Cuadernillos de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos

28

2025

DERECHO A LA SALUD

Corte IDH
PROTEGIENDO DERECHOS

cooperación alemana
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT

Implementado por
giz Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos No. 28 : Derecho a la salud / Corte Interamericana de Derechos Humanos. --2°ed.--San José, C.R. : Corte IDH, 2025.

175 p. : 28 x 22 cm.

ISBN 978-9977-36-340-0

1. Derecho a la salud. 2. No discriminación. 3. Derecho a la vida. 4. Derecho a la integridad personal. 5. Derechos de los migrantes. 6. Derecho a la protección de datos. 7. Derecho a la libertad de pensamiento y expresión. 8. Derechos de los niños, niñas y adolescentes. 9. Acceso a la justicia. 10. Derecho a la educación. 11. Derecho a la seguridad social. 12. Derecho al agua. 13. Personas en situación de discapacidad. 14. Personas privadas de libertad. 15. Salud sexual y reproductiva. 16. Daño medioambiental. 17. Derecho al cuido.

La serie Cuadernillos de Jurisprudencia se compone de publicaciones que sistematizan temáticamente o por países los estándares de derechos humanos adoptados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH). Su propósito es difundir, de manera accesible, las principales líneas jurisprudenciales del Tribunal respecto de diversos temas de relevancia e interés regional.

Los títulos y subtítulos de cada capítulo solo buscan facilitar la lectura y no corresponden, necesariamente, a los usados en las decisiones del Tribunal. Por su parte, las referencias que se hacen en este texto a otras decisiones de la Corte IDH tienen como objetivo brindar algunos ejemplos de casos contenciosos u opiniones consultivas relacionados con la temática, pero no son una enumeración exhaustiva de aquellas.

Asimismo, en los cuadernillos de jurisprudencia, generalmente, se eliminan las notas al pie de página de los párrafos incluidos, las cuales pueden ser consultadas en los textos originales de las sentencias u opiniones consultivas de la Corte Interamericana.

La serie de Cuadernillos de Jurisprudencia se actualiza periódicamente y las actualizaciones se comunican en la página web y redes sociales del Tribunal. Todos los números de la serie de Cuadernillos de Jurisprudencia de la Corte IDH, así como las decisiones completas citadas en ellos se encuentran a disposición del público a través del sitio web del Tribunal: https://www.corteidh.or.cr/

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN 4

I. ASPECTOS GENERALES 5

II. CONTENIDO AUTÓNOMO DEL DERECHO A LA SALUD 10

CONTENIDO Y ALCANCE COMO DERECHO AUTÓNOMO 11
RESTRICCIÓN DE DERECHOS Y SALUD PÚBLICA 32

III. DERECHOS CONVENCIONALES EN CONEXIÓN CON DERECHO A LA SALUD 33

SALUD Y PROHIBICIÓN DE DISCRIMINACIÓN 33
DERECHO A LA VIDA 43
DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL 53
DERECHO ATENCIÓN SALUD Y SITUACIÓN MIGRATORIA 62
DERECHO A LA VIDA PRIVADA Y PROTECCIÓN DE DATOS 63
DERECHO A LA LIBERTAD DE PENSAMIENTO Y EXPRESIÓN 64
DERECHOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES 65
DERECHO AL ACCESO A LA JUSTICIA 67

IV. AREAS TEMÁTICAS RELACIONADAS CON DERECHO A LA SALUD 72

CONSENTIMIENTO INFORMADO 72
DERECHO A LA EDUCACIÓN 86
DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL 87
DERECHO AL AGUA 91
PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD 93
PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD 107
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 127
VIOLENCIA OBSTÉTRICA 130
DAÑO MEDIOAMBIENTAL 142
DERECHO AL CUIDADO Y SALUD 148

V. REPARACIONES 153

PRESENTACIÓN

En mi calidad de presidenta de la Corte Interamericana de Derechos Humanos tengo el agrado de presentar esta versión actualizada, a septiembre de 2025, del vigésimo octavo número de la serie Cuadernillos de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Esta serie se elabora con el objeto de dar a conocer su jurisprudencia del Tribunal en diversos temas de relevancia a nivel regional. Este número está dedicado a abordar un derecho que, luego de la pandemia mundial por Covid-19, se ha transformado en el centro de la discusión en el mundo: el derecho a la salud.

Para elaborar este Cuadernillo se han sistematizado los párrafos más relevantes de las decisiones en las cuales la Corte Interamericana ha tratado esta temática. Primero, se exponen aspectos generales vinculados con el principio de interdependencia y el derecho a la salud. Luego, se trata su reconocimiento y el contenido y alcance que se ha desarrollado jurisprudencialmente, así como la restricción de derechos con base en el derecho a la salud. Asimismo, se analiza la relación del derecho a la salud con otros derechos convencionalmente consagrados y grupos de personas de especial protección. Adicionalmente, se reseñan las áreas temáticas relacionadas con el derecho a la salud y, finalmente, se exponen las medidas de reparación que ha dispuesto la Corte Interamericana en casos de violación del derecho a la salud.

El Tribunal agradece al Dr. Claudio Nash por su trabajo como editor de esta publicación que integra la serie de Cuadernillos de Jurisprudencia, así como la generosa contribución del Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania (BMZ), implementada por GIZ y su Programa DIRAJus basado en Costa Rica.

Esperamos que esta publicación contribuya a la difusión de la jurisprudencia de la Corte IDH entre las autoridades estatales, jueces y juezas, integrantes de fiscalías y defensorías públicas, la academia, organizaciones de la sociedad civil y otras personas interesadas, en beneficio de la protección de los derechos humanos en toda la región.

Nancy Hernández López

Presidenta de la Corte Interamericana de Derechos Humanos

I. ASPECTOS GENERALES

En el presente apartado se reseñan algunos pronunciamientos de la Corte Interamericana en relación con los principios de derechos humanos que están directamente vinculados con el derecho a la salud.

Corte IDH. Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298.[1]

172. Por otra parte, la Corte también considera pertinente recordar la interdependencia e indivisibilidad existente entre los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales y culturales, ya que deben ser entendidos integralmente como derechos humanos, sin jerarquía entre sí y exigibles en todos los casos ante aquellas autoridades que resulten competentes para ello. Al respecto, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece en su Artículo XI que toda persona tiene el derecho "a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a […] la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad". Por su parte, el Artículo 45 de la Carta de la OEA requiere que los Estados Miembros "dedi[quen] sus máximos esfuerzos [… para el] [d]esarrollo de una política eficiente de seguridad social". En este sentido, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por el Ecuador el 25 de marzo de 1993 y entrado en vigor el 16 de noviembre de 1999, establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, e indica que la salud es un bien público. Adicionalmente, en julio de 2012, la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos enfatizó la calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud, lo cual requiere la presencia de personal médico capacitado, así como de condiciones sanitarias adecuadas.

173. Por otra parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado que todos los servicios, artículos e instalaciones de salud deben cumplir con requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. En torno a estos elementos esenciales del derecho a la salud el Comité ha precisado su alcance en los siguientes términos:

> a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.
>
> b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

[1] El caso trata sobre la responsabilidad internacional del Estado por ciertas violaciones de derechos humanos cometidas por el contagio con VIH a Talía Gabriela Gonzales Lluy cuando tenía tres años de edad. La Corte en su sentencia estableció la violación, entre otros, del derecho a la vida, integridad, educación, protección judicial y garantías judiciales. Se puede consultar un resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_298_esp.pdf

i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas con VIH/SIDA. […]

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Corte IDH. Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de agosto de 2018. Serie C No. 359.[2]

141. La Corte considera pertinente reiterar lo señalado anteriormente, en el sentido que, en virtud del artículo 26 de la Convención, este Tribunal es plenamente competente para analizar violaciones a los derechos que derivan de las normas económicas, sociales y de educación, ciencia y cultura contenidas en la Carta de la OEA […]. Asimismo, el Tribunal reitera que existen dos tipos de obligaciones que derivan de dichas normas: aquellas de exigibilidad inmediata, y aquellas de carácter progresivo. Respecto a las segundas, la Corte considera que el desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales,

[2] El caso trata sobre la responsabilidad internacional del Estado por violaciones a diversos derechos cometidas en perjuicio de 49 personas que viven o vivieron con el VIH y de sus familiares. La Corte en su sentencia estableció la violación, entre otros, del derecho a la vida, integridad, garantías judiciales, protección judicial y progresividad de los derechos (salud). Se puede consultar un resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_359_esp.pdf

culturales y ambientales no podrá lograrse en un breve periodo de tiempo y que, en esa medida, "requiere un dispositivo de flexibilidad necesaria que refleje las realidades del mundo y las dificultades que implica para cada país el asegurar dicha efectividad".

142. El Tribunal también ha determinado que en el marco de dicha flexibilidad en cuanto al plazo y modalidades de realización, el Estado tendrá esencialmente, aunque no exclusivamente, una obligación de hacer, es decir, de adoptar providencias y brindar los medios y elementos necesarios para responder a las exigencias de efectividad de los derechos involucrados, siempre en la medida de los recursos económicos y financieros de que disponga para el cumplimiento del respectivo compromiso internacional adquirido. Así, la implementación progresiva de dichas medidas podrá ser objeto de rendición de cuentas y, de ser el caso, el cumplimiento del respectivo compromiso adquirido por el Estado podrá ser exigido ante las instancias llamadas a resolver eventuales violaciones a los derechos humanos.

143. Como correlato de lo anterior, la Corte ha considerado que se desprende un deber – si bien condicionado – de no regresividad, que no siempre deberá ser entendido como una prohibición de medidas que restrinjan el ejercicio de un derecho. Al respecto, el Tribunal ha retomado lo señalado por el CDESC en el sentido que "las medidas de carácter deliberadamente re[gresivo] en este aspecto requerirán la consideración más cuidadosa y deberán justificarse plenamente por referencia a la totalidad de los derechos previstos en el Pacto [Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales] y en el contexto del aprovechamiento pleno del máximo de los recursos de que [el Estado] disponga". En la misma línea, la Comisión Interamericana ha considerado que para evaluar si una medida regresiva es compatible con la Convención Americana, se deberá "determinar si se encuentra justificada por razones de suficiente peso". Por todo lo expuesto, cabe afirmar que esta faceta del principio de progresividad resulta justiciable cuando de derechos económicos, sociales, culturales y ambientales se trate.

146. Sin perjuicio de lo anterior, el Tribunal reitera que las obligaciones de realización progresiva de los DESCA requiere la continua realización de acciones para la consecución del pleno goce de estos derechos. De esta forma, la dimensión progresiva de protección de los DESCA, si bien reconoce una cierta gradualidad para su realización, también incluye un sentido de progreso, que requiere la mejora efectiva de las condiciones de goce y ejercicio de estos derechos, de forma tal que se corrijan las desigualdades sociales y se facilite la inclusión de grupos vulnerables. En esta lógica, la obligación de realización progresiva prohíbe la inactividad del Estado en su tarea de implementar acciones para lograr la protección integral de los derechos, sobre todo en aquellas materias donde la ausencia total de protección estatal coloca a las personas ante la inminencia de sufrir un daño a su vida o su integridad personal. Este riesgo ocurre en relación con personas que viven con el VIH que no reciben atención médica adecuada. Por ende, la Corte considera que el Estado incumple sus obligaciones convencionales de realización progresiva al no contar con políticas públicas o programas que *de facto* –y no sólo *de jure*– le permitan avanzar en el cumplimiento de su obligación de lograr la plena efectividad del derecho a la salud.

147. En efecto, la determinación sobre cuándo el Estado ha incumplido con este deber deberá realizarse atendiendo las circunstancias particulares de la legislación de un Estado y los recursos disponibles. Sin embargo, la Corte reconoce que el margen con el que gozan los Estados para la realización efectiva de los DESCA no justifica la inacción en su protección. En este sentido, en el presente caso, el Tribunal recuerda que ha quedado demostrado que el Estado, a pesar de contar con una serie de leyes y programas diseñados para la atención de personas que viven con el VIH, no proveyó tratamiento médico antes del año 2004 para garantizar el derecho a la salud de dichas

personas, salvo para atender a un número limitado de personas, confiando esta tarea en la acción de organizaciones no gubernamentales. El Estado reconoció esta situación en diversos momentos ante el Tribunal y buscó justificar la falta de atención médica progresiva antes del año 2004, a pesar de la existencia de legislación interna que establecía una obligación de protección para diversas autoridades. De esta forma, la Corte considera que la inacción por parte del Estado, antes del año 2004, constituyó un incumplimiento de las obligaciones estatales en materia de protección progresiva del derecho a la salud, en violación al artículo 26 de la Convención Americana.

148. En consecuencia, debido a la inacción estatal en materia de protección al derecho a la salud de la población de personas que viven con el VIH, a pesar de la existencia de una obligación internacional y de una regulación estatal, la Corte concluye que el Estado es responsable por la violación al principio de progresividad contenido en el artículo 26 de la Convención, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento.

Corte IDH. Caso Vera Rojas y otros Vs. Chile. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de octubre de 2021. Serie C No. 439.[3]

89. En lo que respecta a las afectaciones de los derechos producidas por la conducta de terceros privados que prestan servicios de salud, este Tribunal ha establecido que, dado que la salud es un bien público, cuya protección está a cargo del Estado, éste tiene la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de los derechos a la vida y a la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud. De esta forma, los Estados tienen el deber de regular y fiscalizar toda la asistencia de salud prestada a las personas bajo su jurisdicción, como deber especial de protección a la vida y la integridad personal, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado. La obligación del Estado no se agota en los hospitales que prestan servicios públicos, sino que abarca a toda y cualquier institución en salud.

92. En este punto, la Corte considera pertinente recordar que el Estado ha delegado la función de la garantía del derecho a salud en instituciones privadas, incluidas las Isapres. Estas instituciones funcionan sobre la base de un esquema de seguros privados, y están facultadas para administrar la cotización obligatoria de salud, de forma que financian la prestación de salud y el pago de licencias médicas. Por esta razón, la Corte considera que, en el sistema de seguridad social chileno, en tanto el financiamiento es un elemento central en el acceso a los servicios de salud que ofrecen las instituciones particulares, el Estado está obligado a regular y fiscalizar sus acciones, pues sus actividades pueden implicar graves riesgos al acceso a la salud de las personas, e incluso comprometer la responsabilidad internacional del Estado por el incumplimiento del deber de respetar los derechos. Esto es así porque, en situaciones como la presente, la institución privada, aunque realice una función de aseguramiento, actúa en la esfera de un servicio de naturaleza pública, ejerciendo atribuciones inherentes al poder público, como lo es la atención a la salud.

---

[3] El caso trata sobre la responsabilidad internacional del Estado en relación con la obligación de garantizar los derechos sin discriminación, y el deber de adoptar disposiciones de derecho interno, se vieron afectados como consecuencia de la decisión de la aseguradora privada Isapre MasVida, en virtud de la cual se determinó el retiro de la hospitalización domiciliaria de Martina Vera, la cual era necesaria para su adecuado tratamiento médico. La Corte en su sentencia estableció la violación, entre otros, del derecho a la vida, integridad, derechos del niño y progresividad de los derechos (salud). Se puede consultar un resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_439_esp.pdf

145. En ese sentido, el Tribunal recuerda que, dado que la salud es un bien público, los Estados tienen la obligación de regular y fiscalizar toda la asistencia de salud prestada por particulares, como deber especial de protección de los derechos que se pueden ver afectados por la inadecuada prestación de los servicios de salud. De igual forma, resulta pertinente señalar que son las empresas privadas las primeras encargadas en tener un comportamiento responsable respecto de las actividades que realicen, lo que implica que deben adoptar las medidas necesarias para que sus actividades no tengan impactos negativos en los derechos humanos de las personas, subsanar dichas violaciones cuando ocurran, y adoptar práctivas con un enfoque dirigido a que sus actividades respeten los derechos humanos. Esto último es especialmente relevante cuando una empresa privada presta un servicio de naturaleza pública, y está ejerciendo funciones inherentes al poder público, como es el caso de las Isapres en el sistema de salud chileno.

146. Al respecto, la Corte recuerda que los servicios sanitarios referidos a la rehabilitación y cuidados pediátricos deben proveerse conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud, tomando en cuenta las particularidades que requiere un tratamiento médico de niños y niñas que sufren discapacidades. De esta forma, la Corte advierte que, aun después de la reinstalación del RHD, las denuncias presentadas por los padres de Martina permiten advertir la ausencia de suficientes trabajadores médicos para la atención de la niña, la existencia de retrasos en la entrega de insumos suficientes por parte de la empresa proveedora del servicio, y deficiencias en insumos básicos como medicamentos y ventiladores. Estas falencias constituyen problemas en la calidad y disponibilidad de los servicios de salud por parte de los prestadores de servicios privados, pues estos elementos establecen que en la atención a la salud se debe contar con suficientes servicios, personal médico y profesional capacitado, y que los bienes y servicios sean apropiados desde un punto de vista científico y técnico [...].

147. La situación de extrema vulnerabilidad en que se encuentra Martina requiere de un entorno adecuado para el goce de sus derechos. De esta forma, la Corte considera que las actuaciones de la Isapre, las cuales ocurrieron en virtud de la deficiente regulación de los servicios de salud, y que pusieron en riesgo la continuidad de la hospitalización domiciliaria de Martina, y por lo tanto tuvieron un impacto en sus derechos debido a su condición como niña con discapacidad, no han cesado en su totalidad. Las condiciones posteriores en las cuales se ha prestado el servicio de hospitalización domiciliaria, que han dado lugar a reclamos y quejas de los padres, permiten concluir que el riesgo respecto a los derechos de Martina persiste. Por ende, la Corte considera que, si bien la decisión de la Jueza Árbitro de 19 de abril de 2012, confirmada por el Superintendente de Salud el 23 de agosto de 2012, constituyó un acto encomiable del Estado, el hecho ilícito internacional no cesço en su totalidad ni fue reparado integralmente.

Corte IDH. Caso Manuela y otros Vs. El Salvador. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021. Serie C No. 441.[4]

183. La Corte además ha señalado que los derechos a la vida y a la integridad se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana, y que la falta

[4] El caso trata sobre la responsabilidad internacional del Estado por una serie de violaciones a los derechos de la víctima vinculados con violencia obstétrica vivida luego que la víctima fuera denunciada por aborto. La Corte en su sentencia estableció la violación, entre otros, del derecho a la vida, integridad, vida privada, garantías judiciales y progresividad de los derechos (salud). Se puede consultar un resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_441_esp.pdf

de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración de los artículos 5.1 y 4 de la Convención.

184. La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos, y todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente, entendida la salud no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral. En este sentido, el derecho a la salud se refiere al derecho de toda persona a gozar del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. (**En similar sentido, ver entro otros: Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad (Interpretación y alcance de los artículos 1.1, 4.1, 5, 11.2, 12, 13, 17.1, 19, 24 y 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y de otros instrumentos que conciernen a la protección de los derechos humanos). Opinión Consultiva OC-29/22 de 30 de mayo de 2022. Serie A No. 29, párr. 84**)

185. La obligación general de protección a la salud se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Este derecho abarca la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en cada Estado. El cumplimiento de la obligación del Estado de respetar y garantizar este derecho deberá dar especial cuidado a los grupos vulnerables y marginados, y deberá realizarse de conformidad con los recursos disponibles de manera progresiva y de la legislación nacional aplicable.

186. Tal y como lo ha reiterado en su jurisprudencia reciente, la Corte considera que la naturaleza y alcance de las obligaciones que derivan de la protección del derecho a la salud incluyen aspectos que tienen una exigibilidad inmediata, así como aspectos que tienen un carácter progresivo. Al respecto, la Corte recuerda que, en relación con las primeras (obligaciones de exigibilidad inmediata), los Estados deberán adoptar medidas eficaces a fin de garantizar el acceso sin discriminación a las prestaciones reconocidas para el derecho a la salud, garantizar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, y en general avanzar hacia la plena efectividad de los DESCA. Respecto a las segundas (obligaciones de carácter progresivo), la realización progresiva significa que los Estados partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena efectividad de dicho derecho, en la medida de sus recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados. Asimismo, se impone la obligación de no regresividad frente a la realización de los derechos alcanzados. En virtud de lo anterior, las obligaciones convencionales de respeto y garantía, así como de adopción de medidas de derecho interno (artículos 1.1 y 2), resultan fundamentales para alcanzar su efectividad.

II.CONTENIDO AUTÓNOMO DEL DERECHO A LA SALUD

El desarrollo del derecho a la salud se sistematiza a partir de dos grandes aspectos. Por una parte, el contenido y alcance del derecho a la salud como derecho autónomo en el marco del artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Por otra, se reseñan algunos desarrollos particulares sobre el derecho a la salud que ha realizado la Corte Interamericana.

Contenido y alcance como derecho autónomo

Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349.[5]

103. Así, resulta claro interpretar que la Convención Americana incorporó en su catálogo de derechos protegidos los denominados derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA), a través de una derivación de las normas reconocidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos (OEA), así como de las normas de interpretación dispuestas en el propio artículo 29 de la Convención; particularmente, que impide limitar o excluir el goce de los derechos establecidos en la Declaración Americana e inclusive los reconocidos en materia interna […]. Asimismo, de conformidad con una interpretación sistemática, teleológica y evolutiva, la Corte ha recurrido al *corpus iuris* internacional y nacional en la materia para dar contenido específico al alcance de los derechos tutelados por la Convención […] a fin de derivar el alcance de las obligaciones específicas de cada derecho.

104. Asimismo, este Tribunal destaca que del contenido del artículo 26 se desprenden dos tipos de obligaciones. Por un lado, la adopción de medidas generales de manera progresiva y por otro lado la adopción de medidas de carácter inmediato. Respecto de las primeras, a las cuales hizo referencia el Estado en el presente caso, la realización progresiva significa que los Estados partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena efectividad de los DESCA, ello no debe interpretarse en el sentido que, durante su periodo de implementación, dichas obligaciones se priven de contenido específico, lo cual tampoco implica que los Estados puedan aplazar indefinidamente la adopción de medidas para hacer efectivos los derechos en cuestión, máxime luego de casi cuarenta años de la entrada en vigor del tratado interamericano. Asimismo, se impone por tanto, la obligación de no regresividad frente a la realización de los derechos alcanzados. Respecto de las obligaciones de carácter inmediato, éstas consisten en adoptar medidas eficaces, a fin de garantizar el acceso sin discriminación a las prestaciones reconocidas para cada derecho. Dichas medidas deben ser adecuadas, deliberadas y concretas en aras de la plena realización de tales derechos. En virtud de lo anterior, las obligaciones convencionales de respeto y garantía, así como de adopción de medidas de derecho interno (artículos 1.1 y 2), resultan fundamentales para alcanzar su efectividad.(**En similar sentido, ver entre otros: Caso Beatriz y otros Vs. El Salvador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2024. Serie C No. 549, párr. 123**)

105. Una vez establecido lo anterior, y siendo que esta Corte se pronunciará por primera ocasión respecto el derecho a la salud de manera autónoma, como parte integrante de los DESCA, el Tribunal procede a verificar la consolidación de éste como derecho justiciable a la luz de la Convención, a través de los siguientes puntos de análisis.

a) Derivación a la Carta de la OEA

106. Respecto al derecho a la salud protegido por el artículo 26 de la Convención Americana, la Corte observa que los términos del mismo indican que se trata de aquel derecho que se deriva de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y

[5] El caso se refiere a la responsabilidad internacional del Estado por no garantizar al señor Vinicio Antonio Poblete Vilches su derecho a la salud sin discriminación, mediante servicios necesarios básicos y urgentes en atención a su situación especial de vulnerabilidad como persona adulta mayor. La Corte en su sentencia estableció la violación, entre otros, del derecho a la vida, integridad, libertad personal, vida privada, libertad de pensamiento y expresión y progresividad de los derechos (salud). Se puede consultar un resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_349_esp.pdf

cultura contenidas en la Carta de la OEA. Ahora bien, el artículo 34.i y 34.l de la Carta establece, entre los objetivos básicos del desarrollo integral, el de la "defensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica", así como de las condiciones que hagan posible una vida sana, productiva y digna. Por su parte, el artículo 45.h destaca que "[la persona] solo puede alcanzar la plena realización de sus aspiraciones mediante la aplicación de principios y mecanismos", entre ellos el: "h) Desarrollo de una política eficiente de seguridad social". (**En similar sentido, ver entre otros: *Caso Habitantes de La Oroya Vs. Perú.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 2023. Serie C No. 511, párr. 130**)

109. En este sentido, el artículo XI de la Declaración Americana permite identificar el derecho a la salud al referir que toda persona tiene derecho "a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad". Tal disposición resulta relevante para definir el alcance del artículo 26, dado que "la Declaración Americana, constituye, en lo pertinente y en relación con la Carta de la Organización, una fuente de obligaciones internacionales". (**En similar sentido, ver entre otros: *Caso Habitantes de La Oroya Vs. Perú.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 2023. Serie C No. 511, párr. 131**)

110. En vista de lo anterior, la Corte considera que el derecho a la salud es un derecho protegido por el artículo 26 de la Convención. A continuación, este Tribunal procede a verificar el alcance y contenido de este derecho para efectos del presente caso.

113. Además, la Corte observa un amplio consenso regional en la consolidación del derecho a la salud, el cual se encuentra reconocido explícitamente en diversas constituciones y leyes internas de los Estados de la región, entre ellas: Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam, Uruguay y Venezuela.

114. Asimismo, el derecho a la salud está consagrado por un vasto *corpus iuris* internacional; *inter alia*: el artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Además, el derecho a la salud se reconoce en el artículo 5 apartado e) de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial; el artículo 12.1 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; el artículo 24.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño; el artículo 28 de la Convención sobre la Protección de los Trabajadores Migratorios y sus Familiares, y el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Este derecho también se encuentra plasmado en varios instrumentos regionales de derechos humanos, como en el artículo 17 de la Carta Social de las Américas; el artículo 11 de la Carta Social Europea de 1961, en su forma revisada; el artículo 16 de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, y recientemente en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (cabe señalar que, sobre esta última, por razones de temporalidad, no resulta exigible en relación con los hechos del caso en análisis). Además, el derecho a la salud ha sido reconocido en la sección II, apartado 41, de la Declaración y Programa de Acción de Viena, y en otros instrumentos y decisiones internacionales.

115. Por su parte, el Comité de Derechos, Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (en adelante Comité DESC) se ha pronunciado sobre los deberes de los Estado en materia de salud, principalmente en su Observación General N° 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Asimismo, se ha pronunciado sobre componentes del derecho a la salud en sucesivas Observaciones Generales Números: 3, 4, 5, 6, 15, 16, 18, 19 y 20. En la región americana, el Grupo de Trabajo de la OEA para el análisis de los Informes Anuales sobre Indicadores de Progreso, también se ha referido al análisis del derecho a la salud.

116. Tomando en cuenta lo anterior, la Corte considera que de la consolidación del derecho a la salud se derivan diversos estándares aplicables al presente caso, relativos a prestaciones básicas y específicas de salud, particularmente frente a situaciones de urgencia o emergencia médica.

Estándares sobre el derecho a la salud aplicables a situaciones de urgencia médica

118. La Corte estima que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente, entendida la salud, no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también a un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral. El Tribunal ha precisado que la obligación general se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

119. En primer lugar, la operatividad de dicha obligación comienza con el deber de regulación, por lo que la Corte ha indicado que los Estados son responsables de regular con carácter permanente la prestación de servicios (tanto públicos como privados) y la ejecución de programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de calidad.

120. En segundo lugar, tomado en cuenta la Observación General No. 14 del Comité DESC, este Tribunal se ha referido a una serie de elementos esenciales e interrelacionados, que deben satisfacerse en materia de salud. A saber: *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad*.

121. En vista de ello, esta Corte estima que para efectos de las prestaciones médicas de urgencia, los Estados deben garantizar, al menos, los siguientes estándares:

a) Respecto a la *calidad*, se debe contar con la infraestructura adecuada y necesaria para satisfacer las necesidades básicas y urgentes. Esto incluye cualquier tipo de herramienta o soporte vital, así como también disponer de recurso humano calificado para responder ante urgencias médicas.

b) Respecto a la *accesibilidad*, los establecimientos, bienes y servicios de emergencias de salud deben ser accesibles a todas las personas. La accesibilidad entendida desde las dimensiones superpuestas de no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información. Proveiendo de esta forma un sistema de salud inclusivo basado en los derechos humanos.

c) Respecto a la *disponibilidad*, se debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas integrales de salud. La coordinación entre establecimientos del sistema resulta

relevante para cubrir de manera integrada las necesidades básicas de la población.

d) Respecto de la *aceptabilidad*, los establecimientos y servicios de salud deberán respetar la ética médica y los criterios culturalmente apropiados. Además, deberán incluir una perspectiva de género, así como de las condiciones del ciclo de vida del paciente. El paciente debe ser informado sobre su diagnóstico y tratamiento, y frente a ello respetar su voluntad […].

