



Adunarea generală

Distrib.: generală
10 aprilie 2018

Original: limba engleză
Tradus și revizuit de IER
(<http://ier.gov.ro/>)

Consiliul Drepturilor Omului

A treizeci și opta sesiune

18 iunie – 6 iulie 2018

Punctul 3 de pe ordinea de zi

**Promovarea și protejarea tuturor drepturilor omului, civile,
politice, economice, sociale și culturale,
inclusiv a dreptului la dezvoltare**

Raportul Raportorului special privind dreptul tuturor de a se bucura de cel mai înalt standard posibil de sănătate fizică și mintală

Nota Secretariatului

Secretariatul are onoarea de a transmite Consiliului Drepturilor Omului Raportul Raportorului special privind dreptul tuturor de a se bucura de cel mai înalt standard posibil de sănătate fizică și mintală, elaborat în conformitate cu Rezoluția 33/9 a Consiliului. În raportul său, Raportorul special abordează relația dintre dreptul la sănătate și forme specifice de privare de libertate și internare în instituții penale și medicale. Detenția și internarea rămân instrumentul politic preferat de către state pentru promovarea siguranței publice, a „moralei” și a sănătății publice, măsuri care fac mai mult rău decât bine sănătății publice și realizării dreptului la sănătate fizică și mintală. Raportorul special solicită deplina punere în aplicare a Ansamblului de reguli minime pentru tratamentul deținuților ale Organizației Națiunilor Unite (Regulile Nelson Mandela) și instituirea unor servicii comunitare de sprijin, ca soluții alternative la detenție și internare în diferite cazuri.



Raportul Raportorului special privind dreptul tuturor de a se bucura de cel mai înalt standard posibil de sănătate fizică și mintală

Cuprins

	<i>Pagina</i>
I. Introducere	3
II. Dreptul la sănătate în contextul internării și al privării de libertate.....	5
A. Legături intrinsece, omisiuni sistemice.....	5
B. Cadrul de reglementare a dreptului la sănătate	7
III. Relația dintre sănătatea mintală, internarea forțată și privarea de libertate	11
IV. Copiii privați de libertate.....	13
A. Prezentare generală.....	13
B. Instituții penale	14
V. Femeile, dreptul la sănătate și privarea de libertate.....	16
A. Abordarea factorilor de gen care conduc la încarcerarea femeilor	17
B. Condiții de detenție.....	18
C. Femeile cu dizabilități.....	19
VI. De la internare la îngrijirile comunitare: eliminarea detenției din considerente de sănătate publică	20
A. Incriminarea ca factor determinant al dreptului la sănătate al persoanelor bolnave de tuberculoză	20
B. Asistența medicală comunitară și tuberculoza	22
VII. Concluzii și recomandări.....	22

Introducere

1. În rapoartele anterioare și în timpul misiunilor din diverse țări, Raportorul special a încercat să clarifice modul în care excluziunea a afectat negativ dreptul la sănătate al persoanelor private de libertățile fundamentale. În prezentul raport, acesta folosește cadrul de reglementare a dreptului la sănătate pentru a expune problematica abordării globale a privării de libertate și a internării, propunând direcții de reformă transformatoare.
2. Date fiind amploarea și importanța acestor probleme, nu este posibil să se procedeze la o evaluare cuprinzătoare în cadrul prezentului raport, având în vedere spațiul limitat disponibil. Aceasta este o contribuție inițială, bazată pe anumite practici în care dreptul la sănătate este un element cheie pentru realizarea unei evaluări semnificative și furnizarea de orientări substanțiale.
3. Raportul este o sinteză a informațiilor dobândite în timpul misiunilor efectuate în diverse țări, în urma examinării unor documente din domeniu și a multiplelor evaluări ale cazurilor aduse în atenția Raportorului special prin mecanismul de comunicare din cadrul procedurilor speciale. Raportul s-a bazat în mare măsură pe – și a fost îmbogățit prin – consultări ample cu o gamă largă de părți interesate, inclusiv cu persoane care au fost private de libertate, reprezentanți ai societății civile, membri ai mișcării pentru abolirea pedepselor cu închisoarea, experți în materie de sănătate publică, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) și experți universitari. Raportorul special le mulțumește interlocutorilor săi pentru timpul și energia dedicate cu generozitate și pentru contribuțiile lor semnificative.
4. Privarea de libertate este o expresie juridică și implică restrângerea severă a libertății de mișcare, într-un spațiu mai restrâns decât cel prevăzut în cadrul altor forme de ingerințe în exercitarea libertății de circulație. Aceasta ar trebui să se bazeze pe o hotărâre judecătorească și să fie impusă fără consimțământul liber. Această formă de privare de libertate este interzisă în sine, dar trebuie să fie legală și să nu aibă un caracter arbitrar. Privarea de libertate poate lua numeroase forme, inclusiv reținerea de către poliție, plasarea în arest preventiv, executarea pedepsei cu închisoarea ulterior condamnării, arestarea la domiciliu și detenția administrativă, precum și internarea nevoluntară și instituționalizarea copiilor, în urma unei proceduri judiciare.¹
5. Internarea este un termen utilizat pe scară largă în centre medicale și de protecție socială pentru a desemna restricțiile impuse unei persoane în cadrul unei zone limitate, în urma unei recomandări medicale sau a unei recomandări emise de o instituție de protecție socială. Această măsură poate fi pusă în aplicare cu sau fără consimțământul persoanei în cauză și poate include unele practici general acceptate în materie de sănătate, domeniul medical, precum cele aplicate în contextul perioadei de recuperare a unei femei după naștere.²
6. Deși anumite forme de internare, inclusiv internarea în spitale și în instituții de psihiatrie și alte unități medicale, pot constitui o lipsire de libertate de facto,³ practic toate formele de internare fără consimțământul informat al persoanei în cauză constituie o încălcare a dreptului la sănătate.
7. În toată lumea, peste 10 milioane de adulți sunt private de libertate în instituții penale.⁴ Aceste statistici nu includ însă numărul global al persoanelor a căror libertate este restrânsă în alte medii. De exemplu, se estimează că cel puțin un milion de copii sunt privați de libertate în alte medii, că jumătate de milion de adulți sunt internați nevoluntar pentru toxicomanie și că mii de femei sunt reținute în spitale pentru neplata facturilor. Un număr incalculabil de adulți și copii sunt închiși în instituții medicale și sociale, inclusiv persoanele cu tuberculoză,

¹ A se vedea Comitetul pentru drepturile omului, Comentariul general nr. 35 (2014) privind libertatea și siguranța persoanei, pct. 3, 5-6 și 10-14; a se vedea, de asemenea, E/CN.4/2005/6, pct. 54.

² A se vedea Comitetul pentru eliminarea discriminării împotriva femeilor, Recomandarea generală nr. 24 (1999) privind femeile și sănătatea, pct. 2, 8, 22, 26 și 31.

³ A se vedea A/HRC/30/37, pct. 9.

⁴ Roy Walmsley, World Prison Population List (Lista populației penitenciare la nivel mondial), ediția a 11-a. (baza de date online „World Prison Brief”, care oferă acces la informații privind sistemele penitenciare din toată lumea, și Institutul de cercetare în domeniul politicii penale și justiției (Institute for Criminal Policy Research).

care sunt izolate forțat perioade îndelungate, uneori în structuri similare închisorilor. Deși locurile de internare diferă, experiența excluziunii, trăită de persoanele în cauză, are caracteristici comune: o situație marcată de dezavantaje profunde, discriminare, violență și deznădejde.

8. În ultimele două secole, măsurile de restrângere a libertății de circulație au început să fie folosite implicit, ca instrument de control social, pentru promovarea siguranței publice, a „moralei” și a sănătății publice. Printre acestea se numără detenția, pe motive legate de comportamentul etichetat de societate drept „imoral”, printre altele, al persoanelor lesbiene, homosexuale, bisexuale, transgen și intersexuale, al tinerilor rebeli, al consumatorilor de droguri și al femeilor care și-au exercitat dreptul de a face alegeri în ceea ce privește prevenirea sarcinilor nedorite și întreruperea de sarcină. Internarea a devenit un răspuns instituțional la probleme sociale complexe, care afectează în special grupurile și comunitățile neincluse în politicilor publice și socioeconomice. Unii susțin că sistemele și instituțiile penitenciare sunt instrumente puternice, menite să reducă la tăcere opoziția sau pe „ceilați”, fie prin aplicarea de sancțiuni penale, fie prin diagnosticare medicală și izolare.

9. Ultima parte a secolului al XX-lea a fost marcată de o creștere rapidă a ratei de internare în cadre juridice și politice punitive, inclusiv din motive legate de traficul de droguri, care a pus bazele practicii moderne de plasare în detenție, în urma unor proceduri sumare. În paralel, în unele țări, a avut loc un proces rapid de dezinstituționalizare, fără investiții corespunzătoare în servicii comunitare de calitate. Persoanele care trăiesc în sărăcie și/sau aparțin minorităților rasiale și etnice au fost prinse în capcana unui sistem din ce în ce mai punitiv, care nu asigură o protecție socială, economică și juridică adecvată.

10. Agenda 2030 pentru dezvoltare durabilă reflectă aspirația ambițioasă de a pune capăt ciclului vicios al lipsei de speranță, violenței, excluziunii și discriminării, prin abordarea inegalităților sociale și a drepturilor omului, astfel încât nimeni, inclusiv persoanele internate sau private de libertate, să nu fie lăsat în urmă.⁵ Există dovezi clare că orice formă de violență, inclusiv actele de violență săvârșite în interiorul penitenciarelor și centrelor de internare, constituie un risc pentru deplina realizare a dreptului la sănătate.⁶ Numeroasele inovații promițătoare, care acordă prioritate investițiilor în copilăria timpurie, sănătatea adolescenților, dezvoltarea competențelor parentale, asigurarea unei stări bune de sănătate mintală și a bunăstării, a egalității de gen și a protecției femeilor împotriva violenței, oferă speranța că lumea poate și va deveni mai puțin violentă și că măsurile precum privarea de libertate și internarea vor deveni mult mai puțin frecvente.

11. Pentru prima dată, domeniul sănătății mintale, datorită sprijinului oferit de Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități și alte angajamente politice puternice,⁷ este pe punctul de a se elibera de un model bazat pe coerciție și internarea în instituții de sănătate mintală.

12. În mod similar, interzicerea drogurilor este considerată tot mai mult ca fiind o practică fără succes, care are consecințe devastatoare în ceea ce privește dreptul la sănătate. Un număr tot mai mare de țări și municipalități înlocuiesc măsurile de reprimare a consumului de droguri cu politici moderne, bazate pe principiile sănătății publice și ale drepturilor omului, inclusiv dezincriminarea sau reglementarea legală a piețelor de droguri și creșterea investițiilor în serviciile sociale și medicale de la nivel comunitar, în special pentru reducerea efectelor negative.⁸ Aceste tendințe promițătoare oferă speranțe că este posibil să se pună capăt practicii încarcerării în masă a consumatorilor de droguri.

⁵ Pentru mai multe detalii privind Agenda 2030 în contextul dreptului la sănătate, a se vedea A/71/304.

⁶ A se vedea, de exemplu, Organizația Mondială a Sănătății, *World Report on Violence and Health (Raportul mondial asupra violența și sănătatea)* (2002).

⁷ A se vedea, de exemplu, Rezoluția 36/13 a Consiliului Drepturilor Omului.

⁸ Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare, *Reflections on Drug Policy and Its Impact on Human Development: Innovative Approaches (Reflecții privind politica în materie de droguri și impactul său asupra dezvoltării umane: Abordări inovatoare)* (2016).

13. Au fost asumate noi angajamente politice internaționale, mai ferme, pentru a reduce rata încarcerării, în măsura în care este posibil.⁹ O serie de entități ale Organizației Națiunilor Unite și mecanisme pentru drepturile omului au solicitat închiderea imediată a tuturor centrelor de internare medicală a consumatorilor de droguri și/sau luarea de măsuri în favoarea dezincriminării infracțiunilor legate de droguri, săvârșite fără violență.¹⁰ Studiul global cu privire la copiii privați de libertate, solicitat de Secretarul General, la invitația Adunării Generale, este promițător în ceea ce privește promovarea mișcării destinate să pună capăt privării de libertate a copiilor.

