

HUMAN RIGHTS WATCH

350 Fifth Avenue, 34th Floor
New York, NY 10118-3299
Tel: 212-290-4700
Fax: 212-736-1300
Fax: 917-591-3452

Kenneth Roth, *Executive Director*
Michele Alexander, *Deputy Executive Director, Development and Global Initiatives*
Carroll Bogert, *Deputy Executive Director, External Relations*
Jan Egeland, *Europe Director and Deputy Executive Director*
Iain Levine, *Deputy Executive Director, Program*
Chuck Lustig, *Deputy Executive Director, Operations*

Walid Ayoub, *Information Technology Director*
Emma Daly, *Communications Director*
Barbara Guglielmo, *Finance and Administration Director*
Peggy Hicks, *Global Advocacy Director*
Babatunde Olujobi, *Deputy Program Director*
Dinah PoKempner, *General Counsel*
Tom Porteous, *Deputy Program Director*
James Ross, *Legal and Policy Director*
Joe Saunders, *Deputy Program Director*
Frances Sinha, *Human Resources Director*

PROGRAM DIRECTORS

Brad Adams, *Asia*
Joseph Amon, *Health and Human Rights*
Daniel Bekele, *Africa*
John Biaggi, *International Film Festival*
Peter Bouckaert, *Emergencies*
Richard Dicker, *International Justice*
Bill Frelick, *Refugee Policy*
Arvind Ganesan, *Business and Human Rights*
Liesl Gernholtz, *Women's Rights*
Steve Goose, *Arms*
Alison Parker, *United States*
Graeme Reid, *Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Rights*
José Miguel Vivanco, *Americas*
Lois Whitman, *Children's Rights*
Sarah Leah Whitson, *Middle East and North Africa*
Hugh Williamson, *Europe and Central Asia*

ADVOCACY DIRECTORS

Philippe Boloipon, *United Nations*
Kanae Doi, *Japan*
Jean-Marie Fardeau, *France*
Meenakshi Ganguly, *South Asia*
Lotte Leicht, *European Union*
Tom Malinowski, *Washington DC*
David Mepham, *United Kingdom*
Wenzel Michalski, *Germany*
Juliette de Rivero, *Geneva*

BOARD OF DIRECTORS

James F. Hoge, Jr., *Chair*
Susan Manilow, *Vice-Chair*
Joel Motley, *Vice-Chair*
Sid Sheinberg, *Vice-Chair*
John J. Studzinski, *Vice-Chair*
Hassan Elmasry, *Treasurer*
Bruce Rabb, *Secretary*
Karen Ackman
Jorge Castañeda
Tony Elliott
Michael G. Fisch
Michael E. Gellert
Hina Jilani
Betsy Karel
Wendy Keys
Robert Kissane
Oki Matsumoto
Barry Meyer
Pat Mitchell
Aoife O'Brien
Joan R. Platt
Amy Rao
Neil Rimer
Victoria Riskin
Amy L. Robbins
Shelley Rubin
Kevin P. Ryan
Jean-Louis Servan-Schreiber
Javier Solana
Siri Stolt-Nielsen
Darian W. Swig
John R. Taylor
Marie Warburg
Catherine Zennström

Robert L. Bernstein, *Founding Chair, (1979-1997)*

HUMAN
RIGHTS
WATCH

www.hrw.org

2 de abril de 2012

Rosa Mávila León

Presidenta

Comisión de Inclusión Social y Personas con Discapacidad

Segundo Leocadio Tapia Bernal

Presidente

Comisión de Salud y Población

Estimada Dra. Mávila León y Estimado Dr. Tapia Bernal:

Entendemos que la Comisión de Salud y Población y la Comisión de Inclusión Social y Personas con Discapacidad mantienen posturas opuestas respecto del Proyecto de Ley 418/2011, que propone derogar la Ley N.º 29737. Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. con el propósito de expresar nuestra preocupación acerca de la Ley N.º 29737 y las disposiciones relacionadas en el ordenamiento jurídico peruano que permiten el internamiento involuntario de personas con discapacidad psicológica o mental y de aquellas que sufren de adicción para que reciban tratamiento, en circunstancias que no cumplen con las normas internacionales de derechos humanos. Human Rights Watch considera que estas leyes amenazan las protecciones básicas de derechos humanos contra la detención arbitraria y el maltrato, así como el derecho a la salud, y se oponen a una adecuada política de salud pública. Lo instamos a apoyar iniciativas de reforma que promuevan tratamientos sobre adicción y salud mental que se adecuen a estándares internacionales, incluida la ampliación de tratamientos voluntarios y basados en evidencias médicas en lugar del tratamiento involuntario.

La Ley N.º 29737 modificó el artículo 11 de la Ley General de la Salud N.º 26842 para permitir el internamiento involuntario de personas que sufren “problemas de salud mental”, una categoría que contempla a personas con discapacidad psicosocial y con dependencia de alcohol o drogas. También permite que los familiares autoricen el internamiento de personas que “sufren algún grado de adicción y que, dado el estado de inconciencia de su enfermedad, se niegan a firmar el consentimiento informado”. En estos casos, el internamiento involuntario está sujeto a revisión periódica por parte de profesionales en salud y un juez.

La Ley N.º 29737 amplía la legislación vigente y autoriza el internamiento involuntario para el tratamiento de discapacidades psicosociales y la dependencia de drogas o alcohol. El Código Civil de Perú permite a los familiares de aquellos que “se encuentren privados de discernimiento” o que dependan de drogas o alcohol —y en algunos casos al gobierno— solicitar su interdicción judicial. Los tutores legales de personas interdictas pueden presentarlas “voluntariamente” para que sean admitidas en tratamientos y rehabilitación por el uso de drogas o alcohol, o de carácter psiquiátrico, sin consultarlas previamente ni obtener su consentimiento.

Human Rights Watch considera que el internamiento involuntario puede constituir detención arbitraria, lo cual viola estándares internacionales de derechos humanos, aun cuando tenga una base legal en la ley peruana. El artículo 9(1) del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) dispone que: “Nadie podrá ser sometido a detención o prisión arbitrarias. Nadie podrá ser privado de su libertad, salvo por las causas fijadas por ley y con arreglo al procedimiento establecido en esta”¹. De acuerdo con el PIDCP, la detención puede ser “arbitraria” incluso si es acorde con la ley, cuando pueda considerarse injustificada, imprevisible, o desproporcionada, es decir, si no resulta necesaria o razonable dadas las circunstancias del caso². El Estado Parte interesado deberá demostrar que tales circunstancias existen en un caso particular³.

Human Rights Watch manifiesta su preocupación respecto de la Ley N.º 29737 y su reglamentación, así como las disposiciones legales conexas descritas anteriormente, en la medida en que podrían permitir la detención involuntaria de personas con discapacidad psicosocial o de personas que usan drogas o alcohol para recibir tratamiento en circunstancias excesivamente amplias, lo cual amenaza el derecho a la libertad y la seguridad.

El tratamiento obligatorio de personas que usan drogas, es decir, aquel que se impone a una persona sin su consentimiento informado, solo podrá ser acorde con las normas internacionales de derechos humanos cuando se disponga en situaciones excepcionales de necesidad médica en que la persona no pueda prestar dicho consentimiento, como se señala más adelante.

El uso de la expresión “estado de inconciencia de su enfermedad” en la Ley N.º 29737 para justificar el internamiento involuntario efectuado con el propósito de

¹ Estas garantías no solo se aplican a personas acusadas de delitos, sino también a “todas las personas privadas de libertad por detención o prisión”, incluidas aquellas detenidas por razones “como por ejemplo las enfermedades mentales, la vagancia, la toxicomanía, las finalidades docentes, el control de la inmigración, etc.” Comité de Derechos Humanos de la ONU, Observación General N.º 8, artículo 9, U.N. Doc HRI/GEN/1/Rev.1 en 8 (1994), párr. 1.