122. En tercer lugar, y como condición transversal de la accesibilidad, la Corte recuerda que el Estado está obligado a garantizar un trato igualitario a todas las personas que accedan a los servicios de salud, por lo que de conformidad con el artículo 1.1 de la Convención Americana no son permitidos tratos discriminatorios, "por motivos de raza, color, sexo, […] posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social". Al respecto, los criterios específicos en virtud de los cuales está prohibido discriminar, según el artículo 1.1 de la Convención Americana, no son un listado taxativo o limitativo sino meramente enunciativo. Por el contrario, la redacción de dicho artículo deja abiertos los criterios con la inclusión del término "otra condición social" para incorporar así a otras categorías que no hubiesen sido explícitamente indicadas". Así, la Corte ha señalado que la edad, es también una categoría protegida por esta norma. En este sentido, la prohibición por discriminación relacionada con la edad cuando se trata de las personas mayores, se encuentra tutelada por la Convención Americana. Esto comporta, entre otras cosas, la aplicación de políticas inclusivas para la totalidad de la población y un fácil acceso a los servicios públicos.

123. Al respecto, la Corte reitera que el derecho a la igualdad y no discriminación abarca dos concepciones: una negativa relacionada con la prohibición de diferencias de trato arbitrarias, y una positiva relacionada con la obligación de los Estados de crear condiciones de igualdad real frente a grupos que han sido históricamente excluidos o que se encuentran en mayor riesgo de ser discriminados. En tal sentido, la adopción de medidas positivas se acentúa en relación con la protección de personas en situación de vulnerabilidad o en situación de riesgo, quienes deben tener garantizado el acceso a los servicios médicos de salud en vía de igualdad.

124. En cuarto lugar, la Corte sostuvo en el caso Suárez Peralta que el Estado debe prever mecanismos de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud, tanto públicas como privadas. Al respecto, la Corte ha señalado que cuando se trata de competencias esenciales relacionadas con la supervisión y fiscalización de la prestación de servicios de interés público, como la salud, la atribución de responsabilidad puede surgir por la omisión en el cumplimiento del deber de supervisar la prestación del servicio para proteger el bien respectivo. La Corte ha sostenido que "una eventual atención médica en instituciones sin la debida habilitación, sin estar aptas en su infraestructura o en su higiene para brindar prestaciones médicas, o por profesionales que no cuenten con la debida calificación para tales actividades, podría conllevar una incidencia trascendental en los derechos a la vida o a la integridad del paciente". De esta forma, dicha obligación de supervisión y fiscalización se debe actualizar de manera constante, particularmente cuando de los servicios de urgencia médica se trate.

Personas mayores y derecho a la salud

125. La Corte destaca la oportunidad de pronunciarse por primera ocasión de manera específica sobre los derechos de las personas mayores en materia de salud.

126. Este Tribunal, verifica el importante desarrollo y consolidación de estándares internacionales en esta materia. Así, el artículo 17 del Protocolo de San Salvador, contempla el derecho a la salud de las personas mayores; el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de las Personas de Edad en África, y la Carta Social Europea. Particular atención merece la reciente adopción de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la cual reconoce que la persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación, entre otras. Asimismo, observa demás desarrollos en la materia, tales como: los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad, el Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento, la Proclamación sobre el Envejecimiento, la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, así como otros de carácter regional, tales como: la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe, la Declaración de Brasilia, el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre la Salud de las Personas Mayores, incluido el Envejecimiento Activo y Saludable, la Declaración de Compromiso de Puerto España, la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe.

127. Tales instrumentos internacionales reconocen un catálogo mínimo de derechos humanos, cuyo respeto es imprescindible para el más alto desarrollo de la persona mayor en todos los aspectos de su vida y en las mejores condiciones posibles, destacando en particular el derecho a la salud. Asimismo, las personas mayores, tienen derecho a una protección reforzada y, por ende, exige la adopción de medidas diferenciadas. Respecto al derecho a la salud, sea en la esfera privada como en la pública, el Estado tiene el deber de asegurar todas las medidas necesarias a su alcance, a fin de garantizar el mayor nivel de salud posible, sin discriminación. Se desprende también un avance en los estándares internacionales en materia de derechos de las personas mayores, al entender y reconocer la vejez de manera digna y por ende el trato frente a ella. Así, resalta en la región diversas agendas de mayor inclusión del adulto mayor en las políticas públicas, a través programas de sensibilización y valorización del adulto mayor en la sociedad, la creación de planes nacionales para abordar el tema de la vejez de manera integral, así como también sus necesidades, la promulgación de leyes y la facilitación del acceso a sistemas de seguridad social.

130. En este sentido, esta Corte destaca como un hecho ineludible que la población está envejeciendo de manera constante y considerable. El cambio vertiginoso del escenario demográfico en los países de la región presenta retos y desafíos, por lo cual este impacto en los derechos humanos hace necesario que los Estados se involucren para dar respuesta de manera integral, a fin de que las personas mayores sean reconocidas como sujetos de derechos especiales desde la prevención y promoción de salud. Para ello, resulta necesario también el involucramiento por parte de la sociedad a fin de brindar a las personas adultas mayores de calidad de vida. [...]

131. La Corte nota que, en muchas situaciones, se presenta una particular vulnerabilidad de las personas mayores frente al acceso a la salud. Sobre el particular, resalta la existencia de diversos factores como las limitaciones físicas, de movilidad, la condición económica o la gravedad de la enfermedad y posibilidades de recuperación. Asimismo, en determinadas situaciones, dicha vulnerabilidad se encuentra incrementada en razón del desequilibrio de poder que existe en la relación médico - paciente, por lo que resulta indispensable que se garantice al paciente, de manera clara y accesible, la información necesaria y el entendimiento de su diagnóstico o situación particular, así como de las medidas o tratamientos para enfrentar tal situación […].

132. En vista de lo anterior, la Corte resalta la importancia de visibilizar a las personas mayores como sujetos de derechos con especial protección y por ende de cuidado integral, con el respeto de su autonomía e independencia. El Tribunal ha sostenido que, al menos, estos "deben tener protegida su salud en caso de enfermedades crónicas y en fase terminal". Por lo tanto, esta Corte considera que, respecto de las personas adultas mayores, como grupo en situación de vulnerabilidad, existe una obligación reforzada de respeto y garantía de su derecho a la salud. Lo anterior se traduce en la obligación de brindarles las prestaciones de salud que sean necesarias de manera eficiente y continua. En consecuencia, el incumplimiento de dicha obligación surge cuando se les niega el acceso a la salud o no se garantiza su protección, pudiendo también ocasionar una vulneración de otros derechos.

Servicios médicos necesarios y urgentes

142. El señor Poblete Vilches era un adulto mayor con patologías agregadas que hacían que su situación lo convirtiera en un paciente aún más vulnerable. Sin perjuicio de lo anterior, quedó evidenciado que no recibió el tratamiento adecuado conforme a su situación particular. Del marco fáctico se desprende que, en el segundo ingreso, existió urgencia de las prestaciones de salud requeridas en el caso, cuya dispensa de forma inmediata resultaban de carácter vital. En suma, el paciente requería de una atención médica urgente y de calidad, que el sistema de salud pública no proveyó, por lo que dicha situación derivó en una discriminación por su condición de persona mayor.

143. En vista de lo anterior, la Corte concluye que el Estado chileno no garantizó al señor Poblete Vilches su derecho a la salud sin discriminación, mediante servicios necesarios y urgentes en relación a su situación especial de vulnerabilidad como persona mayor. Por tanto, el Estado violó el derecho a la salud, de conformidad con el artículo 26 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 de la misma, en perjuicio del señor Poblete Vilches.

[...]

174. Tomando en cuenta las consideraciones expuestas, esta Corte verificó que: i) el derecho a la salud es un derecho autónomo protegido por el artículo 26 de la Convención Americana; ii) este derecho en situaciones de urgencia exige a los Estados velar por una adecuada regulación de los servicios de salud, brindando los servicios necesarios de conformidad con los elementos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad, en condiciones de igualdad y sin discriminación, pero también brindando medidas positivas respecto de grupos en situación de vulnerabilidad; iii) las personas mayores gozan de un nivel reforzado de protección respecto de servicios de salud de prevención y urgencia; iv) a fin de que se impute la responsabilidad del Estado por muertes médicas es necesario que se acredite la negación de un servicio esencial o tratamiento pese a la previsibilidad del riesgo que enfrenta el paciente, o bien una negligencia médica grave, y que se corrobore un nexo causal entre la acción y el daño. Cuando se trata de una omisión se debe verificar la probabilidad de que la conducta omitida hubiese interrumpido el proceso causal que desembocó en el resultado dañoso; v) la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración de la integridad personal; y vi) el consentimiento informado es una obligación a cargo de las instituciones de salud, las personas mayores ostentan la titularidad de éste derecho, sin embargo, se puede transferir bajo ciertas circunstancias a sus familiares o representantes. Asimismo, persiste el deber de informar a los pacientes o, en su caso cuando proceda, a sus representantes sobre los procedimientos y condición del paciente.

Corte IDH. Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de agosto de 2018. Serie C No. 359.

75. La Corte procederá a interpretar el artículo 26 de la Convención y su relación con los artículos 1.1, 2, 62 y 63 de la Convención Americana, para así determinar lo siguiente: i) si el artículo 26 reconoce derechos, ii) cuál es el alcance de las obligaciones para los Estados en relación con esos derechos, y iii) si la Corte tiene competencia para analizar violaciones a dichos derechos. Para ello, el Tribunal recurrirá a la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados (en adelante también "Convención de Viena"), la cual recoge la regla general y consuetudinaria de interpretación de los tratados internacionales, que implica la aplicación simultánea y conjunta de la buena fe, el sentido corriente de los términos empleados en el tratado de que se trate, el objeto de estos y el objeto y fin de aquel. Por ello, como es su jurisprudencia constante, la Corte hará uso de los métodos de interpretación estipulados en los artículos 31 y 32 de la Convención de Viena para llevar a cabo dicha interpretación. Asimismo, la Corte utilizará, en lo pertinente, las normas de interpretación que se desprenden del artículo 29 de la Convención Americana.

78. Sobre el particular, la Corte considera que el sentido corriente que ha de atribuirse a la norma prevista en el artículo 26 de la Convención es que los Estados se comprometieron a hacer efectivos "derechos" que derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura contenidas en la Carta de la Organización de Estados Americanos (en adelante "la Carta de la OEA"). En ese sentido, este Tribunal advierte que si bien la Carta de la OEA consagra "principios" y "metas" tendientes al desarrollo integral, también se refiere a ciertos "derechos", tanto de manera explícita como implícita. De esta forma, de una interpretación literal del texto del artículo 26 es posible afirmar que se refiere precisamente al deber de los Estados de lograr la efectividad de los "derechos" que sea posible derivar de la Carta de la OEA. El texto de la norma debe ser interpretado de forma tal que sus términos adquieran sentido y un significado específico, lo que en el caso del artículo 26 implica entender que los Estados acordaron adoptar medidas con el objetivo de dar plena efectividad a los "derechos" reconocidos en la Carta de la OEA.

79. Asimismo, la Corte considera que la mención del artículo 26 que se refiere a los Estados se comprometen a "adoptar providencias", "para lograr progresivamente la plena efectividad" de los derechos que se derivan de la Carta de la OEA debe ser entendido como una formulación acerca de la naturaleza de la obligación que emana de dicha norma, y no acerca de la falta de existencia de obligaciones en sentido estricto para los Estados. La Corte recuerda que existen obligaciones formuladas en términos similares al artículo 26 reconocidos en otros artículos de la Convención, sin que exista controversia respecto a que éstos imponen obligaciones exigibles en el plano internacional. En particular, el Tribunal recuerda que el artículo 2 de la Convención reconoce la existencia del compromiso programáticos de los Estados de adoptar "medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos" los derechos y libertades reconocidos por la Convención, lo cual ha dado lugar a que la Corte evalúe en su jurisprudencia si el Estado ha cumplido con la adopción de dichas "medidas".

81. La Corte reitera lo ya establecido en su jurisprudencia, en el sentido que la flexibilidad en cuanto a plazo y modalidades de cumplimiento de sus obligaciones de progresividad conforme al artículo 26 implica, esencialmente, aunque no exclusivamente, una obligación de hacer, es decir, de adoptar providencias y brindar los medios y elementos necesarios para responder a las exigencias de efectividad de los

derechos involucrados, siempre en la medida de los recursos económicos y financieros de que disponga para el cumplimiento del respectivo compromiso internacional adquirido. Así, la implementación progresiva de dichas medidas podrá ser objeto de rendición de cuentas y, de ser el caso, el cumplimiento del respectivo compromiso adquirido por el Estado podrá ser exigido ante las instancias llamadas a resolver eventuales violaciones a los derechos humanos.

83. En este sentido, la Corte destaca que los alcances de los derechos que se derivan del artículo 26 de la Convención deben ser entendidos en relación con el resto de las cláusulas de la Convención Americana y de otros instrumentos relevantes para su interpretación. Al respecto, la Corte ha observado que si bien el artículo 26 se encuentra en el Capítulo III de la Convención, titulado "Derechos Económicos, Sociales y Culturales", se ubica, también, en la Parte I de dicho instrumento, titulado "Deberes de los Estados y Derechos Protegidos" y, por ende, está sujeto a las obligaciones generales contenidas en los artículos 1.1 y 2 señalados en el capítulo I (titulado "Enumeración de Deberes"), así como lo están los artículos 3 al 25 señalados en el capítulo II (titulado "Derechos Civiles y Políticos"). De esta forma, la Corte considera que las obligaciones generales de "respeto" y "garantía", conjuntamente con la obligación de "adecuación" del artículo 2 de la propia Convención, aplican a todos los derechos, sean civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales.

84. En consecuencia, al existir una obligación de los Estados de respetar y garantizar los derechos contemplados por el artículo 26, en los términos del artículo 1.1 de la Convención, la Corte tiene competencia para calificar si existió una violación a un derecho derivado del artículo 26 en los términos previstos por los artículos 62 y 63 de la Convención. Este último artículo prevé que cuando exista una violación de un derecho o libertad protegido por la Convención, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcado, y dispondrá que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de un derecho. Asimismo, la Corte ha señalado en reiteradas ocasiones que, en virtud del artículo 1.1, todo menoscabo a los derechos humanos reconocidos en la Convención que pueda ser atribuido, según las reglas del Derecho Internacional, a la acción u omisión de cualquier autoridad pública, constituye un hecho imputable al Estado que compromete su responsabilidad en los términos establecidos en la Convención. Así, la Corte considera que ahí donde sea posible identificar una acción u omisión atribuible al Estado, que vulnere un derecho protegido por el artículo 26, la Corte podrá determinar la responsabilidad del Estado por dicho acto y establecer una reparación adecuada.

85. El Tribunal advierte que el hecho de que los derechos derivados del artículo 26 estén sujetos a las obligaciones generales de la Convención Americana no sólo es resultado de cuestiones formales, sino que resulta de la interdependencia e indivisibilidad recíproca existente entre los derechos civiles y políticos y los económicos, sociales, culturales y ambientales. Al respecto, la Corte ha reconocido que ambas categorías de derechos deben ser entendidas integralmente y de forma conglobada como derechos humanos, sin jerarquía entre sí y exigibles en todos los casos ante aquellas autoridades que resulten competentes para ello. De igual forma, el Tribunal advierte que el Preámbulo de la Convención, así como diversas cláusulas de la Declaración Americana, muestran que tanto los derechos civiles y políticos, como los DESCA, fueron reconocidos por los Estados de la región como derechos esenciales de la persona humana. En ese mismo sentido, el Preámbulo del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador" (en adelante también "Protocolo de San Salvador") reconoce:

> la estrecha relación que existe entre la vigencia de los derechos económicos, sociales y culturales y la de los derechos civiles y políticos, por cuanto las diferentes categorías de derechos constituyen un todo indisoluble que encuentra su base en el reconocimiento de la dignidad de la persona humana, por lo cual exigen una tutela y promoción permanente con el objeto de lograr su vigencia plena, sin que jamás pueda justificarse la violación de unos en aras de la realización de otros.

86. Para este Tribunal, la interdependencia e indivisibilidad de los derechos reconocidos por la Convención Americana niega cualquier separación, categorización o jerarquía entre derechos para efectos de su respeto, protección y garantía. Esta condición atañe no sólo al reconocimiento de los DESCA como derechos humanos protegidos por el artículo 26, sino también a los aspectos de competencia de este Tribunal para conocer sobre violaciones a los mismos sobre la base de dicho artículo. Al respecto, la Corte recuerda que ejerce jurisdicción plena sobre todos sus artículos y disposiciones sobre la base de los artículos 62 y 63 de la Convención, entre los que se encuentra el artículo 26. Asimismo, de manera complementaria, la Corte recuerda que, como cualquier otro órgano con funciones jurisdiccionales, este Tribunal tiene el poder inherente de determinar el alcance de su propia competencia (compétence de la compétence) y, por otra parte, "que la Corte debe tener en cuenta que los instrumentos de reconocimiento de la cláusula facultativa de la jurisdicción obligatoria (artículo 62.1 de la Convención) presuponen la admisión, por los Estados que la presentan, de resolver cualquier controversia relativa a su jurisdicción".

87. Sin perjuicio de lo anterior, la Corte reconoce que una interpretación sistemática del artículo 26 de la Convención implica tomar seriamente en consideración los límites de la competencia de la Corte en relación con otros instrumentos del Sistema Interamericano que se refieran a los DESCA. En ese sentido, el Tribunal advierte la tensión que puede existir en relación con la competencia de la Corte para conocer sobre violaciones a los derechos derivados de la Carta de la OEA, a través de una aplicación de los artículos 26, 1.1, 2, 62 y 63 de la Convención, y la competencia que reconoce el artículo 19.6 del Protocolo de San Salvador. En efecto, éste último instrumento prevé que en caso de que los derechos establecidos en el párrafo a) del artículo 8 y en el artículo 13 del Protocolo fuesen violados por una acción imputable a un Estado Parte, tal situación podría dar lugar a la aplicación del sistema de peticiones individuales regulado por los artículos 44 a 51 y 61 a 69 de la Convención Americana. No queda duda que la voluntad de los Estados sobre la competencia de la Corte para pronunciarse sobre violaciones al Protocolo de San Salvador encuentra sus límites en los derechos sindicales y el derecho a la educación.

88. Sin embargo, la Corte considera que el hecho de que el artículo 19.6 del Protocolo de San Salvador establezca límites sobre la competencia de este Tribunal para conocer exclusivamente sobre violaciones a determinados derechos a través del sistema de peticiones individuales, no debe ser interpretado como un precepto que limite el alcance de los derechos protegidos por la Convención, ni sobre la posibilidad de la Corte para conocer sobre violaciones a estos derechos. Por el contrario, el Tribunal advierte que una interpretación sistemática y de buena fe de ambos tratados lleva a la conclusión de que, al no existir una restricción expresa en el Protocolo de San Salvador, que limite la competencia de la Corte para conocer sobre violaciones a la Convención, ésta limitación no debe ser asumida por este Tribunal. Asimismo, la Corte recuerda que el hecho de que los Estados adopten protocolos o tratados relacionados con materias específicas, y definan la competencia de este Tribunal para conocer sobre aspectos definidos de dichos tratados, no implica una limitación a la competencia de este Tribunal para conocer sobre

violaciones a la Convención Americana sobre aspectos sustantivos que se regulan en ambos tratados. En ese sentido, la Corte recuerda que el artículo 77 de la Convención prevé la posibilidad de que cualquier Estado parte o la Comisión sometan a consideración proyectos de protocolo adicionales con la finalidad de "incluir progresivamente en el régimen de protección de la misma otros derechos y libertades".

89. De esta forma, la Corte considera que no existen elementos para considerar que, con la adopción del Protocolo de San Salvador, los Estados buscaron limitar la competencia del Tribunal para conocer sobre violaciones al artículo 26 de la Convención Americana. Al respecto, la Corte advierte que si la Convención Americana no está siendo modificada expresamente con un acto posterior de los Estados, la interpretación que corresponde debe ser la menos restrictiva respecto a sus alcances en materia de protección de los derechos humanos. Asimismo, el Tribunal recuerda que la propia Convención Americana prevé en su artículo 76 un procedimiento específico para realizar enmiendas a la misma, el cual requiere una aprobación de dos terceras partes de los Estados parte de la Convención. De esta forma, sería contradictorio considerar que la adopción de un Protocolo adicional, que no requiere un margen de aceptación tan elevado como una enmienda a la Convención Americana, puede modificar el contenido y alcance de los efectos de la misma. En consecuencia, la Corte considera que la mera existencia del artículo 19.6 del Protocolo de San Salvador no permite inferir conclusiones con consecuencias limitativas respecto a la relación entre los artículos 26, 1.1, 2, 62 y 63 de la Convención.

90. En tercer lugar, corresponde realizar una interpretación teleológica del artículo 26 de la Convención. La Corte recuerda que en una interpretación teleológica se analiza el propósito de las normas involucradas, para lo cual es pertinente analizar el objeto y fin del tratado mismo y, de ser pertinente, los propósitos del sistema regional de protección.

93. Como se indicó, el objeto y fin de tratado es "la protección de los derechos fundamentales de los seres humanos". Una interpretación teleológica de la norma sería conforme con la conclusión a la cual se arribó por medio de la interpretación literal y sistemática, en el sentido que el artículo 26 reconoce la existencia de "derechos" que deben ser garantizados por el Estado a todas las personas sujetas a su jurisdicción en los términos previstos por la Convención Americana. El reconocimiento de estos derechos y de la competencia de la Corte para resolver controversias en relación con ellos tienen el objetivo de consolidar un régimen de libertad personal y justicia social fundado en el respeto de los derechos esenciales del hombre reconocidos en la Carta de la OEA, lo cual es claramente compatible con el objeto y fin de la Convención Americana.

94. En cuarto lugar, la Corte recuerda que, según el artículo 32 de la Convención de Viena, los medios complementarios de interpretación, en especial los trabajos preparatorios del tratado, son utilizables para confirmar el sentido resultante de la interpretación realizada de conformidad con los métodos señalados en el artículo 31. Lo anterior implica que son utilizados de forma subsidiaria.

95. Al respecto, el Tribunal recuerda que el contenido del artículo 26 de la Convención fue objeto de un intenso debate en los trabajos preparatorios de ésta, nacido del interés de los Estados por consignar una "mención directa" a los "derechos" económicos, sociales y culturales; "una disposición que establezca cierta obligatoriedad jurídica […] en su cumplimiento y aplicación"; así como "los [respectivos] mecanismos [para su] promoción y protección", ya que el Anteproyecto de tratado elaborado por la Comisión Interamericana hacía referencia a aquellos en dos artículos que, de acuerdo con algunos Estados, sólo "recog[ían] en un texto meramente declarativo, conclusiones establecidas en la Conferencia de Buenos Aires".

96. La revisión de dichos trabajos preparatorios de la Convención demuestra también que las principales observaciones sobre la base de las cuales ésta fue aprobada pusieron especial énfasis en "dar a los derechos económicos, sociales y culturales la máxima protección compatible con las condiciones peculiares a la gran mayoría de los Estados Americanos". Así, como parte del debate en los trabajos preparatorios, también se propuso "hac[er] posible [la] ejecución [de dichos derechos] mediante la acción de los tribunales". La Corte considera que dichas manifestaciones de los Estados no contradicen la tesis acerca de que el artículo 26 en efecto reconoce "derechos", que están sujetos a las obligaciones generales que los Estados tienen en virtud de los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana y que, por ende, son justiciables.

97. La Corte advierte que una interpretación literal, sistemática y teleológica permite concluir que el artículo 26 de la Convención Americana protege aquellos derechos que derivan de las normas económicas, sociales y de educación, ciencia y cultura contenidas en la Carta de la OEA. Los alcances de estos derechos deben ser entendidos en relación con el resto de las demás cláusulas de la Convención Americana, por lo que están sujetos a las obligaciones generales contenidas en los artículos 1.1 y 2 de la Convención y pueden ser sujetos de supervisión por parte de este Tribunal en términos de los artículos 62 y 63 del mismo instrumento. Esta conclusión se fundamenta no sólo en cuestiones formales, sino que resulta de la interdependencia e indivisibilidad de los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, así como de su compatibilidad con el objeto y fin de la Convención, que es la protección de los derechos fundamentales de los seres humanos. Corresponderá, en cada caso concreto que requiera un análisis de DESCA, determinar si de la Carta de la OEA se deriva explícita o implícitamente un derecho humano protegido por el artículo 26 de la Convención Americana, así como los alcances de dicha protección.

El contenido del derecho a la salud

103. En razón de lo anterior, la Corte advierte, en primer término, que la Declaración Americana reconoce en su Artículo XI que toda persona tiene el derecho "a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a […] la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad". En el mismo sentido, el artículo 10 del Protocolo de San Salvador establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, e indica que la salud es un bien público. El mismo artículo establece que, entre las medidas para garantizar el derecho a la salud, los Estados deben impulsar "la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas", "la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole", y "la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables".

104. En sentido similar a las obligaciones previstas por la Carta de la OEA, la Declaración Americana, y el Protocolo de San Salvador, en el ámbito universal el PIDESC entiende el derecho a la salud como "el disfrute más alto de bienestar social, físico y mental", y reconoce la obligación estatal de adoptar medidas para "[l]a prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas".

105. Al respecto, esta Corte ya ha reconocido que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos, y que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente, entendida la salud no sólo como la ausencia de afecciones

o enfermedades, sino también como un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral. El Tribunal ha precisado que la obligación general de protección a la salud se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

106. En el mismo sentido, el Tribunal ha establecido que la operatividad de dicha obligación comienza con el deber de regulación, por lo que ha indicado que los Estados son responsables de regular con carácter permanente la prestación de servicios (tanto públicos como privados) y la ejecución de programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de calidad. La Corte ha tomado en cuenta la Observación General No. 14 del Comité DESC sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. En particular, en dicha Observación destacó que el derecho abarca la atención de salud oportuna y apropiada, así como los siguientes elementos esenciales e interrelacionados de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en cada estado:

> a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.
>
> b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
>
>> i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.
>>
>> ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.
>>
>> iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la

equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas. (**En similar sentido, ver entre otros: *Caso Hernández Vs. Argentina.* Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2019. Serie C No. 395, párr. 77**)

107. En relación con lo anterior, la Corte concluye que el derecho a la salud se refiere al derecho de toda persona a gozar del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Este derecho abarca la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. El cumplimiento de la obligación del Estado de respetar y garantizar este derecho deberá dar especial cuidado a los grupos vulnerables y marginados, y deberá realizarse de conformidad con los recursos disponibles de manera progresiva y de la legislación nacional aplicable. A continuación, el Tribunal se referirá a las obligaciones específicas que surgen para la atención a la salud para personas que viven con el VIH. (**En similar sentido, ver entre otros: *Caso Hernández Vs. Argentina.* Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2019. Serie C No. 395, párr. 78**)

Estándares sobre el derecho a la salud aplicables a personas que viven con el VIH

108. El acceso a medicamentos forma parte indispensable del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Al respecto, la Corte ha retomado el criterio sobre que el acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las de VIH, tuberculosis y paludismo es uno de los elementos fundamentales para alcanzar gradualmente el ejercicio pleno del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. En el mismo sentido, el Tribunal ha considerado que los Estados deben adoptar medidas dirigidas a regular el acceso a los bienes, servicios e información relacionados con el VIH, de modo que haya suficientes prestaciones y servicios de prevención y atención de los casos de VIH. También ha señalado que los Estados deben tomar las medidas necesarias para asegurar a todas las personas el suministro de y la

accesibilidad a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH, incluidos la terapia antirretrovírica y otros medicamentos, pruebas diagnósticas y tecnologías relacionadas seguras y eficaces para la atención preventiva, curativa y paliativa del VIH, de las infecciones oportunistas y de las enfermedades conexas.

110. La Corte también ha señalado que una respuesta eficaz al VIH requiere un enfoque integral que comprende una secuencia continua de prevención, tratamiento, atención y apoyo. En primer lugar, esta obligación requiere la disponibilidad en cantidades suficientes de antirretrovirales y otros productos farmacéuticos para tratar el VIH o las enfermedades oportunistas. En ese sentido, el perito Ricardo Boza Cordero explicó que el tratamiento antirretroviral permite controlar el virus en los diferentes fluidos del organismo, pero que no lo elimina. Por esta razón, el tratamiento antirretroviral debe ser estrictamente vigilado y darse por toda la vida después de que la enfermedad haya sido diagnosticada, pues de suspenderse el virus sale de las células y se divide con gran rapidez, con el agravante de que las cepas virales serán resistentes a los fármacos que un paciente esté tomando. En consecuencia, el tratamiento antirretroviral debe ser permanente y constante de acuerdo con el estado de salud del paciente y con sus requerimientos médicos y clínicos.