14. Pe de altă parte, există numeroase indicii care arată o creștere a recurgerii la măsura internării pentru infracțiuni minore și ca soluție implicită la probleme legate de siguranța publică, ordinea socială, imigrare, opoziția politică sau „morală”. În unele cazuri, măsurile punitive sunt aplicate în mod disproporționat pentru a combate violența sau extremismul radical în rândul tinerilor. Tot mai multe femei sunt încarcerate, un număr îngrijorător de mare dintre acestea fiind deținute pentru alegerile făcute cu privire la drepturile lor în materie de sănătate reproductivă. Deținerea în centre pentru refugiați și migranți a persoanelor aflate în căutarea unui loc sigur și a unui refugiu rămâne o problemă arzătoare.

15. Îmbunătățirea condițiilor vieții cotidiene a milioane de persoane deținute în celule și secții cu regim închis și reducerea drastică a ratei de încarcerare în astfel de condiții rămân priorități absolute. La fel de importante sunt eforturile de consolidare și de transformare a comunităților astfel încât acestea să sprijine reintegrarea, educația incluzivă, emanciparea socioeconomică și bunăstarea și, în consecință, realizarea semnificativă a dreptului la cel mai înalt standard posibil de sănătate mintală și fizică.

16. Ne aflăm într-un moment de răscruce în ceea ce privește influențarea modului în care vom încheia acest deceniu și în care îl vom modela pe următorul astfel încât să se pună capăt culturii dependenței de măsurile de internare și de încarcerare.

II. Dreptul la sănătate în contextul internării și al privării de libertate

A. Legături intrinsece, omisiuni sistemice

17. Legislația de reformare a penitenciarelor și campaniile de susținere a acestora au avut ca scop, încă de la începutul sistemului penitenciar modern, asigurarea demnității, prin protejarea dreptului la sănătate. Actualele centre de internare produc numeroase suferințe care transcend granițele, resursele de care dispun aceste structuri și sistemele politice. Acest lucru este strâns legat de dreptul la sănătate și bunăstare, nu numai al persoanelor private de libertate și internate, ci și al comunităților, familiilor, copiilor și generațiilor viitoare. Este vital să se țină seama de efectele negative ciclice și transgeneraționale pe care le cauzează aceste sisteme.¹¹

⁹ De exemplu, Declarația de la Doha privind integrarea prevenirii criminalității și a justiției penale în agenda mai amplă a Organizației Națiunilor Unite privind abordarea provocărilor sociale și economice și promovarea statului de drept la nivel național și internațional, precum și a participării publicului.

¹⁰ A se vedea A/65/255; A/HRC/32/32; declarația comună a entităților Organizației Națiunilor Unite privind centrele de internare medicală și reabilitare a consumatorilor de droguri, publicată în martie 2012, disponibilă la adresa www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific//2012/03/drug-detention-centre/JC2310_Joint_Statement6March12FINAL_En.pdf; declarația comună a Organizației Națiunilor Unite privind eliminarea discriminării în unitățile medicale, publicată în iulie 2017, disponibilă la adresa www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ending-discrimination-healthcare-settings_en.pdf; „Tackling the world drug problem: UN experts urge States to adopt human rights approach” (Abordarea problemei globale a drogurilor: Experții ONU cer statelor să adopte o abordare bazată pe drepturile omului), comunicat de presă, disponibil la adresa www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=19833&LangID=E.

¹¹ Bruce Western și Becky Pettit, „Incarceration & social inequality” (Încarcerarea și inegalitatea socială), *Daedalus* (ediția de vară, 2010).

18. Asigurarea dreptului la sănătate este necesară pentru exercitarea unei serii de alte drepturi. În contextul internării și al privării de libertate, încălcarea dreptului la sănătate aduce atingere, de asemenea, garanțiilor unui proces echitabil, interzicerii detenției arbitrare, a torturii și a altor forme de tratamente cu cruzime, inumane sau degradante, precum și exercitării dreptului la viață. Încălările dreptului la sănătate pot fi atât cauzele, cât și consecințele internării și privării de libertate.

19. Raportorul special evidențiază cinci situații care ilustrează legăturile dintre dreptul la sănătate și internarea și privarea de libertate:

(a) Neasigurarea dreptului la sănătate în perioada copilăriei timpurii, printr-un sistem de sănătate cuprinzător, favorizează inegalitățile, sărăcia, discriminarea și starea de sănătate precară la vârsta adultă, care se traduc prin creșterea populației din structurile de detenție și de internare. Marea majoritate a persoanelor aflate în instituții cu regim închis provin din comunități marginalizate și cu venituri mici;

(b) Cadru juridic și politicile publice cu caracter punitiv, care favorizează încarcerarea, împiedică realizarea dreptului la sănătate. Aceste cadre și politici includ legi care incriminează anumite comportamente, identități sau situații (munca sexuală, orientarea sexuală, identitatea de gen, consumul de droguri, statutul de persoană seropozitivă, nerespectarea tratamentului pentru tuberculoză și expunerea la boli infecțioase) și serviciile medicale necesare doar femeilor (de exemplu, întreruperea de sarcină); aplicarea selectivă a legislației privind vagabondajul și tulburarea ordinii publice, în detrimentul persoanelor marginalizate; și legile și politicile care interzic drogurile și care favorizează, printre altele, piețe ilegale și violente de droguri și care conduc la încarcerare, îndepărtând consumatorii de droguri de serviciile medicale comunitare, prevăzând, în același timp, prea puține măsuri privind furnizarea de servicii medicale în penitenciare. Cadrele ample și generale privind sănătatea publică, stabilite de lege, limitează setul de instrumente de care dispun decidenții politici pentru soluționarea problemelor din domeniul sănătății și impun detenția și internarea ca metode dominante – și cele mai restrictive – de soluționare a unor probleme de sănătate care, potrivit dovezilor, pot fi tratate mai eficient în medii comunitare de sprijin;

(c) Recurgerea predominantă la detenție și internare, ca răspuns la problemele de siguranță publică și sănătate publică, a dus la monopolizarea resurselor care ar trebui redistribuite pentru a sprijini dezvoltarea progresivă a unor sisteme de sănătate solide, a unor școli sigure și care sprijină elevii, a unor programe de promovare a unor relații sănătoase, a accesului la oportunități de dezvoltare și a unui mediu fără violență;

(d) Garantarea dreptului la sănătate al persoanelor aflate în detenție este o sarcină dificilă. Închisoarea însăși devine un factor determinant al unei sănătăți precare, ca urmare a condițiilor de detenție necorespunzătoare, a furnizării de asistență medicală sub supraveghere și/sau a lipsei accesului la asistență medicală, a suferinței psihosociale și a disperării enorme legate de privarea de libertate, precum și a problemelor de sănătate preexistente și netratate, care pot fi atribuite vieții în condiții de sărăcie.¹² Rata mortalității este ridicată; în multe cazuri, sinuciderea și decesele premature în detenție – aproape toate putând fi prevenite – sunt finalul unor povești sfâșietoare despre vieți curmate înainte de vreme;

(e) În cazul familiilor tinere, cu venituri mici, detenția sau internarea membrilor care susțin financiar familia și/sau sunt principalii îngrijitori ai familiei, are un impact devastator asupra structurii sociale a comunităților. După ce sunt repuse în libertate, în general, aceste persoane nu primesc niciun fel de asistență medicală, atunci când sunt reintegrate în societate. În plus, în absența unor sisteme medicale solide în cadrul comunităților, dezinstituționalizarea ar putea să se transforme într-o tragedie.¹³ Cazierile

¹² Dora M. Dumont și alții, „Public health and the epidemic of incarceration” (Sănătatea publică și epidemia încarcerării), *Annual Review of Public Health (Revista anuală de sănătate publică)*, vol. 33 (aprilie 2012), și Ernest Drucker, *A Plague of Prisons: The Epidemiology of Mass Incarceration in America* (Epidemia de pedepse cu închisoarea: Epidemiologia încarcerării în masă din America) (New York, New Press, 2013).

¹³ A se vedea, de exemplu, apelul urgent comun din 28 noiembrie 2016, adresat Misiunii Permanente din Africa de Sud de pe lângă Oficiul Organizației Națiunilor Unite și altor organizații internaționale

judiciare, supravegherea după punerea în libertate și hotărârile judecătorești prin care s-a dispus măsura internării sau cele de condamnare la pedeapsa închisorii au consecințe asupra vieții politice, sociale și profesionale a oamenilor, scăzându-le reziliența, creând bariere în calea oportunităților care le sunt oferite și în calea integrării acestora și, în cele din urmă, subminându-le dreptul la sănătate.

20. În concluzie, exercitarea dreptului la sănătate în contextul internării și al privării de libertate se distinge prin absența sa.

B. Cadrul de reglementare a dreptului la sănătate

21. Există standarde privind drepturile omului, menite să protejeze persoanele private de libertate sau internate împotriva încălcării drepturilor acestora. Totuși, specificitatea cadrului normativ și lipsa voinței politice limitează sfera de aplicare a reacțiilor la aceste fenomene sociale extrem de complexe. Pentru a extinde sfera de aplicare a acestor reacții, ar trebui să se procedeze la o evaluare structurală, din perspectiva dreptului la sănătate, a „atmosferei” din penitenciare, centrele de detenție și centrele de internare, adică a modului în care trăiesc și supraviețuiesc oamenii odată ajunși acolo, a modului în care este structurată și organizată puterea și a factorilor structurali care permit ca practicile și instituțiile să persiste.¹⁴

Obligațiile statului

22. Conform articolului 12 din Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale, statele au obligația de a respecta, de a proteja și de a asigura exercitarea dreptului oricărei persoane de a se bucura de cea mai bună stare posibilă de sănătate fizică și mentală. Comitetul pentru drepturile economice, sociale și culturale a declarat că, în temeiul aceluiași articol, statele sunt obligate să nu refuze și să nu limiteze accesul egal al tuturor persoanelor, inclusiv al prizonierilor sau al deținuților, la servicii medicale preventive, curative și paliative.¹⁵ Și alte tratate internaționale privind drepturile omului conțin dispoziții care protejează dreptul la sănătate al anumitor grupuri, inclusiv al persoanelor private de libertate sau internate.

23. Ansamblului de reguli minime pentru tratamentul deținuților ale Organizației Națiunilor Unite (Regulile Nelson Mandela) includ dispoziții privind responsabilitatea statelor cu privire la furnizarea de servicii medicale deținuților (regulile 24-35). De exemplu, statele au obligația de a garanta că serviciile medicale oferite în penitenciare asigură continuitatea tratamentelor și îngrijirilor medicale, inclusiv în cazul infecției cu HIV, al tuberculozei și al altor boli infecțioase, precum și în cazul dependenței de droguri. De asemenea, regulile prevăd obligația de a transfera deținuții care necesită tratament specializat în instituții specializate sau spitale civile și de a se asigura că deciziile clinice sunt luate exclusiv de personalul medical responsabil și că acestea nu sunt respinse sau ignorate de personalul nemedical al penitenciarelor.

24. Având în vedere obiectivul realizării progresive a dreptului la sănătate, sunt necesare măsuri care să asigure exercitarea acestuia în unitățile cu regim închis, inclusiv adoptarea unui plan menit să pună capăt internării în spitale și în instituții care oferă îngrijiri pe termen lung. Un astfel de plan trebuie să fie susținut prin strategii de consolidare a ofertei de soluții alternative de la nivel local.¹⁶

cu sediul la Geneva. Disponibil la adresa

<https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=22868>.

¹⁴ Tomas Max Martin, Andrew M. Jefferson și Mahuya Bandyopadhyay, “Sensing prison climates: governance, survival and transition” (Analiza atmosferei din penitenciare: guvernare, supraviețuire și tranziție), *Focaal*, nr. 68 (2014).

¹⁵ A se vedea Comentariul general nr. 14 (2000) privind dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate, pct. 34.

¹⁶ A/HRC/35/21.