² Comunicación N.º 458/1991, A. W. Mukong c. Camerún (Observación adoptada en 21 de julio de 1994), en UN doc. GAOR, A/49/40 (vol. II), pág. 181, párr. 9.8.

³ Comunicación N.º 305/1988, H. van Alphen c. Países Bajos (Observación adoptada el 23 de julio de 1990), en UN doc. GAOR, A/45/40 (vol. II), pág. 115, párr. 5.8.

brindar tratamiento para adicciones es impreciso y puede dar lugar a abuso. También refuerza la percepción de que las personas que usan drogas en general carecen de capacidad para prestar su consentimiento al tratamiento y vulnera garantías legales importantes relativas a la aptitud para tomar decisiones sobre tratamiento, ampliando así las posibilidades de que ocurran abusos.

En el caso de personas que usan drogas, el tratamiento de esta dependencia es una forma de atención médica y, por lo tanto, debe cumplir con los mismos estándares que otras formas de atención de la salud. Según el derecho internacional, las personas que dependen de las drogas tienen derecho a acceder a un tratamiento médico adecuado y eficaz, adaptado a sus necesidades individuales y al carácter específico de su dependencia. Los estándares internacionales de derechos humanos también requieren que el tratamiento para la dependencia de las drogas se base en el consentimiento informado y voluntario (lo cual contempla el derecho de negarse a recibir tratamiento o de abandonarlo), que sea científica y médicamente adecuado y de buena calidad, que sea ética y culturalmente aceptable, y respetuoso de los derechos fundamentales a la salud, la privacidad, la integridad física, la libertad y el debido proceso.

La ONUDD y la OMS, en las directrices para los Estados denominadas “Principios para el tratamiento de la drogodependencia”, señalan que “solo en casos excepcionales que supongan un grave riesgo para la persona o terceros corresponderá ordenar el tratamiento obligatorio en condiciones específicas y durante períodos de tiempo establecidos en la ley”⁴. El tratamiento obligatorio deberá además ser adecuado según criterios científicos y médicos, y estar sujeto a supervisión independiente.

Según el Relator Especial de la ONU sobre la Tortura, el tratamiento obligatorio que reviste naturaleza invasiva e irreversible, como los neurolépticos y otras sustancias psicotrópicas, sin el consentimiento informado de la persona, podría constituir tortura o maltrato cuando carezca de fin terapéutico, o tenga como propósito corregir o morigerar una discapacidad⁵. El artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) exige a los gobiernos “reconoce[r] que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida”, incluido el derecho a decidir si aceptan el tratamiento médico. La CDPD supone que las personas con discapacidad pueden tomar decisiones en su propio interés y considera que, cuando lo necesiten,

⁴ONUDD-OMS, “Principles of Drug Dependency Treatment”, marzo de 2008, pág. 9.

⁵Consejo de Derechos Humanos de la ONU, *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*, Manfred Nowak, 28 de julio de 2008, A/63/175, ver párrs. 47 y 63: “El Relator Especial señala que la administración forzada y sin el acuerdo del paciente de medicamentos psiquiátricos, y en particular de neurolépticos, para el tratamiento de una enfermedad mental debe realizarse bajo estricto control. Según las circunstancias de cada caso, el sufrimiento infligido y los efectos en la salud del paciente pueden constituir una forma de tortura o malos tratos”.

deben recibir apoyo. También deja en claro que las personas con discapacidades — incluso de tipo intelectuales y psicosociales⁶— gozan del derecho a la atención de la salud en condiciones de igualdad respecto de otras personas y reconoce en forma explícita que la atención médica debe prestarse sobre la base del consentimiento informado y libre, sin discriminación por razones de discapacidad (art. 25). Las discapacidades mentales no justifican la suposición de que una persona no tiene la capacidad de dar su consentimiento informado. La posibilidad de tratamiento médico no voluntario solamente podrá considerarse en casos excepcionales en que no se pueda obtener el consentimiento informado de la persona, y deberá ser por el período más breve posible y con fines estrictamente terapéuticos.