111. En segundo lugar, la Corte recuerda que la obligación del Estado de garantizar el derecho a la salud de personas que viven con el VIH requiere la realización de pruebas diagnósticas para la atención de la infección, así como el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oportunistas y conexas que puedan surgir. La realización de pruebas de laboratorio que permiten la cuantificación de linfocitos TCD4+ y TCD8+ en sangre periférica, así como de la cantidad del VIH en el plasma, es fundamental para el adecuado tratamiento antirretroviral. De esta forma, los exámenes CD4 y de carga viral deben ser realizados cada 6 meses o un año a todos los pacientes que viven con el VIH, y los exámenes de genotipo deberán ser realizados en tanto un paciente tenga un tratamiento con medicamentos para conocer la posible resistencia a medicamentos antirretrovirales. Adicionalmente, el tratamiento se debe extender a aquellas enfermedades oportunistas y conexas, las cuales aparecen cuando las defensas de un paciente están muy bajas.

112. En tercer lugar, la Corte reitera que la atención para personas que viven con el VIH incluye la buena alimentación y apoyo social y psicológico, así como atención familiar, comunitaria y domiciliaria. En efecto, la atención y apoyo a personas que viven con el VIH no se limita a los medicamentos y los sistemas formales de atención sanitaria, y en cambio exigen tener en cuenta las distintas necesidades de las personas que viven con el VIH. En particular, el apoyo social, que incluye las actividades para el suministro de alimento, el apoyo emocional, y el asesoramiento psicosocial, mejora el cumplimiento de la terapia antirretroviral y mejora la calidad de vida de las personas que viven con el VIH. En el mismo sentido, el apoyo nutricional contribuye para mantener el sistema inmunitario, gestionar las infecciones relacionadas con el VIH, mejorar el tratamiento para el VIH, sostener niveles de actividad física, y prestar apoyo a una calidad de vida óptima.

113. Asimismo, el Tribunal ha reiterado que las tecnologías de prevención del VIH abarcan los preservativos, lubricantes, material de inyección estéril, fármacos antirretrovíricos (por ej., para revenir la transmisión materno infantil o como profilaxis posexposición) y, una vez desarrollados, microbicidas y vacunas seguros y eficaces. El acceso universal, basado en los principios de los derechos humanos, requiere que todos estos bienes, servicios e información no sólo estén disponibles y sean aceptables y de buena calidad, sino también que estén al alcance físico de todos y sean asequibles para

todos. De igual forma, la Corte considera que el acceso a un tratamiento médico debe tener en consideración a los avances técnicos de la ciencia médica.

114. De esta forma, y en relación con lo anteriormente mencionado, el derecho a la salud de las personas que viven con el VIH incluye el acceso a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo de la infección, incluida la terapia antirretrovírica y otros medicamentos, pruebas diagnósticas y tecnologías relacionadas seguras y eficaces para la atención preventiva, curativa y paliativa del VIH, de las enfermedades oportunistas y de las enfermedades conexas, así como el apoyo social y psicológico, la atención familiar y comunitaria, y el acceso a las tecnologías de prevención.

Corte IDH. Caso Hernández Vs. Argentina. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2019. Serie C No. 395.[6]

63. En este apartado, la Corte se pronunciará respecto del derecho a la salud, en particular sobre el derecho a la salud de las personas privadas de libertad, de manera autónoma, como parte integrante de los DESCA y para tal efecto seguirá el siguiente orden: a) el derecho a la salud como derecho autónomo y justiciable; b) el contenido del derecho a la salud, y c) la afectación del derecho a la salud en el presente caso.

El derecho a la salud como derecho autónomo y justiciable

64. Para identificar aquellos derechos que pueden ser derivados interpretativamente del artículo 26, se debe considerar que este realiza una remisión directa a las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura contenidas en la Carta de la OEA. De una lectura de este último instrumento, la Corte advierte que reconoce a la salud en 34.i y 34.l de la Carta de la OEA establece, entre los objetivos básicos del desarrollo integral, el de la "[d]efensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica", así como de las "[c]ondiciones que hagan posible una vida sana, productiva y digna". Por su parte, el artículo 45.h destaca que "el hombre sólo puede alcanzar la plena realización de sus aspiraciones dentro de un orden social justo", por lo que los Estados convienen en dedicar esfuerzos a la aplicación de principios, entre ellos el: "h) Desarrollo de una política eficiente de seguridad social". De esta forma, la Corte reitera que existe una referencia con el suficiente grado de especificidad para derivar la existencia del derecho a la salud reconocido por la Carta de la OEA. En consecuencia, la Corte considera que el derecho a la salud es un derecho protegido por el artículo 26 de la Convención.

65. Corresponde entonces a este Tribunal reiterar los alcances del derecho a la salud, en particular del derecho a la salud de personas privadas de libertad en el marco de los hechos del presente caso, a la luz del *corpus iuris* internacional en la materia. La Corte recuerda que las obligaciones contenidas en los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana constituyen, en definitiva, la base para la determinación de responsabilidad internacional a un Estado por violaciones a los derechos reconocidos en la Convención, incluidos aquellos reconocidos en virtud del artículo 26. Sin embargo, la misma Convención hace expresa referencia a las normas del Derecho Internacional general para

[6] El caso se refiere a la responsabilidad internacional del Estado por la situación relativa a la salud de la víctima privada de libertad. En su sentencia la Corte estableció la violación, entre otros, del derecho a la libertad personal, integridad personal, salud (progresividad derechos) y protección judicial, entre otros. Se puede consultar un resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_395_esp.pdf

su interpretación y aplicación, específicamente a través del artículo 29, el cual prevé el principio *pro persona*. De esta forma, como ha sido la práctica constante de este Tribunal, al determinar la compatibilidad de las acciones y omisiones del Estado, o de sus normas, con la propia Convención u otros tratados respecto de los cuales tiene competencia, la Corte puede interpretar las obligaciones y derechos en ellos contenidos a la luz de otros tratados y normas pertinentes.

66. De esta forma, la Corte reiterará las fuentes, principios y criterios del *corpus iuris* internacional como normativa especial aplicable en la determinación del contenido del derecho a la salud. Este Tribunal señala que la utilización de la normativa antes mencionada para la determinación del derecho en cuestión se utilizará en forma complementaria a la normativa convencional. Al respecto, la Corte afirma que no está asumiendo competencias sobre tratados en los que no la tiene, ni tampoco está otorgando jerarquía convencional a normas contenidas en otros instrumentos nacionales o internacionales relacionados con los DESCA. Por el contrario, la Corte realizará una interpretación de conformidad con las pautas previstas por el artículo 29, y conforme a su práctica jurisprudencial, que permita actualizar el sentido de los derechos derivados de la Carta de la OEA que se encuentran reconocidos por el artículo 26 de la Convención. La determinación del derecho a la salud dará un especial énfasis a la Declaración Americana, pues tal y como lo estableció este Tribunal:

> […] [L]os Estados Miembros han entendido que la Declaración contiene y define aquellos derechos humanos esenciales a los que la Carta se refiere, de manera que no se puede interpretar y aplicar la Carta de la Organización en materia de derechos humanos, sin integrar las normas pertinentes de ella con las correspondientes disposiciones de la Declaración, como resulta de la práctica seguida por los órganos de la OEA.

67. En el mismo sentido, este Tribunal ha señalado en otras oportunidades que los tratados de derechos humanos son instrumentos vivos, cuya interpretación tiene que acompañar la evolución de los tiempos y las condiciones de vida actuales. Tal interpretación evolutiva es consecuente con las reglas generales de interpretación establecidas en el artículo 29 de la Convención Americana, así como con la Convención de Viena. Además, el párrafo tercero del artículo 31 de la Convención de Viena autoriza la utilización de medios interpretativos tales como los acuerdos o la práctica o reglas relevantes del derecho internacional que los Estados hayan manifestado sobre la materia del tratado, los cuales son algunos de los métodos que se relacionan con una visión evolutiva del Tratado. De esta forma, con el objetivo de determinar el alcance del derecho a la salud, en particular del derecho a la salud de personas privadas de libertad, tal y como se deriva de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura de la Carta de la OEA, el Tribunal hará referencia a los instrumentos relevantes del *corpus iuris* internacional.

El contenido del derecho a la salud

69. De conformidad con lo señalado anteriormente, los artículos 34.i y 34.l de la Carta de la OEA establecen, entre los objetivos básicos del desarrollo integral, el de la "[d]efensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica", así como de las "[c]ondiciones que hagan posible una vida sana, productiva y digna". Asimismo, el artículo 45.h destaca que "el hombre sólo puede alcanzar la plena realización de sus aspiraciones dentro de un orden social justo", por lo que los Estados convienen en dedicar esfuerzos a la aplicación de principios, entre ellos el: "h) Desarrollo de una política eficiente de seguridad social".

70. Asimismo, el artículo XI de la Declaración Americana permite identificar el derecho a la salud al referir que toda persona tiene derecho "a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a […] la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad".

71. De igual manera, el artículo 10 del Protocolo de San Salvador establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, e indica que la salud es un bien público. El mismo artículo establece que, entre las medidas para garantizar el derecho a la salud, los Estados deben impulsar "la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas", "la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole", y "la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables".

72. En el ámbito universal, el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos establece que "a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad." Por su parte, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) entiende el derecho a la salud como el derecho "a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad".

73. Adicionalmente, el derecho a la salud se reconoce en el artículo 5 apartado e) de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial; el artículo 12.1 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; el artículo 24.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño; el artículo 28 de la Convención sobre la Protección de los Trabajadores Migratorios y sus Familiares, y el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Este derecho también se encuentra plasmado en varios instrumentos regionales de derechos humanos, como en el artículo 17 de la Carta Social de las Américas; el artículo 11 de la Carta Social Europea de 1961, en su forma revisada; el artículo 16 de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, y recientemente en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Además, el derecho a la salud ha sido reconocido en la sección II, apartado 41, de la Declaración y Programa de Acción de Viena, y en otros instrumentos y decisiones internacionales.

74. Asimismo, el derecho a la salud está reconocido a nivel constitucional en Argentina, en su artículo 42 de la Constitución Política.

75. Además, la Corte observa un amplio consenso regional en la consolidación del derecho a la salud, el cual se encuentra reconocido explícitamente en diversas constituciones y leyes internas de los Estados de la región, entre ellas: Barbados, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam, Uruguay y Venezuela.

Estándares sobre el derecho a la salud aplicables a personas con tuberculosis

79. En relación con lo anterior, el tratamiento médico que debe ser garantizado a personas con tuberculosis, la Corte considera que las Normas Internacionales para la Asistencia Antituberculosa promulgadas por la Coalición Antituberculosa para la Asistencia Técnica (en adelante "NIAA") constituyen una referencia autorizada para aclarar algunas obligaciones internacionales del Estado en la materia. En lo general, dichas normas establecen que los principios básicos de la asistencia de las personas con tuberculosis son los mismos en todo el mundo: a) se debe establecer un diagnóstico con prontitud y exactitud, y b) se han de utilizar pautas de tratamiento normalizadas, de eficacia comprobada, con apoyo y supervisión del tratamiento adecuados, y deben asumirse las responsabilidades de salud pública esenciales. En particular, las NIAA señalan que una respuesta eficaz a la tuberculosis requiere una serie de acciones para el diagnóstico, el tratamiento y las responsabilidades de salud pública.

80. En primer lugar, el diagnóstico adecuado requiere hacer una evaluación de la tuberculosis en todas las personas que presenten tos productiva inexplicable durante dos o tres semanas. En segundo lugar, el tratamiento de la tuberculosis requiere que todos los pacientes (incluidos aquellos que viven con el VIH) que no hayan sido tratados anteriormente reciban una pauta de tratamiento de primera línea internacionalmente aceptada en la que se empleen fármacos de biodisponibilidad conocida. Las dosis de los fármacos antituberculosos utilizados se deberán ajustar a las recomendaciones internacionales. Asimismo, se deberá vigilar a todos los pacientes para detectar la respuesta al tratamiento. En tercer lugar, en relación con las responsabilidades de salud pública, todos los proveedores de atención a los pacientes tuberculosos deben comprobar que las personas (especialmente los niños menores de 5 años y las personas con infección por el VIH) que estén en estrecho contacto con pacientes que tengan tuberculosis infecciosa sean evaluadas y tratadas de acuerdo con las recomendaciones internacionales.

81. Tal y como lo ha reiterado en su jurisprudencia reciente, la Corte considera que la naturaleza y alcance de las obligaciones que derivan de la protección del derecho a la salud incluyen aspectos que tienen una exigibilidad inmediata, así como aspectos que tienen un carácter progresivo. Al respecto, la Corte recuerda que, en relación con las primeras (obligaciones de exigibilidad inmediata), los Estados deberán adoptar medidas eficaces a fin de garantizar el acceso sin discriminación a las prestaciones reconocidas para el derecho a la salud, garantizar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, y en general avanzar hacia la plena efectividad de los DESCA. Respecto a las segundas (obligaciones de carácter progresivo), la realización progresiva significa que los Estados partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena efectividad de dicho derecho, en la medida de sus recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados. Asimismo, se impone la obligación de no regresividad frente a la realización de los derechos alcanzados. En virtud de lo anterior, las obligaciones convencionales de respeto y garantía, así como de adopción de medidas de derecho interno (artículos 1.1 y 2), resultan fundamentales para alcanzar su efectividad.

Corte IDH. Caso Vera Rojas y otros Vs. Chile. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de octubre de 2021. Serie C No. 439.

100. En relación con lo anterior, el Tribunal recuerda que la obligación general de protección a la salud se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Este

derecho abarca la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en cada Estado. El cumplimiento de la obligación del Estado de respetar y garantizar este derecho deberá dar especial cuidado a los grupos vulnerables y marginados, y deberá realizarse de conformidad con los recursos disponibles de manera progresiva y de la legislación nacional aplicable.

[...]

135. […], este Tribunal concluye que el Estado incumplió con su deber de regulación de los servicios de salud a través de la disposición de la Circular No. 7 de 1 de julio de 2005 y, por ende, sus obligaciones de protección de los derechos. Esta disposición permitió la exclusión de la cobertura del RHD de Martina Vera mediante la decisión de la Isapre MasVida, la cual era necesaria para su adecuado tratamiento médico, más aun considerando su condición de niña con discapacidad. La decisión de la aseguradora privada, resultado del incumplimiento del deber de regulación del Estado, puso en riesgo los derechos a la vida, la vida digna, la integridad personal, la niñez, la salud y la seguridad social, en relación con la obligación de garantizar los derechos sin discriminación y el deber de adoptar disposiciones de derecho interno, en perjuicio de Martina Vera, protegidos por los artículos 4, 5, 19 y 26 de la Convención Americana, en relación con los artículos 1.1 y 2 del mismo instrumento. Asimismo, la existencia de dicha norma constituyó un incumplimiento de las obligaciones de desarrollo progresivo del Estado en términos del artículo 26 de la Convención Americana.

Corte IDH. Caso Valencia Campos y otros Vs. Bolivia. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 18 de octubre de 2022. Serie C No. 469.[7]

233. La Corte, además, ha señalado que los derechos a la vida y a la integridad se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana, y que la falta de atención médica adecuada puede también conllevar la vulneración de los artículos 5.1 y 4 de la Convención.

234. La obligación general de protección a la salud se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Este derecho abarca la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en cada Estado. El cumplimiento de la obligación estatal de respetar y garantizar este derecho deberá dar especial cuidado a los grupos vulnerables y marginados, y deberá realizarse de conformidad con los recursos disponibles de manera progresiva y de la legislación nacional aplicable.

235. Tal y como lo ha reiterado en su jurisprudencia reciente, la Corte considera que la naturaleza y alcance de las obligaciones que derivan de la protección del derecho a la salud incluyen aspectos que tienen una exigibilidad inmediata, así como aspectos que tienen un carácter progresivo. Al respecto, la Corte recuerda que, en relación con las primeras (obligaciones de exigibilidad inmediata), los Estados deberán adoptar medidas

---

7 El caso se relaciona con la responsabilidad internacional del Estado por la violación a distintos derechos humanos a raíz del allanamiento y detención de las víctimas del caso. La Corte determinó que el Estado violó, entre otros, los derechos a la integridad personal, libertad personal, vida privada, propiedad, garantías judiciales y protección judicial. Puede consultar el resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_469_esp.pdf

eficaces a fin de garantizar el acceso sin discriminación a las prestaciones reconocidas para el derecho a la salud, garantizar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, y en general avanzar hacia la plena efectividad de los DESCA. Respecto a las segundas (obligaciones de carácter progresivo), la realización progresiva significa que los Estados parte tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena efectividad de dicho derecho, en la medida de sus recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados. Asimismo, se impone la obligación de no regresividad frente a la realización de los derechos alcanzados. En virtud de lo anterior, las obligaciones convencionales de respeto y garantía, así como de adopción de medidas de derecho interno (artículos 1.1 y 2), resultan fundamentales para alcanzar su efectividad.

Corte IDH. Caso Habitantes de La Oroya Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 2023. Serie C No. 511.[8]

133. […], la Corte ha señalado que la salud constituye un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Asimismo, la Corte ha señalado que la salud requiere de ciertas precondiciones necesarias para una vida saludable, por lo que se relaciona directamente con el acceso a la alimentación y al agua. Por tanto, la contaminación ambiental, en tanto puede afectar el suelo, agua y aire, lo que a su vez puede alterar gravemente las precondiciones de la salud humana, puede ser la causa de afectaciones al derecho a la salud. De esta forma, la garantía del derecho a la salud incluye la protección contra daños graves al medio ambiente. Sobre este último punto, el Comité DESC ha señalado que la obligación de respetar el derecho a la salud implica que los Estados deben abstenerse "de contaminar ilegalmente la atmósfera, el agua y la tierra, por ejemplo, mediante los desechos industriales de las instalaciones propiedad del Estado, utilizar o ensayar armas nucleares, biológicas o químicas si, como resultado de esos ensayos, se liberan sustancias nocivas para la salud del ser humano".

134. Adicionalmente, el Tribunal recuerda que la obligación general de protección a la salud se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Este derecho abarca la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en cada Estado. El cumplimiento de la obligación del Estado de respetar y garantizar este derecho deberá dar especial cuidado a los grupos vulnerables y marginados, y deberá realizarse de conformidad con los recursos disponibles de manera progresiva y de la legislación nacional aplicable.

---

8 El caso se relaciona con la responsabilidad internacional del Estado por las violaciones a los derechos humanos de 80 habitantes de La Oroya. Las violaciones fueron consecuencia de la contaminación del aire, agua y suelo producida por las actividades minero-metalúrgicas en el Complejo Metalúrgico de La Oroya (en adelante también "el CMLO"), y por el incumplimiento del Estado de regular y fiscalizar las actividades del CMLO. Estas acciones y omisiones vulneraron los derechos al medio ambiente sano, la salud, la vida y la integridad personal de las víctimas. En el mismo sentido, concluyó que el Estado incumplió con su obligación de desarrollo progresivo respecto del derecho al medio ambiente sano como resultado de la modificación regresiva de los estándares de calidad del aire. La Corte determinó que el Estado violó, entre otros, los derechos a la vida, integridad personal, acceso a la información, derechos políticos, salud, garantías judiciales y protección judicial. Puede consultar el resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_511_esp.pdf

Corte IDH. Caso Beatriz y otros Vs. El Salvador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2024. Serie C No. 549.[9]

121. La Corte ha considerado, además, que los derechos a la vida y a la integridad se encuentran directa e inmediatamente vinculados con la atención en salud humana, y que la falta de atención médica adecuada puede conllevar la violación de los artículos 4.1 y 5.1 de la Convención.

122. Asimismo, la Corte ha señalado que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos. Así, todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente, entendida la salud, no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también a un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral.

123. Este Tribunal también ha señalado que con respecto al derecho a la salud existen dos tipos de obligaciones que derivan de dichas normas: aquellas de exigibilidad inmediata y aquellas de carácter progresivo. Respecto a las segundas, la Corte considera que el desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales no podrá lograrse en un breve periodo de tiempo y que, en esa medida, "requiere un dispositivo de flexibilidad necesaria que refleje las realidades del mundo y las dificultades que implica para cada país el asegurar dicha efectividad". Dadas las particularidades del caso, el Tribunal no estima oportuno entrar a un análisis del derecho a la salud desde una perspectiva de su desarrollo progresivo, por lo que centrará su análisis en los alegatos sobre las obligaciones de exigibilidad inmediata. (**En similar sentido, ver entre otros: *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 104**)

124. La obligación general de protección a la salud se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, de garantizar una prestación médica de calidad y eficaz, y de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Este derecho abarca también la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuya aplicación dependerá de las condiciones de cada Estado. El cumplimiento de la obligación del Estado de respetar y garantizar este derecho debe dar especial cuidado a los grupos vulnerables y marginalizados.

[9] El caso trata sobre la responsabilidad internacional del Estado por el incumplimiento con su deber de debida diligencia en la garantía de los derechos al acceso a recursos judiciales efectivos, a la integridad personal, a la salud y la vida privada de una mujer que transitó un embarazo con riesgos múltiples en una situación de violencia obstétrica generada por la inseguridad jurídica sobre la legalidad de la actuación del personal médico involucrado en su caso. La Corte en su sentencia estableció la violación, entre otros, del derecho a la integridad, a la vida privada, a la salud y el derecho al acceso a la justicia. Puede consultar el resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_549_esp.pdf

Restricción de derechos y salud pública

Corte IDH. Caso Tavares Pereira y otros Vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2023. Serie C No. 507.[10]

93. De hecho –por sus características propias y dependiendo de su masividad— las manifestaciones pueden causar trastornos previsibles al ejercicio cotidiano de la libertad de circulación de otras personas que escogen no manifestarse y que buscan acceder a la educación, el trabajo, la salud, la protección de la familia, etc. y otros bienes públicos y privados que merecen la protección estatal. En principio, dichos trastornos deben ser tolerados, a menos que impongan una carga desproporcionada sobre el resto de la población.

94. En estos casos, pueden imponerse restricciones al ejercicio del derecho a manifestarse, basadas en una ponderación entre los derechos que, en un determinado caso concreto, estén en conflicto, y exponiendo de manera detallada los motivos. Cabe subrayar que las restricciones nunca deben estar dirigidas en forma específica a determinadas categorías de manifestantes por razón de nacionalidad, raza, origen étnico, edad, orientación sexual, identidad de género u opinión política.

95. El Estado puede imponer ciertas limitaciones a reuniones pacíficas con el propósito de proteger a la salud pública cuando, por ejemplo, la situación sanitaria durante la reunión presenta un riesgo para la salud de la población o de los propios participantes.

10 Este caso trata sobre el uso desproporcionado de la fuerza empleada por la Policía Militar el 2 de mayo de 2000 contra Antônio Tavares Pereira y otros trabajadores rurales que buscaban manifestarse públicamente, con la consecuente violación de sus derechos a la vida, a la integridad personal, a la libertad de pensamiento y de expresión, de reunión, de la niñez y de circulación. La Corte estableció que el Estado violó, entre otros, los derechos a la libertad de expresión, reunión, protección judicial y garantías judiciales. Se puede consultar los detalles de la sentencia en el siguiente enlace:
https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_507_esp.pdf

III. DERECHOS CONVENCIONALES EN CONEXIÓN CON DERECHO A LA SALUD

En el siguiente apartado se recogen los extractos de la jurisprudencia de la Corte IDH en que el Tribunal ha relacionado el derecho a la salud con distintos derechos convencionales. A fin de clarificar los argumentos de la Corte, se amplía la síntesis para no solo reseñar el estándar, sino que también se deja constancia de los argumentos para llegar a dichos estándares.

Salud y prohibición de discriminación

Portadores de VIH y discriminación

Corte IDH. Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298.

192. En el presente caso se alega, entre otros aspectos relacionados con la asistencia sanitaria, que Talía en diversos momentos no ha recibido atención oportuna y adecuada, ni un tratamiento pertinente y que ha tenido algunos obstáculos para el acceso a medicamentos.

193. Al respecto, la Corte nota que el Protocolo de San Salvador establece que entre las medidas para garantizar el derecho a la salud, los Estados deben impulsar "la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas"; "la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole", y "la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables". Obligaciones similares establece el artículo 12(2) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En este marco de obligaciones se insertan diversos deberes en relación con el acceso a medicamentos. De acuerdo con la Observación General No. 14, el derecho al más alto nivel posible de salud genera algunas obligaciones básicas y mínimas, que incluyen "[f]acilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS".

194. El acceso a medicamentos forma parte indispensable del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. En particular, el Consejo de Derechos Humanos y la antigua Comisión de Derechos Humanos han emitido resoluciones que reconocen que "el acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las de VIH/SIDA, tuberculosis y paludismo es uno de los elementos fundamentales para alcanzar gradualmente el ejercicio pleno del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".

195. Al respecto, la Corte considera que las *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos* de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (en adelante "OACNUDH") y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (en adelante "ONUSIDA") constituyen una referencia autorizada para aclarar algunas obligaciones internacionales del Estado en esta materia. La Sexta Directriz, revisada en 2002, señala que:

> Los Estados deberían adoptar medidas de políticas que regulen los bienes, servicios e información relacionados con el VIH, de modo que haya suficientes medidas y servicios de prevención, adecuada información para la prevención y

> atención de los casos de VIH y medicación inocua y eficaz a precios asequibles. Los Estados deberían tomar también las medidas necesarias para asegurar a todas las personas, sobre una base sostenida e igualitaria, el suministro de y la accesibilidad a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH/SIDA, incluidos la terapia antirretrovírica y otros medicamentos, pruebas diagnósticas y tecnologías relacionadas seguras y eficaces para la atención preventiva, curativa y paliativa del VIH, de las infecciones oportunistas y de las enfermedades conexas. […].

196. Esta Sexta Directriz ha sido interpretada por la OACNUDH y ONUSIDA en el sentido de que una respuesta eficaz al VIH requiere un enfoque integral que comprende una secuencia continua de prevención, tratamiento, atención y apoyo:

> La prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo son elementos que se refuerzan mutuamente y una secuencia continua para una respuesta eficaz al VIH. Deben integrase en un enfoque amplio y es necesaria una respuesta polifacética. El tratamiento, atención y apoyo integrales incluyen fármacos antirretrovíricos y otros medicamentos; pruebas diagnósticas y otras tecnologías relacionadas para la atención del VIH y el SIDA, de las infecciones oportunistas y de otras enfermedades; buena alimentación y apoyo social, espiritual y psicológico, así como atención familiar, comunitaria y domiciliaria. Las tecnologías de prevención del VIH abarcan los preservativos, lubricantes, material de inyección estéril, fármacos antirretrovíricos (por ej., para revenir la transmisión materno infantil o como profilaxis posexposición) y, una vez desarrollados, microbicidas y vacunas seguros y eficaces. El acceso universal, basado en los principios de los derechos humanos, requiere que todos estos bienes, servicios e información no sólo estén disponibles y sean aceptables y de buena calidad, sino también que estén al alcance físico de todos y sean asequibles para todos.

197. La Corte observa que estos estándares resaltan que el acceso a los fármacos antirretrovíricos es solo uno de los elementos de una respuesta eficaz para las personas que viven con VIH. En este sentido las personas que viven con VIH requieren un enfoque integral que comprende una secuencia continua de prevención, tratamiento, atención y apoyo. Una respuesta limitada al acceso a fármacos antirretrovíricos y otros medicamentos no cumple con las obligaciones de prevención, tratamiento, atención y apoyo derivadas del derecho al más alto nivel posible de salud. Estos aspectos sobre la calidad de la salud se relacionan con la obligación estatal de "crea[r] entornos seguros, especialmente a las niñas, ampliando servicios de buena calidad que ofrezcan información, educación sobre salud y asesoramiento de forma apropiada para los jóvenes, reforzando los programas de salud sexual y salud reproductiva y haciendo participar, en la medida de lo posible, a las familias y los jóvenes en la planificación, ejecución y evaluación de programas de atención y prevención del VIH y el SIDA".

198. Otro aspecto relevante en materia de derecho a la salud y asistencia sanitaria lo constituye el acceso a información sobre los escenarios que permitan sobrellevar en mejor forma la enfermedad. Al respecto, el Comité de los Derechos del Niño en la Observación General No. 3 relativa al VIH/SIDA y los Derechos del Niño, ha reiterado la necesidad que los niños:

> [n]o sufr[an] discriminación respecto del acceso a la información sobre el VIH, porque el asesoramiento y las pruebas de detección se lleven a cabo de manera voluntaria, porque el niño tenga conocimiento de su estado serológico con respecto al VIH, tenga acceso a servicios confidenciales de salud reproductiva y, gratuitamente o a bajo coste, a métodos o servicios anticonceptivos, así como a recibir, cuando sea necesario, cuidados o tratamientos en relación con el VIH, incluida la prevención y el tratamiento de problemas de salud relacionados con el VIH/SIDA.

