado de que en varios países se recurre a la práctica de encadenar a personas con discapacidad psicosocial¹⁵. Así, se dan casos en que familiares o curanderos tradicionales y religiosos limitan la movilidad de personas con discapacidad empleando, por ejemplo, cadenas o cuerdas, o confinándolas en espacios cerrados como habitaciones, cobertizos o jaulas. En muchos casos, los dejan al aire libre desnudos durante días o incluso años. Estas prácticas suelen ser consecuencia de estigmas y estereotipos profundamente arraigados, pero también de la falta de servicios comunitarios de apoyo.

22. Privar de libertad a personas con discapacidad en su domicilio no es una práctica que se emplee únicamente en entornos de bajos ingresos. En la mayor parte del mundo, muchos niños y niñas con discapacidad son sistemáticamente encerrados en su casa, con poca o ninguna interacción con la comunidad¹⁶. Muchos adultos con discapacidad que residen en viviendas tuteladas también se ven privados de libertad en la práctica, pues no les está permitido salir libremente de casa. Asimismo, con frecuencia se impide a las personas mayores con demencia salir de su domicilio, supuestamente por su propia seguridad¹⁷.

23. Si bien las formas de privación de libertad específicas de la discapacidad son particularmente frecuentes entre las personas con discapacidad intelectual o psicosocial, afectan a personas con cualquier tipo de discapacidad. En algunos países se sigue internando en instituciones a los niños sordos y ciegos sin más razón que el acceso a la educación. Las personas con parálisis cerebral son internadas habitualmente en instituciones para que reciban “tratamiento” y “rehabilitación”. En ocasiones, las personas con albinismo son privadas de libertad en la práctica en hogares protegidos y centros de protección. A las personas afectadas por la lepra se las enviaba de por vida a las leproserías.

24. Las personas con discapacidad privadas de libertad se encuentran invariablemente en una situación de extrema vulnerabilidad. Corren un grave riesgo de ser víctimas de actos de violencia sexual y física, esterilización y trata de seres humanos. Asimismo, corren un mayor riesgo de ser sometidos a torturas y tratos inhumanos y degradantes, como la administración forzada de medicación y de tratamientos electroconvulsivos, las medidas de contención y el aislamiento. En algunos casos incluso se les niega la atención médica y se las deja morir¹⁸. Además, a menudo se restringe formalmente la capacidad jurídica de las personas con discapacidad privadas de libertad, lo que les impide impugnar la privación de libertad, y a la larga pasan a ser invisibles y a ser olvidadas por la comunidad en general. De hecho, debido a la creencia errónea de que se trata de prácticas benévolas y bien intencionadas que no implican la privación de libertad, los mecanismos nacionales de prevención y las instituciones nacionales de derechos humanos apenas supervisan la situación de las personas con discapacidad privadas de libertad.

IV. Causas subyacentes de las formas de privación de libertad específicas de la discapacidad

25. Las causas de las formas de privación de libertad específicas de la discapacidad son malinterpretadas universalmente. Si bien la mayoría de la gente cree que los factores que

¹⁵ Human Rights Watch, “Living in Hell: Abuses against People with Psychosocial Disabilities in Indonesia”, 20 de marzo de 2016.

¹⁶ F. Ellery, G. Lansdown y C. Csáky, “Out from the shadows: sexual violence against children with disabilities” (Save the Children y Handicap International, 2011), pág. 14.

¹⁷ J. Askham y otros, “Care at home for people with dementia: as in a total institution?”, *Ageing & Society*, vol. 27, núm. 1 (2007), págs. 3 a 24.

¹⁸ Disability Rights International, *Left behind: the exclusion of children and adults with disabilities from reform and rights protection in the Republic of Georgia* (2013).

las desencadenan están relacionados con las deficiencias, en realidad las causas subyacentes son en gran medida sociales.

26. El estigma suele estar en el origen de las diversas formas de privación de libertad que experimentan las personas con discapacidad. En la mayoría de países, estas personas están extremadamente estigmatizadas debido a ideas erróneas que están muy extendidas. Por ejemplo, predomina la idea de que algunas personas con discapacidad no pueden vivir en la comunidad, pues necesitan la “atención especializada” que se les proporciona en las instituciones. Las creencias culturales o religiosas también pueden alimentar el estigma. La percepción de que las personas con discapacidad están poseídas por espíritus malignos, o que las deficiencias son fruto de sus pecados o de actos de brujería, hace que las familias se sientan temerosas y/o avergonzadas, lo que provoca el rechazo social y la segregación de las personas con discapacidad. También hay quienes creen que las deficiencias son contagiosas y, por ello, las personas con discapacidad deben ser separadas de la sociedad.

27. Un aspecto central del prejuicio contra las personas con discapacidad psicosocial es la creencia infundada de que son propensas a la violencia. Ha quedado demostrado que este estereotipo es falso, pues los datos demuestran que, al contrario, son estas personas quienes tienen más probabilidades de ser víctimas de la violencia¹⁹. Sin embargo, el estereotipo de la peligrosidad ha aumentado significativamente en las últimas décadas, alimentado por la cobertura negativa de los medios de comunicación, que enfatiza los antecedentes psiquiátricos de los autores o, en su defecto, especula sobre un diagnóstico “no tratado”²⁰. Además, repercute negativamente en la reacción de los proveedores de servicios y del público en general en situaciones en que intervienen personas con discapacidad psicosocial, lo que genera distanciamiento social, comportamientos discriminatorios y prácticas coercitivas²¹.

28. Además, existen datos que indican que los profesionales de la salud mental tienen concepciones negativas sobre la peligrosidad de las personas a las que se les ha diagnosticado esquizofrenia, lo que a su vez sirve para justificar la adopción de políticas más restrictivas en los establecimientos psiquiátricos²². Del mismo modo, en muchos países los profesionales de la atención de la salud y de la asistencia social alientan a los padres a internar a sus hijos con discapacidad en instituciones con el falso argumento de que allí recibirán mejor atención que en casa (véase A/HRC/37/56/Add.2). Las autoridades responsables de la protección de la infancia también pueden separar a los niños de sus familias basándose en las discapacidades reales o percibidas de sus padres, sin ofrecerles el apoyo que puedan necesitar para que sus hijos sigan con ellos.

29. A veces, la falta del apoyo comunitario adecuado está detrás de la supuesta necesidad de tratamiento y atención que se utiliza para justificar el internamiento involuntario en instituciones de salud mental u otras formas de institucionalización. Independientemente del nivel de ingresos de un país, todas las personas con discapacidad se enfrentan a importantes obstáculos para acceder a la salud, la educación, las oportunidades de empleo y el apoyo financiero. Además, en general, las personas con discapacidad tienen acceso limitado a los servicios de apoyo, como la asistencia personal, el apoyo para la adopción de decisiones y la comunicación, el apoyo no médico en situaciones de crisis, el apoyo para la movilidad y los servicios habitacionales (A/HRC/34/58). El efecto acumulativo y prolongado de la exclusión y la discriminación suele conducir a la privación de libertad.

30. Las personas con discapacidad son privadas regularmente de libertad para acceder a servicios que deberían haberse prestado en la comunidad. Por ejemplo, muchas familias

¹⁹ S. Desmarais, “Community violence perpetration and victimization among adults with mental illnesses”, *American Journal of Public Health*, vol. 104, núm. 12 (2014), págs. 2.342 a 2.349.