El proceso de interdicción judicial establecido en el Código Civil también es incompatible con las obligaciones asumidas por el gobierno en virtud de la CDPD de reconocer la capacidad legal de las personas con discapacidad. El Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad de la Organización de los Estados Americanos ha instado a los Estados Parte a actuar en forma urgente para asegurar el reconocimiento de la capacidad legal de todas las personas, incluidas aquellas con discapacidad, adoptando medidas inmediatas para reemplazar las prácticas de interdicción y de naturaleza similar por decisiones fundadas, y a garantizar que no se aprueben nuevos casos de interdicción⁷.

La CDPD establece además otras protecciones contra la privación de la libertad de personas con discapacidad⁸. No solo prohíbe las detenciones arbitrarias sino que además establece que “la existencia de una discapacidad no justifi[ca] en ningún caso una privación de la

⁶La “discapacidad intelectual” (como el síndrome de Down) está caracterizada por limitaciones significativas en las habilidades intelectuales (razonamiento, aprendizaje, resolución de problemas), así como en la conducta adaptativa, que contempla una amplia gama de habilidades sociales y prácticas cotidianas. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, “FAQ on Intellectual Disability”, 2011, http://www.aamr.org/content_104.cfm (consultado el 23 de febrero de 2012).

El término “discapacidad psicosocial” es utilizado para referirse a personas con problemas de salud mental como depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia. La “discapacidad psicosocial” se refiere a la interacción entre diferencias psicológicas y límites culturales y sociales a la conducta, así como al estigma que la sociedad atribuye a personas con limitaciones mentales. World Network of Users and Survivors of Psychiatry, “Implementation Manual for the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities”, <http://www.chrusp.org/home/resources> (consultado el 23 de febrero de 2012), pág. 9.

⁷OEA, Observación General del Comité para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, sobre la necesidad de interpretar el artículo I.2, Inciso B) In fine de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, en el marco del artículo 12 de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, OEA/Ser.L/XXIV.3.1, CEDDIS/doc.12 (I-E/11) Rev.1, 28 de abril de 2011; OEA/Ser.L/XXIV.3.1, CEDDIS/RES.1 (I-E/11) (Aprobada en la cuarta sesión plenaria, celebrada el 4 de mayo de 2011); La Asamblea General de la OEA, por su parte, ha solicitado al Secretario General que difunda las observaciones del Comité relativas al artículo 1.2(b) en la mayor medida posible. AG/RES. 2663 (XLI-O/11), Apoyo al Comité para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y a su secretaría técnica (Aprobada en la cuarta sesión plenaria, celebrada el 7 de junio de 2011).

⁸CDPD, art. 14.

libertad”⁹. Debe haber fundamentos que sustenten la privación de la libertad y que no impliquen discriminación en base a una discapacidad. En aquellos estados que, como Perú, han ratificado la CDPD y el PIDCP, el artículo 14 debería aplicarse junto con las garantías contra la detención establecidas en el PIDCP, conforme a la doctrina según la cual el efecto combinado de tratados o normas internas debe interpretarse de modo de otorgar a las personas la mayor protección posible¹⁰. Asimismo, el artículo 14, especialmente cuando se interpreta conjuntamente con el artículo 19 de la CDPD (derecho a vivir en la comunidad), constituye un sólido fundamento para poner fin a la institucionalización forzada basada en la discapacidad¹¹.

Como se indicó previamente, en circunstancias excepcionales la dependencia de drogas de una persona puede generar una situación de crisis en la cual el tratamiento médico resulta apropiado y la capacidad de la persona de prestar su consentimiento a ese tratamiento se encuentra afectada en forma provisoria. En estas circunstancias claramente definidas y excepcionales, cuando profesionales de la salud calificados, sujetos a la supervisión de una autoridad independiente, concluyen que una persona supone un riesgo grave e inminente para sí misma o terceros y carece de capacidad para dar su consentimiento informado, el tratamiento obligatorio temporal sin su consentimiento podría estar justificado.