199. Finalmente, respecto de los niños con discapacidad […], el Comité de los Derechos del Niño señaló que "[e]l logro del mejor posible estado de salud, así como el acceso y la asequibilidad de la atención de la salud de calidad es un derecho inherente para todos los niños. Los niños con discapacidad muchas veces se quedan al margen de todo ello debido a múltiples problemas, en particular la discriminación, la falta de acceso y la ausencia de información y/o recursos financieros, el transporte, la distribución geográfica y el acceso físico a los servicios de atención de salud".

205. La Corte concluye que en algunos momentos Talía Gonzales Lluy no ha tenido accesibilidad a un entorno seguro y cálido en relación con su asistencia sanitaria y que en algunos momentos el tipo de atención recibida generó rechazo. Este rechazo ha estado asociado a tensiones con los médicos tratantes en escenarios en los que se le exigió a Talía y su familia atenerse a las reglas de las políticas públicas de atención en temas de VIH. En algunos momentos también han existido problemas específicos de disponibilidad de examen de carga viral y controversias sobre accesibilidad geográfica, debido a los desplazamientos que han tenido que efectuar las presuntas víctimas. Sin embargo, los aspectos anteriores se relacionan con aspectos específicos de la asistencia sanitaria que en diversos momentos concretos generaron problemas pero sin constituir aspectos suficientes para desvirtuar los alcances globales de la asistencia sanitaria durante más de una década. Por otra parte, algunos de los reclamos y denuncias específicas sobre la asistencia sanitaria no han sido objeto de denuncia ante autoridades del Ministerio de Salud, lo cual, a través de indagaciones a nivel interno, hubiera permitido mayor información documental sobre el tipo de restricciones generadas por el Estado y la magnitud de los problemas que las presuntas víctimas alegan haber sufrido en aspectos de accesibilidad y aceptabilidad de la salud. Teniendo en cuenta que no ha sido desvirtuada la información sobre la secuencia global de tratamiento presentada por las peritos Diana Molina y Carmen del Rocío Carrasco […], y tomando como referencia una valoración global de la asistencia sanitaria en estos 17 años de convivencia con la enfermedad, sin detenerse en eventos puntuales en momentos específicos, la Corte considera que la prueba disponible es insuficiente para imputar responsabilidad internacional al Estado por una violación del derecho a la vida y a la integridad personal por la alegada ausencia de disponibilidad y calidad en el servicio prestado.

Situación de vulnerabilidad

216. La Corte destaca la constante situación de vulnerabilidad en que se encontraron Teresa e Iván Lluy al ser discriminados, aislados de la sociedad y estar condiciones económicas precarias. Aunado a lo anterior, el contagio de Talía afectó en gran manera a toda la familia, ya que Teresa e Iván tuvieron que dedicar los mayores esfuerzos físicos, materiales y económicos para procurar la sobrevivencia y vida digna de Talía. Todo lo anterior generó un estado de angustia, incertidumbre e inseguridad permanente en la vida de Talía, Teresa e Iván Lluy.

225. La Corte considera que puede concluirse que los daños y el sufrimiento provocado por el hecho que Iván no pudiera continuar con sus estudios y tuviera que trabajar siendo un adolescente, la pérdida de trabajo y capacidad económica para sostener a su familia por parte de Teresa Lluy, así como la constante discriminación a la que se vieron sometidos, fueron resultado de la negligencia en el procedimiento que ocasionó el contagio de Talía. Aunado a esto, la Corte nota que la familia Lluy no fue orientada y acompañada debidamente para contar con un mejor entorno familiar y superar la precaria situación en la que se encontraban, tampoco recibieron apoyo para superar la discriminación de la que eran objeto en diferentes áreas de su vida.

226. La Corte observa que si bien algunos de los aspectos en los cuales Talía y su familia sufrieron discriminación, no obedecieron a una actuación directa de autoridades estatales, dicha discriminación obedeció al estigma derivado de la condición de Talía como portadora de VIH, y fueron resultado de la falta de acciones tomadas por el Estado para proteger a Talía y a su familia, quienes se encontraban en una situación de vulnerabilidad.

227. La discriminación que sufrió Talía fue resultado del estigma generado por su condición de persona viviendo con VIH y le trajo consecuencias a ella, a su madre y a su hermano. La Corte nota que en el presente caso existieron múltiples diferencias de trato hacia Talía y su familia que se derivaron de la condición de Talía de persona con VIH; esas diferencias de trato configuraron una discriminación que los colocó en una posición de vulnerabilidad que se vio agravada con el paso del tiempo. La discriminación sufrida por la familia se concretó en diversos aspectos como la vivienda, el trabajo y la educación.

228. En el presente caso, a pesar de la situación de particular vulnerabilidad en que se encontraban Talía, Teresa e Iván Lluy, el Estado no tomó las medidas necesarias para garantizarle a ella y a su familia el acceso a sus derechos sin discriminación, por lo que las acciones y omisiones del Estado constituyeron un trato discriminatorio en contra de Talía, de su madre y de su hermano.

229. En atención de lo anterior, la Corte concluye que el Estado es responsable de la violación del derecho a la integridad personal, consagrado en el artículo 5.1 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 de la misma, en perjuicio de Teresa Lluy e Iván Lluy.

Posición económica y discriminación

252. […], la Corte constata que la decisión adoptada a nivel interno tuvo como fundamento principal la situación médica de Talía asociada tanto a la púrpura trombocitopénica idiopática como al VIH; por lo cual este Tribunal concluye que se realizó una diferencia de trato basada en la condición de salud de Talía. Para determinar si dicha diferencia de trato constituyó discriminación, a continuación se analizará la justificación que hizo el Estado para efectuarla, es decir, la alegada protección de la seguridad de los demás niños.

254. Algunos de los principales tratados internacionales de derechos humanos se han interpretado de tal manera que incluyen el VIH como motivo por el cual está prohibida la discriminación. Por ejemplo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prohíbe la discriminación por diversos motivos, incluyendo "cualquier otra condición social", y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha confirmado que el "estado de salud (incluidos el VIH/SIDA)" es un motivo prohibido de discriminación. El Comité de los Derechos del Niño ha llegado a la misma conclusión en relación con el artículo 2 de la Convención sobre los Derechos del Niño y también la antigua Comisión de Derechos Humanos señaló que la discriminación, actual o presunta, contra las personas con VIH/SIDA o con cualquier otra condición médica se encuentra tutelada al interior de otras condiciones sociales presentes en las cláusulas antidiscriminación. Los Relatores Especiales de la ONU sobre el derecho a la salud han adoptado esta postura.

255. En el marco de este *corpus iuris* en la materia, la Corte considera que el VIH es un motivo por el cual está prohibida la discriminación en el marco del término "otra condición social" establecido en el artículo 1.1 de la Convención Americana. En esta

protección contra la discriminación bajo "otra condición social" se encuentra asimismo la condición de persona con VIH como aspecto potencialmente generador de discapacidad en aquellos casos donde, además de las afectaciones orgánicas emanadas del VIH, existan barreras económicas, sociales o de otra índole derivadas del VIH que afecten su desarrollo y participación en la sociedad […].

256. La Corte resalta que el efecto jurídico directo de que una condición o característica de una persona se enmarque dentro de las categorías del artículo 1.1 de la Convención es que el escrutinio judicial debe ser más estricto al valorar diferencias de trato basadas en dichas categorías. La capacidad de diferenciación de las autoridades con base en esos criterios sospechosos se encuentra limitada, y solo en casos en donde las autoridades demuestren que se está en presencia de necesidades imperiosas, y que recurrir a esa diferenciación es el único método para alcanzar esa necesidad imperiosa, podría eventualmente admitirse el uso de esa categoría. Como ejemplo del juicio estricto de igualdad se pueden señalar algunas decisiones adoptadas por la Corte Suprema de Justicia de Estados Unidos, la Corte Constitucional de Colombia, la Corte Suprema de Argentina y la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica.

257. En este marco, la Corte resalta que tratándose de la prohibición de discriminación por una de las categorías protegidas contempladas en el artículo 1.1 de la Convención, la eventual restricción de un derecho exige una fundamentación rigurosa y de mucho peso, lo cual implica que las razones utilizadas por el Estado para realizar la diferenciación de trato deben ser particularmente serias y estar sustentadas en una argumentación exhaustiva. Además, se invierte la carga de la prueba, lo que significa que corresponde a la autoridad demostrar que su decisión no tenía un propósito ni un efecto discriminatorio. En el presente caso, ante la comprobación de que el trato diferenciado hacia Talía estaba basado en una de las categorías prohibidas, el Estado tenía la obligación de demostrar que la decisión de retirar a Talía no tenía una finalidad o efecto discriminatorio. Para examinar la justificación esgrimida por el Estado, la Corte utilizará entonces, en el marco del juicio estricto de igualdad, el llamando juicio de proporcionalidad, que ya ha sido utilizado en ocasiones anteriores para medir si una limitación a un derecho resulta ser compatible con la Convención Americana.

258. Es por lo anterior que, si se estipula una diferencia de trato en razón de la condición médica o enfermedad, dicha diferencia de trato debe hacerse en base a criterios médicos y la condición real de salud tomando en cuenta cada caso concreto, evaluando los daños o riesgos reales y probados, y no especulativos o imaginarios. Por tanto, no pueden ser admisibles las especulaciones, presunciones, estereotipos o consideraciones generalizadas sobre las personas con VIH/SIDA o cualquier otro tipo de enfermedad, aun si estos prejuicios se escudan en razones aparentemente legítimas como la protección del derecho a la vida o la salud pública.

260. Como se observa, el examen sobre si una niña o niño con VIH, por su condición hematológica, debe ser o no retirado de un plantel educativo, debe hacerse de manera estricta y rigurosa a fin de que dicha diferenciación no se considere una discriminación. Es responsabilidad del Estado determinar que efectivamente exista una causa razonable y objetiva para haber hecho la distinción. En ese orden de ideas, para establecer si una diferencia de trato se fundamentó en una categoría sospechosa y determinar si constituyó discriminación, es necesario analizar los argumentos expuestos por las autoridades nacionales, sus conductas, el lenguaje utilizado y el contexto en que se produjo la decisión.

262. En el presente caso la Corte observa que Talía asistía normalmente a la escuela hasta el momento en que su profesora se enteró de su condición de niña con VIH. Las

autoridades del colegio: su profesora, el director de la escuela y el Subsecretario de Educación, en lugar de darle una atención especializada dada su condición de vulnerabilidad, asumieron el caso como un riesgo para los otros niños y la suspendieron para luego expulsarla. Al respecto, el interés superior de los niños y niñas, tanto de Talía como de sus compañeros de clase, exigía adaptabilidad del entorno educativo a su condición de niña con VIH. Tal como se ha mencionado […] para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "la educación ha de tener la flexibilidad necesaria para adaptarse a las necesidades de sociedades y comunidades en transformación y responder a las necesidades de los alumnos en contextos culturales y sociales variados". Por su parte, el Comité de los Derechos del Niño, en su Observación General No. 1 sobre los Propósitos de la Educación, ha señalado que "los métodos pedagógicos deben adaptarse a las distintas necesidades de los distintos niños".

263. La Corte observa que las autoridades educativas no tomaron medidas para combatir los prejuicios en torno a la enfermedad de Talía. En lo relativo al derecho a disponer de información oportuna y libre prejuicios, la antigua Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas indicó la necesidad que los Estados tomen las medidas necesarias de educación, capacitación y programas mediáticos a fin de evitar la discriminación, el prejuicio y el estigma en todos los ámbitos contra las personas que padecen VIH/SIDA.

264. Igualmente, la Corte resalta que la protección de intereses imperiosos o importantes como la integridad personal de personas por supuestos riesgos por la situación de salud de otras personas, se debe hacer a partir de la evaluación específica y concreta de dicha situación de salud y los riesgos reales y probados, y no especulativos o imaginarios que podrían generar. Ya ha sido mencionado […] que no pueden ser admisibles las especulaciones, presunciones o estereotipos sobre los riesgos de ciertas enfermedades, particularmente cuando reproducen el estigma en torno a las mismas.

265. En conclusión, la Corte Interamericana observa que al ser, en abstracto, el "interés colectivo" y la "integridad y vida" de las niñas y niños un fin legítimo, la sola referencia al mismo sin probar, en concreto, los riesgos o daños que podrían conllevar la situación de salud de una niña que comparte el colegio con otros niños, no puede servir de medida idónea para la restricción de un derecho protegido como el de poder ejercer todos los derechos humanos sin discriminación alguna por la condición médica. El interés superior del niño no puede ser utilizado para amparar la discriminación en contra de una niña por su situación de salud.

266. En el caso que ocupa la atención de la Corte, una determinación a partir de presunciones infundadas y estereotipadas sobre los riesgos que puede generar el VIH no es adecuada para garantizar el fin legítimo de proteger el interés superior del niño. La Corte considera que no son admisibles las consideraciones basadas en estereotipos por la situación de salud de las personas, es decir, pre-concepciones de los atributos, conductas o características poseídas por las personas que conviven con cierta enfermedad o el riesgo que dicha enfermedad pueda tener para otras personas. En el presente caso la medida adoptada estuvo relacionada con prejuicios y con el estigma del que son objeto quienes viven con VIH.

267. La restricción al derecho a la educación se establece en virtud de tres razones en la providencia del Tercer Tribunal de lo Contencioso de Cuenca: 1) el diagnóstico de VIH Talía, 2) las hemorragias de Talía como posible fuente de contagio, y 3) el conflicto de intereses entre la vida e integridad de los compañeros de Talía y el derecho a la educación de Talía.

268. Al respecto, la Corte resalta que el objetivo general de proteger la vida e integridad personal de las niñas y los niños que compartían su estancia con Talía en la escuela

constituye, en sí mismo, un fin legítimo y es, además, imperioso. En relación al interés superior del niño, la Corte reitera que este principio regulador de la normativa de los derechos de las niñas y los niños se funda en la dignidad misma del ser humano, en las características propias de los niños y las niñas, y en la necesidad de propiciar el desarrollo de éstos, con pleno aprovechamiento de sus potencialidades. En el mismo sentido, conviene observar que para asegurar, en la mayor medida posible, la prevalencia del interés superior del niño, el preámbulo de la Convención sobre los Derechos del Niño establece que éste requiere "cuidados especiales", y el artículo 19 de la Convención Americana señala que debe recibir "medidas especiales de protección".

269. El tribunal interno fundamentó la decisión en un supuesto conflicto entre bienes jurídicos, a saber, el derecho a la vida de los estudiantes y el derecho a la educación de Talía, tomando como referencia las supuestas hemorragias que tenía Talía. Empero, la determinación del riesgo y por ende la identificación del bien jurídico de vida e integridad de los estudiantes como aquel que debía primar, fue una identificación errónea a partir de presunciones sobre los alcances que podría tener la enfermedad hematológica padecida por Talía, sus síntomas, y su potencial para contagiar a los demás niños y niñas con el virus del VIH.

270. La Corte considera que la valoración de la prueba en relación al presente caso, para efectos de establecer la inminencia del supuesto riesgo, no tuvo en cuenta los aspectos médicos aportados y privilegió, a partir de prejuicios sobre la enfermedad, los testimonios genéricos referidos a las hemorragias. En efecto, la Corte observa que constaba un informe médico que aseguraba que Talía se encontraba en buenas condiciones hematológicas. Asimismo, la institución tuvo conocimiento del diagnóstico de la púrpura trombocitopénica idiopática mediante una entrevista con Teresa Lluy, momento en el cual se precisó que Talía padecía VIH aunque para ese momento fuese una paciente asintomática.

271. En esa línea, en la decisión del juez interno no se evidencia un juicio estricto sobre la necesidad de la medida, en orden a determinar si no existían otras medidas diferentes a las del retiro del centro educativo y el confinamiento a "una instrucción particularizada y a distancia". La argumentación respecto a las pruebas aportadas está guiada en torno a prejuicios sobre el peligro que puede implicar el VIH o la púrpura trombocitopénica idiopática, que no constaban claramente en ninguna de las pruebas aportadas al proceso y que el Tribunal tomó como ciertas al establecer que las afirmaciones sobre estas "no fue[ron] impugnada[s] ni redargüida[s] de falsa[s]". Esta consideración no tenía en cuenta el bajo e ínfimo porcentaje de riesgo de contagio al que aludían tanto las experticias médicas como la profesora que rindió su testimonio en el proceso.

272. Atendiendo a que el criterio utilizado para determinar si Talía constituía un riesgo a la salud de los otros estudiantes de la escuela era su situación de salud, se evidencia que el juez debía tener una carga argumentativa mayor, relativa a la determinación de razones objetivas y razonables que pudiesen generar una restricción al derecho a la educación de Talía. Dichas razones, amparadas en el sustento probatorio obtenido, debían fundamentarse en criterios médicos atendiendo a lo especializado del análisis para establecer el peligro o riesgo supuesto que se cernía sobre los estudiantes de la escuela.

273. La carga que tuvo que asumir Talía como consecuencia del estigma y los estereotipos en torno al VIH la acompañó en diversos momentos. Según las declaraciones de la familia Lluy y de Talía, no controvertidas por el Estado, tenían que ocultar el VIH y la expulsión de la escuela para poder ser aceptados en otras instituciones. Talía estuvo matriculada en el jardín infantil "El Cebollar", la escuela

"Brumel", la escuela "12 de Abril" y "Ángel Polibio Chávez". Según la declaración de Teresa Lluy, "cada vez que se enteraban quienes [e]ra[n], en algunos establecimientos educativos fue relegada [su] hija […] alegando que no podían tener una niña con VIH, pues era un riesgo para todos los otros estudiantes. Tanto los profesores como los padres de familia, [l]os discriminaban, [l]os aislaban, [l]os insultaban".

274. La Corte concluye que el riesgo real y significativo de contagio que pusiese en riesgo la salud de las niñas y niños compañeros de Talía era sumamente reducido. En el marco de un juicio de necesidad y estricta proporcionalidad de la medida, este Tribunal resalta que el medio escogido constituía la alternativa más lesiva y desproporcionada de las disponibles para cumplir con la finalidad de proteger la integridad de los demás niños del colegio. Si bien la sentencia del tribunal interno pretendía la protección de los compañeros de clase de Talía, no se probó que la motivación esgrimida en la decisión fuera adecuada para alcanzar dicho fin. En este sentido, en la valoración de la autoridad interna debía existir suficiente prueba de que las razones que justificaban la diferencia de trato no estaban fundadas en estereotipos y suposiciones. En el presente caso la decisión utilizó argumentos abstractos y estereotipados para fundamentar una decisión que resultó extrema e innecesaria por lo que dichas decisiones constituyen un trato discriminatorio en contra de Talía. Este trato evidencia además que no existió adaptabilidad del entorno educativo a la situación de Talía, a través de medidas de bioseguridad o similares que deben existir en todo establecimiento educativo para la prevención general de la transmisión de enfermedades.

Salud y barreras actitudinales y estigmatizantes

275. De acuerdo con Naciones Unidas la discriminación derivada de ser una persona con VIH no sólo es injusta en sí, sino que crea y mantiene condiciones que conducen a la vulnerabilidad social a la infección por el VIH, en especial a la falta de acceso a un entorno favorable que promueva el cambio de comportamiento de la sociedad y le permita a las personas hacer frente al VIH. En este punto, las Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos de la OACNUDH y ONUSIDA aluden a la promoción de entornos que apoyen y habiliten a las personas con VIH.

284. […], en diversos escenarios del ámbito educativo tanto Talía como su familia fueron objeto de un entorno hostil a la enfermedad. Al respecto, teniendo en cuenta que bajo la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la discapacidad es una manifestación de la inagotable diversidad humana, era obligación de las instituciones educativas proporcionar un entorno educativo que aceptara y celebrara esa diversidad. La Corte considera que la necesidad que tuvo Talía Gonzales Lluy, su familia y algunas de sus profesoras de ocultar el hecho de que Talía vivía con VIH o esconderse para poder acceder y permanecer en el sistema educativo constituyó un desconocimiento al valor de la diversidad humana. El sistema educativo estaba llamado a contribuir a que Talía y su familia pudieran hablar del VIH sin necesidad de ocultarlo, procurando que ella mantuviera la mayor autoestima posible gracias a su entorno y en gran medida a partir de una educación de los demás estudiantes y profesores a la luz de lo que implica la riqueza de la diversidad y la necesidad de salvaguardar el principio de no discriminación en todo ámbito.

Alcance de la discriminación ocurrida en el presente caso

285. La Corte constata que la discriminación contra Talía ha estado asociada a factores como ser mujer, persona con VIH, persona con discapacidad, ser menor de edad, y su estatus socio económico. Estos aspectos la hicieron más vulnerable y agravaron los daños que sufrió.

288. La Corte nota que ciertos grupos de mujeres padecen discriminación a lo largo de su vida con base en más de un factor combinado con su sexo, lo que aumenta su riesgo de sufrir actos de violencia y otras violaciones de sus derechos humanos. En ese sentido, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias ha establecido que "la discriminación basada en la raza, el origen étnico, el origen nacional, la capacidad, la clase socioeconómica, la orientación sexual, la identidad de género, la religión, la cultura, la tradición y otras realidades intensifica a menudo los actos de violencia contra las mujeres". En el caso de las mujeres con VIH/SIDA la perspectiva de género exige entender la convivencia con la enfermedad en el marco de los roles y las expectativas que afectan a la vida de las personas, sus opciones e interacciones (sobre todo en relación a su sexualidad, deseos y comportamientos).

289. En el presente caso, a través de declaraciones no controvertidas por el Estado, se ilustró sobre el impacto que tuvo la situación de pobreza de la familia Lluy en la forma de abordar el VIH de Talía […]. También ha sido explicada la discriminación en el ámbito educativo asociada a la forma como, en forma prejuiciosa y estigmatizante, se consideró a Talía Gonzales Lluy como un riesgo para sus compañeros de colegio, no solo en la época en la que fue expulsada de la escuela "Zoila Aurora Palacios" sino en otros momentos en los que intentó accesar al sistema educativo. Asimismo, en el aspecto laboral, la Corte nota que Teresa Lluy fue despedida de su empleo por el estigma que le representaba tener una hija con VIH; y posteriormente en otros trabajos que intentó realizar también fue despedida debido a la condición de Talía de persona con VIH […].

290. La Corte nota que en el caso de Talía confluyeron en forma interseccional múltiples factores de vulnerabilidad y riesgo de discriminación asociados a su condición de niña, mujer, persona en situación de pobreza y persona con VIH. La discriminación que vivió Talía no sólo fue ocasionada por múltiples factores, sino que derivó en una forma específica de discriminación que resultó de la intersección de dichos factores, es decir, si alguno de dichos factores no hubiese existido, la discriminación habría tenido una naturaleza diferente. En efecto, la pobreza impactó en el acceso inicial a una atención en salud que no fue de calidad y que, por el contrario, generó el contagio con VIH. La situación de pobreza impactó también en las dificultades para encontrar un mejor acceso al sistema educativo y tener una vivienda digna. Posteriormente, siendo una niña con VIH, los obstáculos que sufrió Talía en el acceso a la educación tuvieron un impacto negativo para su desarrollo integral, que es también un impacto diferenciado teniendo en cuenta el rol de la educación para superar los estereotipos de género. Como niña con VIH necesitaba mayor apoyo del Estado para impulsar su proyecto vida. Como mujer, Talía ha señalado los dilemas que siente en torno a la maternidad futura y su interacción en relaciones de pareja, y ha hecho visible que no ha contado con consejería adecuada. En suma, el caso de Talía ilustra que la estigmatización relacionada con el VIH no impacta en forma homogénea a todas las personas y que resultan más graves los impactos en los grupos que de por sí son marginados.

291. Teniendo en cuenta todo lo anterior, este Tribunal concluye que Talía Gonzales Lluy sufrió una discriminación derivada de su condición de persona con VIH, niña, mujer, y viviendo en condición de pobreza. Por todo lo anterior, la Corte considera que el Estado ecuatoriano violó el derecho a la educación contenido en el artículo 13 del Protocolo de

San Salvador, en relación con los artículos 19 y 1.1 de la Convención Americana en perjuicio de Talía Gonzales Lluy.

Corte IDH. Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de agosto de 2018. Serie C No. 359.

131. De esta forma, la obligación de los Estados en el respeto y garantía del derecho a la salud adquiere una dimensión especial en materia de protección a personas en situación de vulnerabilidad. La Corte reconoce que las personas que viven en una situación de pobreza a menudo tienen un acceso inequitativo a los servicios e información en materia de salud, lo que los expone a un mayor riesgo de infección y de recibir una atención médica inadecuada o incompleta. El Tribunal también advierte la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran mujeres que viven con el VIH, sobre todo aquellas que se encuentran en edad reproductiva.

132. Por otro lado, el Tribunal ha señalado que la extrema pobreza y la falta adecuada de atención médica a mujeres en estado de embarazo o post-embarazo son causas de alta mortalidad y morbilidad materna, por lo que los Estados deben brindar políticas de salud adecuadas que permitan ofrecer asistencia con personal entrenado adecuadamente para la atención de los nacimientos, políticas de prevención de la mortalidad materna a través de controles pre-natales y post-parto adecuados, e instrumentos legales y administrativos en políticas de salud que permitan documentar adecuadamente los casos de mortalidad materna. Asimismo, la Corte ha reconocido que, en virtud del artículo 19 de la Convención, el Estado debe asumir una posición especial de garante con mayor cuidado y responsabilidad, y debe tomar medidas especiales orientadas en el principio del interés superior del niño.

Discriminación estructural e interseccional

Corte IDH. Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. Sentencia de 31 de agosto de 2021. Serie C No. 432.[11]

107. En este sentido, el Tribunal advierte que las víctimas se encontraban inmersas en patrones de discriminación estructural e interseccional, pues eran personas pertenecientes a un pueblo indígena y se encontraban en una situación de pobreza, una de ellas era un niño, algunas de ellas adquirieron discapacidades y no recibieron tratamiento médico, y no contaban con ninguna otra alternativa económica más que aceptar un trabajo peligroso que ponía en riesgo su salud, su integridad personal y su vida. La confluencia de estos factores hizo posible que una actividad riesgosa, como lo es la pesca submarina que implica grandes riesgos [...], haya podido realizarse sin una efectiva implementación de la regulación en la zona de la Moskitia, y que las víctimas del caso se hayan visto compelidos a trabajar allí en condiciones insalubres, y sin protección de seguridad social. En ese sentido, es necesario destacar que el hecho de que las víctimas pertenecieran a un grupo en especial situación de vulnerabilidad acentuaba los deberes de respeto y garantía a cargo del Estado. Sin embargo, el Estado no adoptó medidas orientadas a garantizar el ejercicio de sus derechos sin

[11] El caso trata sobre la responsabilidad internacional del Estado por diversos actos y omisiones en perjuicio de 42 miskitos que sufrieron accidentes de buceo mientras trabajaban para empresas privadas, y por la violación al derecho a la integridad personal en perjuicio de sus familiares. La Corte en su sentencia estableció la violación, entre otros, del derecho a la vida, integridad, progresividad de los derechos (seguridad social y salud), garantías judiciales y protección judicial. Se puede consultar un resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_432_esp.pdf

discriminación, y la intersección de desventajas comparativas hizo que la experiencia de victimización en este caso fuese agravada.

110. En suma, la Corte encuentra que el origen étnico de las víctimas del caso y los factores interseccionales de discriminación ya mencionados agravaron la condición de vulnerabilidad de las víctimas, lo que: a) facilitó la operación de la de pesca submarina sin fiscalización de la actividad peligrosa, de las condiciones de higiene y seguridad en el trabajo, o de la seguridad social, por parte del Estado; b) llevó a las víctimas a aceptar un trabajo que ponía en riesgo su vida e integridad personal; c) no les permitió el acceso a servicios de salud para la atención inmediata o para el tratamiento de rehabilitación. Además, el Estado no adoptó medidas dirigidas a garantizar la igualdad material en el derecho al trabajo respecto de un grupo de personas en situación de marginación y discriminación. Esta situación implica que no se garantizaron los derechos analizados en el presente caso sin discriminación, así como el derecho a la igualdad previsto en el artículo 24 de la Convención.

Derecho a la vida

Condiciones de vida

Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 17 de junio de 2005. Serie C No. 125.[12]

167. Las afectaciones especiales del derecho a la salud, e íntimamente vinculadas con él, las del derecho a la alimentación y el acceso al agua limpia impactan de manera aguda el derecho a una existencia digna y las condiciones básicas para el ejercicio de otros derechos humanos, como el derecho a la educación o el derecho a la identidad cultural. En el caso de los pueblos indígenas el acceso a sus tierras ancestrales y al uso y disfrute de los recursos naturales que en ellas se encuentran están directamente vinculados con la obtención de alimento y el acceso a agua limpia. Al respecto, el citado Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha destacado la especial vulnerabilidad de muchos grupos de pueblos indígenas cuyo acceso a las tierras ancestrales puede verse amenazado y, por lo tanto, su posibilidad de acceder a medios para obtener alimento y agua limpia.