Consimțământul informat¹⁷

25. Dreptul la consimțământul informat este un element fundamental al dreptului la sănătate fizică și mintală. Consimțământul informat implică o decizie voluntară și suficient de informată și permite promovarea autonomiei, autodeterminării, integrității corporale și bunăstării persoanei. Acesta include dreptul de a consimți la un tratament medical, de a-l refuza sau de a alege un alt tratament medical.¹⁸

26. Deși dreptul de a consimți la un tratament și de a refuza un tratament implică o analiză aprofundată în cazul procedurilor care permit salvarea vieții, acesta trebuie să fie respectat, protejat și realizat, în special în cazurile de izolare și internare, în care persoanele în cauză trebuie să fie sprijinite și încurajate pentru ca tratamentul să fie realizat în mod voluntar. Cu toate acestea, aplicarea dreptului de a consimți la un tratament în cazul persoanelor private de libertate prezintă anumite ambiguități. Încă există un risc ridicat ca aceste persoane să fie supuse unor teste și tratamente prin constrângere, în mod nevoluntar sau forțat, inclusiv testării obligatorii pentru depistarea consumului de droguri, studiilor de cercetare și, în cazul persoanelor care fac greva foamei, alimentării forțate; în alte cazuri, au fost prelevate organe de la prizonierii condamnați la moarte și executați, fără consimțământul lor prealabil. Aceste tipuri de practici sunt dăunătoare și unele dintre ele au efecte asupra raportării simptomelor în scopul testării și tratării infecțiilor stigmatizate, cum ar fi infecția cu HIV și tuberculoza.

Egalitatea și nediscriminarea

27. Experiența privării de libertate și a internării este caracterizată de inegalități și discriminări adânc înrădăcinate, de la reținerea discriminatorie a unei persoane și până la organizarea discriminatorie și inechitabilă a serviciilor, ulterior privării de libertate sau internării unei persoane.

28. Autoritățile de sănătate și cele penitenciare perpetuează deseori discriminarea prin privarea de asistență medicală, inclusiv tratamentul de substituție pentru dependența de opiacee, ace și seringi sterile, terapia antiretrovirală și produse pentru sănătatea sexuală sau contraceptive. Statutul de deținut poate să determine acțiuni prejudiciabile din partea autorităților penitenciare și de sănătate. Persoanelor care solicită îngrijiri medicale în penitenciare, centre de detenție și de internare, în special celor cu probleme grave de sănătate, li se refuză adesea accesul la îngrijirile de care au nevoie ca o formă de pedeapsă informală; de asemenea, acestora li se refuză accesul atunci când se consideră, în mod eronat, că nu au capacitate juridică din cauza unei deficiențe, reale sau percepute, sau din alte motive. Este necesar să fie eliminate imediat obstacolele din calea asigurării accesului nediscriminatoriu la asistență medicală, inclusiv la unitățile de asistență medicală din afara sistemului penal, care sunt reglementate în mod independent. Lipsa de formare a personalului în această privință demonstrează necesitatea de a identifica soluții alternative ferme.

Cooperare internațională și asistență

29. Tratatul internațional privind drepturile omului recunoște obligația cooperării internaționale, care include cooperarea în ceea ce privește dreptul la sănătate. Cooperarea internațională legată de realizarea unei game largi de drepturi este recunoscută, de asemenea, în Obiectivul 17 de dezvoltare durabilă. În special statele cu venituri mai mari au responsabilitatea de a oferi asistență în domeniul dreptului la sănătate, inclusiv în ceea ce privește accesul adecvat la îngrijiri medicale în penitenciare și în centrele de detenție și de internare. Asistența internațională nu ar trebui să fie furnizată unor sisteme penitenciare și unor sisteme de sănătate discriminatorii sau în cadrul cărora sunt comise acte de violență și tortură și alte încălcări ale drepturilor omului. Acest lucru este valabil în special în cazul centrelor de internare a consumatorilor de droguri, al instituțiilor de psihiatrie mari și al instituțiilor de tip rezidențial, care oferă îngrijiri pe termen lung în regim de segregare.¹⁹

¹⁷ Pentru mai multe detalii privind chestiunea consimțământului informat, a se vedea A/64/272, pct. 9, 28, 34 și 79–84.

¹⁸ Ibid., pct. 10.

¹⁹ A/65/255, A/HRC/35/21.

30. Cooperarea internațională ar trebui să permită intensificarea sprijinului acordat pentru intervențiile în materie de sănătate de la nivel local, astfel încât să se asigure o protecție eficientă a persoanelor împotriva privării de libertate sau internării discriminatorii, arbitrare, excesive sau neadecvate. Este îngrijorător să se constate persistența unui dezechilibru între asistența multilaterală și bilaterală acordată pentru administrarea justiției și cea acordată pentru investițiile locale bazate pe drepturile omului. Sunt necesare mai multe eforturi pentru a înțelege mai bine întreaga sferă de aplicare a proiectelor care continuă să finanțeze instituțiile cu regim închis, în detrimentul investițiilor de la nivel local în domeniul sănătății și asistenței sociale.

Factori determinanți ai sănătății

31. Diversi factori afectează mediul fizic al persoanelor care sunt private de libertate sau internate nevoluntar. Condițiile nefavorabile pot include condițiile necorespunzătoare de igienă și accesul limitat la o alimentație nutritivă, aer curat și apă potabilă. Unele instituții au fost construite pe terenuri contaminate cu substanțe cancerigene.²⁰

32. În aceste medii, care includ penitenciare, dar nu se limitează la acestea, actele de violență sunt frecvente și iau numeroase forme, inclusiv abuzul fizic și sexual din partea personalului și a co-deținuților, utilizarea de mijloace de contenționare fizică și chimică, tratamentul medical forțat și izolarea. În plus, în numeroase cazuri, s-a dovedit că violența sexuală împotriva femeilor este sistematică și răspândită. Cele mai „discrete” aspecte ale condițiilor nefavorabile de detenție și internare, inclusiv plictiseala și neputința, se pot dovedi adesea deosebit de grave, acestea afectând în special sănătatea mentală, provocând totodată sentimente de deznădejde și disperare și conducând la tentative de suicid.

33. În general, centrele de detenție sau de internare nu sunt medii terapeutice. Într-un raport anterior, Raportorul special a identificat factorii determinanți ai dreptului la sănătate mentală, inclusiv crearea și menținerea unor relații neviolente, respectuoase și sănătoase în familie, în comunitate și în societate, în general.²¹ Atunci când o persoană aflată în detenție sau internată este înconjurată de membri ai personalului însărcinați cu restrângerea libertății sale, este dificil să se stabilească astfel de relații, ceea ce împiedică realizarea deplină și efectivă a dreptului la sănătate mentală.²² În ciuda eforturilor nobile de a institui o cultură solidă, bazată pe respect și îngrijire, de obicei prevalează violența și umilirea, ceea ce afectează negativ dezvoltarea unor relații sănătoase.

Asistența medicală

34. Pentru ca dreptul la sănătate să fie respectat, atât în centrele de detenție, cât și în alte instituții, este necesar ca structurile, bunurile și serviciile medicale să fie disponibile, accesibile, acceptabile și de bună calitate.

35. Chiar și în cazul celor mai cuprinzătoare sisteme de sănătate, barierele structurale existente ar putea împiedica realizarea deplină și efectivă a dreptului la sănătate. Centrele de detenție și de internare găzduiesc, de cele mai multe ori, persoane aflate în cele mai vulnerabile situații, inclusiv din punct de vedere medical. De multe ori, în aceste centre și instituții există condiții de viață inumane din punct de vedere fizic și psihosocial și structuri inegale de putere, care își au rădăcinile într-un trecut rasist și violent. Lipsa de popularitate și neputința persoanelor private de libertate și internate nevoluntar le împiedică să își facă auzită vocea și există puțini apărători ai demnității lor. Acești factori modelează un mediu al privării care compromite semnificativ organizarea și furnizarea etică și eficientă a serviciilor medicale.

²⁰ Judah Schept, „Sunk capital, sinking prisons, stinking landfills: landscape, ideology and the carceral state in Central Appalachia” Michelle Brown și Eamonn Carrabine (editori), *Routledge Handbook of Visual Criminology* (Manual de criminologie vizuală) (New York, Routledge, 2017).

²¹ A/HRC/35/21.

²² Peter Stastny, „Involuntary psychiatric interventions: a breach of the Hippocratic oath?” (Intervențiile psihiatrice forțate: o încălcare a jurământului lui Hipocrate?) *Ethical Human Sciences and Services*, vol. 2, nr. 1 (ediția de primăvară, 2000).

36. Disponibilitatea serviciilor medicale în centrele de detenție și de internare este adesea compromisă de decizii ale administrației legate de achiziții publice, în special atunci când aceste servicii sunt separate de infrastructura generală de sănătate publică. Deciziile de a nu pune la dispoziție anumite servicii medicale sunt adesea luate de administrațiile penitenciarelor, și nu de actori independenți din sectorul sănătății publice, iar aspectele legate de securitate și pedepse primează în defavoarea preocupărilor pentru sănătatea deținuților. În regiunile defavorizate din punct de vedere economic, sistemele medicale din penitenciare nu dispun de resursele necesare pentru a asigura cel puțin îngrijiri medicale de bază.

37. În aceste condiții, accesul la serviciile medicale disponibile depinde adesea de rezultatul negocierilor cu personalul însărcinat cu controlul și contenționarea. Multe persoane nu au acces la servicii medicale adecvate din cauza măsurilor punitive impuse de personalul însărcinat cu securitatea sau a neglijenței acestuia, ceea ce a condus la încălcări flagrante ale drepturilor omului, inclusiv la decese care puteau fi prevenite.

38. Din punctul de vedere al acceptabilității, serviciile medicale trebuie să respecte drepturile omului și etica medicală, să fie adaptate la contextul cultural, să răspundă cerințelor specifice legate de gen și de etapele vieții și să fie concepute astfel încât să respecte confidențialitatea și să îmbunătățească starea de sănătate a persoanelor în cauză. Serviciile furnizate în locuri de privare de libertate și de internare trebuie să fie adecvate din punct de vedere cultural și acceptabile pentru adolescenți, femei, persoanele în vârstă, persoanele cu dizabilități, persoanele indigene, minorități și lesbiene, homosexuali, bisexuali, persoane transgen și intersexuale.

39. În ceea ce privește calitatea, trebuie utilizate protocoale și practici medicale bazate pe dovezi concrete, pentru a sprijini persoanele private de libertate sau internate nevoluntar, majoritatea dintre acestea având nevoie de îngrijiri medicale fizice și psihiatrice ample și de calitate, având în vedere dezavantajele structurale cu care se confruntă. Cu toate acestea, există obstacole sistemice în calea furnizării unor astfel de servicii. Atmosfera de privare și de control afectează negativ relațiile și subminează calitatea asistenței medicale. Absența resurselor, în special în regiunile cu venituri scăzute, agravează și mai mult problemele din acest mediu. Utilizarea necorespunzătoare sau prescrierea în exces a medicamentelor psihotrope, practică folosită frecvent în penitenciare ca metodă de control al comportamentului, precum și recurgerea la măsura izolării și la tratamentul medical forțat, sunt probleme care țin de calitatea îngrijirilor și nu contribuie la promovarea și protejarea dreptului la sănătate. În penitenciarele care dispun de resurse mai mari, terapiile cognitiv-comportamentale și alte tehnici de modificare a comportamentului ridică probleme serioase legate de calitatea îngrijirilor. Aceste programe perpetuează abordări individualiste, conform cărora încălcarea legii este „anormală”, care ignoră contextele politice și sociale care influențează viața și opțiunile persoanelor private de libertate sau internate.

Participarea

40. Realizarea efectivă a dreptului la sănătate presupune participarea tuturor, inclusiv a persoanelor private de libertate sau internate nevoluntar, ori a persoanelor care sunt mai expuse riscurilor, la procesele decizionale de la nivel legal, politic și local, în special în domeniul asistenței medicale. La nivel de populație, pentru ca toți să participe concret la deciziile privind dreptul lor la sănătate, este necesară o cooperare incluzivă, de exemplu între persoanele care au fost sau sunt lipsite de libertate ori internate nevoluntar, familiile acestora, poliția, administrațiile penitenciarelor, cadrele medicale, asistenții sociali, cei care militează pentru reforma sistemului penal și aboliționiștii și, întreaga societate, în general.

41. Serviciile de asistență medicală din instituțiile cu regim închis trebuie să le ofere beneficiarilor, în calitate de titulari de drepturi, posibilitatea de a-și exercita autonomia și de a participa efectiv și activ la toate deciziile care îi privesc și de a face propriile alegeri cu privire la sănătatea lor, împreună cu un sprijin adecvat, dacă este necesar.