En estos casos, el tratamiento no debe ser impuesto a menos que sea médicamente apropiado, adaptado al individuo, sujeto a revisión periódica y conforme a estándares internacionales. El tratamiento no deberá extenderse por más tiempo del clínicamente necesario para que la persona recobre un estado de autonomía en el cual pueda tomar sus propias decisiones sobre su bienestar. El tratamiento deberá tener un límite temporal establecido por la ley, el cual deberá ser lo más breve posible, y estará sujeto a la supervisión de una autoridad independiente que determinará su continuidad. Cuando el tratamiento obligatorio sea objeto de revisión, no se deberá permitir su continuación sin consentimiento, a menos que la autoridad que administra el tratamiento establezca que persisten las circunstancias excepcionales antes mencionadas. La persona que reciba el tratamiento obligatorio (o su representante legal) deberá poder impugnar la decisión sobre la necesidad del tratamiento ante un tribunal o la autoridad independiente.

La tragedia del centro de rehabilitación “Cristo es Amor” ocurrida en enero, en la que residentes atrapados detrás de puertas cerradas con llave y ventanas enrejadas murieron o quedaron gravemente heridos cuando un incendio arrasó las

⁹ Ibid.

¹⁰Ver artículo 5(2) del PIDCP. Esta “cláusula de salvaguarda” del PIDCP dispone que los estándares establecidos en el tratado no podrán ser usados para excluir estándares o garantías más favorables contemplados en otras normas (internacionales o internas), y por ende solamente constituyen un estándar mínimo que puede ser mejorado.

¹¹CDPD, arts. 14, 19.

instalaciones, ha enfatizado la falta de establecimientos adecuados para el tratamiento de la dependencia de drogas en Perú. El Fiscal General está investigando las condiciones del centro “Cristo es Amor”, y varios gobiernos locales, junto con el Fiscal General y el Ministerio de Salud, están inspeccionando otros establecimientos locales y en algunos casos ya han ordenado clausuras.

Si bien se trata de esfuerzos importantes, Perú tiene la obligación jurídica de asegurar que una persona solamente pueda ser objeto de internamiento forzado para recibir tratamiento por adicción o “salud mental” en circunstancias que se adecuen a los estándares internacionales. El Congreso debería derogar la Ley N.º 29737 o reformarla para asegurar su total cumplimiento con la CDPD. También debería reformar el Código Civil y la Ley General de la Persona con Discapacidad para que cumplan plenamente con la CDPD. Asimismo, el gobierno debería adoptar medidas inmediatas para reformar el Código Civil, a fin de que este se adapte al estándar jurídico internacional que dispone que todas las personas con discapacidad deben gozar de la misma capacidad jurídica que otros ciudadanos, y reemplazar la interdicción judicial de personas con discapacidad y que usan drogas por un sistema de decisiones fundadas que permita que adopten sus propias determinaciones sobre tratamiento.


Lo instamos respetuosamente a tomar medidas inmediatas encaminadas a la clausura de los centros de rehabilitación forzada para personas que usan drogas y a establecer opciones de tratamiento voluntarias y efectivas sobre drogas y salud mental en su lugar. Consideramos oportuno que establezca consultas con especialistas en salud mental y otras disciplinas, así como con personas con discapacidades psicosociales, a fin de analizar mecanismos alternativos de asistencia y atención para personas con este tipo de discapacidad. También lo exhortamos a manifestar públicamente y con determinación su apoyo al derecho a un tratamiento voluntario y eficaz para todos aquellos que lo necesitan.

Aprovecho la oportunidad para expresarle las seguridades de mi más alta consideración y estima.

Atentamente,



Rebecca A. Schleifer, JD, MPH
Directora de Promoción
División de Salud y Derechos Humanos



Shantha Rau Barriga
Investigadora/Defensora
de Derechos de Discapacidad

En copia:

Miembros de la Comisión de Salud y Población del Congreso

Miembros de la Comisión de Inclusión Social y Personas con Discapacidad del Congreso

Dr. Hugo Cohen
Pan American Health Organization