169. La Corte reconoce y valora positivamente las iniciativas tomadas por el Paraguay para proporcionar alimento, atención médico-sanitaria y materiales educativos a los miembros de la Comunidad Yakye Axa […], sin embargo, considera que estas medidas no han sido suficientes ni adecuadas para revertir su situación de vulnerabilidad, dada la particular gravedad del presente caso.

175. En lo que se refiere a la especial consideración que merecen las personas de edad avanzada, es importante que el Estado adopte medidas destinadas a mantener su funcionalidad y autonomía, garantizando el derecho a una alimentación adecuada acceso a agua limpia y a atención de salud. En particular, el Estado debe atender a los ancianos con enfermedades crónicas y en fase terminal, ahorrándoles sufrimientos evitables. En

[12] El caso se refiere a la responsabilidad internacional del Estado por no haber garantizado el derecho de propiedad ancestral de la Comunidad Yakye Axa, lo cual generó numerosas afectaciones a sus miembros. La Corte en su sentencia estableció la violación, entre otros, del derecho a la vida, integridad, libertad personal, garantías judiciales, derechos del niño, derecho a la propiedad privada y protección judicial. Se puede revisar un detalle del caso en el siguiente enlace:
https://www.corteidh.or.cr/ver_ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=258&lang=es

este caso, se debe tomar en consideración que en la Comunidad indígena Yakye Axa la transmisión oral de la cultura a las nuevas generaciones está a cargo principalmente de los ancianos […].

176. En consecuencia con lo dicho anteriormente, la Corte declara que el Estado violó el artículo 4.1 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 de la misma, en perjuicio de los miembros de la Comunidad Yakye Axa, por no adoptar medidas frente a las condiciones que afectaron sus posibilidades de tener una vida digna.

Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaxa Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de marzo de 2006. Serie C No. 146.[13]

167. En cuanto a las medidas preventivas, la Corte nota que en el Paraguay la legislación interna […] otorga el derecho a los indígenas de ser atendidos gratuitamente en los centros de salud públicos y están exonerados de la totalidad de los gastos relacionados a estudios y otros procedimientos médicos en el Hospital Nacional de Itaugua y en todos los centros de atención médica del país dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social […]. Igualmente, la Corte reconoce y valora la iniciativa promovida por el Paraguay con la adopción del Decreto Presidencial No. 3789 […], para la entrega de cierta cantidad de alimento, atención médico-sanitaria y materiales educativos a dicha Comunidad. Sin embargo, considera, como lo ha hecho en otras ocasiones, que la legislación por sí sola no es suficiente para garantizar la plena efectividad de los derechos protegidos por la Convención, sino que comporta la necesidad de una conducta gubernamental que asegure la existencia, en la realidad, de una eficaz garantía del libre y pleno ejercicio de los derechos humanos.

168. En el presente caso, junto con la carencia de tierra, la vida de los miembros de la Comunidad Sawhoyamaxa se caracteriza por el desempleo, el analfabetismo, las tasas de morbilidad por enfermedades evitables, la desnutrición, las precarias condiciones de su vivienda y entorno, las limitaciones de acceso y uso de los servicios de salud y agua potable, así como la marginalización por causas económicas, geográficas y culturales […].

171. Como ha sido demostrado en el capítulo de Hechos Probados […], la mayoría de los fallecidos en la Comunidad corresponde a niños y niñas menores de tres años de edad, cuyas causas de muerte varían entre enterocolitis, deshidratación, caquexia, tétanos, sarampión y enfermedades respiratorias como neumonía y bronquitis; todas enfermedades razonablemente previsibles, evitables y tratables a bajo costo.

172. Las enfermedades de Rosana López […], Esteban González […], NN Yegros […], Guido Ruiz Díaz […], Luis Torres Chávez […], Francisca Brítez […] y Diego Andrés Ayala […] no fueron tratadas. Tales personas simplemente fallecieron en la Comunidad. El Estado no ha controvertido específicamente estos hechos y no ha presentado ninguna evidencia que demuestre lo contrario, pese a los requerimientos del Tribunal […]. Consecuentemente, esta Corte encuentra que dichas muertes son atribuibles a la falta de prevención adecuada y adopción de suficientes medidas positivas por parte del Estado, el que estaba al tanto de la situación de la Comunidad y era razonable esperar

[13] El caso se refiere a la responsabilidad internacional del Estado por no haber garantizado el derecho de propiedad ancestral de la Comunidad Sawhoyamaxa, lo cual generó numerosas afectaciones a sus miembros. La Corte en su sentencia estableció la violación, entre otros, del derecho a la vida, reconocimiento de la personalidad jurídica, garantías judiciales, protección judicial y propiedad privada. Se puede revisar un detalle del caso en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/ver_ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=327&lang=es

que actuara. No ocurre los mismo en el caso del niño NN Torres […], quien padecía de discracia sanguínea y cuya muerte no es posible atribuir al Estado.

173. La Corte no acepta el argumento estatal referente a la responsabilidad compartida que tenían los enfermos de concurrir a los centros asistenciales para recibir tratamiento, y los líderes de la Comunidad de llevarlos a tales centros o comunicar la situación a las autoridades sanitarias. A partir de la emisión del Decreto de emergencia correspondía al INDI y a los Ministerios del Interior y de Salud Pública y Bienestar Social adoptar "las acciones que correspondan para la inmediata provisión de atención médica y alimentaria a las familias integrantes de [la Comunidad Sawhoyamaxa], durante el tiempo que duren los trámites judiciales referente a la legislación de las tierras reclamadas como parte de [su] hábitat tradicional" […]. Con ello, los bienes y servicios de salud específicamente dejaron de depender de la capacidad adquisitiva individual de las presuntas víctimas, y por tanto el Estado debió adoptar medidas que contribuyan a la prestación y suministro de tales bienes y servicios. Es decir, las medidas a las que el Estado se comprometió frente a los miembros de la Comunidad Sawhoyamaxa diferían por su carácter de urgencia de aquellas que el Estado debía adoptar para garantizar los derechos de la población y las comunidades indígenas en general. Aceptar lo contrario sería incompatible con el objeto y propósito de la Convención Americana, la cual requiere que sus provisiones sean interpretadas y aplicadas de tal forma que los derechos en ella contemplados sean práctica y efectivamente protegidos.

177. En materia de derecho a la vida de los niños, el Estado tiene, además de las obligaciones señaladas para toda persona, la obligación adicional de promover las medidas de protección a las que se refiere el artículo 19 de la Convención Americana, el cual dispone que: "[t]odo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado". Así, por una parte, el Estado debe asumir su posición especial de garante con mayor cuidado y responsabilidad, y debe tomar medidas especiales orientadas en el principio del interés superior del niño. Lo anterior no puede desligarse de la situación igualmente vulnerable de las mujeres embarazadas de la Comunidad. Los Estados deben prestar especial atención y cuidado a la protección de este grupo y adoptar medidas especiales que garanticen a las madres, en especial durante la gestación, el parto y el período de lactancia, el acceso a servicios adecuados de atención médica.

Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214.[14]

205. Del expediente se desprende que con anterioridad al Decreto No. 1830, los miembros de la Comunidad habían "recib[ido] […] mínima asistencia médica" y los puestos de salud eran muy distantes y limitados. Además, por años "no se recib[ió asistencia] médica y vacunación general de los niños". En relación con el acceso a servicios de salud "[s]ólo los que trabajan en las estancias [podían] acceder al [Institución Prestadora de Salud], y aún [así] el usufructo de este seguro no se puede efectivizar puesto que no se entregan las tarjetas o no se disponen de recursos para llegar y permanecer en el Hospital de Loma Plata, que es el más cercano". Además, "un censo sanitario del Servicio Nacional de Salud – SENASA (1993), […] comprobó que un

14 El caso se refiere a la responsabilidad internacional del Estado por no haber garantizado el derecho de propiedad ancestral de los miembros de la Comunidad Indígena Xákmok Kásek del Pueblo Enxet-Lengua, lo cual ha generado una amenaza a su supervivencia. La Corte en su sentencia estableció la violación, entre otros, del derecho a la vida, integridad, libertad personal, garantías judiciales, derechos del niño, derecho a la propiedad privada y protección judicial. Se puede revisar un detalle del caso en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/ver_ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=336&lang=es

gran porcentaje de la población presente de Xákmok Kásek, era portadora del virus de la enfermedad de Chagas".

208. El Tribunal reconoce los avances realizados por el Estado. No obstante, las medidas adoptadas a partir del Decreto No. 1830 de 2009 se caracterizan por ser temporales y transitorias. Además, el Estado no ha garantizado la accesibilidad física ni geográfica a establecimientos de salud para los miembros de la Comunidad, y, de la prueba aportada, no se evidencia acciones positivas para garantizar la aceptabilidad de dichos bienes y servicios, ni que se hayan desarrollado medidas educativas en materia de salud que sean respetuosas de los usos y costumbres tradicionales.

217. En consecuencia, la Corte declara que el Estado no ha brindado las prestaciones básicas para proteger el derecho a una vida digna en estas condiciones de riesgo especial, real e inmediato para un grupo determinado de personas, lo que constituye una violación del artículo 4.1 de la Convención, en relación con el artículo 1.1. de la misma, en perjuicio de todos los miembros de la Comunidad Xákmok Kásek.

[…]

233. Al respecto, la Corte resalta que la extrema pobreza y la falta de adecuada atención médica a mujeres en estado de embarazo o post-embarazo son causas de alta mortalidad y morbilidad materna. Por ello, los Estados deben brindar políticas de salud adecuadas que permitan ofrecer asistencia con personal entrenado adecuadamente para la atención de los nacimientos, políticas de prevención de la mortalidad materna a través de controles prenatales y post-parto adecuados, e instrumentos legales y administrativos en políticas de salud que permitan documentar adecuadamente los casos de mortalidad materna. Lo anterior, en razón a que las mujeres en estado de embarazo requieren medidas de especial protección.

234. Teniendo en cuenta todo lo anterior, la Corte declara que el Estado violó el derecho contemplado en el artículo 4.1 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 de la misma, en perjuicio de las personas que se mencionan en el presente párrafo, por cuanto no adoptó las medidas positivas necesarias dentro del ámbito de sus atribuciones, que razonablemente eran de esperarse para prevenir o evitar el riesgo al derecho a la vida. En consecuencia, son imputables al Estado las muertes de: Sara Gonzáles López, quién murió en julio de 2008, teniendo un año y cinco meses de edad, de gastroenteritis y deshidratación y no recibió asistencia médica; Yelsi Karina López Cabañas, quien murió en el año 2005 al año de edad de pertusis y no recibió asistencia médica; Remigia Ruiz, quien falleció en el 2005 de 38 años de edad por complicaciones en el parto y no recibió asistencia médica; Aida Carolina Gonzáles, quien falleció en junio de 2003 a los ocho meses de edad, de anemia sin recibir asistencia médica; NN Avalos o Ríos Torres, quien murió en 1999 a los tres días de nacido a causa de una hemorragia y no recibió atención médica; Abundio Inter Dermot, el cual falleció en el 2003 a los 2 meses de nacido por neumonía sin recibir asistencia médica; NN Dermott Martínez, quien falleció en el 2001 a los ocho meses de edad de enterocolitis y se desconoce si recibió atención médica; NN García Dermott, quien murió en el 2001, teniendo un mes de edad por causa de pertusis y no recibió asistencia médica; Adalberto Gonzáles López, quien murió en el 2000 a los un año y dos meses de edad por causa de neumonía y no recibió atención médica; Roberto Roa Gonzáles, quien murió en el 2000 a los 55 años de edad por causa de tuberculosis sin recibir asistencia médica; NN Ávalos o Ríos Torres, quien murió en 1998 a los nueve días de nacido por causa de tétanos y no recibió asistencia médica; NN Dermontt Ruiz, quien murió en 1996 al nacer por sufrimiento fetal y no recibió atención médica, y NN Wilfrida Ojeda Chávez, quien murió en el mes de mayo de

1994 a los ocho meses de nacida a causa de deshidratación y enterocolitis y no recibió asistencia médica.

Deber de fiscalización de recintos de salud

Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149.

120. El Tribunal tiene por establecido que en la Casa de Reposo Guararapes existía un contexto de violencia en contra de las personas ahí internadas, quienes estaban bajo la amenaza constante de ser agredidas directamente por los funcionarios del hospital, o bien de que éstos no impidiesen las agresiones entre los pacientes, ya que era frecuente que los empleados no tuviesen entrenamiento para trabajar con personas con discapacidades mentales. Los enfermos se encontraban sujetos a la violencia también cuando entraban en un estado crítico de salud, ya que la contención física y el control de pacientes que entraban en crisis, era frecuentemente realizada con la ayuda de otros pacientes. La violencia, sin embargo, no era el único obstáculo para la recuperación de los pacientes de la Casa de Reposo Guararapes, sino que las precarias condiciones de mantenimiento, conservación e higiene, así como de la atención médica, también constituían una afrenta a la dignidad de las personas ahí internadas. En la Casa de Reposo Guararapes el almacenamiento de los alimentos era inadecuado; las condiciones higiénicas y sanitarias del hospital eran precarias, los baños se encontraban dañados, sin duchas, lavamanos, ni basurero y el servicio sanitario se encontraba sin cobertura ni higiene; no había médico de planta, la atención médica a los pacientes era frecuentemente prestada en la recepción del hospital, y algunas veces faltaba medicación; faltaban aparatos esenciales en la sala de emergencias, tales como tubos de oxígeno, "aspirador de secreción" y vaporizador; en los prontuarios médicos no constaba la evolución de los pacientes ni los informes circunstanciados de seguimiento que debían hacer los profesionales de asistencia social, psicología, terapia ocupacional y enfermaría; el propietario del hospital no se encontraba presente de forma asidua, por lo que era evidente la falta de administración. En resumen, y según señaló la Comisión de Investigación Administrativa instaurada con posterioridad a la muerte del señor Damião Ximenes Lopes, la Casa de Reposo Guararapes "no ofrec[ía] las condiciones exigibles y [era] incompatible con el ejercicio ético-profesional de la Medicina" […].

121. La Corte ha tenido por probado que al momento de la visita de la señora Albertina Viana Lopes a la Casa de Reposo Guararapes el 4 de octubre de 1999, el señor Damião Ximenes Lopes se encontraba sangrando, con hematomas, con la ropa rota, sucio y oliendo a excrementos, con las manos amarradas hacia atrás, con dificultad para respirar, agonizante, gritando y pidiendo auxilio a la policía. Con posterioridad a ese encuentro, el señor Damião Ximenes Lopes recibió un baño y aún con las manos atadas, se cayó de la cama. La presunta víctima permaneció en el suelo, fue medicado, y posteriormente falleció, sin la presencia o supervisión de médico alguno. La autopsia realizada señaló que el cuerpo presentaba excoriaciones localizadas en la región nasal, hombro derecho, parte anterior de las rodillas y del pie izquierdo, equimosis localizadas en la región del ojo izquierdo, hombro homolateral y puños, por lo que esta Corte consideró probado que la muerte se dio en circunstancias violentas […].

Corte IDH. Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298.

176. A continuación se analizarán los hechos del caso a la luz de la obligación de regular y supervisar la prestación de servicios del Banco de Sangre de gestión privada que intervino en el presente caso. Cabe resaltar que dicho análisis tiene en cuenta la obligación estatal en relación con la aceptabilidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud (que "deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados"), y su calidad ("los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad") […]. En efecto, estas nociones de aceptabilidad y calidad implican una referencia a los estándares éticos y técnicos de la profesión y que han sido establecidos en el campo de la donación y transfusión de sangre.

178. En este punto la Corte considera que existen ciertas actividades, como el funcionamiento de bancos de sangre, que entrañan riesgos significativos para la salud de las personas y, por lo tanto, los Estados están en la obligación de regularlas de manera específica. En el presente caso, dado que la Cruz Roja, entidad de carácter privado, era la única entidad con la responsabilidad del manejo de bancos de sangre al momento de producirse los hechos, el nivel de supervisión y fiscalización sobre dicha institución tenía que ser el más alto posible teniendo en cuenta el debido cuidado que se debe tener en actividades asociadas a transfusiones de sangre y dado que existían menos controles que aquellos a los que se someten los funcionarios estatales por la prestación de servicios públicos.

183. Si bien es cierto que la normativa vigente al momento de los hechos no especificaba la manera concreta y la periodicidad en la que se llevaría a cabo el monitoreo o la supervisión, ni los aspectos concretos que serían monitoreados o supervisados, este Tribunal considera que existía una regulación en la materia que tenía como objetivo controlar la calidad del servicio de tal forma que a través de transfusiones de sangre no se contagiaran enfermedades como el VIH. Dada esta conclusión sobre el tema de regulación, la Corte concentrará su análisis en los problemas de supervisión y fiscalización.

184. Al respecto, cabe resaltar que el deber de supervisión y fiscalización es del Estado, aun cuando el servicio de salud lo preste una entidad privada. El Estado mantiene la obligación de proveer servicios públicos y de proteger el bien público respectivo. Al respecto, la Corte ha establecido que "cuando la atención de salud es pública, es el Estado el que presta el servicio directamente a la población […]. El servicio de salud público […] es primariamente ofrecido por los hospitales públicos; sin embargo, la iniciativa privada, de forma complementaria, y mediante la firma de convenios o contratos, también provee servicios de salud bajo los auspicios del [Estado]. En ambas situaciones, ya sea que el paciente esté internado en un hospital público o en un hospital privado que tenga un convenio o contrato […], la persona se encuentra bajo cuidado del […] Estado". Por otra parte, la Corte ha citado al Tribunal Europeo de Derechos Humanos para señalar que el Estado mantiene el deber de otorgar licencias y ejercer supervisión y el control sobre instituciones privadas. Además, se ha señalado que la obligación de fiscalización estatal comprende tanto a servicios prestados por el Estado, directa o indirectamente, como a los ofrecidos por particulares. La Corte ha precisado el alcance de la responsabilidad del Estado cuando incumple estas obligaciones frente a entidades privadas en los siguientes términos:

> Cuando se trata de competencias esenciales relacionadas con la supervisión y fiscalización de la prestación de servicios de interés público, como la salud, sea por entidades públicas o privadas (como es el caso de un hospital privado), la responsabilidad resulta por la omisión en el cumplimiento del deber de supervisar la prestación del servicio para proteger el bien respectivo.

186. En el presente caso, en la normativa remitida por el Estado se observa que la Secretaría Nacional de Sangre, órgano auxiliar de la Cruz Roja, era la entidad a cargo de aplicar las sanciones por el incumplimiento de las normas del Reglamento sobre el manejo de la sangre […]. La Corte observa que ello implica una delegación de funciones de monitoreo y supervisión a la propia entidad privada a la que se le habían delegado la tarea de manejar los bancos de sangre, lo cual resulta especialmente problemático respecto a la debida diligencia en diseños institucionales de fiscalización, dado que esta tarea debe ser efectuada por el Estado. En este punto el Tribunal retoma el reconocimiento del Estado en el sentido de que no debió delegar en esta forma el manejo de los bancos de sangre a la Cruz Roja, es decir, una delegación que no establecía niveles adecuados de supervisión. Cabe resaltar que en el expediente no se encuentra evidencia de actividades de monitoreo, control o supervisión al banco de sangre con anterioridad a los hechos.

189. En el presente caso la Corte considera que la precariedad e irregularidades en las que funcionaba el Banco de Sangre del cual provino la sangre para Talía es un reflejo de las consecuencias que puede tener el incumplimiento de las obligaciones de supervisar y fiscalizar por parte de los Estados. La insuficiente supervisión e inspección por parte del Ecuador dio lugar a que el Banco de Sangre de la Cruz Roja de la Provincia del Azuay continuara funcionando en condiciones irregulares que pusieron en riesgo la salud, la vida y la integridad de la comunidad. En particular, esta grave omisión del Estado permitió que sangre que no había sido sometida a los exámenes de seguridad más básicos como el de VIH, fuera entregada a la familia de Talía para la transfusión de sangre, con el resultado de su infección y el consecuente daño permanente a su salud.

190. Este daño a la salud, por la gravedad de la enfermedad involucrada y el riesgo que en diversos momentos de su vida puede enfrentar la víctima, constituye una afectación del derecho a la vida, dado el peligro de muerte que en diversos momentos ha enfrentado y puede enfrentar la víctima debido a su enfermedad. En efecto, en el presente caso se ha violado la obligación negativa de no afectar la vida al ocurrir la contaminación de la sangre de Talía Gonzales Lluy en una entidad privada. Por otra parte, en algunos momentos de desmejora en sus defensas, asociada al acceso a antirretrovirales, lo ocurrido con la transfusión de sangre en este caso se ha reflejado en amenazas a la vida y posibles riesgos de muerte que incluso pueden volver a surgir en el futuro.

191. En virtud de lo mencionado en este segmento, dado que son imputables al Estado el tipo de negligencias que condujeron al contagio con VIH de Talía Gonzales Lluy, el Ecuador es responsable por la violación de la obligación de fiscalización y supervisión de la prestación de servicios de salud, en el marco del derecho a la integridad personal y de la obligación de no poner en riesgo la vida, lo cual vulnera los artículos 4 y 5 de la Convención Americana en relación con el artículo 1.1 de la misma.

Muertes en contexto médico

Corte IDH. Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171.[15]

116. La Corte analizará enseguida ciertos aspectos relativos a la prestación del servicio de salud y la regulación de la mala praxis médica.

[…]

121. La Corte ha manifestado que los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud para lograr una efectiva protección de los derechos a la vida y la integridad personal. Para todo ello, se requiere de la formación de un orden normativo que respete y garantice efectivamente el ejercicio de sus derechos, y la supervisión eficaz y constante sobre la prestación de los servicios de los que dependen la vida y la integridad de las personas.

122. Laura Albán murió en el Hospital Metropolitano, centro de salud privado. El Estado no es inmediatamente responsable de la actuación del personal de esa institución privada, no obstante le corresponde supervisar el desempeño de la institución para alcanzar los fines a los que se alude en este apartado.

123. Como se ha dicho, los Estados deben contar con una normativa eficaz para garantizar a los usuarios del servicio de salud una efectiva investigación de las conductas que vulneren sus derechos. Esta abarca, por supuesto, los hechos que se suscitan en la prestación de servicios médicos.

Deberes del médico en el ejercicio profesional y mala praxis

133. Numerosos instrumentos internacionales determinan los deberes específicos de los médicos, e integran un detallado marco para el desempeño de esta profesión, sujeta a obligaciones éticas y jurídicas de gran relevancia, y a expectativas sociales de primer orden. Al médico le concierne la preservación de valores fundamentales del individuo y de la humanidad en su conjunto.

134. La adecuación del derecho interno a la Convención Americana, conforme el artículo 2 de ésta, se debe realizar a la luz de la naturaleza misma de los derechos y libertades y de las circunstancias en las que se produce el ejercicio de adecuación, en forma que asegure la recepción, el respeto y la garantía de aquellos.

135. En el presente caso, se aduce la inexistencia o la deficiencia de normas sobre mala praxis médica. Desde luego, los Estados deben adoptar las medidas necesarias, entre ellas, la emisión de normas penales y el establecimiento de un sistema de justicia para evitar y sancionar la vulneración de derechos fundamentales, como la vida y la integridad personal. Por lo que toca a la materia penal sustantiva, ese propósito se proyecta en la inclusión de tipos penales adecuados sujetos a las reglas de legalidad penal, atentos a las exigencias del derecho punitivo en una sociedad democrática y suficientes para la protección, desde la perspectiva penal, de los bienes y valores tutelados. Y por lo que

[15] El caso se refiere a la responsabilidad internacional del Estado por la falta de investigación y sanción de los responsables de la muerte de Laura Susana Albán Cornejo en un hospital privado. La Corte en su sentencia estableció la violación, entre otros, del derecho a la vida, integridad, garantías judiciales, libertad de pensamiento y expresión, protección de la familia, y protección judicial. Se puede consultar un resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace:
https://www.corteidh.or.cr/ver_ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=280&lang=es

atañe a la materia penal procesal, es preciso disponer de medios expeditos para el acceso a la justicia y la plena y oportuna satisfacción de las pretensiones legítimas.

136. La mala praxis médica suele ser considerada dentro de los tipos penales de lesiones u homicidio. No parece indispensable instituir tipos específicos sobre aquélla si basta con las figuras generales y existen reglas pertinentes para la consideración judicial de la gravedad del delito, las circunstancias en que éste fue cometido y la culpabilidad del agente. Sin embargo, corresponde al propio Estado decidir la mejor forma de resolver, en este campo, las necesidades de la punición, puesto que no existe acuerdo vinculante acerca de la formulación del tipo, como los hay en otros casos en que los elementos esenciales de la figura penal e inclusive la precisión de tipos autónomos se hallan previstos en instrumentos internacionales, así por ejemplo, genocidio, tortura, desaparición forzada, etc.

137. En relación con lo anterior, la Corte toma nota de la decisión del Estado en el sentido de revisar la legislación penal acerca de la mala praxis médica e incorporar en ella las precisiones necesarias para adecuar el régimen de la materia en forma que favorezca la debida realización de la justicia en este ámbito.

Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349.

147. Sobre el particular, en materia de salud, la Corte estima que no toda muerte acaecida por negligencias médicas debe ser atribuida al Estado internacionalmente. Para ello, corresponderá atender las circunstancias particulares del caso.

148. Para efectos de determinar la responsabilidad internacional del Estado en casos de muerte en el contexto médico, es preciso acreditar los siguientes elementos: a) cuando por actos u omisiones se niegue a un paciente el acceso a la salud en situaciones de urgencia médica o tratamientos médicos esenciales, a pesar de ser previsible el riesgo que implica dicha denegación para la vida del paciente; o bien, b) se acredite una negligencia médica grave; y c) la existencia de un nexo causal, entre el acto acreditado y el daño sufrido por el paciente. Cuando la atribución de responsabilidad proviene de una omisión, se requiere verificar la probabilidad de que la conducta omitida hubiese interrumpido el proceso causal que desembocó en el resultado dañoso. Dichas verificaciones deberá tomar en consideración la posible situación de especial vulnerabilidad del afectado, y frente a ello las medidas adoptadas para garantizar su situación.

150. La Corte estima que el Estado negó al señor Poblete Vilches un tratamiento médico de urgencia, no obstante habría consciencia, por parte del personal médico, que su vida se encontraba en riesgo si no se dispensaba el soporte vital requerido, y particularmente frente a su situación de adulto mayor […]. Así, el Estado no adoptó las medidas necesarias, básicas y urgentes que razonablemente podrían haberse adoptado para garantizar su derecho a la vida […]. Asimismo, el Estado no aportó una justificación válida para haber negado los servicios básicos de urgencia.

151. Respecto del nexo causal, la Corte estima que no se puede imputar causalmente el resultado dañino a la falta de atención de la salud, porque se trata de una omisión, y es de toda evidencia que las omisiones no "causan", si no que dejan andar una causalidad que "debía" ser interrumpida por la conducta jurídicamente ordenada. En consecuencia, siempre se debe valorar sobre una probabilidad acerca de la interrupción de una causalidad que no se interrumpió. Dado ello, lo probado en el caso, existía una alta probabilidad de que una asistencia adecuada en materia de salud hubiese al menos prolongado la vida del señor Poblete Vilches, por lo cual debe concluirse que la omisión

de prestaciones básicas en materia de salud afectó su derecho a la vida (artículo 4 de la Convención).

Corte IDH. Caso Manuela y otros Vs. El Salvador. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021. Serie C No. 441.

245. El Tribunal verificó distintas omisiones en la atención médica brindada a la presunta víctima. Específicamente, el Estado incumplió su obligación de: (i) realizar un examen general de salud cuando Manuela se encontraba hospitalizada; (ii) realizar un examen de salud al momento de ser detenida, y (iii) tomar las medidas necesarias para que Manuela pudiese recibir su tratamiento médico mientras se encontraba privada de libertad. De no haber ocurrido estas omisiones se hubiera reducido las probabilidades de que Manuela muriese a causa del linfoma de Hopkin. En ese sentido, la Corte considera acreditada la existencia de un nexo causal en este caso, por lo que demuestra el incumplimiento del deber de garantizar el derecho a la vida de Manuela.

246. En consecuencia, el Estado es responsable por la violación al deber de garantía del derecho a la vida contenido en el artículo 4.1 de la Convención Americana en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento.

Corte IDH. Caso Valencia Campos y otros Vs. Bolivia. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 18 de octubre de 2022. Serie C No. 469.