42. Trebuie încurajată luarea în considerare a opiniilor persoanelor direct implicate, deși acest lucru rămâne dificil de pus în practică, din cauza dinamicii profund inegale a puterii în domeniul justiției penale și al sănătății. Sindicatele conduse de asociațiile deținuților, mișcările și proiectele de documentare legate de dreptul de vot, mișcările utilizatorilor și supraviețuitorilor sistemelor de sănătate mentală, precum și colaborarea incluzivă între

mediul academic și organizațiile neguvernamentale, constituie mijloace puternice de promovare a unei participări concrete.

Responsabilitatea

43. Responsabilitatea pentru realizarea dreptului la sănătate presupune trei elemente: monitorizarea; examinarea, inclusiv de către organisme judiciare, cvasi-judiciare și politice sau administrative, precum și de mecanisme de responsabilizare socială; și căile de atac și măsurile reparatorii. Responsabilitatea este vitală pentru a asigura realizarea în practică a dreptului la sănătate în cadrul penitenciarelor și al altor centre de internare.

44. În pofida eforturilor laudabile întreprinse de mai multe mecanisme de monitorizare, în penitenciare, în centrele de detenție și de internare continuă să fie săvârșite încălcări ale drepturilor omului, pe scară largă și în mod sistematic, în condiții de impunitate. Persoanele private de libertate în astfel de structuri au un acces limitat sau nu au deloc acces la mecanisme independente de responsabilizare, cel mai adesea deoarece nu există niciun organism de monitorizare. Mecanismele care au rolul de monitorizare a locurilor de privare de libertate rareori țin seama de barierele structurale, cum ar fi privarea de libertate sau internarea în mod disproporționat a persoanelor vulnerabile, inclusiv din punct de vedere medical, existența unor structuri de putere inegale, care își au adesea originea într-un trecut rasist și violent, precum și lipsa accesului sau accesul limitat la canale care permit solicitarea de servicii, inclusiv servicii medicale.

45. Raportorul special încurajează instituțiile naționale pentru drepturile omului și mecanismele naționale de prevenție să acorde atenție acestor provocări structurale. Aplicarea unei abordări bazate pe dreptul la sănătate poate fi un instrument util în exercitarea funcțiilor lor de monitorizare și promovare. Persoanele care au fost sau sunt private de libertate ori internate, familiile lor și societatea civilă ar trebui să fie implicate în elaborarea și punerea în aplicare a mecanismelor de responsabilizare.

III. Relația dintre sănătatea mintală, internarea forțată și privarea de libertate

46. Privarea de libertate efectivă și de facto are efecte adverse asupra sănătății mintale, care ar putea constitui o încălcare a dreptului la sănătate. Izolarea și detenția prelungită sau pe termen nedeterminat, inclusiv privarea de libertate decenii întregi în închisori sau în alte medii închise, influențează negativ sănătatea mintală și bunăstarea. La nivel mondial, rata bolilor mintale din penitenciare este mult mai ridicată decât cea din rândul populației generale. Privarea de libertate în sine este o experiență extrem de dificilă din punct de vedere emoțional, care implică o potențială expunere la condiții inumane, un mediu aglomerat, violență și abuzuri, separarea de familie și comunitate, pierderea autonomiei și a controlului asupra vieții de zi cu zi și o atmosferă de teamă și umilire, precum și absența unor activități constructive și stimulante. Rata sinuciderilor în penitenciare este de cel puțin trei ori mai mare decât cea din rândul populației generale.²³

47. Deși numărul studiilor privind sănătatea mintală a persoanelor din penitenciare a crescut foarte mult în ultima vreme, acestea s-au limitat în principal la psihiatria academică și s-au axat pe prevalența bolilor și îmbunătățirea serviciilor din perioada internării. Lipsesc însă cercetările cu privire la modul în care constrângerile inerente unui mediu închis, în special cele specifice unui mediu punitiv, împiedică în mod semnificativ furnizarea unor servicii medicale de calitate persoanelor care au cea mai mare nevoie de ele.

48. Pe lângă recunoașterea faptului că multe dintre persoanele care au fost sau sunt private de libertate ori internate nu ar fi trebuit sau nu ar trebui să fie supuse acestor măsuri, există un consens emergent cu privire la faptul că închisorile nu constituie un mediu adecvat pentru tratarea eficientă a bolilor mintale și, prin urmare, nu sunt locuri potrivite pentru persoanele diagnosticate cu afecțiuni psihice. Totuși, această opinie a condus la internarea forțată în

²³ Seena Fazel și Jacques Baillargeon, „The health of prisoners” (Sănătatea deținuților), *The Lancet*, vol. 377 (2010).

instituții de sănătate mintală, uneori pe perioade nedeterminate, fără garanții efective care să protejeze dreptul la sănătate, să favorizeze vindecarea sau să ofere protecție împotriva arbitrarului. De exemplu, persoanele cu dizabilități intelectuale și psihosociale, care sunt în conflict cu legea și sunt considerate incapabile să aibă o judecată rațională cu privire la comportamentul lor (apărare bazată pe „nebulie”), ajung să fie private de libertate în structuri medicale sau penitenciare cu regim închis.

49. Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități include dispoziții relevante în acest sens (articolele 12 și 14). Comitetul pentru drepturile persoanelor cu dizabilități a stabilit că aceste dispoziții prevăd o interdicție absolută privind internarea nevoluntară, inclusiv internarea nevoluntară a persoanelor cu dizabilități intelectuale și psihosociale în instituții de sănătate mintală, doar pe baza unor dizabilități reale sau percepute, întrucât o astfel de internare constituie o lipsire a persoanei în cauză de capacitatea juridică de a lua decizii cu privire la îngrijiri sau tratamente și spitalizarea sau plasarea într-o instituție.²⁴

50. În conformitate cu Convenția menționată anterior, recunoașterea capacității juridice, inclusiv a persoanelor cu dizabilități intelectuale și psihosociale, se aplică tuturor aspectelor vieții, inclusiv în ceea ce privește egalitatea în fața instanțelor judecătorești. În această privință, Comitetul a recunoscut că, dacă persoanele cu dizabilități, inclusiv cele cu dizabilități intelectuale și psihosociale, aflate în conflict cu legea, sunt private de libertate în urma unui proces legal și nearbitrar, acestea trebuie să beneficieze de adaptări rezonabile, care să le permită să își păstreze demnitatea, inclusiv în închisoare.²⁵

51. Raportorul special recunoaște importanța acestor dispoziții. Acesta reiterează apelul anterior la o schimbare a paradigmei în domeniul sănătății mintale, care să conducă la eliminarea măsurilor învechite prin care se impune internarea forțată a persoanelor cu dizabilități intelectuale și psihosociale în instituțiile de psihiatrie. Acesta solicită statelor, organizațiilor internaționale și altor părți interesate să depună eforturi concertate pentru a reduce drastic recurgerea la măsura internării în instituții de psihiatrie, în vederea eliminării acestor măsuri și instituții. De asemenea, a solicitat statelor să asigure adaptări rezonabile în cadrul penitenciarelor pentru toate persoanele cu dizabilități, care sunt private de libertate în mod legal și nearbitrar, indiferent de tipul de dizabilitate, într-un mod care să le permită să își păstreze demnitatea.

52. Pentru realizarea de progrese în acest sens, este absolut necesar să aibă loc discuții serioase cu privire la rolul pe care percepția asupra bolilor mintale îl joacă în creșterea numărului de structuri de internare, percepție bazată pe o dihotomie falsă, potrivit căreia o persoană care intră în conflict cu legea este fie „nebulă”, fie „rea”. Persoanele aflate în conflict cu legea, inclusiv cele care ar putea suferi de o afecțiune psihică, nu pot fi reduse la această clasificare binară. Raportorul special salută dezbaterile tot mai dese cu privire la etichetarea subiectivă a persoanelor și la riscurile inerente de deturnare către internarea forțată în centre de sănătate mintală. În cadrul acestor dezbateri trebuie să se acorde un loc important modului în care apărarea bazată pe „nebulie” și alte instrumente ale justiției penale, cum ar fi instanțele pentru sănătate mintală și măsurile de siguranță, pot perpetua încălcările sistemice ale drepturilor omului din penitenciare și centre de sănătate mintală. Numeroase inițiative de furnizare a unor servicii comunitare de psihiatrie, fără să se recurgă la constrângere sau internare, au avut rezultate promițătoare. Autonomizarea este o condiție esențială pentru reabilitarea multor persoane care se luptă cu provocări psihosociale majore. Mediile închise nu favorizează autonomizarea și reabilitarea. Ar trebui încurajate relațiile terapeutice sănătoase, bazate pe încredere reciprocă, între pacienți și furnizorii de servicii de sănătate mintală.

IV. Copiii privați de libertate

53. Amploarea și magnitudinea suferinței copiilor aflați în detenție și internați impun un angajament global în favoarea desființării penitenciarelor pentru copii și a instituțiilor mari de îngrijire, precum și creșterea investițiilor în serviciile comunitare.

²⁴ Orientări privind dreptul persoanelor cu dizabilități la libertate și siguranță.

²⁵ Ibid.

54. Ansamblul de reguli minime pentru tratamentul deținuților, primele reguli de acest gen adoptate în cadrul Organizației Națiunilor Unite, nu prevedeau, în mod deliberat, condiții și măsuri de protecție pentru copiii deținuți, deoarece conțineau principiul conform căruia tinerii nu ar trebui condamnați la pedeapsa închisorii, care a fost reafirmat în Regulile Nelson Mandela. De peste 30 de ani, regulile Organizației Națiunilor Unite cu privire la justiția pentru minori impun ca plasarea copiilor în instituții să fie o măsură extremă și cât mai scurtă posibil.²⁶ Statele membre ale ONU s-au angajat, cu mult timp în urmă, să facă eforturi în favoarea dezincriminării și a măsurilor neprivative de libertate, atât în cazul copiilor, cât și al adulților.²⁷ În prezent, se consideră că prevenirea contactului copiilor cu sistemul justiției penale face parte dintr-o strategie menită să pună capăt violenței împotriva copiilor din cadrul acestui sistem.²⁸ Studiul mondial cu privire la copiii privați de libertate, solicitat de Secretarul General, trebuie să includă recomandări pentru punerea în aplicare a acestei strategii.²⁹

55. Multe dintre caracteristicile dăunătoare ale penitenciarelor, despre care se știe că împiedică în mod semnificativ exercitarea dreptului la sănătate de către copiii privați de libertate, în special în ceea ce privește dezvoltarea lor psihologică și emoțională, sunt evidente și în cazul marilor instituții care, în mod oficial, sunt menite să le asigure bunăstarea, inclusiv căminele de copii de vârste mici, instituțiile de învățământ, centrele medicale și cele de protecție socială pentru copiii cu dizabilități. În plus, instituțiile penale sunt folosite pentru detenția administrativă a copiilor pentru „infracțiuni” politice și din motive legate de siguranța națională și controlul imigrației. În fapt, toate formele de detenție au efecte negative grave asupra exercitării de către copii a dreptului lor la sănătate, la o dezvoltare sănătoasă și de a li se asigura, în cea mai mare măsură posibilă, supraviețuirea și dezvoltarea, fiind astfel încălcate Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale (articolul 12) și Convenția cu privire la drepturile copilului (articolele 6 și 24).

A. Prezentare generală

56. Nu există statistici globale cu privire la numărul total de copii privați de libertate. La începutul mileniului, se estima că aproximativ un milion de copii se aflau în detenție în cadrul sistemelor de justiție penală; în unele țări, majoritatea dintre aceștia așteptau să fie judecați. Mulți au fost deținuți pentru săvârșirea de fapte fără caracter penal, legate de sărăcie și discriminare, motive care constituie, în sine, încălcări ale drepturilor copiilor. Expertul independent însărcinat cu elaborarea Studiului ONU privind violența împotriva copiilor a constatat că violența este răspândită pe scară largă în instituțiile penale.³⁰

57. Probabilitatea ca un copil să fie deținut este legată de factorii sociali determinanți ai sănătății.³¹ Sărăcia, excluderea socială, sistemele de învățământ militarizate, sexul, etnia și dizabilitățile sunt factori asociați cu privarea de libertate a copiilor. Numărul copiilor privați de libertate, care provin din comunitățile dezavantajate din punct de vedere economic și social, inclusiv cei din minoritățile etnice și populațiile indigene, precum și al celor internați în instituții de îngrijire, este disproporționat de mare. Copiii cu dizabilități sunt mai expuși riscului de a fi plasați în instituții și de a fi supuși unor violențe îngrozitoare, adesea sub pretextul aplicării de „tratamente”.³² Sporirea investițiilor în abordarea acestor factori determinanți ai sănătății nu ține doar de obligația de realizare progresivă a dreptului la sănătate, ci este totodată o strategie promițătoare de prevenire a încarcerării pe termen lung.