²⁰ J. P. Stuber y otros, “Conceptions of mental illness: attitudes of mental health professionals and the general public”, *Psychiatric Services*, vol. 65, núm. 4 (2014), págs. 490 a 497.

²¹ K. McAleenan, “Perceptions of mental illness and mental health policy”, *Psychology Honors Papers*, núm. 34 (2013); puede consultarse en <http://digitalcommons.conncoll.edu/psychhp/34>.

²² J. F. Sowislo y otros, “Perceived dangerousness as related to psychiatric symptoms and psychiatric service use - a vignette based representative population survey”, *Scientific Reports*, vol. 7, núm. 45716 (2017).

envían a sus hijos con discapacidad a instituciones (por ejemplo, internados de educación especial, instituciones sociales o centros de formación profesional) porque no hay otra manera de garantizarles el acceso a la educación. Asimismo, muchas personas con discapacidad son internadas en instituciones residenciales como forma de acceder a las prestaciones de protección social. La falta de concienciación también influye, puesto que con frecuencia se considera que las personas con discapacidad necesitan una atención especializada que no se les puede proporcionar en la comunidad.

31. Además, cuando los Estados no proporcionan a las familias el apoyo necesario, estas pueden acabar internando a sus familiares con discapacidad en instituciones. Las familias que carecen del apoyo social y financiero necesario para prestar una asistencia adecuada a las personas con discapacidad, o que no pueden hacer frente a la tensión y la presión que implica prestar ese apoyo durante las 24 horas del día, tienen muy pocas opciones y se ven obligadas a llevarlas a instituciones u hospitales.

32. Hasta hace muy poco, los servicios de salud mental se prestaban predominantemente en entornos hospitalarios, y así sigue siendo en muchos países. Si bien algunos países están pasando de la atención institucionalizada a las intervenciones basadas en la comunidad, por lo general se siguen abordando las situaciones de crisis y malestar intenso (a menudo denominadas “situaciones agudas y de emergencia”) mediante el ingreso involuntario de la persona en el hospital, lo que amplifica su malestar y su trauma. Sin embargo, los datos muestran que los servicios comunitarios de manejo de crisis pueden ofrecer los resultados deseados para ayudar a las personas en situaciones de crisis²³. La psiquiatría debe transformarse y adoptar un enfoque basado en los derechos humanos.

33. La relación entre la pobreza, la falta de hogar y la discapacidad es bien conocida²⁴. Las personas con discapacidad intelectual o psicosocial están sobrerrepresentadas entre las personas sin hogar. Cuando el Estado no logra garantizar a esa población ingresos y asistencia para la vivienda, es probable que terminen internadas o institucionalizadas involuntariamente. Además, las personas sin hogar que presentan una discapacidad corren en todo momento el riesgo de perder su libertad, puesto que los comportamientos de supervivencia (como mendigar, dormir en espacios públicos, sentarse en las aceras y vagabundear) son considerados actividades delictivas en virtud de las leyes que penalizan el hecho de vivir en la calle²⁵.

34. La criminalización de la discapacidad es, de hecho, una tendencia preocupante. En muchas jurisdicciones, la legislación penaliza cada vez más los comportamientos atípicos (por ejemplo, correr sin control, tener explosiones de ira, gritar o autolesionarse), así como las manifestaciones públicas de pobreza y falta de apoyo (por ejemplo, no mantener en buen estado los bienes o propiedades)²⁶. Si las personas con discapacidad violan esos códigos de conducta, pueden enfrentarse a sanciones penales como multas, servicios comunitarios o incluso detenciones. La acumulación de varios delitos leves puede conllevar a la privación de libertad²⁷. Además, las personas con discapacidad son criminalizadas repetidamente porque la policía considera que su comportamiento atípico constituye una amenaza²⁸. También a las personas epilépticas o sordas se les ha atribuido por error un carácter ingobernable²⁹.

²³ Gooding y otros, *Alternatives to Coercion*, págs. 67 a 81.

²⁴ C. Mercier y S. Picard, “Intellectual disability and homelessness”, *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 55 (2011), págs. 441 a 449; y K. Salkow y M. Fichter, “Homelessness and mental illness”, *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 16, núm. 4 (2003), págs. 467 a 471.

²⁵ National Law Center on Homelessness and Poverty, *No Safe Place: the Criminalization of Homelessness in U.S. Cities* (2014).

²⁶ A. Fang, “Hiding homelessness: 'quality of life' laws and the politics of development in American cities”, *International Journal of Law in Context*, vol. 5, núm. 1 (2009), págs. 1 a 24.

²⁷ Australia, Parlamento de Victoria, Comité de Reforma de la Legislación, *Inquiry into Access to and Interaction with the Justice System by People with an Intellectual Disability and their Families and Carers* (2013).

²⁸ S. Krishan y otros, “The influence of neighborhood characteristics on police officers’ encounters with persons suspected to have a serious mental illness”, *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 37, núm. 4 (2014), págs. 359 a 369; y K. Gendle y J. Woodhams, “Suspects who have a learning

35. La prevención del suicidio y de las autolesiones son argumentos empleados con frecuencia para justificar el internamiento obligatorio en instituciones psiquiátricas. Sin embargo, no hay datos contundentes en la literatura médica para determinar si el riesgo de suicidio disminuye tras el tratamiento involuntario³⁰. Además, varios estudios apuntan a un aumento de las tasas de suicidio tras las hospitalizaciones psiquiátricas³¹. Las experiencias subjetivas negativas con los ingresos obligatorios pueden provocar que disminuya la búsqueda o utilización de los servicios del sistema de salud mental. Además, hay datos convincentes que sugieren que el suicidio es muy difícil de predecir, por no decir imposible³². Prevenirlo exige estrategias multisectoriales integrales, que incluyan espacios seguros y de apoyo para abordar la cuestión del suicidio y las autolesiones, sin ninguna intervención coercitiva.

36. La responsabilidad por mala praxis y la filosofía de gestión de riesgos que de esta se deriva han demostrado ejercer un efecto impulsor. En muchas jurisdicciones, evitar que las personas se hagan daño a sí mismas forma parte del deber de cuidado de los proveedores de servicios y las familias. Esta perspectiva de responsabilidad creciente está provocando que los proveedores de servicios pequen de excesiva cautela y recurran a medidas coercitivas. Además, las tasas de suicidio aumentan cuando se amplía el alcance de la responsabilidad extracontractual para incluir a los profesionales de la salud mental, puesto que es probable que aquellos a los que se les pueda exigir esta responsabilidad opten por no trabajar con personas que se considere que presentan un riesgo alto de suicidio³³.

37. La interacción entre la discapacidad y otros rasgos identitarios genera más desigualdades en el disfrute del derecho a la libertad personal. Sobre la base de estereotipos de género y discapacidad, las mujeres con discapacidad corren el riesgo de ser consideradas “cargas” e internadas en establecimientos psiquiátricos u otras instituciones, entre otras cosas, lo que incluye la idea de que son incapaces de cumplir su función tradicional de madres y cuidadoras. Asimismo, muchas personas de edad con discapacidad son internadas en instituciones o confinadas en hogares debido a prejuicios basados tanto en la edad como en la discapacidad. Hay muchos informes que apuntan a que las poblaciones minoritarias están sobrerrepresentadas en las instituciones psiquiátricas³⁴.