237. Este Tribunal considera, además, que de los hechos probados se desprende que varias actuaciones del Estado a lo largo de los hechos de este caso implicaron una afectación al derecho a la salud de las presuntas víctimas. Por lo anterior, en aplicación del principio *iura novit curia* del cual se ha valido reiteradamente la jurisprudencia internacional en el sentido de que el juzgador posee la facultad, e inclusive el deber, de aplicar las disposiciones jurídicas pertinentes en una causa, aun cuando las partes no las invoquen expresamente, corresponde analizar estos hechos a la luz del derecho a la salud respecto de las demás presuntas víctimas del presente caso.

238. En primer lugar, cómo se estableció supra, se pudo acreditar una falta de atención médica adecuada del señor Genaro Ahuacho Luna, el cual fue llevado a un hospital cuatro horas después de que sufriera un ACV, sin que se le otorgara durante ese lapso ningún tipo de atención.

239. Asimismo, esta Corte ha establecido que el Estado tiene el deber, como garante de la salud de las personas bajo su custodia, de proporcionar a los detenidos revisión médica regular y atención y tratamiento médicos adecuados cuando así se requiera. La Corte así recuerda que numerosas decisiones de organismos internacionales invocan las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos a fin de interpretar el contenido del derecho de las personas privadas de la libertad a un trato digno y humano. En cuanto a los servicios médicos que se les deben prestar, dichas Reglas señalan, inter alia, que "[e]l médico deberá examinar a cada recluso tan pronto sea posible después de su ingreso y ulteriormente tan a menudo como sea necesario, en particular para determinar la existencia de una enfermedad física o mental, [y] tomar en su caso las medidas necesarias". Por su parte, el Principio 24 del Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión determina que "[s]e ofrecerá a toda persona detenida o presa un examen médico apropiado con la menor dilación posible después de su ingreso en el lugar de detención o prisión y, posteriormente, esas personas recibirán atención y tratamiento médico cada vez que sea necesario. Esa atención y ese tratamiento serán gratuitos".

240. De forma reciente, esta Corte ha reconocido que determinadas condiciones especiales, como encontrarse embarazada, en período de parto, posparto y lactancia, colocan a la mujer en una situación agravada de vulnerabilidad en el contexto carcelario, dado que su vida e integridad pueden correr un riesgo mayor. Así, esta Corte ya ha reconocido la situación de especial vulnerabilidad de las mujeres embarazadas, más aún cuando se encuentran privadas de libertad. Frente a esta situación, la Corte considera que, en atención al principio de igualdad y no discriminación, la atención prenatal, durante el parto y post natal, así como cualquier emergencia obstétrica, proporcionada a las mujeres detenidas en el sistema penitenciario debe ser equivalente a la disponible fuera de la prisión. Más aún, toda vez que las mujeres se encuentran bajo el total dominio de las autoridades penitenciarias, es obligación del Estado prevenir daños irreparables sobre los derechos a la salud física y mental, integridad personal y a la vida de las mujeres embarazadas, así como durante el parto, postparto o en el marco de cualquier emergencia obstétrica. Resulta, por tanto, esencial la provisión de atención a la salud mental por parte de médicos especializados.

241. De los hechos del caso se desprende que, del grupo de presuntas víctimas que fueron trasladadas a la PTJ, solo Claudia Valencia Alarcón, Norma Alarcón Castillo, F.E.P.M., Victoria Gutiérrez Aguilar, Jenny Paola Lulleman, Carlos Enrique Castro Ramírez, Mercedes Valencia Chuquimia, Julia Mamanu Mamani y Víctor Manuel Boggiano Bruzzón fueron sometidas a un examen médico forense. Por consiguiente, se violentó el derecho a la salud de todas aquellas personas detenidas que no fueron objeto de un control médico al momento de su detención, a saber, Blas Valencia Campos, Edwin Rodríguez Alarcón, Gabriel Valencia Alarcón,

Derecho a la integridad personal

Corte IDH. Caso Vera Rojas y otros Vs. Chile. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de octubre de 2021. Serie C No. 439.

94. Por otro lado, la Convención Americana reconoce expresamente el derecho a la integridad personal, física y psíquica, cuya infracción "es una clase de violación que tiene diversas connotaciones de grado y [...] cuyas secuelas físicas y psíquicas varían de intensidad según los factores endógenos y exógenos que deberán ser demostrados en cada situación concreta". La Corte ha establecido que la integridad personal se halla directa e inmediatamente vinculada con la atención a la salud humana, y que la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración del artículo 5.1 de la Convención. En este sentido, la Corte ha sostenido que la protección del derecho a la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación.

124. El Tribunal recuerda que la integridad personal y la vida se hallan directa e inmediatamente vinculadas con la atención a la salud humana, por lo que la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración de los artículos 4, 5 y 26 de la Convención. En ese sentido, dado que la salud es un bien público cuya protección está a cargo de los Estados, estos tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de los derechos a la vida, a la integridad personal, a la salud, a la seguridad social, y a los derechos de los niños y niñas, los cuales son particularmente vulnerables cuando se encuentran bajo un tratamiento que requiere cuidados paleativos y de rehabilitación ante la presencia de una enfermedad progresiva que conlleva una discapacidad para quien la padece. En consecuencia, los Estados tienen el deber de garantizar su prestación, al igual que la de regular y fiscalizar la actividad de las

empresas privadas de servicios de salud, incluidos los servicios de las aseguradoras, en tanto su actuación se encuentra en la esfera de un servicio de naturaleza pública, por lo que actúa a nombre del Estado [...].

Derechos sexuales y reproductivos e integridad personal

Corte IDH. Caso I.V. Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 329.

155. La salud, como parte integrante del derecho a la integridad personal, no sólo abarca el acceso a servicios de atención en salud en que las personas gocen de oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud, sino también la libertad de cada individuo de controlar su salud y su cuerpo y el derecho a no padecer injerencias, tales como no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consentidos. De este modo, la existencia de una conexión entre la integridad física y psicológica con la autonomía personal y la libertad de tomar decisiones sobre el propio cuerpo y la salud exige, por un lado, que el Estado asegure y respete decisiones y elecciones hechas de forma libre y responsable y, por el otro, que se garantice el acceso a la información relevante para que las personas estén en condiciones de tomar decisiones informadas sobre el curso de acción respecto a su cuerpo y salud de acuerdo a su propio plan de existencia. En materia de salud, el suministro de información oportuna, completa, comprensible y fidedigna, debe realizarse de oficio, debido a que esta es imprescindible para la toma de decisiones informadas en dicho ámbito.

[...]

265. Ciertamente, el contexto de los servicios de salud puede implicar un mayor riesgo para las mujeres de ser sometidas a actos contrarios al artículo 5.2 de la Convención Americana, especialmente respecto a aquellas prácticas o políticas que están dirigidas primordialmente contra la mujer, que las afectan de forma desproporcionada, o a las que la mujer sea especialmente vulnerable debido a estereotipos de género negativos o perjudiciales, incluyendo la asignación social y cultural a las mujeres como encargadas de la función reproductora y responsables de la anticoncepción. De forma concordante, el Comité contra la Tortura ha reconocido que, entre las situaciones en que la mujer corre riesgo de ser sometida a tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes, se encuentra el tratamiento médico, particularmente en el caso de las decisiones relacionadas con la reproducción.

268. Al analizar la intensidad del sufrimiento padecido por la señora I.V., la Corte concluye que: i) la señora I.V. perdió su capacidad reproductiva de forma permanente, alterándose el funcionamiento de sus órganos reproductivos; ii) la señora I.V. tuvo además consecuencias físicas que hicieron que debiera realizarse una intervención quirúrgica posteriormente porque le diagnosticaron restos placentarios en la cavidad endometrial […]; iii) la señora I.V. sufrió afectaciones psicológicas severas que requirieron de atención psiquiátrica […], incluyendo sentimientos de angustia, frustración y culpa, así como una desvalorización de ella como mujer que le ha provocado sentimientos de vergüenza; iv) la esterilización no consentida tuvo un efecto perjudicial en su vida privada, lo que llevó a la separación temporal de su esposo, situación que le provocó un dolor emocional; v) la esterilización no consentida provocó afectaciones de diversa índole en su núcleo familiar, y en particular, en sus hijas lo que le provocó un sentimiento de culpa (...); vi) la esterilización no consentida provocó una carga económica sobre la señora I.V. en cuanto a la atención médica posterior en un entorno que le generara confianza y búsqueda de justicia, y vii) la ausencia de respuesta por

parte del sistema judicial […], le generó un sentimiento de impotencia y frustración. En suma, es evidente que la esterilización no consentida o involuntaria, con la consecuenteimposibilidad para procrear, provocó sobre la señora I.V. sufrimientos físicos y psíquicos perdurables, así como dolor emocional considerable, tanto a nivel personal, familiar y social.

270. Por todo lo anterior, esta Corte concluye que la esterilización no consentida o involuntaria a la que fue sometida la señora I.V., en las circunstancias particulares de este caso que fueron expuestas, constituyó un trato cruel, inhumano y degradante contrario a la dignidad del ser humano y, por lo tanto, configuró una violación del artículo 5.1 y 5.2 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 de dicho instrumento, en perjuicio de la señora I.V.

Corte IDH. Asunto B. respecto de El Salvador. Medidas Provisionales. Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 29 de mayo de 2013.[16]

12. Sobre el primer requisito, este Tribunal resalta que todos los estudios médicos han hecho énfasis en la gravedad del estado de salud de la señora B. En efecto, la enfermedad que padece la señora B., más las otras condiciones médicas que presenta, y, aunado a su estado de embarazo, pueden llegar a implicar una serie de complicaciones médicas e incluso la muerte […]. En efecto, la Corte observa que el 22 de abril de 2013 el Centro Latinoamericano de perinatología salud de la mujer y reproductiva" de la Organización Panamericana de la Salud dictaminó que la señora B. tenía "exacerbada la sintomatología de [lupus eritematoso sistémico] desde el primer trimestre del embarazo y con dos complicaciones sobreagregadas la nefrosis lúpica y la hipertensión, tratadas a la fecha con múltiples medicamentos agresivos para la salud de ella [y p]or lo tanto esta señora tiene un riesgo elevado de morir" y que "la paciente adolece de nefritis lúpica, es decir, una de las causas de mayor mortalidad en mujeres embarazas con LES". Por su parte, el 7 de mayo de 2013, el Instituto de Medicina Legal señaló que era necesario mantener "la vigilancia médica estricta del estado materno y fetal[;] no suspender el tratamiento médico para las patologías crónicas que padece y […] se requi[rió] que se mantenga ingresada en un centro hospitalario de tercer nivel". Además, otra muestra de lo complejo de su estado de salud es que los especialistas coinciden en que es necesario mantenerla bajo supervisión médica permanente. Por ello, la Corte considera que la gravedad de la situación es elevada, por lo cual se encuentra probada prima facie la extrema gravedad en el presente asunto.

13. Respecto a la urgencia, la Corte observa que se presentó información que indica que actualmente la señora B. se encuentra estable y estaría respondiendo al tratamiento médico que actualmente se le está brindando […]. No obstante lo anterior, el Tribunal resalta que el 2 de mayo de 2013 el médico tratante de la señora B. dictaminó que "a pesar de que la paciente se encuentra estable de su enfermedad, […] debido a los cambios fisiológicos propios del embarazo aunado a la historia natural de la enfermedad de base, podría presentarse crisis en cualquier momento, volviéndose impredecible en qué instante presentará una emergencia médica". En similar sentido, la sentencia de 28 de mayo de 2013 de la Sala de lo Constitucional recalcó que "el que la señora [B.]. se encuentre estable en este momento no implica que el riesgo implícito en su cuadro clínico

---

16 La solicitud de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos se refiere a "adoptar de manera inmediata las medidas necesarias para proteger la vida, integridad personal y salud de B., ante el urgente e inminente riesgo de daño irreparable derivado de la omisión en realizar el tratamiento indicado por el Comité Médico del Hospital Nacional Especializado de Maternidad [`]Dr. Raúl Arguello Escalón[´]". Se puede revisar la resolución en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/medidas/B_se_01.pdf

– el cual ha sido catalogado como grave y excepcional– haya desaparecido, pues el comportamiento impredecible de la enfermedad de base que adolece –LES– y los cambios biológicos que su cuerpo podría experimentar durante las últimas etapas del proceso de gestación en el que se encuentra incrementan la probabilidad de que las complicaciones médicas que la referida señora sufrió durante su primer embarazo u otras se presenten". Precisamente el hecho de que no se pueda predecir si la señora B. continuará estable o si en cualquier momento puede producirse una crisis que le generé una emergencia médica comprueba que es urgente y necesario tomar medidas que impidan afectar sus derechos a la vida y a la integridad personal. Además, el paso del tiempo podría tener una incidencia en el riesgo de la vida e integridad de la señora B., teniendo en cuenta que la misma Sala Constitucional constató que "el expediente clínico" indica que "a medida que avance la edad gestacional la paciente puede padecer de una exacerbación del LES y las complicaciones obstétricas mencionadas, siendo dicho cuadro clínico agravado por la anencefalia fetal que provocaría otras afecciones" y que la Organización Panamericana de la Salud indicó que "los cambios fisiológicos propios del proceso gestacional pueden acelerar y agravar la enfermedad" de la señora B. e, incluso, "provocar una serie de complicaciones obstétricas que ya estuvieron presentes en su primer embarazo, entre estas la preeclampsia".

14. Con relación al alegado daño irreparable que podría producirse en caso de que no se tomen las medidas necesarias, la Corte destaca que los médicos tratantes de la señora B. han concluido que su enfermedad encontrándose embarazada de un feto con "anencefalia, anomalía mayor, incompatible con la vida extrauterina" podría conllevar riesgos en su salud, tales como hemorragia obstétrica grave, agravamiento del lupus, empeoramiento de su falla renal, pre eclampsia grave y formas complicadas de la misma como crisis hipertensiva, hemorragia cerebral, trombosis arterial y venosa, tromboembolismo pulmonar, infecciones post parto o muerte materna [...]. Además del daño físico que podría producirse en la señora B., el Tribunal resalta que también se estaría poniendo en peligro su salud mental. En efecto, la Corte destaca que en la documentación que fue adjuntada a la presente solicitud se encuentran algunas manifestaciones de voluntad realizadas por la señora B. en relación con su situación. En particular, la señora B. ha manifestado ante los medios de comunicación que: "yo quiero vivir… si yo quiero vivir, por mi otro hijo que tengo. Yo pienso que como este niño lastimosamente viene malo, y se va a morir, entonces deberían de sacarlo… porque mi vida corre riesgo". Asimismo, el 7 de mayo de 2013 el Instituto de Medicina Legal en su dictamen manifestó que "[e]n lo que se refiere al estado emocional de la examinada, ésta se encuentra, según lo refiere ella misma, sometida a presión ya que se la ha dicho que su vida se encuentra en riesgo de muerte si no se decide a "sacarle el niño"". Además, se indicó que "[e]l estado emocional de la examinada se ve afectado también por el sentimiento que existe en ella sobre la posibilidad de sufrir la consecuencia de una pena de prisión". Agregó que "[o]tra situación que provoca tensión en la examinada es su necesaria separación de la familia dado que actualmente se encuentra internada en el centro hospitalario". El Instituto de Medicina Legal concluyo que "[e]stas situaciones han dado lugar a la aparición de una sintomatología psicosomática congruente con un estado de tensión emocional". Por ello, el Tribunal considera que el riesgo de un daño irreparable a la vida e integridad tanto física como mental de la señora B. se encuentra acreditada en el presente asunto.

15. Como se mencionó anteriormente, en los asuntos en que la adopción de las medidas busquen proteger exclusivamente el carácter tutelar de las mismas, es necesario analizar, además de los tres requisitos establecidos en el artículo 63 de la Convención, la efectividad de las acciones estatales frente a la situación descrita y el grado de desprotección en que quedarían las personas sobre quienes se solicitan medidas en caso

de que éstas no sean adoptadas […]. Al respecto, la Corte considera que, en el marco de la situación extrema que involucra el presente asunto, la protección interamericana debe ser coadyuvante y complementaria en la mejor forma posible de las decisiones internas adoptadas, de tal forma que la señora B. no esté desprotegida respecto a los posibles daños que pueda sufrir su vida e integridad personal. En particular, la Corte resalta que la Sala de lo Constitucional en su Sentencia manifestó que "a partir de la vigésima semana, una eventual interrupción del embarazo no conllevaría, ni mucho menos tendría por objeto, la destrucción del feto y, además, que este sería atendido con las medidas necesarias para garantizar, hasta donde fuera posible, su vida extrauterina". Asimismo, en el marco de lo decidido por la Sala de lo Constitucional, "las autoridades de salud demandadas están obligadas a continuar monitoreando el estado de salud de la peticionaria y a brindarle el tratamiento que en cada momento resulte idóneo para su condición médica, así como a implementar los procedimientos que, según la ciencia médica, se estimen indispensables para atender las futuras complicaciones que se presenten". Por lo tanto, el Estado está obligado a garantizar que el equipo médico tratante tenga la protección que corresponda para ejercer plenamente su función de acuerdo a las decisiones que, basadas en la ciencia médica, dicho equipo médico adopte.

Atención de salud de emergencia

Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349.

152. En relación con el artículo 5.1 de la Convención, la Corte ha establecido que la integridad personal se halla directa e inmediatamente vinculada con la atención a la salud humana, y que la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración del artículo 5.1 de la Convención. En este sentido, la Corte ha sostenido que la protección del derecho a la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación [...]. Por tanto, esta Corte ha señalado que, a los efectos de dar cumplimiento a la obligación de garantizar el derecho a la integridad personal y en el marco de la salud, los Estados deben establecer un marco normativo adecuado que regule la prestación de servicios de salud, estableciendo estándares de calidad para las instituciones públicas y privadas, que permita prevenir cualquier amenaza de vulneración a la integridad personal en dichas prestaciones.

155. En el presente caso la Corte verificó distintas omisiones en la atención brindada que contribuyeron en el deterioro de la salud del señor Poblete Vilches […]. Dichas omisiones, varias de ellas reconocidas por el propio Estado, se dieron particularmente, tanto en el primer ingreso, con el alta temprana y la falta de información a los familiares respecto de la condición y cuidado del paciente, a fin de que pudieran advertir adecuadamente los signos de alarma y la manera de cómo responder, así como en el segundo ingreso con la negación de los servicios básicos que requería, y en su caso la ausencia de traslado a otro centro con disponibilidad. Particularmente, dichas situaciones derivaron en que, durante al menos cinco días, el señor Poblete Vilches experimentara diversos sufrimientos motivo de la desatención a sus particulares condiciones de salud […]. Al respecto, la Corte estima que tales hechos anteriormente enunciados constituyen una vulneración de su derecho a la integridad personal, así reconocido por el propio Estado.

Violencia obstétrica e integridad personal

Corte IDH. Caso Manuela y otros Vs. El Salvador. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021. Serie C No. 441.

197. [...], la Corte advierte que, de acuerdo al padre de Manuela, su hija estuvo esposada en el Hospital de San Francisco Gotera. Esta afirmación, coincide con la práctica de esposar a las mujeres sospechosas de aborto, que la Corte dio por probado en los hechos contextuales del caso [...]. En casos como el presente, donde no existe prueba directa de la actuación de los agentes estatales, la Corte ha resaltado que es legítimo el uso de la prueba circunstancial, los indicios y las presunciones para fundar una sentencia, siempre que de ellos puedan inferirse conclusiones consistentes sobre los hechos. La Corte considera que la declaración del padre de Manuela, valorada a la luz del contexto en el cual ocurrieron los hechos del caso, hacen posible presumir que Manuela fue esposada a la camilla de su hospital, al menos el 28 de febrero de 2008.

198. Las esposas u otros dispositivos análogos son frecuentemente utilizados como instrumentos de coerción física de las personas detenidas y privadas de la libertad. Este Tribunal ha indicado que todo uso de la fuerza que no sea estrictamente necesario por el propio comportamiento de la persona detenida constituye un atentado a la dignidad humana, en violación del artículo 5 de la Convención Americana. La Corte recuerda que numerosas decisiones de organismos internacionales invocan las Reglas Mínimas de Naciones Unidas parael Tratamiento de Reclusos (en adelante "Reglas sobre Tratamiento de Reclusos") a fin de interpretar el contenido del derecho de las personas privadas de la libertad a un trato digno y humano, lo cual se relaciona con la garantía de su derecho a la salud, como normas básicas respecto de su alojamiento, higiene, tratamiento médico y ejercicio físico, entre otros. Dichas reglas señalan que los instrumentos de coerción no pueden imponerse como castigo, y podrán ser utilizados sólo en los siguientes casos:

> a) Como medida de precaución contra una evasión durante un traslado, siempre que sean retirados en cuanto comparezca el recluso ante una autoridad judicial o administrativa; b) Por razones médicas y a indicación del médico; c) Por orden del director, si han fracasado los demás medios para dominar a un recluso, con objeto de impedir que se dañe a sí mismo o dañe a otros o produzca daños materiales; en estos casos, el director deberá consultar urgentemente al médico, e informar a la autoridad administrativa superior.

199. Además, las Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok) establecen que "[n]o se utilizarán instrumentos de coerción física en el caso de las mujeres que estén por dar a luz, ni durante el parto ni en el período inmediatamente posterior". En el mismo sentido, se han pronunciado varios relatores especiales de Naciones Unidas. Asimismo, el Tribunal Europeo ha señalado que la utilización de esposa en personas enfermas o débiles es desproporcional y causa una humillación injustificable, y si estas son utilizadas para una mujer que se encuentra en labor de parto o inmediatamente después de dar a luz constituye un trato inhumano y degradante.

200. En el que momento en el que fue detenida, Manuela había recientemente dado a luz, y estaba siendo tratada por preeclampsia grave. Por tanto, resulta irrazonable asumir que existía un riesgo real de fuga que no hubiese podido ser mitigado con otros medios menos lesivos. No se alegó ante la Corte que Manuela se hubiese comportado en algún momento de forma agresiva con el personal médico, con la policía, que fuese un peligro contra sí misma, ni que hubiese tomado alguna medida para fugarse. Por lo tanto, la Corte considera que estos actos constituyeron una violación del derecho a no

ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, establecido en el artículo 5.2 de la Convención Americana.

Acceso tratamiento salud persona con VIH/Sida

Corte IDH. Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298.

192. En el presente caso se alega, entre otros aspectos relacionados con la asistencia sanitaria, que Talía en diversos momentos no ha recibido atención oportuna y adecuada, ni un tratamiento pertinente y que ha tenido algunos obstáculos para el acceso a medicamentos.

193. Al respecto, la Corte nota que el Protocolo de San Salvador establece que entre las medidas para garantizar el derecho a la salud, los Estados deben impulsar "la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas"; "la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole", y "la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables". Obligaciones similares establece el artículo 12(2) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En este marco de obligaciones se insertan diversos deberes en relación con el acceso a medicamentos. De acuerdo con la Observación General No. 14, el derecho al más alto nivel posible de salud genera algunas obligaciones básicas y mínimas, que incluyen "[f]acilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS".

194. El acceso a medicamentos forma parte indispensable del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. En particular, el Consejo de Derechos Humanos y la antigua Comisión de Derechos Humanos han emitido resoluciones que reconocen que "el acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las de VIH/SIDA, tuberculosis y paludismo es uno de los elementos fundamentales para alcanzar gradualmente el ejercicio pleno del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".

195. Al respecto, la Corte considera que las *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos* de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (en adelante "OACNUDH") y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (en adelante "ONUSIDA") constituyen una referencia autorizada para aclarar algunas obligaciones internacionales del Estado en esta materia. La Sexta Directriz, revisada en 2002, señala que:

> Los Estados deberían adoptar medidas de políticas que regulen los bienes, servicios e información relacionados con el VIH, de modo que haya suficientes medidas y servicios de prevención, adecuada información para la prevención y atención de los casos de VIH y medicación inocua y eficaz a precios asequibles. Los Estados deberían tomar también las medidas necesarias para asegurar a todas las personas, sobre una base sostenida e igualitaria, el suministro de y la accesibilidad a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH/SIDA, incluidos la terapia antirretrovírica y otros medicamentos, pruebas diagnósticas y tecnologías relacionadas seguras y eficaces para la atención preventiva, curativa y paliativa del VIH, de las infecciones oportunistas y de las enfermedades conexas. […].

196. Esta Sexta Directriz ha sido interpretada por la OACNUDH y ONUSIDA en el sentido de que una respuesta eficaz al VIH requiere un enfoque integral que comprende una secuencia continua de prevención, tratamiento, atención y apoyo:

> La prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo son elementos que se refuerzan mutuamente y una secuencia continua para una respuesta eficaz al VIH. Deben integrase en un enfoque amplio y es necesaria una respuesta polifacética. El tratamiento, atención y apoyo integrales incluyen fármacos antirretrovíricos y otros medicamentos; pruebas diagnósticas y otras tecnologías relacionadas para la atención del VIH y el SIDA, de las infecciones oportunistas y de otras enfermedades; buena alimentación y apoyo social, espiritual y psicológico, así como atención familiar, comunitaria y domiciliaria. Las tecnologías de prevención del VIH abarcan los preservativos, lubricantes, material de inyección estéril, fármacos antirretrovíricos (por ej., para revenir la transmisión materno infantil o como profilaxis posexposición) y, una vez desarrollados, microbicidas y vacunas seguros y eficaces. El acceso universal, basado en los principios de los derechos humanos, requiere que todos estos bienes, servicios e información no sólo estén disponibles y sean aceptables y de buena calidad, sino también que estén al alcance físico de todos y sean asequibles para todos.

197. La Corte observa que estos estándares resaltan que el acceso a los fármacos antirretrovíricos es solo uno de los elementos de una respuesta eficaz para las personas que viven con VIH. En este sentido las personas que viven con VIH requieren un enfoque integral que comprende una secuencia continua de prevención, tratamiento, atención y apoyo. Una respuesta limitada al acceso a fármacos antirretrovíricos y otros medicamentos no cumple con las obligaciones de prevención, tratamiento, atención y apoyo derivadas del derecho al más alto nivel posible de salud. Estos aspectos sobre la calidad de la salud se relacionan con la obligación estatal de "crea[r] entornos seguros, especialmente a las niñas, ampliando servicios de buena calidad que ofrezcan información, educación sobre salud y asesoramiento de forma apropiada para los jóvenes, reforzando los programas de salud sexual y salud reproductiva y haciendo participar, en la medida de lo posible, a las familias y los jóvenes en la planificación, ejecución y evaluación de programas de atención y prevención del VIH y el SIDA".

198. Otro aspecto relevante en materia de derecho a la salud y asistencia sanitaria lo constituye el acceso a información sobre los escenarios que permitan sobrellevar en mejor forma la enfermedad. Al respecto, el Comité de los Derechos del Niño en la Observación General No. 3 relativa al VIH/SIDA y los Derechos del Niño, ha reiterado la necesidad que los niños:

> [n]o sufr[an] discriminación respecto del acceso a la información sobre el VIH, porque el asesoramiento y las pruebas de detección se lleven a cabo de manera voluntaria, porque el niño tenga conocimiento de su estado serológico con respecto al VIH, tenga acceso a servicios confidenciales de salud reproductiva y, gratuitamente o a bajo coste, a métodos o servicios anticonceptivos, así como a recibir, cuando sea necesario, cuidados o tratamientos en relación con el VIH, incluida la prevención y el tratamiento de problemas de salud relacionados con el VIH/SIDA.

199. Finalmente, respecto de los niños con discapacidad […], el Comité de los Derechos del Niño señaló que "[e]l logro del mejor posible estado de salud, así como el acceso y la asequibilidad de la atención de la salud de calidad es un derecho inherente para todos los niños. Los niños con discapacidad muchas veces se quedan al margen de todo ello debido a múltiples problemas, en particular la discriminación, la falta de acceso y la ausencia de información y/o recursos financieros, el transporte, la distribución geográfica y el acceso físico a los servicios de atención de salud".

204. Otro aspecto de calidad en la asistencia sanitaria es reflejado en declaraciones consistentes de Talía, su madre y su hermano en el sentido que en el marco del sistema público de salud, específicamente en el hospital de Cuenca, la presunta víctima fue estigmatizada y tratada inapropiadamente en varias oportunidades por parte del personal de dicho hospital. En las declaraciones se alude a diversos problemas de confianza, calidad y calidez. Talía declaró que la atención la recibe en la provincia de Cañar y no en la provincia de Azuay, que es donde reside con su familia, porque ha sido maltratada por parte del responsable del programa de VIH de Cuenca. El médico que atiende en Cuenca, según la declaración de Talía "no sabe dar un trato de confianza, calidad y calidez, propio de un servidor público".