²⁶ Ansamblul de reguli minime ale Organizației Națiunilor Unite cu privire la administrarea justiției pentru minori („Regulile de la Beijing”), regula 19.1; a se vedea, de asemenea, Regulile Organizației Națiunilor Unite pentru protecția minorilor privați de libertate („Regulile de la Havana”), regula 1.

²⁷ Ansamblul de reguli minime ale Organizației Națiunilor Unite privind măsurile neprivative de libertate („Regulile de la Tokyo”).

²⁸ A se vedea Modele de strategii și măsuri practice ale Organizației Națiunilor Unite privind eliminarea violenței împotriva copiilor în domeniul prevenirii criminalității și justiției penale, pct. 30–31.

²⁹ Rezoluția 69/157 a Adunării Generale.

³⁰ A se vedea A/61/299, pct. 61–62.

³¹ A/HRC/7/11 și Corr.1.

³² Paulo Sérgio Pinheiro, *World Report on Violence against Children (Raport mondial privind violența împotriva copiilor)* (2006), pag. 185 și 188.

58. Raportorul special a constatat că există cazuri de copii cu dizabilități care au trăit toată copilăria internați în instituții de dimensiuni mari, în cele din urmă fiind transferați în instituții de protecție socială pentru adulți. Deși sunt concepute cu intenții bune, astfel de modele paternaliste nu sunt conforme cu diferitele dispoziții care protejează drepturile copilului, inclusiv dreptul acestora la o dezvoltare sănătoasă. Încă de la începutul vieții, acești copii sunt victime ale moștenirii triste a internării în case de copii cu vârste mici, caracterizate de neglijență emoțională, care constituie, în sine, o formă de violență instituțională. Raportorul Special reiterează apelurile adresate anterior pentru eliminarea completă a îngrijirii instituționale a copiilor sub 5 ani și pentru înlocuirea acesteia cu un sistem cuprinzător de sprijin familial.³³ Dacă ar fi luată în serios, această măsură ar putea preveni privarea de libertate a milioane de copii.

59. Deși Convenția cu privire la drepturile copilului nu exclude privarea de libertate a copiilor, aceasta stabilește prezumții foarte solide împotriva acesteia [articolul 37 litera (b)]. Copiii pot fi deținuți doar ca o măsură extremă. Această normă nu trebuie utilizată retroactiv pentru a justifica existența anumitor structuri. În schimb, aceasta impune obligația de a epuiza toate celelalte strategii la nivel macro și toate celelalte intervenții la nivel micro.

B. Instituții penale

60. Instituțiile penale au fost concepute în principal pentru adulți. În cel mai bun caz, sunt amenajate structuri separate pentru copii, dar acestea au fost construite după același model ca și penitenciarele pentru adulți. Penitenciarul este una dintre formele de detenție a imigranților, folosite în toată lumea. Dreptul fundamental al copilului la îngrijire și protecție nu poate fi realizat niciodată în cadrul instituțiilor penale.³⁴

61. Copiii sunt închiși în celule, secții, pe coridoare, curți de plimbare și spații destinate vizitatorilor timp de săptămâni, luni sau chiar ani de zile. Copilăria este o perioadă unică, esențială pentru dezvoltarea unui tânăr; în mediul penitenciar, aerul curat, ferestrele și posibilitățile de joacă, de mișcare și de explorare a lumii de afară sunt strict limitate, în cel mai bun caz. Lipsa alimentelor nutritive și sănătoase îi privează pe copii de energie, iar condițiile mizere favorizează răspândirea infecțiilor și a bolilor. Pentru copiii aflați în centre de detenție pentru imigranți, repunerea în libertate înainte de expulzare este echivalentă cu pierderea locului pe care îl consideră „acasă” și a persoanelor pe care le asociază cu acest loc. Transferarea copiilor, sub escortă, de la instituția în care se află până la o aeronavă, îi privează de orice posibilitate de a-și lua rămas bun.

62. În cazul copiilor, impactul instituțiilor penale depășește cu mult îngrădirea libertății lor fizice, acest mediu având consecințe extrem de nefaste asupra bunăstării lor psihice și a potențialului lor de dezvoltare psihologică și cognitivă. Rezultatele cercetărilor arată că detenția copiilor imigranți agravează traumele preexistente ale acestora. Pentru unii dintre ei, aceasta este cea mai urâtă experiență din viața lor.³⁵

63. Adolescența este o perioadă critică pentru dezvoltarea cognitivă și emoțională, aceasta afectând întreaga viață de adult. Raportorul special rămâne profund îngrijorat de modul în care măsurile punitive aplicate pentru actele de violență comise de adolescenți influențează sănătatea și dezvoltarea acestora.³⁶ Incriminarea și încarcerarea au devenit tot mai frecvente,

³³ A se vedea, de exemplu, A/70/213.

³⁴ A se vedea Convenția cu privire la drepturile copilului, articolul 3 alineatul (2) și articolul 40.

³⁵ International Detention Coalition (Coaliția Internațională privind Detenția Imigranților), *Captured Childhood: Introducing a New Model to Ensure the Rights and Liberty of Refugee, Asylum Seeker and Irregular Migrant Children Affected by Immigration Detention* (Introducerea unui nou model pentru asigurarea drepturilor și libertății refugiaților, solicitanților de azil și copiilor imigranți ilegali afectați de detenția imigranților) (2012), p. 49.

³⁶ Comitetul pentru drepturile copilului a exprimat îngrijorări similare; a se vedea Comentariul general nr. 13 (2011) privind dreptul copilului de a fi protejat împotriva tuturor formelor de violență, punctul 15 litera (c).

în ciuda dovezilor care arată că strategiile de sănătate publică au rezultate mai bune.³⁷ În realitate, copiii deținuți în instituții penale, inclusiv pentru acte de violență, sunt cei ale căror nevoi nu au fost îndeplinite și ale căror drepturi nu au fost respectate în copilăria timpurie. Legislația internațională în materia drepturilor omului impune tratarea copiilor în conformitate cu vârsta lor și ținând seama de interesul lor superior.³⁸ Asigurarea dezvoltării depline și armonioase a copiilor în societate, din copilăria timpurie și până la adolescență, este o strategie fundamentală pentru prevenirea delincvenței juvenile.³⁹

64. De la intrarea în vigoare a Convenției cu privire la drepturile copilului, cercetările în domeniul neuroștiințelor au dezvăluit faptul că, în perioada adolescenței, creierul continuă să se dezvolte în multe moduri decisive. „Aceasta repune serios în discuție argumentele în favoarea unor medii punitive și închise și a unor metode de control”.⁴⁰ Pedepsele corporale, umilirea, constrângerea și neasigurarea unui mediu de sprijin, favorabil dezvoltării unor relații sănătoase și neviolente și care să ofere un confort fizic, nu pot conduce niciodată la schimbări pozitive și pe termen lung în comportamentul unui copil.⁴¹

65. Mulți copii sunt deținuți ca urmare a încarcerării mamei lor, atunci când se consideră că este în interesul superior al copilului să rămână cu mama sa. Raportorul special apreciază că această evaluare a interesului superior este prea limitată. Statele trebuie să pună în balanță, pe de o parte, interesul public de pedepsire a femeilor în cauză prin privarea de libertate, pentru săvârșirea unor infracțiuni, cel mai adesea fără violență, și, pe de altă parte, interesul superior al copilului și obligația prevăzută la articolul 37 litera (b) din Convenția cu privire la drepturile copilului. Această obligație presupune punerea în aplicare a tuturor mijloacelor posibile pentru a evita privarea de libertate a copilului, inclusiv a unor modele și măsuri alternative detenției mamei.

66. Izolarea copiilor și condițiile degradante și umilitoare din detenție au fost considerate drept violență psihologică.⁴² Numeroase alte forme de „violență organizată”⁴³ sunt comise zilnic, prin metode la fel de dăunătoare. În detenție, creativitatea, comunicarea, somnul, plimbarea, joaca, învățarea, odihna, socializarea și relațiile copiilor sunt controlate în mod compulsiv și orice încălcare a regulilor este pedepsită, în timp ce persoanele însărcinate cu aplicarea pedepsei se bucură de impunitate.

67. Privațiunile zilnice sunt adesea completate de intervenții comportamentale despre care se pretinde că au ca scop „tratarea” și „îndreptarea”. O astfel de abordare consolidează și mai mult ideea potrivit căreia un copil cu „probleme” „are nevoie să fie îndreptat”, care nu ține seama de faptul că sunt necesare schimbări pentru a aborda factorii determinanți ai dreptului

³⁷ Arianna Silvestri și alții, *Young People, Knives and Guns: A Comprehensive Review, Analysis and Critique of Gun and Knife Crime Strategies* (Tineri, arme albe și arme de foc: O evaluare cuprinzătoare, o analiză și o critică a strategiilor de combatere a infracțiunilor săvârșite cu arme de foc și arme albe) [Londra, Centre for Crime and Justice Studies (Centrul de studii în domeniul criminalității și justiției), 2009], pag. 61–67.

³⁸ Convenția cu privire la drepturile copilului, articolele 3 și 37, Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități, articolul 7 alineatul (2).

³⁹ A se vedea Orientările Organizației Națiunilor Unite pentru prevenirea delincvenței juvenile (Orientările de la Riad), pct. 1–6.

⁴⁰ Barry Goldson și Ursula Kilkelly, „International human rights standards and child imprisonment: potentialities and limitations” (Standardele internaționale în domeniul drepturilor omului și privarea de libertate a copiilor: potențialități și limitări), *The International Journal of Children’s Rights* (Jurnalul internațional privind drepturile copilului), vol. 21, nr. 2 (2013).

⁴¹ OMS și Societatea internațională pentru prevenirea abuzurilor asupra copiilor și a neglijenței față de aceștia, *Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence* (Prevenirea aplicării de rele tratamente copiilor: Un ghid pentru orientarea acțiunilor și obținerea de probe) (2006); Inițiativa globală pentru eliminarea tuturor formelor de pedepse corporale aplicate copiilor, „Corporal punishment of children: review of research on its impact and associations” (Pedepsele corporale aplicate copiilor: revizuirea cercetărilor privind impactul pedepselor corporale și consecințele asociate acestora”, document de lucru (2016).

⁴² A se vedea Comitetul pentru drepturile copilului, Comentariul general nr. 13, pct. 21.

⁴³ Hans von Hentig, *Punishment: Its Origin, Purpose and Psychology* (Pedepsa: Originea, scopul și psihologia acesteia) (1937); Barry Goldson, „Child imprisonment: a case for abolition” (Privarea de libertate a copiilor: argumente în favoarea abolirii), *Jurnalul Youth Justice (Justiția pentru minori)*, vol. 5, nr. 2 (august 2005).

la sănătate, cum ar fi inegalitățile, sărăcia, violența și discriminarea, în special în rândul grupurilor aflate în situații vulnerabile. Această abordare are drept consecință internarea forțată a copiilor și agravarea problemelor acestora. Strategiile simpliste de acest gen nu respectă dreptul la sănătate.

68. Mecanismele de adaptare utilizate de copiii stresați și disperați, care includ acte de violență împotriva lor înșiși și împotriva altora, sunt percepute de societate, de sistemele judiciare și de instituțiile de protecție socială ca fiind acte de automutilare, acte anti-sociale și/sau acte de violență. Suferințele provocate chiar de aceste instituții sunt mult prea des nerecunoscute.

69. Este necesar să se concluzioneze, fără nicio urmă de îndoială, că privarea de libertate a copiilor constituie o formă de violență. Convenția cu privire la drepturile copilului interzice recurgerea la detenție ca măsură implicită. Pe viitor, va fi necesară o strategie bazată pe drepturile copilului, care să consolideze și mai mult prezumția împotriva privării de libertate a copiilor, în vederea abolirii acesteia.