V. El derecho a la libertad y a la seguridad de las personas con discapacidad

A. Reconocimiento universal del derecho a la libertad personal

38. El derecho a la libertad y a la seguridad está ampliamente reconocido en los instrumentos internacionales y regionales como uno de los derechos más fundamentales. La libertad de la persona se refiere a la ausencia de confinamiento físico, mientras que la

disability: police perceptions toward the client group and their knowledge about learning disabilities”, *Journal of Intellectual Disabilities*, vol. 9, núm. 1 (2005), págs. 70 a 81.

²⁹ S. Nevins, “The US prison system perpetuates ‘the criminalization of disability’”, 14 de noviembre de 2014.

³⁰ D. Giacco y S. Priebe, “Suicidality and hostility following involuntary hospital treatment”, *PLOS One*, vol. 11, núm. 5 (2016); C. Katsakou y S. Priebe, “Outcomes of involuntary hospital admission - a review”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 114, núm. 4 (2006), págs. 232 a 241.

³¹ D. Chung y otros, “Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis”, *JAMA Psychiatry*, vol. 74, núm. 7 (2017), págs. 694 a 702.

³² M. Chan y otros, “Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales”, *British Journal of Psychiatry*, 209 (4) (2016), págs. 277 a 283.

³³ S. Dillbary, G. Edwards y F. E. Vars, “Why exempting negligent doctors may reduce suicide: an empirical analysis”, *Indiana Law Journal*, vol. 93, núm. 2 (2018).

³⁴ R. Gajwani y otros, “Ethnicity and detention: are Black and minority ethnic (BME) groups disproportionately detained under the Mental Health Act 2007?” *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 51, núm. 5 (2016), págs. 703 a 711; L. Snowden, J. F. Hastings y J. Alvidrez (2009), “Overrepresentation of black Americans in psychiatric inpatient care”, *Psychiatric Services*, vol. 60, núm. 6 (2009), págs. 779 a 785.

seguridad personal se refiere a la protección contra lesiones físicas o psicológicas³⁵. Por lo tanto, este derecho está inextricablemente vinculado al disfrute de otros derechos humanos, como el derecho a la integridad personal, el derecho a la intimidad, el derecho a la salud, el derecho a la libertad de circulación y el derecho a la libertad de reunión, asociación y expresión. Además, las personas privadas de libertad se encuentran invariablemente en una posición extremadamente vulnerable y corren un riesgo mayor de ser sometidas a torturas y a tratos o penas inhumanos y degradantes.

39. El derecho a la libertad personal, como está contemplado en el derecho internacional de los derechos humanos, no es un derecho absoluto. Puede limitarse con arreglo a la ley, por ejemplo, en aplicación de la legislación penal o en interés de la seguridad o la salud públicas. Sin embargo, el derecho a la libertad y a la seguridad de la persona constituye una garantía sustantiva de que la privación de libertad no será ilegal o arbitraria. Esta última es ilegal cuando contraviene la legislación nacional o internacional de los derechos humanos, y es arbitraria cuando se impone de manera inapropiada, injusta, desproporcionada, impredecible, discriminatoria o sin las debidas garantías procesales. Con frecuencia, estas dos prohibiciones se solapan³⁶.

40. La privación de libertad implica una restricción de la libertad física más estricta que la mera interferencia con la libertad de circulación. Se priva a las personas de su libertad cuando se las confina en un espacio limitado o se las interna en una institución o entorno, sin libertad para salir y sin que hayan dado su consentimiento libre e informado³⁷. Entre los ejemplos de privación de libertad se cuentan la detención en dependencias de la policía, la reclusión preventiva, la prisión tras una condena, el arresto domiciliario, la detención administrativa, la hospitalización involuntaria y el internamiento de niños en instituciones. También se incluyen ciertas restricciones adicionales importantes de la libertad, como la reclusión en régimen de aislamiento o la utilización de medidas de inmovilización.

41. El carácter universal de los derechos humanos significa que no se puede negar el derecho a la libertad y la seguridad por motivos prohibidos, como la raza, el sexo, la edad, la discapacidad, la religión, el origen nacional, étnico, indígena o social u otra condición. Esas privaciones de libertad son discriminatorias y, por lo tanto, ilegales y arbitrarias. Sin embargo, durante demasiado tiempo se ha justificado de manera generalizada la privación de libertad por motivos de deficiencias reales o percibidas. Como ya se ha mencionado, en la mayoría de las jurisdicciones la legislación administrativa, civil o penal autoriza la privación de libertad de las personas basándose en una deficiencia o en la combinación de esta con otros factores (por ejemplo, cuando la persona representa un supuesto “riesgo para sí misma o para los demás” o cuando necesita tratamiento o cuidados).

42. Además, históricamente, la jurisprudencia de los órganos internacionales y regionales de derechos humanos ha respaldado esas excepciones, si bien ningún tratado básico de derechos humanos establece que la discapacidad pueda usarse como motivo legítimo para la privación de libertad. Como consecuencia de ello, se han normalizado todas esas prácticas de manera que, en todo el mundo, los niveles de privación de libertad ilegal y arbitraria son desproporcionadamente elevados en el caso de las personas con discapacidad y adoptan múltiples formas, que van desde aquellas que son específicas de la discapacidad hasta la reclusión en entornos ordinarios.

43. En ese contexto, la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad supuso un hito en el reconocimiento del derecho a la libertad de las personas con discapacidad. Además de reafirmar la universalidad de los derechos humanos, la Convención recuerda a los Estados partes su obligación de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la libertad de todas las personas con discapacidad. El artículo 14 subraya que las personas con discapacidad deben disfrutar del derecho a la libertad personal en igualdad de condiciones con las demás y que, por consiguiente, no pueden ser privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente. En él se aclara, además, que la privación de libertad

³⁵ Comité de Derechos Humanos, observación general núm. 35 (2014) sobre la libertad y seguridad personales, párr. 3.

³⁶ *Ibid.*, párr. 11.

³⁷ *Ibid.*, párrs. 5 y 6.

por motivo de una deficiencia es discriminatoria³⁸ y, por lo tanto, contraria a la letra y el espíritu de la Convención. Al hacerlo, la Convención ha puesto radicalmente en tela de juicio la interpretación predominante del derecho a la libertad en relación con las personas con discapacidad, sustituyendo así a las normas e interpretaciones anteriores.

B. Contenido normativo del artículo 14 de la Convención

44. El artículo 14 de la Convención vertebró el contenido del derecho a la libertad y a la seguridad de la persona aplicable a las personas con discapacidad. En el artículo 14, párrafo 1 a), se reafirma el derecho a la libertad y la seguridad de todas las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás. El artículo 14, párrafo 1 b), estipula que las personas con discapacidad no pueden ser privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y aclara, además, que la discapacidad no justifica en ningún caso una privación de libertad. Por último, el artículo 14, párrafo 2, reafirma que todas las personas con discapacidad privadas de libertad tienen derecho a garantías procesales y sustantivas en pie de igualdad con las demás, incluidas condiciones de accesibilidad y ajustes razonables. Por consiguiente, los Estados partes tienen la obligación, con efecto inmediato, de: a) abstenerse de realizar cualquier acción que interfiera ilegal o arbitrariamente con el derecho a la libertad, y de autorizar tales prácticas; b) proteger ese derecho frente a las prácticas de agentes privados, como los profesionales de la salud y los proveedores de alojamiento o servicios sociales; y c) adoptar medidas positivas para facilitar el ejercicio del derecho a la libertad.