205. La Corte concluye que en algunos momentos Talía Gonzales Lluy no ha tenido accesibilidad a un entorno seguro y cálido en relación con su asistencia sanitaria y que en algunos momentos el tipo de atención recibida generó rechazo. Este rechazo ha estado asociado a tensiones con los médicos tratantes en escenarios en los que se le exigió a Talía y su familia atenerse a las reglas de las políticas públicas de atención en temas de VIH. En algunos momentos también han existido problemas específicos de disponibilidad de examen de carga viral y controversias sobre accesibilidad geográfica, debido a los desplazamientos que han tenido que efectuar las presuntas víctimas. Sin embargo, los aspectos anteriores se relacionan con aspectos específicos de la asistencia sanitaria que en diversos momentos concretos generaron problemas pero sin constituir aspectos suficientes para desvirtuar los alcances globales de la asistencia sanitaria durante más de una década. Por otra parte, algunos de los reclamos y denuncias específicas sobre la asistencia sanitaria no han sido objeto de denuncia ante autoridades del Ministerio de Salud, lo cual, a través de indagaciones a nivel interno, hubiera permitido mayor información documental sobre el tipo de restricciones generadas por el Estado y la magnitud de los problemas que las presuntas víctimas alegan haber sufrido en aspectos de accesibilidad y aceptabilidad de la salud. Teniendo en cuenta que no ha sido desvirtuada la información sobre la secuencia global de tratamiento presentada por las peritos Diana Molina y Carmen del Rocío Carrasco […], y tomando como referencia una valoración global de la asistencia sanitaria en estos 17 años de convivencia con la enfermedad, sin detenerse en eventos puntuales en momentos específicos, la Corte considera que la prueba disponible es insuficiente para imputar responsabilidad internacional al Estado por una violación del derecho a la vida y a la integridad personal por la alegada ausencia de disponibilidad y calidad en el servicio prestado.

Corte IDH. Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de agosto de 2018. Serie C No. 359.

162. En relación con el presente caso, la Corte advierte que los pacientes que viven con el VIH pueden experimentar graves sufrimientos, los cuales se producen como resultado de las secuelas físicas y psíquicas que conllevan las enfermedades oportunistas, y de factores sociales que resultan de su condición. Tal y como fue mencionado anteriormente, un adecuado tratamiento médico y apoyo social puede mitigar estos sufrimientos, tanto en su aspecto físico como psicológico. Al respecto, la Perito Olga Alicia Paz Bailey explicó que las enfermedades provocadas por el VIH/SIDA provocan dolor físico e impiden realizar actividades diarias, lo que hace a la persona ser estigmatizada y objeto de prejuicios sociales. De esta forma:

> Los padecimientos físicos experimentados por el individuo: adormecimiento en brazos y piernas, calambres, los miembros afectados no responde cuando los desea mover, nauseas, dolor de cabeza, fiebre, diarrea, cansancio, falta de fuerza física y el conjunto de enfermedades oportunistas que aprovechan el cuadro clínico

> se constituyen en signos de un cuerpo enfermo, que el paciente hará esfuerzos por ocultar, pues el estigma que pesa sobre el VIH Sida le condena a marginación, exclusión y discriminación; a esta altura, el sufrimiento somático se torna también psicológico: angustia, depresión, culpa, culposidad, vergüenza.

163. En relación con lo anterior, la Corte tiene por acreditado que 46 presuntas víctimas sufrieron secuelas físicas y psíquicas como resultado de su condición como personas que viven con VIH. De esta forma, por las mismas razones que fueron mencionadas en el acápite anterior […], el Tribunal advierte la existencia de un nexo causal entre la falta de un adecuado tratamiento médico de las presuntas víctimas, y las secuelas físicas y psíquicas que sufrieron como personas que viven con el VIH. En efecto, el Estado, al no asegurar una terapia antirretroviral, realizar las pruebas diagnóstico correspondientes, y proveer apoyo social, lo cual habrían permitido a las presuntas víctimas mitigar o eliminar los factores endógenos y exógenos que fueron causa de sufrimientos físicos y psíquicos derivados de su condición como personas que viven con el VIH, es responsable por la vulneración a su derecho a la integridad personal. En consecuencia, el Estado es responsable por la violación al deber de garantía del derecho a la integridad personal contenido en el artículo 5.1 de la Convención Americana en perjuicio de 46 presuntas víctimas del caso. Respecto al resto de las presuntas víctimas, la Corte carece de elementos para determinar si sufrieron secuelas físicas o psíquicas como personas que viven con el VIH.

Derecho a la atención de salud y situación migratoria

Corte IDH. Caso Nadege Dorzema y otros Vs. República Dominicana. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de octubre de 2012. Serie C No. 251.[17]

108. La Corte advierte que la atención médica en casos de emergencias debe ser brindada en todo momento para los migrantes en situación irregular, por lo que los Estados deben proporcionar una atención sanitaria integral tomando en cuenta las necesidades de grupos vulnerables. En este sentido, el Estado debe garantizar que los bienes y servicios de salud sean accesibles a todos, en especial a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación por las condiciones prohibidas en el artículo 1.1 de la Convención.

109. En el presente caso, quedó acreditado que nueve personas fueron trasladas al Hospital Regional Universitario José María Cabral Báez, y al menos cinco fueron internadas; no obstante, según consta de la declaración del Director General de dicho hospital, las "personas haitianas no fueron recibidas ni atendidas en ese hospital" […]. No obstante, durante la audiencia pública el Estado afirmó haber brindado atención a los heridos en tal hospital. Según declaraciones, algunos heridos salieron por su propia cuenta del hospital, sin que se registrara ni siquiera su salida. De lo anterior se desprende que la falta de registro de ingreso y egreso en el centro de salud, la falta de atención médica en favor de las cinco víctimas gravemente heridas, y la omisión de un diagnóstico sobre su situación y prescripción de su tratamiento, denotan omisiones en la atención que se debió brindar a los heridos para respetar y garantizar su derecho a la

[17] El caso se refiere a la responsabilidad internacional del Estado por la muerte y afectaciones a la integridad de migrantes haitianos por parte de agentes militares, así como la falta de investigación de los hechos en el fuero ordinario. En su sentencia la Corte estableció la violación, entre otros,, entre otros, del derecho de circulación y de residencia, igualdad ante la ley, protección judicial, vida, integridad personal, libertad personal, y garantías judiciales. Se puede revisar un detalle del caso en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/ver_ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=226&lang=es

integridad personal, en contravención del artículo 5.1 en relación con el artículo 1.1 de la Convención.

110. Por otra parte, la Corte observa que no se brindó en todo momento protección especial a favor de Roland Israel, por su condición de menor de edad, y tampoco a favor de Sylvie Felizor, quien estaba embarazada, situaciones que acentuaron la vulneración a su integridad psico-física y moral […].

Derecho a la vida privada y protección de datos

Corte IDH. Caso Manuela y otros Vs. El Salvador. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021. Serie C No. 441.

205. Aunque los datos personales de salud no se encuentren expresamente previstos en el artículo 11 de la Convención, se trata de información que describe los aspectos más sensibles o delicados sobre una persona, por lo que debe entenderse como protegida por el derecho a la vida privada. Aquellos datos relativos a la vida sexual deben considerarse, además, como personales y altamente sensibles.

206. En virtud del derecho a la vida privada y del derecho a la salud, las personas tienen derecho a que la atención médica sea confidencial y a la protección de los datos de salud. Dicha protección trae como consecuencia que la información que el médico obtiene en ejercicio de su profesión no debe ser difundida y se encuentra privilegiada por el secreto profesional. Esto incluye tanto la información compartida por el paciente mientras es atendido, como la evidencia física que el personal médico pueda observar al brindar atención médica. En este sentido, los médicos tienen un derecho y un deber de guardar confidencialidad sobre la información a la que tengan acceso en su condición de médicos. Esta obligación de mantener el secreto profesional ha sido reconocida en diversos instrumentos relativos a la ética de la atención médica, incluyendo el juramento hipocrático, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Mundial de Medicina en 1948, el Código Internacional de Ética Médica, y la Declaración de Lisboa sobre los Derechos del Paciente.

207. No obstante, la confidencialidad de la atención médica y la protección de los datos de salud, no es un derecho absoluto y, por lo tanto, puede ser restringido por los Estados siempre que las injerencias no sean abusivas o arbitrarias; por ello, deben estar previstas en ley, perseguir un fin legítimo y ser necesarias en una sociedad democrática. En el mismo sentido, la obligación del personal médico de mantener el secreto profesional tiene excepciones.

208. En el presente caso, la información compartida por Manuela con el personal sanitario era privada. Manuela no autorizó su divulgación, sin embargo, la misma fue divulgada en al menos tres ocasiones: (1) cuando la médica tratante denunció a Manuela; (2) cuando la médica declaró el 28 de febrero de 2008, y (3) cuando el Director del Hospital Nacional San Francisco Gotera remitió un informe de la historia clínica de Manuela a la Fiscalía.

209. Las divulgaciones de dichas informaciones con las autoridades judiciales constituyeron injerencias en su derecho a la vida privada y a la salud. Por tanto, la Corte debe examinar si cada una de estas resultaron arbitrarias o abusivas o si fueron compatibles con la Convención.

[...]

224. En este sentido, la Corte considera que, en casos como el presente, relacionados con emergencias obstétricas, la divulgación de información médica puede restringir el acceso a una atención médica adecuada de mujeres que necesiten asistencia médica, pero eviten ir a un hospital por miedo a ser criminalizadas, lo que pone en riesgo sus derechos a la salud, a la integridad personal y a la vida. En efecto, en estos casos colidan en apariencia dos normas: el deber de guardar el secreto profesional y el de denunciar. Tratándose de casos de urgencias obstétricas, en que está en juego la vida de la mujer, debe privilegiarse el deber de guardar el secreto profesional. Por tanto, las afectaciones causadas por la denuncia realizada por la médica tratante en el presente caso fueron desproporcionadas frente a las ventajas que se obtuvieron mediante la misma. En consecuencia, la realización de la denuncia por la médica tratante constituyó una violación a los derechos a la vida privada y a la salud de Manuela, establecidos en los artículos 11 y 26 de la Convención Americana.

[...]

228. En el presente caso, la declaración realizada por la médica tratante fue contraria a la legislación interna que establecía el deber de secreto profesional, además la legislación relativa a la confidencialidad médica analizada supra no establecía criterios claros sobre en qué circunstancias las autoridades médicas podían compartir el expediente clínico de una persona. En este sentido, la Corte considera que, en casos como el presente, relacionados con emergencias obstétricas, la divulgación de información médica puede restringir el acceso a una atención médica adecuada de mujeres que necesiten asistencia médica, pero eviten ir a un hospital por miedo a ser criminalizadas, lo que pone en riesgo su derecho a la salud, a la integridad personal y a la vida. Por ende, la declaración realizada por la médica y la divulgación de la historia clínica configuraron una violación a los derechos a la vida privada y a la salud de Manuela, establecidos en los artículos 11 y 26 de la Convención Americana.

229. En virtud de lo anterior, el incumplimiento de la obligación de mantener el secreto profesional y la divulgación de la información médica de Manuela constituyó una violación a sus derechos a la vida privada y a la salud, en relación con la obligación de respetar y garantizar y el deber de adoptar disposiciones de derecho interno.

Derecho a la libertad de pensamiento y expresión

Corte IDH. Caso I.V. Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 329.

156. En esta línea, conforme lo ha reconocido esta Corte, el artículo 13 de la Convención Americana incluye el derecho a buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole, lo cual protege el derecho de acceso a la información, incluyendo información relacionada con la salud de las personas. El derecho de las personas a obtener información se ve complementado con una correlativa obligación positiva del Estado de suministrarla, de forma tal que la persona pueda tener acceso a conocerla y valorarla. En este sentido, el personal de salud no debe esperar a que el paciente solicite información o haga preguntas relativas a su salud, para que esta sea entregada. La obligación del Estado de suministrar información de oficio, conocida como la "obligación de transparencia activa", impone el deber a los Estados de suministrar información que resulte necesaria para que las personas puedan ejercer otros derechos, lo cual es particularmente relevante en materia de atención a la salud, ya que ello contribuye a la accesibilidad a los servicios de salud y a que las personas puedan tomar decisiones libres, bien informadas, de forma plena. Por consiguiente, el derecho de acceso a la información

adquiere un carácter instrumental para lograr la satisfacción de otros derechos de la Convención.

163. La Corte estima que la obligación de obtener el consentimiento informado significará el establecimiento de límites a la actuación médica y la garantía de que estos límites sean adecuados y efectivos en la práctica, para que ni el Estado, ni terceros, especialmente la comunidad médica, actúe mediante injerencias arbitrarias en la esfera de la integridad personal o privada de los individuos, especialmente en relación con el acceso a servicios de salud, y para el caso de las mujeres, servicios de planificación familiar u otros relacionados con la salud sexual y reproductiva. De igual manera, la regla del consentimiento informado se relaciona con el derecho de acceso a la información en materia de salud, debido a que el paciente sólo puede consentir de manera informada si ha recibido y comprendido información suficiente, que le permita tomar una decisión plena. Por ello, en la esfera de la salud, la Corte reitera el carácter instrumental del derecho de acceso a la información ya que es un medio esencial para la obtención de un consentimiento informado y, por ende, para la realización efectiva del derecho a la autonomía y libertad en materia de salud reproductiva.

Derechos de los niños, niñas y adolescentes

Corte IDH. Caso Vera Rojas y otros Vs. Chile. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de octubre de 2021. Serie C No. 439.

103. En el presente caso, las alegadas violaciones a los derechos a la vida, la vida digna, la integridad personal y la salud deben interpretarse a la luz del *corpus juris* internacional de protección de las niñas y los niños. Tal como esta Corte ha afirmado en otras oportunidades, este *corpus juris* debe servir para definir el contenido y los alcances de las obligaciones que ha asumido el Estado cuando se analizan los derechos de niñas y niños. En este sentido, en el análisis de los hechos de este caso se hará particular mención a la Convención sobre los Derechos del Niño.

104. En este sentido, este Tribunal ha entendido que, conforme al artículo 19 de la Convención Americana, el Estado se encuentra obligado a promover las medidas de protección especial orientadas en el principio del interés superior de la niña y del niño, asumiendo su posición de garante con mayor cuidado y responsabilidad en consideración a su condición especial de vulnerabilidad. La Corte ha establecido que la protección de la niñez tiene como objetivo último el desarrollo de la personalidad de las niñas y los niños, y el disfrute de los derechos que les han sido reconocidos. De esta forma, las niñas y los niños tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos por parte de la familia, la sociedad y el Estado. Además, su condición exige una protección especial debida por este último y que debe ser entendida como un derecho adicional y complementario a los demás derechos que la Convención reconoce a toda persona.

[...]

107. Asimismo, el Tribunal advierte que el mismo Comité ha considerado que los Estados deben situar el interés superior del niño en el centro de todas las decisiones que afecten a su salud y desarrollo, incluidas aquellas que involucren actos que intervengan con la salud de los niños y niñas. En ese sentido, el Comité ha señalado que que los Estados deben revisar el entorno normativo y enmendar las leyes y políticas públicas para garantizar el derecho a la salud. Respecto a los agentes no estatales, ha indicado que el Estado "es responsable de la realización del derecho del niño a la salud, independientemente de si delega la prestación de servicios en agentes no estatales". Lo

anterior conlleva el deber de que los agentes no estatales reconozcan, respeten y hagan efectivas sus responsabilidades frente a los niños y niñas.

108. En ese sentido, la Corte considera que el principio del interés superior constituye un mandato de priorización de los derechos de las niñas y niños frente a cualquier decisión que pueda afectarlos (positiva o negativamente), tanto en el ámbito judicial, administrativo y legislativo. De esta forma, el Estado debe garantizar que las normas y actos estatales no afecte el derecho de los niños y niñas a gozar el más alto nivel de salud y acceso a tratamiento de enfermedades, ni que este derecho se vea afectado por actos de terceros.

[...]

109. En consideración a lo anterior, la Corte entiende que los tratamientos de rehabilitación por discapacidad y los cuidados paliativos son servicios esenciales respecto a la salud infantil. Al respecto, el Tribunal advierte que el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño señala que los Estados deben "esforzarse para asegurarse que ningún niño se vea privado del derecho al disfrute de los servicios sanitarios", y el Comité de los Derechos del Niño ha indicado que dicho artículo abarca la prevención oportuna y apropiada, la promoción de la salud, los servicios paliativos, de curación y de rehabilitación, y el derecho del niño o la niña a crecer y desarrollarse al máximo de sus posibilidades y vivir en condiciones que le permitan disfrutar del más alto nivel posible de salud.

110. De esta forma, este Tribunal estima que los Estados deben garantizar los servicios sanitarios referidos a la rehabilitación y cuidados paliativos pediátricos conforme a los estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad [...], tomando en consideración las particularidades del tratamiento médico que requieren los niños y niñas que sufren discapacidades. En particular, respecto a la accesibilidad, la Corte considera que los tratamientos de rehabilitación y cuidados paliativos pediátricos deben privilegiar, en la medida de lo posible, la atención médica domiciliaria, o en un lugar cercano a su domicilio, con un sistema interdisciplinario de apoyo y orientación al niño o la niña y su familia, así como contemplar la preservación de su vida familiar y comunitaria.

111. Al respecto, el Tribunal advierte que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad dispone que los Estados deben proporcionar a las personas con discapacidad servicios de salud lo más cerca posible de sus comunidades, incluso en zonas rurales, así como el acceso a servicios de asistencia domiciliaria y residencial. En un sentido similar, el Comité de los Derechos del Niño ha sostenido que "la mejor forma de cuidar y atender al niño con discapacidad es dentro de su propio entorno familiar cuando la familia tenga medios suficientes". En definitiva, la Corte considera que los cuidados especiales y la asistencia necesaria para un niño o una niña con discapacidad debe incluir, como elemento fundamental, el apoyo a las familias a cargo de su cuidado durante el tratamiento, en especial a las madres, en quienes tradicionalmente recaen las labores de cuidado.

112. Asimismo, respecto al acceso a la información, como parte de la accesibilidad en la atención a la salud, el Tribunal considera que los niños y las niñas, y sus cuidadores, deben tener acceso a la información relacionada con las enfermedades o discapacidades que sufran, incluidas sus causas, cuidados y pronósticos. Esta información debe ser accesible en relación con los médicos tratantes, pero también respecto del resto de las instituciones que pueden estar involucradas en el tratamiento que recibe el niño o la niña. Esto incluye a las instituciones encargadas del manejo de los seguros privados, en tanto resultan centrales en el acceso a los servicios de salud. Por ende, el Estado debe regular que los afiliados de las aseguradoras privadas tengan acceso a la información

sobre las condiciones de tratamiento efectivo que gocen, lo que incluye las condiciones de cobertura de los servicios, y los recursos que dispone el afiliado en caso de inconformidad.

Derecho al acceso a la justicia

Corte IDH. Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171.

64. En el presente caso está demostrado que el 13 de diciembre de 1987 Laura Albán ingresó al Hospital Metropolitano, institución de salud de carácter privado situada en Quito, Ecuador. Ese mismo día quedó internada por orden del médico tratante, doctor Ramiro Montenegro López, debido al cuadro clínico de meningitis bacteriana que éste diagnosticó, luego de los exámenes clínicos que fueron practicados a la paciente. El 17 de diciembre, en horas de la noche, Laura Albán manifestó que sufría mucho dolor. Debido a que el doctor Montenegro López no se encontraba en el hospital en ese momento, el médico residente, doctor Fabián Espinoza Cuesta, atendió a la señorita Albán Cornejo y le prescribió una inyección de 10 miligramos de morfina para aliviar el dolor. Laura Albán murió a la 1:30 a.m. del 18 de diciembre de 1987. En su expediente médico consta que la causa de la muerte fue "paro cardiorespiratorio, hipertensión intracraneal, meningitis purulenta aguda fulminante".

67. El Tribunal entiende que el expediente médico contiene información personal, cuyo manejo es en general de carácter reservado. La custodia del expediente médico se encuentra regulada en la normativa interna de cada Estado, que generalmente la encomienda al médico tratante o a los centros de salud públicos o privados en los que se atiende el paciente. Esto no impide que en caso de fallecimiento del paciente e incluso en otros casos, conforme a la regulación respectiva se proporcione el expediente a los familiares directos o a terceros responsables que demuestren un interés legitimo.

68. En términos generales, es evidente la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.

76. La Corte considera oportuno expresar algunas consideraciones respecto a la labor que realizan los organismos de supervisión profesional médica, tomando en cuenta para ello, en forma destacada, la trascendencia social de las tareas asumidas por lo colegios profesionales y sus órganos disciplinarios, la expectativa social que esto genera y el amplio, creciente y deseable examen del ejercicio de los profesionales de la salud desde la perspectiva de la bioética, que se halla en un ámbito de confluencia entre los deberes morales y los deberes jurídicos.

77. Dentro de las funciones de los tribunales de colegios profesionales de la medicina, están las relativas al deber de supervisar y velar por el ejercicio ético de la profesión y proteger aquellos bienes jurídicos que se relacionan con la práctica médica, tales como la vida, la integridad personal y el manejo de la información médico científica sobre la salud de los pacientes.

78. En razón de ello, es fundamental que los órganos de supervisión profesional, al conocer y ejercer control sobre el ejercicio profesional de los médicos y sancionarlos disciplinariamente, lo hagan de forma imparcial, objetiva y diligente para amparar los bienes y valores a los que sirve el desempeño profesional, guiándose por los lineamientos generalmente aceptados de la ética, la bioética, la ciencia y la técnica. No es posible desconocer que las conclusiones a las que llegan los órganos profesionales pueden influir de manera significativa en el examen que hagan, a su vez, las instancias del Estado, aun cuando éstas no se hallan formalmente limitadas, condicionadas o vinculadas por aquéllos.

[...]

96. Puesto que el Estado tuvo conocimiento el 3 de agosto de 1995 acerca de la muerte de Laura Albán, es a partir de esa fecha cuando debió iniciar e impulsar la investigación y el esclarecimiento de los hechos. Sin embargo, no fue sino hasta quince meses después que inició la investigación, tal como quedó probado […]. Al respecto, este Tribunal considera que el hecho anteriormente descrito denota que las autoridades estatales no asumieron con seriedad y con las debidas garantías la denuncia presentada por los padres de Laura Albán. Consecuentemente, el Tribunal considera que el Estado vulneró los artículos 8.1 y el 25.1 de la Convención Americana, al no iniciar oportunamente la investigación de la muerte de Laura Albán.

Corte IDH. Caso I.V. Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 329.

297. La esterilización no consentida o involuntaria constituye una de las diversas prácticas que encierra el concepto de violencia contra la mujer […] y, en esa medida, los estándares desarrollados en la jurisprudencia de este Tribunal respecto a la obligación de investigar en casos de violencia contra la mujer se tornan aplicables. Sin embargo, a diferencia de los casos anteriores que trataban sobre violaciones sexuales, muerte, malos tratos y afectaciones a la libertad personal en el marco de un contexto general de violencia contra las mujeres, la Corte nota que el presente caso se refiere a una violación de los derechos sexuales y reproductivos, en la que un médico privó a la señora I.V. de su función reproductiva sin su consentimiento informado en un hospital público durante un procedimiento de cesárea. Según la prueba presentada, dicha esterilización no consentida no formó parte de una política estatal ni ocurrió en un conflicto armado o como parte de un ataque generalizado y sistemático contra la población civil. Sin embargo, a criterio de esta Corte, esto no implica que dicho acto sea calificado meramente como una impericia por parte del médico, sino que configura una violación de derechos humanos de significativa gravedad y, en particular, un craso desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y de la autonomía de la mujer.

299. Por lo tanto, la protección de los derechos de las mujeres a través del acceso a recursos oportunos, adecuados y efectivos para remediar estas violaciones de forma integral y evitar la recurrencia de estos hechos en el futuro resulta de suma relevancia si se toma en consideración que hoy en día, en el marco de la atención médica y el acceso a los servicios de salud, las mujeres siguen siendo vulnerables a sufrir violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos, en la mayoría de los casos a través de prácticas discriminatorias que son consecuencia de la aplicación de estereotipos en su perjuicio.

300. Ahora bien, en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos, la Corte considera que, la necesidad de criminalizar ciertas violaciones a dichos derechos, así como la evaluación de los casos en que una investigación por la vía penal resulta conducente, debe responder a un escrutinio acucioso y ponderado de las circunstancias del caso, toda vez que algunos tipos penales pueden ser abiertamente incompatibles con

las obligaciones en materia de derechos humanos en tanto limiten o denieguen el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva.

310. En definitiva, la revisión de la práctica internacional evidencia que una gama de diversas medidas son consideradas adecuadas para remediar una esterilización no consentida, involuntaria, coercitiva o forzada, lo que va a depender de las circunstancias del caso y el contexto en que sucedieron los hechos. Ahora bien, la Corte considera necesario afirmar que, si el consentimiento previo, libre, pleno e informado es un requisito ineludible para que una esterilización no sea contraria a los parámetros internacionales, debe también existir la posibilidad de reclamar ante las autoridades correspondientes en aquellos casos en que el médico no haya cumplido con este requisito ético y legal de la práctica médica, a fin de establecer las responsabilidades correspondientes y acceder a una indemnización. Dichas medidas deben incluir, la disponibilidad y el acceso a recursos administrativos y jurisdiccionales para presentar reclamos en caso en que no se haya obtenido el consentimiento previo, libre, pleno e informado y el derecho a que dichos reclamos sean examinados sin demora y de forma imparcial. Sostener lo contrario conduciría a negar el efecto útil de la regla del consentimiento informado.

311. En suma, la Corte considera que existe un reconocimiento cada vez mayor de que las prácticas de esterilización no consentida, involuntaria, forzada o coercitiva no pueden quedar impunes, ya que lo anterior conduciría a perpetuar desde lo institucional estereotipos discriminatorios en el ámbito de la salud reproductiva que se basan en la creencia de que las mujeres no son personas competentes para la toma de decisiones sobre su cuerpo y salud. Ello no implica necesariamente que la vía penal sea exigible en todos los casos, pero que el Estado debe disponer de mecanismos accesibles para presentar reclamos, que sean adecuados y eficaces para el establecimiento de responsabilidades individuales, ya sea en el ámbito disciplinario, administrativo o judicial, según corresponda, a fin de reparar a la víctima de forma adecuada.

312. Ahora bien, en su jurisprudencia esta Corte ha establecido que la obligación de investigar por la vía penal y el correspondiente derecho de la presunta víctima o de los familiares no sólo se desprende de las normas convencionales de derecho internacional imperativas para los Estados Parte, sino que también se deriva de la legislación interna que hace referencia al deber de investigar de oficio ciertas conductas ilícitas y a las normas que permiten que las víctimas o sus familiares denuncien o presenten querellas, pruebas o peticiones o cualquier otra diligencia, con la finalidad de participar procesalmente en la investigación penal con la pretensión de establecer la verdad de los hechos. Atendiendo a que en el presente caso se inició un proceso penal por el delito de lesiones, la Corte pasará a analizar la conformidad de las actuaciones penales encaminadas a establecer la responsabilidad penal del médico por la esterilización no consentida de la señora I.V. con la Convención Americana.

Corte IDH. Caso Muelle Flores Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 6 de marzo de 2019. Serie C No. 375.[18]

163. En el presente caso, la Corte considera relevante recordar que los amparos interpuestos por la presunta víctima involucraban aspectos relacionados con el derecho a la seguridad social, y su correlativo acceso al sistema de salud, esto último debido a que a través de retenciones mensuales sobre el pago de la pensión, el señor Muelle Flores tenía derecho a un seguro social con EsSalud. Este extremo resulta de suma importancia teniendo en cuenta que la víctima cuenta con 82 años de edad, circunstancia que lo posiciona además en una situación de mayor vulnerabilidad, implicando una obligación reforzada de respeto y garantía de sus derechos. En efecto, el señor Muelle Flores dejó de recibir una pensión (si bien recibió algunos pagos parciales) de conformidad con la normativa vigente en la época, desde 1991. Es decir que, a pesar de haber adquirido un derecho a la pensión en septiembre de 1990, el cual le habría brindado los medios suficientes para subsistir con dignidad y cubrir sus gastos de salud, el señor Muelle Flores no pudo ver su derecho materializado, sino que por el contrario tuvo que recurrir a la ayuda económica de sus familiares y de ciertos trabajos esporádicos hasta que su salud se lo permitió, para poder sobrevivir.

164. Asimismo, la víctima ha tenido que atravesar diversas dolencias relacionadas con su estado de salud, que se han visto agravadas con el transcurso del tiempo, tales como el desarrollo de una hipoacusia severa con pérdida total de un oído e importante reducción en la audición en el otro, Alzheimer y fractura de fémur […], encontrándose imposibilitado de acceder al sistema público de salud, como consecuencia directa de la falta de ejecución de las decisiones judiciales a su favor.