V. Femeile, dreptul la sănătate și privarea de libertate

70. Femeile reprezintă o minoritate mică (7%) din populația penitenciară la nivel mondial, însă numărul femeilor încarcerate este în creștere, iar ritmul acestei creșteri este mai rapid decât în cazul bărbaților.⁴⁴ Numărul femeilor și fetelor deținute în afara cadrului justiției penale din toată lumea este necunoscut. Majoritatea sunt la prima infracțiune, sunt suspectate sau acuzate de infracțiuni minore, săvârșite fără violență, nu prezintă niciun pericol pentru societate și, probabil, nici nu ar trebui să fie în închisoare.⁴⁵ În mod paradoxal, creșterea vertiginoasă a numărului de femei din sistemul penitenciar din ultimele două decenii a determinat creșterea vizibilității acestui fenomen și realizarea unor reforme axate pe egalitatea de gen, însă pot fi constatate puține îmbunătățiri în ceea ce privește suferințele femeilor private de libertate și creșterea numărului acestora.⁴⁶

71. Suferințele cu care se confruntă femeile deținute sau internate nevoluntar și consecințele negative ale privării lor de libertate asupra exercitării dreptului la sănătate sunt considerate a fi semnificativ mai mari decât în cazul bărbaților. Puterea și autoritatea din închisori și din alte locuri de detenție și internare, precum instituțiile de psihiatrie mari, au la bază o abordare istorică patriarhală și hipermasculină, care presupune aplicarea metodelor pedepsei și controlului.⁴⁷ Așadar, acceptabilitatea acestor medii, din perspectiva realizării dreptului la sănătate și a bunăstării femeilor, este îndoielnică.

72. Modul în care femeile sunt private de libertate, efectiv sau de facto, este rezultatul inegalităților structurale, al discriminării, al stereotipurilor de gen dăunătoare și al dezavantajelor majore, elemente care conduc la imposibilitatea de a asigura dreptul femeilor la factorii determinanți sociali și de altă natură ai sănătății, la autonomia în materie de reproducere, la un mediu fără violență bazată pe gen și la servicii și sprijin în cadrul comunității. După ce ajung în sistemul penitenciar sau sunt internate într-o instituție, femeile se confruntă cu un mediu plin de provocări și sexist, care agravează riscul acestora de a dezvolta probleme de sănătate pe termen scurt și lung, perpetuează violențele și traumele din trecut și subminează realizarea deplină și efectivă a dreptului la sănătate, atât pentru femei, cât și pentru copiii și membrii familiei lor din afara închisorii, care depind de ele.

⁴⁴ Roy Walmsley, World Female Imprisonment List (Lista populației penitenciare mondiale de sex feminin, ediția a patra. (2017).

⁴⁵ Biroul ONU pentru Droguri și Criminalitate (UNODC), *Handbook on Women in Prison* (Manual privind femeile din închisori), ediția a doua. (publicație a Organizației Națiunilor Unite, nr. de vânzare E.14.IV.3).

⁴⁶ Cassandra Shaylor, „Neither kind nor gentle: the perils of ‘gender responsive justice’” (Nici bunătațe, nici blândețe: pericolele justiției bazate pe dimensiunea de gen), din lucrarea *The Violence of Incarceration* (Violența din închisori), Phil Scraton și Jude McCulloch, editori (Routledge, 2008).

⁴⁷ M. Bandyadhyay, „Competing masculinities in a prison”, jurnalul *Men and Masculinities*, vol. 9, nr. 2 (2006).

A. Abordarea factorilor de gen care conduc la încarcerarea femeilor

73. Studiile realizate în mai multe țări au relevat faptul că există o legătură între încarcerarea femeilor și actele de violență, abuzul sexual, fizic și emoțional, precum și dependența economică. Numeroase femei aflate în detenție sunt mame și principalele îngrijitoare – dacă nu chiar singurele – ale copiii lor sau ale altor membri ai familiei. În multe țări, condamnarea femeilor la pedeapsa închisorii are ca rezultat încarcerarea bebelușilor sau a copiilor mici ai acestora. Copiii mai mari lăsați în urmă au un contact limitat cu mamele lor și, de multe ori, se chinuie să se adapteze situației, trăiesc pe stradă, în instituții, în plasament sau împreună cu rude.⁴⁸

74. În unele țări, femeile însărcinate care consumă droguri, inclusiv medicamente prescrise legal, riscă să fie plasate în detenție, în urma unor proceduri civile sau penale, pentru perioade lungi de timp și, uneori, pe întreaga durată a sarcinii. Acest lucru poate avea un impact discriminatoriu asupra femeilor cu dizabilități care iau medicamente eliberate pe bază de prescripție medicală în perioada sarcinii.⁴⁹ În alte țări, femeile sunt închise pentru „infrațiuni morale”, precum adulterul sau relațiile extraconjugale, sau pentru a le proteja împotriva violenței bazate pe gen („crime de onoare”).⁵⁰

75. Legile penale și alte dispoziții legale care restricționează accesul la produsele, serviciile și informațiile în materie de sănătate sexuală și reproductivă contribuie, de asemenea, la încarcerarea femeilor.⁵¹ În unele state, este incriminată furnizarea de informații privind împiedicarea întreruperii de sarcină sau de materiale considerate contrare noțiunilor de „moralitate” sau „decentă”, fiind pasibilă de pedepse care pornesc de la amenzi și ajung până la pedeapsa închisorii. Legile penale au fost utilizate, de asemenea, pentru urmărirea penală a femeilor pentru alte tipuri de comportamente, inclusiv pentru nerespectarea recomandărilor medicului în timpul sarcinii, refuzul de a se abține de la întreținerea de relații sexuale și ascunderea nașterii unui copil.⁵² În cazul în care avortul este ilegal, există riscul ca femeile să fie închise pentru solicitarea unei întreruperi de sarcină sau a unor servicii de urgență pentru complicații legate de sarcină, inclusiv pentru cele cauzate de pierderile de sarcină. Teama de pedeapsa penală pentru săvârșirea infracțiunii de „complicitate” la avort îi poate determina pe furnizorii de servicii medicale să raporteze autorităților persoanele care suferă de complicații legate de sarcină.⁵³

76. O mare parte din femeile aflate în detenție au fost încarcerate pentru infracțiuni minore legate de droguri, săvârșite fără violență: între 40% și 80% în unele țări din Americi, Europa

⁴⁸ Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare, *Addressing the Development Dimensions of Drug Policy (Abordarea relației dintre dimensiunile dezvoltării umane și politica de combatere a drogurilor)* (2015), p. 26; Moira O’Neil, Nathaniel Kendall-Taylor și Susan Nall Bales, „Communicating about women and criminal justice in the United Kingdom” (Să vorbim despre femei și sistemul de justiție penală din Regatul Unit), sinteza elaborată de institutul FrameWorks (iunie, 2015), p. 3; Carolyn Willow, *Children Behind Bars: Why the Abuse of Child Imprisonment Must End* (Copii trimiși în spatele gratiilor: Motivele pentru care trebuie să se pună capăt recurgerii în exces la măsura privării de libertate a copiilor) (Policy Press, 2015).

⁴⁹ Amnesty International, *Criminalizing Pregnancy: Policing Pregnant Women Who Use Drugs in the USA* (Incriminarea femeilor în perioada sarcinii: supravegherea de către poliție a femeilor însărcinate care iau medicamente în SUA) (2017).

⁵⁰ A/68/340.

⁵¹ A/66/254, A/68/340 și A/HRC/14/20.

⁵² A se vedea A/66/254, pct. 18, 38 și 62.

⁵³ A se vedea, de exemplu, CEDAW/C/SLV/CO/8-9, pct. 37–38.

și Asia.⁵⁴ Deși este mai probabil ca bărbații să fie implicați în traficul de droguri, un procent semnificativ mai mare de femei sunt închise pentru infracțiuni legate de droguri.⁵⁵

77. În multe țări, procentul femeilor ținute în arest preventiv este egal cu sau mai mare decât cel al deținuților condamnați.⁵⁶ Acest lucru sporește riscul femeilor de a fi supuse la violențe sexuale și alte forme de constrângere, care pot fi folosite pentru obținerea de mărturii⁵⁷, și este agravat de factori sociali precum rasa, dizabilitatea, cetățenia străină și alți factori de discriminare socială.

78. Pentru a proteja dreptul la sănătate al femeilor, este esențial ca acestea să rămână, pe cât posibil, în afara sistemului de justiție penală, de exemplu, prin abrogarea legilor care incriminează accesul la serviciile de sănătate sexuală și reproductivă și la informații cu privire la acestea, relațiile sexuale consensuale între adulți, precum și a legilor privind „moralitatea” și infracțiunile minore legate de droguri.

B. Condiții de detenție

79. După încarcerare, femeile sunt adesea victime ale discriminării pe criterii de sex sau dizabilitate și sunt supuse unor tratamente și condiții care reflectă violențele și abuzurile cu care s-au confruntat majoritatea dintre ele înainte de privarea de libertate. Într-o serie de țări, din cauza numărului limitat de locuri disponibile pentru femeile deținute, acestea sunt ținute în structuri cu un regim de siguranță nejustificat de evaluarea riscurilor, efectuată la momentul încarcerării.⁵⁸ Lipsa disponibilității serviciilor medicale sau de sănătate mintală poate conduce, de asemenea, la plasarea femeilor în structuri cu un regim de siguranță mai ridicat decât ar fi indicat.⁵⁹ Situația este și mai gravă în cazul femeilor cu dizabilități, din cauza numărului foarte mic de structuri adaptate persoanelor cu dizabilități, și chiar mai gravă în cazul femeilor cu dizabilități psihosociale sau intelectuale, ale căror deficiențe, reale sau percepute, sunt deseori invocate ca justificare pentru plasarea în instituții cu un nivel mai ridicat de siguranță.⁶⁰

80. La fel ca și deținuții de sex masculin, femeile din închisori se confruntă în mod repetat cu probleme precum supraaglomerarea, violența și condițiile insalubre, care dăunează sănătății lor mintale și fizice și favorizează răspândirea bolilor. Cel mai adesea, nevoile specifice femeilor în materie de sănătate, cum ar fi cele legate de menstruație, sarcină și naștere, menopauză și sănătatea sexuală și reproductivă nu sunt luate în considerare deloc sau sunt, dar într-o măsură foarte mică.⁶¹ Lipsa în penitenciare a îngrijirilor medicale specifice femeilor, inclusiv lipsa unor servicii medicale specializate de obstetrică și sănătate reproductivă, tratamentele neadecvate aplicate de personal, neglijența medicală și refuzul

⁵⁴ A se vedea A/68/340, pct. 23–24; Rebecca Schleifer și Luciana Pol, „International guidelines on human rights and drug control: a tool for securing women’s rights in drug control policy” (Orientări internaționale privind drepturile omului și controlul drogurilor: un instrument de garantare a drepturilor femeilor în cadrul politicii de combatere a drogurilor), *Health and Human Rights Journal (Jurnalul pentru Sănătate și Drepturile Omului)*, vol. 19, nr. 1 (2017); Thailand Institute of Justice (Institutul de Justiție din Thailanda), *Women Prisoners and the Implementation of the Bangkok Rules in Thailand* (Femeile deținute și punerea în aplicare a Regulilor de la Bangkok în Thailanda) (2014).

⁵⁵ Joanne Csete și alții, „Public health and international drug policy” (Sănătatea publică și politica internațională în materie de droguri), *The Lancet*, vol. 387 (aprilie 2016); A/68/340, pct. 26; CEDAW/C/BRA/CO/7 și Corr.1, pct. 32; A/54/38/Rev.1, partea a doua, pct. 312.

⁵⁶ UNODC, *Handbook on Women and Imprisonment* (Manual privind femeile din închisori).

⁵⁷ Open Society Justice Initiative, *Presumption of Guilt: The Global Overuse of Pretrial Detention* (Prezumția de vinovăție: recurgerea excesivă la arestarea preventivă, la nivel global) (New York, Open Society Foundations, 2014); UNODC, *Handbook on Women and Imprisonment* (Manual privind femeile din închisori).