45. El derecho a la libertad de las personas se solapa con otros derechos humanos y libertades fundamentales consagrados en la Convención e interactúa con ellos. Esos derechos abarcan, entre otros, la igualdad y no discriminación (art. 5) de la Convención, la vida (art. 10), el igual reconocimiento como persona ante la ley (art. 12), el acceso a la justicia (art. 13), la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (art. 15), la protección contra la explotación, la violencia y el abuso (art. 16), la integridad (art. 17), la libertad de desplazamiento y la nacionalidad (art. 18), el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad (art. 19), la libertad de expresión y de opinión y el acceso a la información (art. 21), la privacidad (art. 22), la salud, incluido el derecho al consentimiento libre e informado (art. 25), el trabajo y el empleo (art. 27), un nivel de vida adecuado y protección social (art. 28) y la participación en la vida política y pública (art. 29).

46. El artículo 14 establece la prohibición absoluta de la privación de libertad por motivos de deficiencia. Si bien las personas con discapacidad pueden ser detenidas y recluidas legalmente en igualdad de condiciones con las demás, el artículo 14, párrafo 1 b), no permite ninguna excepción en virtud de la cual las personas puedan ser privadas de su libertad por motivo de una deficiencia real o percibida. Toda privación de libertad por esos motivos sería discriminatoria y, por consiguiente, ilegal y arbitraria. En esos supuestos se incluyen, entre otros, la reclusión de personas con discapacidad en instituciones, su internamiento involuntario en centros de salud mental, su reclusión como consecuencia de haberlas declarado no aptas para comparecer en juicio o exentas de responsabilidad penal o del empleo de otros mecanismos extrajudiciales.

47. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha estipulado, además, que esta prohibición absoluta también se aplica cuando se utilizan factores adicionales para justificar la privación de libertad; por ejemplo, con frecuencia se aduce que la persona representa un “peligro para sí misma o para los demás” o que necesita tratamiento o cuidados³⁹. A este respecto, el Comité ha recordado que, durante el proceso de redacción de la Convención, se debatió largamente la necesidad de incluir un calificativo (como “únicamente” o “exclusivamente”)⁴⁰. Los Estados se opusieron a esas propuestas,

³⁸ Véase Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, directrices relativas al artículo 14 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad relativo al derecho a la libertad y a la seguridad de las personas con discapacidad (2015), párr. 6.

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ *Ibid.*, párr. 7.

argumentando que podían dar lugar a interpretaciones erróneas y permitir casos de privación de libertad por deficiencia si existían otros factores. Análogamente, tampoco se incluyó una propuesta para incorporar una disposición sobre el examen periódico porque esta contravendría la prohibición absoluta de la privación de libertad por motivos de deficiencia y podría llevar a que se interpretase que la reclusión por motivos de discapacidad estaba permitida pero requería ciertas salvaguardias. Así pues, los trabajos preparatorios de la Convención confirman la intención de establecer una prohibición absoluta.

48. Recluir a una persona con discapacidad en una institución, ya sea sin su consentimiento o con el consentimiento de la persona que la sustituye en la adopción de decisiones, contraviene el derecho a la libertad personal y el derecho a vivir de forma independiente en la comunidad (art. 19). El hecho de que el Estado no preste a las personas con discapacidad el apoyo adecuado para que puedan vivir de forma independiente en la comunidad no puede constituir un motivo legítimo para privarlas de libertad. Del mismo modo, separar a un niño de su familia para internarlo en una institución o residencia por motivos de una deficiencia real o percibida del niño o de sus padres o tutores legales es discriminatorio y, por consiguiente, arbitrario e ilegal.

49. El internamiento involuntario de una persona en una institución de salud mental por presumir que presenta una enfermedad o trastorno mental contraviene el derecho a la libertad y la seguridad de la persona y el principio del consentimiento libre e informado (art. 25, párr. d)). Toda persona tiene derecho a que se le proporcionen los servicios de salud mental u otros apoyos que desee con su consentimiento libre e informado, así como a rechazar cualquier servicio no deseado sin que por ello se la prive de su libertad, también en los casos de personas que presenten malestar psíquico intenso o estados mentales extremos. Cuando el ingreso conlleva tratamientos involuntarios y administración forzada de la medicación, el internamiento involuntario vulnera también el derecho a la seguridad y a la integridad personales (art. 17), así como a la protección contra la tortura y los malos tratos (art. 15).

50. La privación de libertad como consecuencia del hecho de declarar a una persona no apta para comparecer en juicio o exenta de responsabilidad penal por “enajenación mental” o “demencia” contraviene el derecho a la libertad personal y al acceso a la justicia (art. 13). En esos casos, se suele apartar a la persona del procedimiento y se la somete a una serie de medidas de seguridad que implican privación de libertad y administración de tratamientos en contra de su voluntad, muchas veces por un tiempo indefinido o por períodos más largos que los que le habrían correspondido si hubiese sido condenada por la comisión del delito siguiendo los procedimientos habituales, de modo que se deniega el mismo acceso a las garantías procesales que al resto de las personas (A/HRC/37/25, párr. 36). Los Estados tienen la obligación de garantizar que las garantías judiciales y las salvaguardias que protegen los derechos de los acusados de la comisión de un delito se apliquen a todas las personas con discapacidad, en especial la presunción de inocencia, el derecho a comparecer en juicio y el derecho a un juicio imparcial, proporcionando también ajustes de procedimiento y adecuados a la edad y al género.

51. La práctica de separar a niños con discapacidad de sus familias e internarlos en instituciones o residencias para que reciban tratamiento constituye una privación arbitraria de la libertad que también contraviene el derecho al hogar y a la familia (art. 23). Por consiguiente, cuando la familia inmediata no pueda cuidar de un niño con discapacidad, los Estados deberán proporcionar atención alternativa dentro de la familia extensa y, de no ser esto posible, dentro de la comunidad en un entorno familiar. La noción de “instituciones adecuadas” contemplada en el artículo 20 de la Convención sobre los Derechos del Niño y de las Directrices sobre las Modalidades Alternativas de Cuidado de los Niños debería revisarse con arreglo a las normas más estrictas que establece la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Como reconoce el artículo 41 de la Convención, su aplicación no debe afectar las disposiciones del derecho internacional que sean más conducentes a la realización de los derechos del niño.

52. Los Estados tienen la obligación de adoptar las medidas pertinentes para proteger el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad frente a la privación de libertad por parte de terceros⁴¹, y deben proteger a las personas con discapacidad para que no sean recluidas en instituciones o entornos comunitarios administrados por entidades no gubernamentales o privadas. También deberían protegerlas contra toda privación indebida de libertad por parte de empleadores, escuelas u hospitales. Además, los Estados deben proteger a las personas con discapacidad contra la privación de libertad en entornos domésticos, incluido el confinamiento en el hogar, el encadenamiento y el *pasung*⁴².

53. La denegación de la capacidad jurídica suele ser tanto una causa como un efecto de la privación de libertad; puede utilizarse como factor desencadenante para la institucionalización o la hospitalización involuntaria, y está profundamente relacionada con la derivación de casos desde los sistemas de justicia penal a los servicios medicolegales. La privación de libertad también puede conllevar restricciones de la capacidad jurídica. Por ejemplo, en algunas jurisdicciones, el hecho de estar internado en una institución implica automáticamente la privación formal de la capacidad jurídica mediante la incapacitación jurídica de la persona, y es la propia institución la que se convierte en representante legal de esta. Asimismo, la hospitalización involuntaria en la mayoría de los casos implica intervenciones médicas forzadas. Además, las personas privadas de capacidad jurídica tienen pocas oportunidades de impugnar su internamiento o ingreso involuntario, ya que a menudo se les deniega la capacidad de designar un representante legal y participar en actuaciones judiciales.

54. Las personas con discapacidad privadas de libertad deben gozar de todas las garantías procesales y sustantivas establecidas en el derecho nacional e internacional en igualdad de condiciones con las demás, incluido el derecho a ser informadas sin demora de las razones de la detención, el derecho al control judicial de la legalidad de la detención y el derecho a ser puestas en libertad de inmediato y a obtener reparación por la detención o la reclusión ilícitas o arbitrarias⁴³. El artículo 14, párrafo 2, de la Convención aclara que todas estas garantías procesales y sustantivas se aplican cuando las personas con discapacidad son privadas de libertad “en razón de un proceso”, es decir, en el marco de una detención o reclusión de carácter penal, civil o administrativo de todo tipo, incluida la privación de libertad relacionada con la salud mental.

55. El acceso a la justicia es esencial para proteger el derecho a la libertad personal. Los Estados tienen la obligación de garantizar el acceso efectivo a la justicia de las personas con discapacidad privadas de libertad, en igualdad de condiciones con las demás, a fin de facilitar su participación en todos los procedimientos judiciales para examinar la legalidad de su detención y obtener reparación y resarcimiento. Esta obligación incluye garantizar la accesibilidad de las comisarías de policía y los tribunales, el acceso efectivo a la información y la comunicación, y la realización de ajustes de procedimiento.

56. La noción de apoyo incorporada en la Convención puede contribuir a disuadir de la aplicación de regímenes de reclusión específicos y otras medidas coercitivas a las personas con discapacidad (véase A/HRC/34/58). Por ejemplo, mientras que en la mayoría de jurisdicciones la respuesta que se da por defecto actualmente, en situaciones de crisis, consiste en anular la capacidad jurídica de la persona y autorizar su internamiento involuntario, el paradigma de apoyo de la Convención exige respuestas de apoyo no coercitivas dentro o fuera del sector de la salud. Sin embargo, debe subrayarse que la obligación de poner fin a la privación de libertad por motivos de discapacidad es independiente de la prestación de apoyo. Los Estados deben cumplir su obligación de prestar apoyo y, además, su obligación de eliminar la privación de libertad por motivos de

⁴¹ Comité de Derechos Humanos, observación general núm. 35, párr. 7.

⁴² El *pasung* implica el confinamiento y el abandono de las víctimas, además de su encadenamiento. Véase N. H. Laila y otros, “Perceptions about *pasung* (physical restraint and confinement) of schizophrenia patients: a qualitative study among family members and other key stakeholders in Bogor Regency, West Java Province, Indonesia 2017”, *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 12, núm. 35 (2018).

⁴³ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 9.

discapacidad. La falta de apoyo en la comunidad nunca puede justificar la privación de libertad.

C. Influencia de la Convención en las normas internacionales y regionales

57. El cambio de paradigma de la Convención hacia una prohibición absoluta de la privación de libertad por motivos de discapacidad ya ha tenido un efecto importante en la labor de las Naciones Unidas. Diferentes entidades, órganos de tratados y procedimientos especiales han hecho suyas las normas del artículo 14 de la Convención, por ejemplo la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos⁴⁴, la Organización Mundial de la Salud⁴⁵, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW/C/IND/CO/4-5, párr. 37), el Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria⁴⁶ y el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (A/HRC/35/21, párr. 66).

58. No obstante, desde la aprobación de la Convención, tres mecanismos de derechos humanos han impugnado la prohibición absoluta de la privación de libertad por motivos de discapacidad: el Comité de Derechos Humanos⁴⁷, el Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CAT/OP/27/2, párrs. 5 a 11) y el anterior Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Sr. Juan Méndez (A/HRC/22/53, párr. 69). Si bien han descartado la posibilidad de privar a una persona de su libertad aduciendo que necesita recibir atención médica o cuidados, estas entidades siguen manteniendo una excepción en caso de que la persona suponga un riesgo para sí misma o para los demás.

59. A nivel regional, ni la Corte Interamericana de Derechos Humanos ni la Corte Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos han abordado la cuestión de la privación de libertad por causa de una deficiencia desde la aprobación de la Convención. Sin embargo, el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en África, recientemente aprobado, se basa en el artículo 14 de la Convención y prohíbe toda privación de libertad por motivos de discapacidad (art. 8, párr. 5). En el sistema interamericano, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha hecho suyo el artículo 14, párrafo 2, de la Convención, en el que se aboga por las medidas de la accesibilidad y ajustes razonables para las personas con discapacidad privadas de libertad⁴⁸, mientras que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos se ha referido al artículo 14, párrafo 1 b), de la Convención en una medida cautelar relacionada con una institución psiquiátrica y un reciente informe de relativo a un país⁴⁹.

60. El Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales de 1950 constituye el único instrumento de derechos humanos a nivel regional o mundial que contempla una excepción al derecho a la libertad y la seguridad por motivo de una deficiencia (art. 5, párr. 1 e)). En este sentido, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha elaborado un conjunto de normas para determinar cuándo se puede privar a una persona de su libertad por causa de “enajenación mental”⁵⁰. Estas normas no solo contravienen el artículo 14 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con

⁴⁴ A/HRC/10/48, párrs. 43 a 47; A/HRC/34/32, párrs. 25 a 28; A/HRC/36/28, párrs. 32, 40, 42 y 50; y A/HRC/39/36, párr. 46.

⁴⁵ Organización Mundial de la Salud, orientación y herramientas de formación de la iniciativa QualityRights, disponibles en www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en.

⁴⁶ Principios y Directrices Básicos de las Naciones Unidas sobre los Recursos y Procedimientos relacionados con el Derecho de Toda Persona Privada de Libertad a Recurrir ante un Tribunal, párrs. 38 y 103.

⁴⁷ Comité de Derechos Humanos, observación general núm. 35, párr. 19.

⁴⁸ *Chinchilla Sandoval y otros vs. Guatemala, Excepción preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*, sentencia de 29 de febrero de 2016, párr. 209.

⁴⁹ Medida cautelar núm. 440-16, Zaheer Seepersad, relativa a Trinidad y Tabago, 4 de agosto de 2017, párr. 21; y *Situación de los Derechos Humanos en Guatemala*, OEA/Ser.L/V/II, Doc. 208/17 (2017).