⁵⁸ UNODC, *Handbook on Women and Imprisonment* (Manual privind femeile din închisori).

⁵⁹ A se vedea, de exemplu, Comisia pentru combaterea discriminării din Queensland, *Women in Prison* (Femeile din închisori) (2006). Raport disponibil la adresa https://www.adcq.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0018/5148/WIP_report.pdf.

⁶⁰ UNODC, *Handbook on Women and Imprisonment* (Manual privind femeile din închisori).

⁶¹ A/68/340. A se vedea, de asemenea, raportul *Going to the Toilet When You Want: Sanitation as a Human Right* (A merge la toaletă când ai nevoie: accesul la instalații sanitare, un drept al omului) (2017), elaborat de organizația neguvernamentală Human Rights Watch.

furnizării medicamentelor necesare, lipsa intimității pentru realizarea examenelor medicale și a confidențialității, precum și discriminarea în ceea ce privește accesul la serviciile de reducere a efectelor nocive ale consumului de droguri (și alte substanțe toxice), pot constitui rele tratamente sau chiar tortură în unele cazuri și⁶² echivalează cu o încălcare a dreptului la sănătate.

81. Standardele internaționale impun asigurarea gratuită, în închisorile pentru femei, a unor „adaptări speciale pentru toate îngrijirile și tratamentele prenatale și postnatale necesare”, a⁶³ unei „alimentații adecvate și oportune” și a unui mediu sănătos, în special femeilor însărcinate și mamelor care alăptează.⁶⁴ Cu toate acestea, în multe închisori, îngrijirile prenatale sunt neadecvate sau inexistente, deși acestea sunt disponibile pe scară largă în rândul populației generale, iar alimentația este de calitate inferioară.⁶⁵ Au fost raportate cazuri de rele tratamente aplicate femeilor în timpul nașterii, în închisori și în centrele de detenție pentru imigranți. Pedepsele cu închisoarea în regim închis și izolarea disciplinară nu ar trebui aplicate femeilor însărcinate, femeilor cu copii mici și mamelor care alăptează.⁶⁶

C. Femeile cu dizabilități

82. Numărul femeilor cu dizabilități aflate în detenție, în special al celor cu dizabilități psihosociale, este disproporționat, atât în comparație cu populația generală, cât și în raport cu populația carcerală de sex masculin.⁶⁷ Închiderea instituțiilor de psihiatrie și lipsa unor locuințe adecvate și a unor servicii sociale și de sănătate mintală adecvate în cadrul comunităților au contribuit la creșterea numărului de femei cu dizabilități psihosociale din închisori.⁶⁸ Medicalizarea comportamentului femeilor și caracterizarea femeilor aflate în conflict cu legea ca fiind „nebune”, „iraționale” și ca având „nevoie să fie îndreptate” a contribuit la etichetarea femeilor încarcerate ca suferind de afecțiuni psihice de care bărbații nu suferă, idee care, la rândul său, a condus la prescrierea excesivă de medicamente psihotrope femeilor care se confruntă cu un nivel normal de suferință, inerent privării de libertate.

83. În multe închisori nu sunt asigurate adaptări rezonabile pentru persoanele cu dizabilități, ceea ce are consecințe majore asupra dreptului la sănătate al acestora și, în unele cazuri, poate constitui o încălcare a interdicției privind tortura și relele tratamente.⁶⁹ Încadrarea eronată a femeilor cu dizabilități mintale într-o categorie de risc mai mare decât este necesar le privează de șansa de a fi puse în libertate înainte de împlinirea termenului de executare a pedepsei, exacerbând problemele de sănătate mintală existente.

84. Modul în care femeile ajung să fie private de libertate, efectiv sau de facto, și nivelul ridicat de violență și suferință la care sunt expuse în locurile de detenție sunt strâns legate de

⁶² A se vedea A/HRC/31/57, pct. 26.

⁶³ Regulile Nelson Mandela, regula 28.

⁶⁴ Regulile Organizației Națiunilor Unite pentru tratamentul femeilor deținute și măsuri neprivative de libertate pentru femeile infractori (Regulile de la Bangkok), regula 48.

⁶⁵ A/68/340.

⁶⁶ Regulile de la Bangkok, regula 22.

⁶⁷ Statele Unite ale Americii, Departamentul de Justiție, „Disabilities among prison and jail inmates, 2011–12” (Deținuții cu dizabilități, 2011-2012) (2015); Janet I. Warren și alții, „Personality disorders and violence among female prison inmates” (Tulburări de personalitate și violență în rândul femeilor deținute), *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* (Jurnalul Academiei Americane de Psihiatrie și Legea), vol. 30 (2002); Emma Plugge, Nicola Douglas și Ray Fitzpatrick, *The Health of Women in Prison: Study Findings* (Sănătatea femeilor în închisoare: rezultatele studiului) (University of Oxford, 2006).

⁶⁸ Jennifer M. Kilty, „‘It’s like they don’t want you to get better’: Psy control of women in the carceral context” (Este ca și cum nu se vrea să te faci bine: Controlul mental al femeilor în mediul carceral), *Feminism & Psychology* (Feminism și Psihologie), vol. 22, nr. 2 (aprilie 2012).

⁶⁹ Curtea Europeană a Drepturilor Omului, *Price împotriva Regatului Unit*, cererea nr. 33394/96, hotărârea din 10 iulie 2001 și *D.G. împotriva Poloniei*, cererea nr. 45705/07, hotărârea din 12 februarie 2013; Curtea de Apel a Statelor Unite pentru al șaselea circuit, *Stoudemire împotriva Michigan Department of Corrections et al.*, cauza nr. 14-1742, decizia din 22 mai 2015.

nerespectarea, neprotejarea și neasigurarea exercitării dreptului lor la sănătate. Reformele care integrează perspectiva de gen nu au permis soluționarea eficientă a acestor provocări, care afectează în mod disproporționat femeile defavorizate, vulnerabile, și marginalizate.

VI. De la internare la îngrijirile comunitare: eliminarea detenției din considerente de sănătate publică

85. Multă vreme, internarea a constituit o strategie de sănătate publică pentru a stopa răspândirea bolilor infecțioase și a virusurilor, precum lepra, HIV-ul și tuberculoza. Diferite cadre juridice, inclusiv legile naționale privind sănătatea mintală, legitimează internarea forțată din motive diverse și subiective, inclusiv necesitatea medicală și pericolul. Internarea constituie instrumentul politic folosit în mod curent (și, în unele țări, din ce în ce mai frecvent) pentru soluționarea unor probleme complexe de natură socială și de sănătate publică. Ghidate de scenariile cele mai pesimiste, politicile și practicile au, de regulă, un impact semnificativ asupra persoanelor care aparțin grupurilor marginalizate, care sunt plasate în regim de detenție penală sau sunt închise din motive de sănătate publică sau din cauza unor probleme de sănătate. Această situație persistă în ciuda tot mai multor dovezi care arată că asistența medicală și sprijinul la nivel comunitar au rezultate mai bune atât pentru sănătatea persoanelor din aceste grupuri, precum și pentru comunitățile în care trăiesc. În lumea noastră globală, aflată într-o continuă schimbare, locurile de privare de libertate din motive de sănătate publică constituie un subiect de dezbatere important și de actualitate. Având în vedere viitoarea reuniune la nivel înalt privind lupta împotriva tuberculozei, care urmează să aibă loc în temeiul Rezoluției 71/159 a Adunării Generale, în prezentul capitol, Raportorul special se va concentra asupra cazului ilustrativ al tuberculozei.

86. Puține grupuri de populație sunt expuse mai multor riscuri de dezvoltare a tuberculozei decât persoanele private de libertate, din cauza diverșilor factori de risc, de la alimentația deficitară și condițiile insalubre până la îngrijirile medicale necorespunzătoare. Rata prevalenței acestei boli în penitenciare este de 3 până la 1 000 de ori mai mare decât în rândul populației generale, iar în unele țări 25% din cazurile de tuberculoză sunt înregistrate în rândul populației carcerale.⁷⁰

87. Încălcările drepturilor, care contribuie la răspândirea tuberculozei, nu sunt doar rezultatul condițiilor de detenție, ci și al răspunsurilor punitive la aceasta și la alte boli infecțioase, inclusiv incriminarea, izolarea, constrângerea și spitalizarea forțată. De prea multe ori, metodele de luptă împotriva tuberculozei urmate în prezent sunt la fel de arhaice ca și boala în sine, în vreme ce, pentru a garanta dreptul la sănătate și pentru combaterea mai eficientă a bolii, este necesară o abordare modernă, bazată pe servicii comunitare. Realizarea dreptului la sănătate presupune un angajament deplin față de dezvoltarea și aplicarea unor măsuri de abordare a tuberculozei în cadrul comunităților, în vederea eliminării totale a recurgerii la măsuri punitive, inclusiv încarcerarea, ca răspuns la această problemă.

A. Incriminarea ca factor determinant al dreptului la sănătate al persoanelor bolnave de tuberculoză

88. Abordările precum încarcerarea și detenția nu numai că împiedică realizarea dreptului la sănătate, a dreptului la consimțământ informat, a dreptului la respectarea vieții private și a dreptului de a nu urma un tratament, a dreptului de a nu fi supus la tratamente inumane și

⁷⁰ A se vedea www.who.int/tb/areas-of-work/population-groups/prisons-facts/en/; F. Biadlegne, A. Rodloff și U. Sack, „Review of the prevalence and drug resistance of tuberculosis in prisons: a hidden epidemic” (Analiză privind prevalența tuberculozei și tuberculoza rezistentă la medicamente în închisori: o epidemie ascunsă), *Epidemiology & Infection* (Jurnalul *Epidemiologia și Infecțiile*), vol. 143, nr. 5 (aprilie 2015).

degradante și a dreptului la libertatea de circulație, ci pot, de asemenea, să agraveze inegalitățile sociale și să conducă la o creștere paradoxală a incidenței tuberculozei.⁷¹

89. În unele țări, legile naționale permit spitalizarea obligatorie și tratamentul forțat al persoanelor cu tuberculoză, cu încălcarea dreptului la consimțământ informat, ceea ce sporește teama de boala în sine și de persoanele care suferă de aceasta, precum și stigmatizarea acestora. Din această cauză, unele persoane care au simptome de tuberculoză nu se prezintă la consult și nu beneficiază de îngrijirile medicale necesare. Anumite legi prevăd în mod explicit că se poate impune efectuarea unor examene medicale, spitalizarea și ținerea sub observație, izolarea și aplicarea unui tratament medical fără consimțământul persoanei în cauză, în unele cazuri fără să fie necesară o hotărâre judecătorească în acest sens. Unele țări au legi specifice privind tuberculoza, în care este folosit un limbaj stigmatizant, sugerând, de exemplu, că persoanele care suferă de această boală se sustrag de la tratament cu rea intenție, și autorizează spitalizarea forțată. Aceste cadre juridice reflectă abordări depășite ale asistenței medicale, inclusiv abordări în cadrul cărora valoarea fondurilor alocate unei unități medicale se stabilește în funcție de numărul de paturi ocupate.