⁵⁰ *Stanev v. Bulgaria* (demanda núm. 36760/06), sentencia de 17 de enero de 2012, párr. 153;

Discapacidad, sino que también se sitúan por debajo de las desarrolladas por los mecanismos internacionales de derechos humanos mencionados anteriormente.

61. En este contexto, la Relatora Especial reitera que recluir a personas con discapacidad por el hecho de que supongan un “peligro para sí mismas o para los demás”, por la “necesidad de recibir cuidados” o por “necesidad médica” es una medida ilegal y arbitraria. En primer lugar, es discriminatoria puesto que se aplica única o desproporcionadamente a quienes presentan una deficiencia real o percibida, en particular a las personas con discapacidad intelectual o psicosocial, las que tienen autismo y las personas con demencia. En segundo lugar, 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 institución, así como la violación de los derechos a la integridad personal y a la protección contra la tortura y los malos tratos. En tercer lugar, no es necesaria ni proporcionada, pues vulnera el contenido esencial del derecho a la libertad y a la seguridad y no cumple la finalidad perseguida por el legislador. Además, puede obstaculizar la recuperación de las personas y volver a traumatizar a quienes han sufrido abusos con anterioridad. Por otra parte, cada vez hay más pruebas del valor positivo de las prácticas de apoyo no coercitivas dentro y fuera del sector de la salud⁵¹.

62. El criterio del “peligro para los demás” es arbitrario e injusto en sí mismo, puesto que conlleva la privación de libertad de personas con discapacidad que no han cometido delito alguno, lo que contradice el principio general de la presunción de inocencia. Una persona que haya cometido efectivamente un delito debe tener la oportunidad de acceder a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, beneficiándose de las mismas garantías y salvaguardias procesales. Ahora bien, sin perjuicio de lo anterior, es necesario adoptar un enfoque radicalmente diferente de la sanción penal para evitar la sobrerrepresentación de las personas con discapacidad en las prisiones debido a la discriminación en los procedimientos judiciales y a la exclusión social. El enfoque de la justicia restaurativa, centrado en la rehabilitación de los delincuentes mediante la reparación del daño causado a las víctimas y a la comunidad en general, es una vía que debe explorarse.

63. Solo 4 de los 177 Estados partes en la Convención han formulado declaraciones con la intención de limitar la aplicación del artículo 14⁵². Otros países también han emitido reservas y declaraciones sobre los artículos 12 y 15 que pueden afectar al ejercicio del derecho a la libertad personal⁵³. De conformidad con el artículo 19 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados y el artículo 46 de la propia Convención, no se permiten reservas ni declaraciones incompatibles con el objeto y el propósito de esta. Habida cuenta de la importancia fundamental del derecho a la libertad personal para el disfrute y el ejercicio de todos los derechos enunciados en la Convención, esas reservas y declaraciones contradicen su objeto y propósito. En este sentido, la Relatora Especial insta a los Estados partes concernidos a que retiren todas sus reservas y declaraciones.

VI. Poner fin a la privación de libertad por motivos de discapacidad

A. Reforma legislativa

64. Los Estados tienen la obligación de derogar inmediatamente toda la legislación que contemple la privación de libertad por causa de deficiencias reales o percibidas, tanto en entornos públicos como privados. Asimismo, deben derogar la legislación aparentemente neutral con respecto a la discapacidad que tenga efectos desproporcionados y adversos en el derecho de las personas con discapacidad a la libertad. Del mismo modo, debe derogarse la legislación sobre salud mental que autorice y regule la privación involuntaria de libertad y

⁵¹ Gooding y otros, *Alternatives to Coercion*.

⁵² Australia, Irlanda, Noruega y Países Bajos.

⁵³ Canadá, Egipto, Estonia, Francia, Georgia, Kuwait, Malasia, Polonia, Singapur y Venezuela (República Bolivariana de).

el tratamiento forzado de las personas basándose en una deficiencia real o percibida (es decir, que se les haya diagnosticado un “problema o trastorno de salud mental”). Para ello, los Estados deberían iniciar un proceso exhaustivo de revisión de la legislación, que abarque diferentes esferas del derecho y que cuente con la participación activa de las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan.

65. Los Estados deben reconocer el derecho de las personas con discapacidad a acceder a una amplia gama de servicios de apoyo basados en los derechos, incluidos servicios de apoyo para las personas que sufren crisis vitales y malestar psíquico. La legislación debe garantizar que esos arreglos de apoyo estén disponibles y sean accesibles, adecuados y asequibles; que se ofrezcan con carácter voluntario; y que respeten los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad (A/HRC/34/58). Además, los Estados deben establecer un marco jurídico que facilite la creación y la aplicación de esas medidas de apoyo.

66. Los Estados deberían revisar su legislación civil y penal para asegurarse de que la normativa sobre la responsabilidad jurídica y el deber de cuidado de los proveedores de servicios y de las familias no fomenten ni den lugar a prácticas coercitivas. Deben también revisarse las leyes penales con objeto de eliminar aquellas leyes y prácticas que penalizan el hecho de vivir en la calle o presentar una discapacidad.

B. Desinstitucionalización

67. Los Estados deben erradicar todas las formas de institucionalización de las personas con discapacidad y establecer procesos claros de desinstitucionalización. Ese proceso debería incluir la aprobación de un plan de acción con plazos claros y parámetros de referencias concretos, una moratoria para los nuevos ingresos, la redistribución de los fondos públicos de las instituciones o los servicios comunitarios y la instauración de un apoyo comunitario adecuado para las personas con discapacidad, como las ayudas para la vivienda, la asistencia domiciliaria, el apoyo entre iguales y los servicios de relevo (A/HRC/34/58). Las iniciativas de desinstitucionalización deben englobar a todos los tipos de instituciones, incluidas las psiquiátricas. Los procesos de desinstitucionalización mal diseñados e infrafinanciados han demostrado ser contraproducentes y perjudiciales para los derechos de las personas con discapacidad. Las estrategias de desinstitucionalización no han de limitarse a reubicar a las personas en instituciones más pequeñas, hogares funcionales u otro tipo de entornos colectivos.

68. Es necesario adoptar múltiples estrategias para poner fin a la institucionalización de los niños con discapacidad. Entre ellas figuran el fortalecimiento del apoyo familiar, la prestación de servicios infantiles en la comunidad, las estrategias de protección de la infancia, la educación inclusiva y el desarrollo de cuidados alternativos basados en la familia e inclusivos para las personas con discapacidad, como el acogimiento en la familia extensa o en hogares de guarda y la adopción. Todas estas modalidades alternativas de cuidado deben ir acompañadas de una formación, un apoyo y un seguimiento adecuados para garantizar su sostenibilidad. Los Estados deberían adoptar una moratoria inmediata sobre el internamiento de niños menores de 3 años en instituciones.

69. Los Estados deben tomar medidas inmediatas para poner fin a la privación de libertad en instituciones privadas o religiosas, como orfanatos, hogares funcionales para grupos pequeños, centros de rehabilitación y campamentos de oración. Los Estados tienen la obligación de proteger a las personas con discapacidad contra toda privación ilícita de su libertad por parte de terceros, entre otras cosas, mediante marcos institucionales de prevención, educación y vigilancia. Los Estados deben tomar medidas inmediatas para poner fin a todas las formas de encadenamiento y confinamiento en el hogar.