90. În rândul persoanelor care sunt private de libertate există un număr disproporționat de persoane care provin din grupuri defavorizate, care, de multe ori, nu au un acces adecvat la serviciile medicale. Plasarea acestor persoane în detenție cu regim închis sporește riscul ca acestea să nu aibă acces la asistență medicală și poate conduce la răspândirea tuberculozei, întrucât condițiile din penitenciare, inclusiv supraaglomerarea, spațiile neaerisite corespunzător, prevenția, îngrijirea medicală și tratamentele neadecvate, stresul, malnutriția și refuzul accesului la servicii de reducere a efectelor nocive, cresc riscul de infectare și transmitere,⁷² la fel ca în cazul ratei ridicate a infecției cu HIV din penitenciare.⁷³ Adesea, persoanele aflate în detenție nu au acces adecvat la consiliere și la informații despre medicamente și efectele secundare ale tratamentelor. Lipsa accesului la instrumente de diagnosticare și medicamente de calitate contribuie și mai mult la transformarea închisorilor în „incubatoare” de tuberculoză, numai 18% din închisorile din țările puternic afectate de tuberculoză având acces la astfel de instrumente.⁷⁴

91. Recurgerea excesivă la spitalizare, în unele cazuri în condiții spitalicești similare mediului penitenciar, pentru tratarea tuberculozei multidrog-rezistentă (MDR) și tuberculozei cu rezistență extinsă la medicamentele antituberculoase (XDR), este de asemenea un motiv de îngrijorare. Multe țări recurg în mod automat la măsura izolării, în special în contextul unor astfel de tulpini de tuberculoză rezistente la medicamente. Această situație generează sentimente de teamă și neîncredere în sistemele de sănătate publică, în defavoarea realizării dreptului la sănătate al persoanelor cu tuberculoză. De asemenea, s-a constatat că măsura izolării prelungite, aplicată pentru tratamentul îndelungat al tuberculozei rezistente la medicamente, provoacă sentimente de teamă, furie, autoînvinovățire, depresie și suicid; au existat constatări similare și în rândul populației carcerale.⁷⁵ Acest lucru nu este

⁷¹ G. Mburu și alții, „Detention of people lost to follow-up on TB treatment in Kenya: The need for human rights-based alternatives” (Detenția persoanelor din Kenya pierdute din evidențe în cadrul procesului de monitorizare a evoluției sub tratamentul împotriva TBC: Necesitatea unor alternative bazate pe drepturile omului), *Health and Human Rights Journal* (Jurnalul pentru Sănătate și Drepturile Omului), vol. 18, nr. 1 (2016), rezumat.

⁷² Masoud Dara, Dato Chorgoliani și Pierpaolo de Colombani, „TB prevention and control care in prisons” (Prevenirea, combaterea și tratarea tuberculozei în penitenciare). Disponibil la adresa https://pdfs.semanticscholar.org/c9d4/e241b8d4204108df36c16ad4e7_cea4d8e56f.pdf.

⁷³ Stop TB Partnership (Parteneriatul „Stop TB” pentru combaterea tuberculozei), Key Populations Brief: Prisoners (Rezumat privind populațiile cheie: deținuții) Disponibil la adresa www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_Prisoners_ENG_WEB.pdf.

⁷⁴ Banuru Muralidhara Prasad și alții, „Status of tuberculosis services in Indian prisons” (Situația serviciilor de diagnosticare și tratare a tuberculozei, disponibile în închisorile indiene), *International Journal of Infectious Diseases* (Revista Internațională de Boli Infecțioase), vol. 56 (2017).

⁷⁵ Kingsley Lezor Bieh, Ralf Weigel și Helen Smith, „Hospitalized care for MDR-TB in Port Harcourt, Nigeria: a qualitative study” [Îngrijirea spitalizată a tuberculozei multidrog-rezistente (MDR-TB) în portul Harcourt, Nigeria: un studiu calitativ], *BMC Infectious Diseases* (revistă/jurnal privind bolile infecțioase) (2017).

surprinzător, întrucât persoanele care suferă de această boală percep izolarea prelungită ca pe o înțarcerare.

B. Asistența medicală comunitară și tuberculoza

92. Organizația Mondială a Sănătății recunoaște că asistența medicală comunitară permite obținerea unor rezultate comparabile cu cele ale spitalizării și scăderea ratei de transmitere nosocomială a tuberculozei și evidențiază faptul că asistența medicală comunitară trebuie să fie luată în considerare întotdeauna înainte de izolare.⁷⁶ Izolarea forțată nu este nici etică, nici conformă cu dreptul la sănătate.

93. În ciuda dovezilor și a considerentelor etice și bazate pe drepturi, există legi penale care prevăd internarea și practici punitive ca parte a strategiilor naționale de combatere a tuberculozei. Deși pot fi percepute ca fiind măsuri „de sănătate publică”, menite să stopeze răspândirea bolii, acestea implică încălcări semnificative ale drepturilor omului și afectează și mai mult sănătatea publică, subminând eforturile de combatere eficientă a bolii. În loc să se recurgă în mare măsură la internare, este necesară o abordare bazată pe drepturi, care impune dezvoltarea unor soluții de asistență medicală comunitară, pentru care să fie alocate suficiente resurse, astfel încât persoanele care suferă de tuberculoză să dispună de informații adecvate, sprijin alimentar, financiar și de altă natură în timpul tratamentului și/sau în cazul în care își pierd locul de muncă din cauza bolii. Deși au fost subfinanțate, modelele inovatoare de tratament comunitar, puse în aplicare la scară mică, s-au dovedit extrem de eficiente, înregistrând o rată ridicată de finalizare a tratamentului și de vindecare.⁷⁷

94. Recurgerea la internare ca răspuns la problema tuberculozei sporește stigmatizarea celor cu această boală, determinând persoanele cele mai expuse riscului să rămână ascunse și să nu apeleze la asistență medicală. Internarea persoanelor cu tuberculoză nu numai că le pune în pericol, întrucât sunt plasate într-un mediu caracterizat, de cele mai multe ori, de lipsa unui acces adecvat la tratament și sprijin, ci și accelerează răspândirea bolii în mediul respectiv. Un exemplu deosebit de frapant în acest sens este faptul că s-a recurs la înțarcerare pentru a izola persoanele cu tuberculoză, pedepsindu-le astfel pentru neurmarea tratamentului, deși aceasta a fost cauzată în principal de încălcări ale dreptului la sănătate. Prin internare, sarcina tratamentului și a îngrijirilor necesare pentru tuberculoză este lăsată, în mod incorect, pe umerii persoanelor care suferă de această boală, fiind izolate efectiv și incriminate, în loc să li se ofere asistența medicală și sprijinul necesare pentru a duce la bun sfârșit tratamentul. Este necesar să se pună capăt acestor practici.

VII. Concluzii și recomandări

95. Atunci când sunt folosite în mod generalizat ca forme de abordare a diverselor probleme sociale, care, de cele mai multe ori, nu intră în sfera penalului, privarea de libertate și internarea creează un mediu care aduce atingere exercitării dreptului la sănătate fizică și mintală. Deși este adevărat că anumite cazuri de înțarcerare pot fi justificate întotdeauna, este inacceptabil ca, în secolul al XXI-lea, să se recurgă în continuare, în mod regulat, la măsuri precum privarea de libertate și internarea pentru infracțiuni minore și pentru soluționarea unor probleme de sănătate publică.

96. Este inacceptabil ca statele să continue să recurgă cu precădere la privarea de libertate și la internare ca instrumente de promovare a siguranței publice, a „moralității”

⁷⁶ OMS, *Guidelines on Ethics of Tuberculosis Prevention, Care and Control (Orientări privind etica prevenirii, tratării și controlului tuberculozei)* (2010), pag. 11-12.

⁷⁷ A se vedea, de exemplu, OMS, Biroul Regional pentru Europa, *Good Practices in Strengthening Health Systems for the Prevention and Care of Tuberculosis and Drug-resistant Tuberculosis (Compendiu de bune practici pentru consolidarea sistemelor de sănătate în vederea prevenirii și tratării tuberculozei și tuberculozei rezistente la medicamente)* (Copenhaga, 2016). Compendiu disponibil la adresa www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/298198/Good-practices-strengthening-HS-prevention-care-TBC-and-drug-resistant-TBC.pdf.

și a sănătății publice, făcând mai mult rău decât bine justiției sociale, sănătății publice și realizării dreptului la sănătate fizică și mintală.

97. Obiectivul 3 de dezvoltare durabilă, referitor la asigurarea unei vieți sănătoase și promovarea bunăstării tuturor la orice vârstă, nu va fi îndeplinit dacă comunitatea mondială neglijează abordarea serioasă a problemei folosirii detenției și a internării ca politici de sănătate publică și nu acordă prioritate dezvoltării unor soluții alternative eficiente. Acest obiectiv își păstrează importanța în toate etapele vieții, începând din copilăria timpurie, apoi în perioada adolescenței, a tinereții și până la vârsta a treia, fiind necesar să li se ofere tuturor posibilitatea de a îmbătrâni sănătos și demn, în cadrul comunității.

98. Raportorul special solicită statelor:

(a) să respecte și să pună în aplicare pe deplin Regulile Nelson Mandela, în special în ceea ce privește furnizarea de asistență medicală în penitenciare;

(b) să redistribuie fondurile alocate în prezent politicilor de siguranță publică și de sănătate publică bazate pe privarea de libertate și internare, în vederea îmbunătățirii sistemelor de sănătate publică, care includ școli sigure și care sprijină elevii, programe de promovare a unor relații sănătoase, a accesului la oportunități de dezvoltare și a unui mediu fără violență;

(c) să elaboreze măsuri de eliminare, fără discriminare, a obstacolelor cu care se confruntă persoanele aflate în penitenciar și în alte locuri de detenție și internare în ceea ce privește accesul la asistență medicală, în special al femeilor, copiilor, consumatorilor de droguri, persoanelor cu dizabilități și persoanelor bolnave de tuberculoză;

(d) să consolideze centrele comunitare care favorizează autonomizarea și promovează recuperarea și crearea unor relații sănătoase, totodată reducând radical și eliminând treptat măsurile neconsensuale și instituționalizarea în instituții de psihiatrie;

(e) să asigure în mod eficient adaptări rezonabile pentru deținuții cu dizabilități, în special cei cu dizabilități psihosociale sau intelectuale;

(f) să pună în aplicare strategii naționale de dezincriminare și măsuri neprivative de libertate pentru copiii aflați în conflict cu legea sau pentru cei aflați deja în detenție;

(g) să elimine total măsura plasării copiilor cu vârste sub 5 ani în instituții de îngrijire și înlocuirea acestora cu un sistem cuprinzător de sprijin familial;

(h) să sporească investițiile pentru dezinstituționalizarea copiilor de toate vârstele, internați din motive de sănătate publică sau de protecție socială, în instituții de mari dimensiuni - cum ar fi casele de copii cu vârste mici și instituțiile de asistență socială și sănătate mintală cu regim închis -, în special a copiilor care aparțin unor grupuri vulnerabile, inclusiv minoritățile etnice și populațiile indigene, precum și a copiilor cu dizabilități;

(i) să pună în aplicare politici și măsuri specifice pentru a evita, prin toate mijloacele posibile, plasarea în detenție a copiilor, inclusiv să dezvolte modele și soluții alternative pentru detenția mamelor;

(j) să abroge legile care incriminează accesul la serviciile de sănătate sexuală și reproductivă și la informații cu privire la acestea, inclusiv cu privire la prevenirea sarcinilor și întreruperea de sarcină, precum și la relațiile sexuale consensuale între adulți;

(k) să pună în mod efectiv la dispoziție, în penitenciare și în alte locuri de detenție, adaptări speciale necesare pentru îngrijirile și tratamentele prenatale și postnatale, precum și să asigure o alimentație adecvată și oportună și un mediu sănătos, în mod gratuit, în special pentru femeile însărcinate și mamele care alăptează, în conformitate cu Regulile de la Bangkok;

(l) să pună capăt incriminării, încarcerării și internării persoanelor care suferă de tuberculoză, ca măsuri de sănătate publică, dezvoltând totodată servicii comunitare care asigură accesul la informații adecvate și la sprijin alimentar și financiar;

(m) să pună în aplicare măsuri care să le permită persoanelor aflate în detenție și internate să exercite o autonomie veritabilă și să participe la luarea deciziilor în materie de asistență medicală, cu furnizarea unui sprijin și a unei cazări adecvate, atunci când este necesar;

(n) să promoveze participarea persoanelor care au fost sau sunt în detenție sau internate, precum și a familiilor acestora și a societății civile, la mecanismele de responsabilizare, dezvoltând totodată, în cadrul instituțiilor naționale pentru drepturile omului și al mecanismelor naționale de prevenție, strategii pentru integrarea unei abordări bazate pe dreptul la sănătate în exercitarea funcțiilor de monitorizare și promovare.

99. Raportorul special solicită comunității internaționale să intensifice sprijinul acordat intervențiilor comunitare care oferă persoanelor o protecție efectivă împotriva privării de libertate discriminatorii, arbitrare, excesive sau nejustificate.

100. Raportorul special solicită altor părți interesate relevante să includă în dezbaterile privind sănătatea mintală problema apărării bazate pe „nebunie” și a altor instrumente de justiție penală, cum ar fi instanțele pentru sănătate mintală și măsurile de siguranță, ținând seama de modul în care acestea pot agrava disfuncționalitățile sistemice legate de drepturile omului, din penitenciare și din instituțiile de sănătate mintală.