C. Poner fin a la coerción en la esfera de la salud mental

70. Los Estados deben poner fin a todas las formas de privación de libertad y coerción en la esfera de la salud mental. A tal efecto, los Estados deben transformar sus sistemas de salud mental para garantizar la adopción de un enfoque basado en los derechos y la

aplicación de respuestas comunitarias debidamente financiadas, que incluyan los servicios dirigidos por otras personas que están o han estado en la misma situación. Los datos muestran que cuando los Gobiernos, los proveedores de servicios, los tribunales y las comunidades adoptan medidas concertadas para acabar con las prácticas coercitivas es probable que tengan éxito.

71. Los Estados deben establecer servicios de apoyo para las personas en crisis. La existencia de servicios comunitarios en los que no se recurra al uso de la fuerza o la coerción ha demostrado ser eficaz y es fundamental para garantizar una respuesta basada en los derechos. En varios lugares del mundo se han establecido programas comunitarios no coercitivos y no médicos para personas en situación de extrema dificultad como alternativa a la hospitalización (por ejemplo, hogares para atender casos de crisis o descansar, servicios de respiro en situaciones de crisis, familias de acogida y acogimiento familiar de emergencia para niños)⁵⁴. Estos entornos se caracterizan por acoger a menos residentes que las unidades hospitalarias, ofrecer un ambiente hogareño, restar énfasis a la medicación y ofrecer más contacto con el personal. Se ha demostrado que con estos programas se reducen los casos de hospitalización involuntaria y aumentan los índices de satisfacción⁵⁵.

72. La planificación anticipada puede ser útil para apoyar el ejercicio de la capacidad jurídica en situaciones de crisis⁵⁶. Los documentos de instrucciones previas permiten a las personas plasmar su voluntad y sus preferencias sobre cómo desean ser tratadas en el futuro. En ellos también se puede expresar el rechazo de la persona a que se le administren ciertos tratamientos o solicitar por adelantado opciones particulares que le hayan sido de utilidad en el pasado. Para que estos documentos resulten eficaces, es fundamental velar por que la persona elija libremente las instrucciones previas, que tenga pleno control sobre cuándo deben entrar en vigor y que en ellas se contemple que la persona pueda decidir cambiar su voluntad y sus preferencias en cualquier momento.

D. Acceso a la justicia

73. Las personas con discapacidad deben poder acceder a la justicia en igualdad de condiciones con las demás para impugnar toda privación de libertad. Para ello, los Estados deben asegurar el acceso de las personas con discapacidad a ajustes de procedimiento y adecuados a la edad y al género, lo que incluye apoyo para la adopción de decisiones, en todos los procedimientos judiciales antes, durante y después del juicio. Los Estados deben también promover la capacitación adecuada de las personas que trabajan en la administración de justicia.

74. Los Estados deben garantizar que todas las personas con discapacidad que hayan sufrido alguna forma de privación arbitraria de libertad o explotación, violencia o maltrato en el contexto de esas prácticas tengan acceso a una reparación y un resarcimiento adecuados, lo cual incluye la restitución, la indemnización, la satisfacción y las garantías de no repetición, según proceda. Cuando la detención se considera arbitraria, la restitución implica necesariamente la recuperación de la libertad⁵⁷.

75. Los mecanismos nacionales de prevención, las instituciones nacionales de derechos humanos y los mecanismos independientes de promoción, protección y seguimiento de la aplicación de la Convención deberán estar facultados expresamente para realizar indagaciones e investigaciones en relación con la privación de la libertad de las personas con discapacidad y prestarles asistencia para lograr representación y acceder a las vías de recurso. Los entornos de privación de libertad específicos para personas con discapacidad, como los establecimientos psiquiátricos y otras instituciones, han de ser eficazmente supervisados. Contar con datos precisos sobre el número de personas con discapacidad

⁵⁴ Gooding y otros, *Alternatives to Coercion*, págs. 67 a 81.

⁵⁵ C. Obuaya, E. Stanton y M. Baggaley, "Is there a crisis about crisis houses?", *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 106, núm. 8 (2013), págs. 300 a 302.

⁵⁶ M. H. de Jong y otros, "Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a systematic review and meta-analysis", *JAMA Psychiatry*, vol. 73, núm. 7 (2016), págs. 657 a 664.

⁵⁷ Principios y Directrices Básicos sobre los Recursos y Procedimientos relacionados con el Derecho de Toda Persona Privada de Libertad a Recurrir ante un Tribunal, párr. 26.

privadas de libertad permitirá también hacer un seguimiento de las tendencias y los cambios registrados a lo largo del tiempo, y ello permitirá aplicar mejores estrategias de prevención y desinstitucionalización.

E. Apoyo de la comunidad

76. Los Estados deberían poner en práctica un sistema integral para coordinar el acceso efectivo de las personas con discapacidad a apoyo basado en los derechos, que incluya el acceso a una serie de servicios de asistencia domiciliaria y residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad (A/HRC/34/58). Los servicios y programas generales, como la educación, la atención de la salud, el empleo y la vivienda, así como otros servicios comunitarios, también deben ser inclusivos y accesibles para las personas con discapacidad. Las personas con discapacidad deberían tener la posibilidad de elegir dónde y con quién desean vivir y no ser obligadas a vivir en entornos particulares.

77. Los niños con discapacidad y sus familias deben recibir diferentes tipos de información y servicios de apoyo, por ejemplo, en materia de intervención temprana, servicios de guardería, educación, protección infantil y servicios sociales, para evitar la separación familiar y la institucionalización. Las familias tal vez necesiten también ayuda para entender la discapacidad de manera positiva y saber cómo apoyar a sus hijos con arreglo a su edad y su madurez. Cuando la separación familiar sea inevitable, los Estados deben garantizar que los niños sean acogidos en las modalidades alternativas de cuidado adecuadas en entornos familiares en atención del interés superior del niño. Las instituciones más pequeñas, los hogares funcionales o las instituciones “de carácter familiar” no sustituyen el derecho y la necesidad de todos los niños de vivir con una familia.

78. Los sistemas de protección social que tienen en cuenta a las personas con discapacidad pueden contribuir notablemente a reducir la privación de libertad de las personas con discapacidad al garantizarles seguridad de los ingresos y acceso a los servicios sociales. Los Estados deben dotarse de sistemas de protección social amplios e inclusivos que incorporen la discapacidad en todos los programas e intervenciones, y garantizar el acceso a programas y servicios específicos para atender las necesidades relacionadas con la discapacidad (A/70/297). Las prestaciones por discapacidad deben promover la independencia y la inclusión social de las personas con discapacidad y no conducir a que sean injustamente privadas de libertad en instituciones. Todas las personas con discapacidad, incluidas las que tienen deficiencias múltiples y graves, tienen derecho a vivir en la comunidad y a recibir el apoyo que necesitan para ello.

F. Participación

79. A lo largo del proceso de reforma de la legislación y las políticas para poner fin a todas las formas de privación de libertad por motivos de discapacidad, los Estados deben celebrar consultas estrechas y colaborar activamente con las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, en particular con los grupos cuyos derechos se ven directamente afectados, como los niños con discapacidad. Asimismo, las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan deben participar en todos los procesos de adopción de decisiones sobre el diseño, la aplicación, la supervisión y la evaluación de los sistemas de salud mental, incluido el desarrollo de respuestas no coercitivas de carácter comunitario.

80. Los Estados deberían establecer mecanismos flexibles y de divulgación que permitan la participación efectiva de los grupos de personas con discapacidad que experimentan de manera desproporcionada la privación de libertad por motivos de discapacidad, pues es posible que no estén representados adecuadamente en las organizaciones existentes (A/HRC/31/62)⁵⁸. Los Estados deberían también promover la

⁵⁸ Véase también la observación general núm. 7 (2018) del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad sobre la participación de las personas con discapacidad, incluidos los niños y las

colaboración y las asociaciones entre las autoridades públicas y las organizaciones de la sociedad civil, incluidas las que representan a personas con discapacidad, en el ámbito de la prestación de apoyo.

G. Fomento de la capacidad y toma de conciencia

81. No bastará con efectuar cambios en los marcos jurídicos y de políticas, a menos que estos vayan acompañados de un giro importante en la percepción que tiene la sociedad de las personas con discapacidad. Los Estados deben complementar las medidas para reformar las leyes y las políticas con formación y actividades de concienciación destinadas a las autoridades públicas, los funcionarios, los proveedores de servicios, el sector privado, los medios de comunicación, las personas con discapacidad, las familias y el público en general.

82. Es urgente cambiar la narrativa pública sobre la violencia y las personas con discapacidad psicosocial. Los Estados deben adoptar medidas eficaces para combatir los estereotipos, las actitudes negativas y las prácticas nocivas e involuntarias contra las personas con discapacidad. Los centros de educación superior deberían revisar sus planes de estudio, en particular en las facultades de Medicina, Derecho y Trabajo Social, para que reflejen adecuadamente las innovaciones de la Convención.

H. Movilización de recursos

83. Los Estados deben dejar de financiar los servicios que privan a las personas de su libertad por causa de una deficiencia. El internamiento involuntario y la institucionalización no solo son incorrectos, sino que también suponen un uso innecesario e ineficaz de los recursos públicos. Los datos demuestran que prestar el apoyo adecuado a las personas con discapacidad es una opción mucho más eficaz y rentable que internarlas en instituciones de cualquier tipo⁵⁹. Además, el ingreso obligatorio en establecimientos psiquiátricos y otras instituciones expone a los Gobiernos a costosos sistemas de salvaguardias, así como a litigios prolongados y costosos.

84. Los Estados tienen la obligación de adoptar medidas inmediatas, haciendo pleno uso de los recursos disponibles, incluidos los recursos puestos a disposición por conducto de la cooperación internacional, para asegurar que se respete y proteja el derecho de las personas con discapacidad a la libertad personal. En la planificación y los presupuestos de los Estados ha de incluirse financiación para servicios de apoyo específicos en el ámbito de la discapacidad, así como para su supervisión. La cooperación internacional debe abstenerse de financiar prácticas contrarias al enfoque de la discapacidad basado en los derechos humanos (como la institucionalización o las intervenciones psiquiátricas coercitivas).

VII. Conclusiones y recomendaciones

85. La privación de libertad por motivos de deficiencia supone una violación de los derechos humanos a gran escala. Las personas con discapacidad son sistemáticamente internadas en instituciones y establecimientos psiquiátricos, o recluidas en sus hogares y otros entornos comunitarios, en razón de la existencia real o aparente de una deficiencia. También están sobrerrepresentadas en los lugares tradicionales de privación de libertad, como las prisiones, los centros de detención de inmigrantes, los centros de detención de menores y las instituciones residenciales para niños. En todos esos entornos, se exponen a ser objeto de otras violaciones de los derechos humanos, como los tratamientos forzados, el aislamiento y las medidas de inmovilización.

niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, en la aplicación y el seguimiento de la Convención.

⁵⁹ D. Tobis, *Moving from Residential Institutions to Community-based Services in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union* (Washington, D. C., Banco Mundial, 2000).

86. La privación de libertad por motivos de deficiencia no es un “mal necesario”, sino una consecuencia del incumplimiento por parte de los Estados de sus obligaciones en materia de derechos humanos para con las personas con discapacidad. Como ilustra el presente informe, la privación de libertad de las personas con discapacidad tiene sus raíces en la intolerancia y en la inacción de los Estados para hacer efectivos los derechos humanos, en particular los derechos a la capacidad jurídica, la integridad, el acceso a la justicia, a vivir de forma independiente en la comunidad, al más alto nivel posible de salud, a un nivel de vida adecuado y a la protección social. Ante la falta de apoyo y de medios de subsistencia adecuados, las personas con discapacidad son enviadas a instituciones y centros de salud mental como si no hubiera otra opción. Tal como están diseñados, los servicios de salud mental y la atención en establecimientos tan solo contribuirán a esta discriminación estructural acumulada.

87. La Relatora Especial formula las siguientes recomendaciones a los Estados con objeto de ayudarlos a elaborar y poner en práctica reformas para lograr la plena efectividad del derecho a la libertad y a la seguridad de la persona:

a) Reconocer el derecho de las personas con discapacidad a la libertad y la seguridad, en igualdad de condiciones con las demás, en la legislación nacional;

b) Llevar a cabo un amplio proceso de revisión legislativa para derogar todas las leyes y reglamentos que permitan la privación de libertad por motivos de deficiencia o en combinación con otros factores;

c) Aplicar una política para desinstitucionalizar a las personas con discapacidad de todo tipo de instituciones, que incluya la adopción de un plan de acción con plazos claros y parámetros de referencia concretos, una moratoria para los nuevos ingresos y la instauración de un apoyo comunitario adecuado;

d) Poner fin a todas las formas de prácticas coercitivas, también en entornos de atención de la salud mental, y velar por que se respete el consentimiento informado de la persona en todo momento;

e) Garantizar el acceso a recursos efectivos a todas las personas con discapacidad privadas arbitrariamente de su libertad y adoptar medidas inmediatas para que recuperen la libertad;

f) Garantizar la creación de servicios de apoyo para las personas que experimentan crisis y malestar psíquico, con espacios seguros y de apoyo para abordar la cuestión del suicidio y las autolesiones;

g) Integrar y consultar activamente a las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan en todos los procesos de adopción de decisiones para poner fin a todas las formas de privación de libertad por motivos de deficiencia;

h) Concienciar a la sociedad, y en particular a los encargados de formular políticas, los funcionarios, los proveedores de servicios y los medios de comunicación, del derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad, mediante, entre otras cosas, la lucha contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas;

i) Abstenerse de destinar financiación a servicios que vulneren el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad y aumentar progresivamente los fondos asignados a la investigación y la asistencia técnica para poner fin a todas las formas de privación de libertad específicas de la discapacidad, y garantizar el acceso de las personas con discapacidad a servicios comunitarios y a programas de protección social;

j) Alentar a los agentes de la cooperación internacional, incluidas las organizaciones sin fines de lucro, a que no financien lugares o entornos de privación de libertad específicos para personas con discapacidad.

88. La Relatora Especial recomienda asimismo que el sistema de las Naciones Unidas refuerce su capacidad y tenga debidamente en cuenta en toda su labor las normas sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad consagrado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en particular cuando brinde su apoyo a las reformas legislativas y de políticas de los Estados.