165. Al respecto, es dable destacar que desde las sentencias dictadas en 1993 y 1999 hasta la fecha, han transcurrido más de 26 y 19 años, respectivamente, los que en una persona de avanzada edad y carente de recursos económicos, han ocasionado un impacto en su situación jurídica. Teniendo en cuenta lo anterior, la Corte considera que se encuentra suficientemente probado que la prolongación de la ejecución del proceso en este caso incidió de manera relevante y cierta en la situación jurídica del señor Muelle Flores, por cuanto al retrasarse el cumplimiento de las resoluciones judiciales del caso, se afectó el desarrollo de su vida luego de su jubilación.

166. Una vez analizados los cuatro elementos para determinar la razonabilidad del plazo, la Corte concluye que las autoridades judiciales excedieron el plazo razonable del proceso, lo cual vulnera el derecho a las garantías judiciales establecido en el artículo 8.1 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento, en perjuicio de Oscar Muelle Flores.

[18] El caso trata sobre la responsabilidad internacional del Estado por distintas omisiones de este que constituyeron un incumplimiento en el deber de garantizar el derecho a la tutela judicial efectiva y protección judicial, así como que, las autoridades judiciales no actuaron con el deber de celeridad que exigía la situación de vulnerabilidad en la que se encontraba la víctima, razón por la cual excedieron el plazo razonable. La Corte en su sentencia estableció la violación, entre otros, del derecho a la integridad, honra y dignidad, garantías judiciales, derecho a la propiedad privada, progresivad de derechos (seguridad social) y protección judicial. Se puede consultar un resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_375_esp.pdf

Corte IDH. Caso Spoltore Vs. Argentina. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 9 de junio de 2020. Serie C No. 404.[19]

98. La Corte nota que el presente caso no versa sobre las obligaciones de progresividad derivadas del artículo 26 de la Convención, sino que se refiere a la falta de protección judicial del derecho a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo que aseguren la salud del trabajador, debido a la demora excesiva del proceso judicial reconocida por el Estado.

99. En este sentido, con base en los criterios y elementos constitutivos del derecho a condiciones de trabajo que aseguren la salud del trabajador, y tomando en cuenta los hechos y particularidades del presente caso, la Corte concluye que este se refiere al derecho del trabajador a realizar sus labores en condiciones que prevengan accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En cumplimiento de las obligaciones del Estado de garantizar este derecho, los Estados, entre otras obligaciones, deben asegurar que los trabajadores afectados por un accidente o enfermedad profesional prevenible tengan acceso a mecanismos adecuados de reclamación, como los tribunales, para solicitar una reparación o indemnización.

100. Con base en los criterios establecidos en los párrafos precedentes y que el Estado reconoció su responsabilidad internacional por la violación de los artículos 8 y 25 de la Convención, en el sentido de que en el presente caso existió una duración excesiva del proceso en el cual el señor Spoltore solicitaba una indemnización por enfermedad profesional, lo cual implicó una violación del derecho a las garantías judiciales y a la protección judicial, el Tribunal pasa a analizar la afectación del derecho a condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias que aseguren la salud del trabajador en el caso concreto.

[...]

102. La Corte reitera que el acceso a la justicia es uno de los componentes del derecho a condiciones de trabajo que aseguren la salud del trabajador [...]. Esta Corte ha señalado que los derechos laborales y el derecho a la seguridad social incluyen la obligación de disponer de mecanismos efectivos de reclamo frente a su violación con el fin de garantizar el derecho de acceso a la justicia y a la tutela judicial efectiva, tanto en el ámbito público como en el ámbito privado de las relaciones laborales. Esto mismo es aplicable al derecho a condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias que aseguren la salud del trabajador. En consecuencia, teniendo en consideración el reconocimiento de responsabilidad internacional del Estado debido a la demora excesiva del proceso judicial laboral reconocida por el Estado y dado que no se garantizó al señor Spoltore el acceso a la justicia en búsqueda de una indemnización por una posible enfermedad profesional, la Corte concluye que el Estado es responsable de la violación del artículo 26 de la Convención, en relación con los artículos 8, 25 y 1.1 del mismo instrumento, en perjuicio de Victorio Spoltore.

[19] El caso trata sobre la responsabilidad internacional del Estado en relación con las condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias que aseguren la salud del trabajador, en relación con el acceso a la justicia, de Victorio Spoltore, en relación con la obligación de respetar y garantizar dichos derechos. La Corte en su sentencia estableció la violación, entre otros, del derecho a las garantías judiciales, progresidad de los derechos (condiciones laborales) y protección judicial. Se puede consultar un resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_404_esp.pdf

Corte IDH. Caso Manuela y otros Vs. El Salvador. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021. Serie C No. 441.

247. Por otra parte, la Corte ha establecido que cuando una persona muere mientras se encontraba bajo custodia del Estado, las autoridades correspondientes tienen el deber de iniciar *ex officio* y sin dilación, una investigación seria, imparcial y efectiva. No obstante, en casos como el presente, donde no hay indicios de violencia en la muerte de la presunta víctima (ni fue alegado como tal), la muerte ocurrió en un hospital y es razonablemente probable que la muerte se haya dado por causas naturales o accidentales, una investigación no judicial, como la realizada por las autoridades donde Manuela estaba detenida, puede ser suficiente. El registro de defunción de Manuela hace constar que la "enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente" fue linfoma de Hodgkin, tipo esclerosis nodular. Por tanto, la Corte considera que no ha sido demostrado que el Estado sea responsable por el alegado incumplimiento de garantizar el acceso a la justicia, en los términos de los derechos a las garantías judiciales y a la protección judicial reconocidos en los artículos 8.1 y 25 de la Convención Americana, en perjuicio de los familiares de Manuela.

IV. AREAS TEMÁTICAS RELACIONADAS CON DERECHO A LA SALUD

En el siguiente apartado se sistematizan decisiones de la Corte IDH que hacen referencia a áreas temáticas vinculadas con el derecho a la salud que han sido tratadas por la jurisprudencia a partir del análisis de los derechos convencionales.

Consentimiento informado

Corte IDH. Caso I.V. Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 329.[20]

157. La salud sexual y reproductiva constituye ciertamente una expresión de la salud que tiene particulares implicancias para las mujeres debido a su capacidad biológica de embarazo y parto. Se relaciona, por una parte, con la autonomía y la libertad reproductiva, en cuanto al derecho a tomar decisiones autónomas sobre su plan de vida, su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, libre de toda violencia, coacción y discriminación. Por el otro lado, se refiere al acceso tanto a servicios de salud reproductiva como a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer su derecho a decidir de forma libre y responsable el número de hijos que desean tener y el intervalo de nacimientos. La Corte ha considerado que "la falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave [de] la autonomía y la libertad reproductiva".

158. En particular, cabe resaltar que para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la salud genésica significa que "la mujer y el hombre están en libertad para

[20] El caso trata sobre la responsabilidad internacional del Estado por la esterilización forzada de que fue objeto la señara I.V. En su sentencia la Corte estableció la violación, entre otros, del derecho a la libertad personal, integridad, libertad de expresión, protección de la familia, protección judicial y garantías judiciales. Se puede consultar un resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_329_esp.pdf

decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud". De esta forma, la Corte estima que los Estados deben garantizar el acceso a la información en temas de salud, sobre todo en relación con la salud sexual y reproductiva, cuya denegación muchas veces ha significado una barrera para el ejercicio pleno de este derecho y un impedimento para la toma de decisiones de forma libre y plena. Por lo tanto, la Corte considera que, en materia de salud sexual y reproductiva, la obligación de transparencia activa imputable al Estado apareja el deber del personal de salud de suministrar información que contribuya a que las personas estén en condiciones de tomar decisiones libres y responsables respecto de su propio cuerpo y salud sexual y reproductiva, los cuales se relacionan con aspectos íntimos de su personalidad y de la vida privada y familiar.

159. En esta medida, la Corte entiende que el consentimiento informado del paciente es una condición *sine qua non* para la práctica médica, el cual se basa en el respeto a su autonomía y su libertad para tomar sus propias decisiones de acuerdo a su plan de existencia. En otras palabras, el consentimiento informado asegura el efecto útil de la norma que reconoce la autonomía como elemento indisoluble de la dignidad de la persona.

160. En este marco, cobra relevancia la especial relación entre el médico y el paciente. La Corte nota que esta relación está caracterizada por la asimetría en el ejercicio del poder que el médico asume en razón de su conocimiento profesional especializado y del control de la información que conserva. Esta relación de poder se encuentra gobernada por ciertos principios de la ética médica, principalmente los principios de autonomía del paciente, beneficencia, no maleficencia y justicia. Siendo el médico una persona que actúa también bajo sus propias convicciones y preferencias es plausible que algunas de sus actuaciones puedan entrar en contradicción con los planes de vida de los pacientes. Sobre el particular, la Corte nota que la Asociación Médica Mundial en su Declaración de Lisboa sobre los derechos del paciente en 1981, que es la primera que regula de manera más general la relación médico-paciente y en concreto, los derechos de este último, inicia señalando que "[a]unque el médico siempre debe actuar de acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente[ ], se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente […]". Es por ello que el principio de autonomía adquiere vital importancia en el ámbito de la salud, como una regla que instaura un balance adecuado entre la actuación médica benéfica y el poder decisorio que retiene el paciente como sujeto moral autónomo, a fin de no incurrir en acciones de corte paternalista en las que el paciente sea instrumentalizado para evitarle un daño en su salud.

161. La Corte nota que el reconocimiento del consentimiento informado como expresión de la autonomía de las personas en el ámbito de la salud ha significado en la práctica de la medicina un cambio de paradigma en la relación médico-paciente, ya que el modelo de toma de decisiones informadas y libres pasó a centrarse en un proceso participativo con el paciente y ya no en el modelo paternalista en donde el médico, por ser el experto profesional en la materia, era quien decidía lo más conveniente para la persona que debía someterse a un tratamiento en particular. El paciente se encuentra, desde esta perspectiva, empoderado y colabora con el médico como el actor principal en cuanto a las decisiones a tomar respecto a su cuerpo y salud y no es más el sujeto pasivo en dicha relación. El paciente es libre de optar por alternativas que los médicos podrían considerar como contrarias a su consejo, siendo, por ello, la expresión más clara del respeto por la autonomía en el ámbito de la medicina. Este cambio de paradigma se

traduce en diversos instrumentos internacionales, en donde se hace referencia al derecho del paciente de acceder o permitir libremente, sin ningún tipo de violencia, coerción o discriminación, que un acto médico se lleve a cabo en su beneficio, luego de haber recibido la información debida y oportuna de manera previa a su decisión.

162. Por todo lo anterior, la Corte considera que el consentir de manera informada respecto a la procedencia de una intervención médica con consecuencias permanentes en el aparato reproductivo como la ligadura de las trompas de Falopio, pertenece a la esfera autónoma y de la vida privada de la mujer, la cual podrá elegir libremente los planes de vida que considere más apropiados, en particular, si desea o no mantener su capacidad reproductiva, el número de hijos que desea tener y el intervalo entre éstos.

163. La Corte estima que la obligación de obtener el consentimiento informado significará el establecimiento de límites a la actuación médica y la garantía de que estos límites sean adecuados y efectivos en la práctica, para que ni el Estado, ni terceros, especialmente la comunidad médica, actúe mediante injerencias arbitrarias en la esfera de la integridad personal o privada de los individuos, especialmente en relación con el acceso a servicios de salud, y para el caso de las mujeres, servicios de planificación familiar u otros relacionados con la salud sexual y reproductiva. De igual manera, la regla del consentimiento informado se relaciona con el derecho de acceso a la información en materia de salud, debido a que el paciente sólo puede consentir de manera informada si ha recibido y comprendido información suficiente, que le permita tomar una decisión plena. Por ello, en la esfera de la salud, la Corte reitera el carácter instrumental del derecho de acceso a la información ya que es un medio esencial para la obtención de un consentimiento informado y, por ende, para la realización efectiva del derecho a la autonomía y libertad en materia de salud reproductiva.

164. Desde el punto de vista del derecho internacional, el consentimiento informado es una obligación que ha sido establecida en el desarrollo de los derechos humanos de los pacientes, el cual constituye no sólo una obligación ética sino también jurídica del personal de salud, quienes deben considerarlo como un elemento constitutivo de la experticia y buena práctica médica (*lex artis*) a fin de garantizar servicios de salud accesibles y aceptables. Seguidamente, la Corte establecerá los elementos que lo conforman y que se encontraban vigentes al momento de los hechos del presente caso.

El consentimiento en el derecho internacional, el derecho comparado y la jurisprudencia

165. La Corte ha establecido que los Estados tienen la obligación internacional de asegurar la obtención del consentimiento informado antes de la realización de cualquier acto médico, ya que éste se fundamenta principalmente en la autonomía y la auto-determinación del individuo, como parte del respeto y garantía de la dignidad de todo ser humano, así como en su derecho a la libertad. A su vez, esto implica que el individuo pueda actuar conforme a sus deseos, su capacidad para considerar opciones, adoptar decisiones y actuar sin la injerencia arbitraria de terceras personas, todo ello dentro de los límites establecidos en la Convención. Ello es así, especialmente, en casos de esterilizaciones femeninas, por implicar estos procedimientos la pérdida permanente de la capacidad reproductiva. La necesidad de obtención del consentimiento informado protege no sólo el derecho de los pacientes a decidir libremente si desean someterse o no a un acto médico, sino que es un mecanismo fundamental para lograr el respeto y garantía de distintos derechos humanos reconocidos por la Convención Americana, como lo son la dignidad, libertad personal, integridad personal, incluida la atención a la salud

y en particular la salud sexual y reproductiva, la vida privada y familiar y a fundar una familia. Asimismo, la Corte estima que la garantía del libre consentimiento y el derecho a la autonomía en la elección de los métodos anticonceptivos permite impedir de manera eficaz, sobre todo para las mujeres, la práctica de las esterilizaciones involuntarias, no consentidas, coercitivas o forzadas.

166. La Corte considera que el concepto del consentimiento informado consiste en una decisión previa de aceptar o someterse a un acto médico en sentido amplio, obtenida de manera libre, es decir sin amenazas ni coerción, inducción o alicientes impropios, manifestada con posterioridad a la obtención de información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible, siempre que esta información haya sido realmente comprendida, lo que permitirá el consentimiento pleno del individuo. El consentimiento informado es la decisión positiva de someterse a un acto médico, derivada de un proceso de decisión o elección previo, libre e informado, el cual constituye un mecanismo bidireccional de interacción en la relación médico-paciente, por medio del cual el paciente participa activamente en la toma de la decisión, alejándose con ello de la visión paternalista de la medicina, centrándose más bien, en la autonomía individual […]. Esta regla no sólo consiste en un acto de aceptación, sino en el resultado de un proceso en el cual deben cumplirse los siguientes elementos para que sea considerado válido, a saber, que sea previo, libre, pleno e informado. Todos estos elementos se encuentran interrelacionados, ya que no podrá haber un consentimiento libre y pleno si no ha sido adoptado luego de obtener y entender un cúmulo de información integral.

167. [...] Además, la Corte estima oportuno recordar que la obligación de obtención del consentimiento informado conforme a los hechos del presente caso, es un mecanismo fundamental para el goce efectivo de otros derechos de la Convención Americana, por lo que es independiente del año en que sucedieron los hechos violatorios. La obligación de obtener el consentimiento informado debe ser respetada por los Estados Partes desde el momento en que ratifican dicho tratado, de manera que no nace a partir de su aplicación e interpretación por este Tribunal en el ejercicio de su jurisdicción contenciosa.

168. Ahora bien, la Corte nota que el sistema interamericano de protección de los derechos humanos no cuenta con una norma convencional en materia de bioética y derechos humanos en la región, que desarrolle el alcance y contenido de la regla del consentimiento informado. Por esta razón, a efectos de interpretar el alcance y contenido de dicha regla en el marco de la Convención Americana y determinar los alcances de las obligaciones estatales en relación con los hechos del presente caso, el Tribunal recurrirá, de conformidad con las reglas generales de interpretación establecidas en el artículo 29 de la Convención Americana, así como en la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, al *corpus juris* internacional en la materia, como lo ha hecho en oportunidades anteriores. En materia de consentimiento, el *corpus juris* se sustenta en declaraciones internacionales, guías, opiniones de comités médicos expertos, directrices, criterios y otros pronunciamientos autorizados de órganos especializados en la temática como lo son la Organización Mundial de la Salud (en adelante "OMS"), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (en adelante "FIGO"), la Asociación Médica Mundial (en adelante también "AMM"), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (en adelante "UNESCO"), los órganos de los tratados de las Naciones Unidas, el Consejo de Europa, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, entre otros. Estos organismos han erigido normas jurídicas comunes que construyen una protección general alrededor del carácter previo, libre, pleno e informado del consentimiento.

Los elementos del consentimiento bajo el derecho y la jurisprudencia internacional

175. Conforme a lo señalado, la Corte nota que el aspecto central de los estándares jurídicos destinados a proteger a los individuos frente a los procedimientos médicos ha sido el consentimiento previo, libre, pleno e informado. Estos elementos característicos de un consentimiento válido ya se encontraban presentes en el campo de la medicina y los derechos humanos desde el Código de Ética Médica de Núremberg y se han mantenido como centrales en el desarrollo de la bioética y el derecho. Asimismo, la Corte considera que los estándares sobre el consentimiento informado para actos médicos en general son aplicables a la esterilización femenina, por ser ésta una intervención quirúrgica. Sin embargo, debido a la naturaleza y a la gravedad del procedimiento, el cual implica que la mujer pierda su capacidad reproductiva de manera permanente, existen factores especiales que deberán ser tomados en cuenta por los proveedores de salud durante el proceso de elección informada que podría derivar en la obtención de un consentimiento informado para someterse a una esterilización. A continuación se especifica el contenido de los elementos esenciales del consentimiento que se derivan del *corpus juris* internacional.

i) Carácter previo del consentimiento

176. El primer elemento del consentimiento a considerar es el del carácter previo, lo cual implica que siempre debe ser otorgado antes de cualquier acto médico. La Corte nota que no es posible convalidar el consentimiento después de finalizado el acto médico. El carácter previo del consentimiento ha sido recogido, o se entiende implícito, en todos los instrumentos internacionales que regulan la materia. En efecto, la Declaración de Helsinki relativa a la investigación médica de 1964 y la Declaración de Lisboa sobre los derechos del paciente de 1981, ambas adoptadas por la Asociación Médica Mundial, así como la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO de 2005, destacan que ninguna persona podrá ser sometida a un estudio, a cualquier examen, diagnóstico o terapia sin que haya aceptado someterse a la misma. Esto ha sido ratificado, asimismo, por la FIGO, la OMS y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su Recomendación General No. 24, en el sentido de que los servicios de salud brindados a la mujer serán aceptables sólo si se garantiza su consentimiento previo con pleno conocimiento de causa, es decir, si el consentimiento es anterior a la intervención médica.

177. Ahora bien, la Corte entiende que existen excepciones donde es posible que el personal de salud actúe sin la exigencia del consentimiento, en casos en los que éste no pueda ser brindado por la persona y que sea necesario un tratamiento médico o quirúrgico inmediato, de urgencia o de emergencia, ante un grave riesgo contra la vida o la salud del paciente. Esta excepción ha sido recogida por la normativa de diversos Estados Partes de la Convención Americana, como será expuesto más adelante […], y ha sido reconocida en el ámbito europeo, así como por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El Tribunal considera que la urgencia o emergencia se refiere a la inminencia de un riesgo y, por ende, a una situación en que la intervención es necesaria ya que no puede ser pospuesta, excluyendo aquellos casos en los que se puede esperar para obtener el consentimiento. En relación con la ligadura de las trompas de Falopio, la Corte resalta que esta intervención quirúrgica, cuyo propósito es prevenir un embarazo futuro, no puede ser caracterizada como un procedimiento de urgencia o emergencia de daño inminente, de modo tal que esta excepción no es aplicable.

178. En efecto, es preciso resaltar que las consideraciones éticas sobre la esterilización de 2011 de la FIGO y la Declaración Interinstitucional de las Naciones Unidas corroboran este entendimiento, al considerar que, aún si un futuro embarazo pusiera en riesgo la vida y salud de la mujer, ella no quedará embarazada inmediatamente, por lo que la medida puede ser tomada con posterioridad. La esterilización no constituye, pues, un procedimiento de emergencia médica. Este razonamiento también ha sido adoptado por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en el caso *V.C. Vs. Eslovaquia*, cuyos hechos ocurrieron el 23 de agosto de 2000, en donde se concluyó que la intervención de ligadura de trompas durante una cesárea no constituía una necesidad médica inminente debido a que la amenaza contra la vida de la paciente se daría en el supuesto de un futuro embarazo, por lo que dicha intervención no era considerada, de manera general, como una emergencia médica.

179. Adicionalmente, la Corte no puede dar acogida al argumento del Estado manifestado desde la audiencia del caso, en cuanto a que el personal médico actuó conforme a los parámetros establecidos en la guía de la OMS de 1993, titulada "Esterilización femenina: guía para la prestación de servicios". El Estado manifestó que, con base en este documento, existiría una diferenciación entre las esterilizaciones quirúrgicas voluntarias y las esterilizaciones por razones de salud o por indicación médica, estableciendo estas últimas –y siempre de acuerdo a lo argumentado por el Estado- una excepción al requisito del consentimiento informado en casos en los que exista una elevada probabilidad de que un nuevo embarazo tenga consecuencias mortales. En primer lugar, el Tribunal nota que, si bien la guía de la OMS de 1993 establecía que las esterilizaciones podían derivar de una indicación médica, incluso en dichos supuestos estas intervenciones quirúrgicas debían ser voluntarias. Por ende, el consentimiento informado debía ser obtenido. En segundo lugar, aún cuando el texto de dicha guía hacía referencia a casos de esterilización por indicación médica en los cuales el consentimiento podía obviarse, la Corte considera que esta pretendida excepción es imprecisa en su formulación por lo que es susceptible de dos interpretaciones posibles. Por un lado, como fue entendido por la representación de la señora I.V., en los términos en que está redactada la excepción ésta era aplicable únicamente a situaciones de extrema gravedad, como la presencia de una paciente en shock por una rotura uterina. Por el otro lado, en el sentido otorgado por el Estado, la excepción al requisito del consentimiento informado era aplicable en casos en los que existía una elevada probabilidad de que un nuevo embarazo tuviera consecuencias mortales.

180. Sobre el particular, la Corte considera que la primera interpretación tornaría inaplicable el criterio al caso bajo examen, ya que la señora I.V. no ingresó al hospital con un diagnóstico de rotura uterina u otro de similar naturaleza. Por otra parte, el Tribunal advierte que, aceptar la interpretación acogida por el Estado, implicaría asumir un criterio aislado que contradice estándares coincidentes y reiterados recogidos en una diversidad de otros documentos internacionales referenciados por este Tribunal. En todo caso y ante la duda interpretativa, la Corte concluye que debe darse a la guía de la OMS de 1993 una lectura ajustada a la Convención Americana a la luz de la autonomía y los derechos de las pacientes, de modo tal que la excepción a la obtención del consentimiento es válida únicamente en situaciones de indicación médica bajo supuestos que satisfacen la urgencia o emergencia necesaria para que proceda.

ii) Carácter libre del consentimiento

181. El segundo elemento hace hincapié en el aspecto de la libertad de la manifestación del consentimiento. Así, la Corte considera que el consentimiento debe ser brindado de manera libre, voluntaria, autónoma, sin presiones de ningún tipo, sin utilizarlo como condición para el sometimiento a otros procedimientos o beneficios, sin coerciones,

amenazas, o desinformación. Tampoco puede darse como resultado de actos del personal de salud que induzcan al individuo a encaminar su decisión en determinado sentido, ni puede derivarse de ningún tipo de incentivo inapropiado. La manifestación de un consentimiento libre ha sido recogida en una diversidad de documentos internacionales referidos al consentimiento como mecanismo de protección de los derechos de los pacientes, desde el Código de Ética Médica de Núremberg hasta la Declaración Interinstitucional de la ONU […]. En particular, la Declaración de Helsinki destacó que el médico debe prestar atención al pedir el consentimiento informado cuando el participante potencial está vinculado con el médico por una relación de dependencia o si consiente bajo presión.

182. El consentimiento es personal, en tanto debe ser brindado por la persona que accederá al procedimiento. En efecto, conforme a las declaraciones de Helsinki y Lisboa, así como la referida a la esterilización forzada, todas de la Asociación Médica Mundial, sólo el paciente podrá acceder a someterse a un acto médico. Asimismo, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO se refiere al consentimiento derivado de la persona interesada, luego de recibir información adecuada. Para casos de esterilización, la Corte considera que, por la naturaleza y las consecuencias graves en la capacidad reproductiva, en relación con la autonomía de la mujer, la cual a su vez implica respetar su decisión de tener hijos o no y las circunstancias en que quiera tenerlos […], sólo ella será la persona facultada para brindar el consentimiento, y no terceras personas, por lo que no se deberá solicitar la autorización de la pareja ni de ninguna otra persona, para la realización de una esterilización. Además, el Tribunal estima que, conforme se ha establecido, por lo general, la esterilización no consiste en un procedimiento de emergencia […], por lo que si la mujer no pudiera dar su consentimiento no se deberá acudir a una tercera persona, sino que se deberá esperar hasta que ella pueda brindarlo. La Recomendación General No. 21 de 1994 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, la Observación General No. 28 de 2000 del Comité de Derechos Humanos, así como la guía de la OMS de 1993, la FIGO en sus recomendaciones desde el año 1989 y la Declaración Interinstitucional de las Naciones Unidas han coincidido en señalar que, si bien la decisión de esterilización puede tomarse en pareja, ello no implica que se exija la autorización del esposo respecto al sometimiento a dicha intervención quirúrgica, al ser la decisión únicamente de la mujer, con base en su autonomía y libertad reproductiva.

183. A juicio de la Corte, un consentimiento no podrá reputarse libre si es solicitado a la mujer cuando no se encuentra en condiciones de tomar una decisión plenamente informada, por encontrarse en situaciones de estrés y vulnerabilidad, *inter alia*, como durante o inmediatamente después del parto o de una cesárea. La guía de la OMS de 1993 establecía que no era conveniente que la mujer optara por la esterilización si existían factores físicos o emocionales que pudieran limitar su capacidad para tomar una decisión informada y meditada, como por ejemplo, mientras se encontraba en labor de parto, recibiendo sedantes o atravesando una situación difícil antes, durante o después de un incidente o tratamiento relacionado con el embarazo. Esto fue ratificado en las consideraciones éticas sobre la esterilización de 2011 de la FIGO, en la Declaración sobre la Esterilización Forzada de 2012 de la Asociación Médica Mundial y en la Declaración Interinstitucional de las Naciones Unidas. Incluso la Corte nota que dicho criterio fue incluido en la normativa interna de Bolivia del año 1997 […]. Asimismo, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental destacó que "[l]a coerción incluye condiciones que facilitan la intimidación, como la fatiga o el estrés". De igual forma, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos concluyó que la solicitud del consentimiento mientras la mujer se encuentra

en trabajo de parto o poco antes de someterse a una cesárea claramente no permite que la decisión sea tomada con base en el libre albedrío.

184. Bajo el entendido que el consentimiento deriva del concepto de autonomía y libertad, se entiende que puede ser revocado por cualquier motivo, sin que ello entrañe desventaja o perjuicio alguno, incluso sólo de manera verbal, ya que no es definitivo. La obtención del consentimiento, como fue explicado, es producto de un proceso bidireccional entre el médico y el paciente, de modo tal que la información integral debe ser brindada por el personal de salud de forma objetiva, no manipulada o inductiva, evitando generar temor en el paciente, porque ello podría implicar que el consentimiento no sea realmente libre. Un consentimiento sin información no constituye una decisión libre.

185. El Tribunal resalta que el elemento de la libertad de una mujer para decidir y adoptar decisiones responsables sobre su cuerpo y su salud reproductiva, sobre todo en casos de esterilizaciones, puede verse socavado por motivos de discriminación en el acceso a la salud; por las diferencias en las relaciones de poder, respecto del esposo, de la familia, de la comunidad y del personal médico; por la existencia de factores de vulnerabilidad adicionales, y debido a la existencia de estereotipos de género y de otro tipo en los proveedores de salud […]. Factores tales como la raza, discapacidad, posición socio-económica, no pueden ser un fundamento para limitar la libre elección de la paciente sobre la esterilización ni obviar la obtención de su consentimiento.

186. La Corte reconoce que la relación de poder entre el médico y la paciente, puede verse exacerbada por las relaciones desiguales de poder que históricamente han caracterizado a hombres y mujeres, así como por los estereotipos de género socialmente dominantes y persistentes que constituyen de forma consciente o inconsciente la base de prácticas que refuerzan la posición de las mujeres como dependientes y subordinadas. Al respecto, la Corte ha reconocido que la obligación de eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer lleva ínsita la obligación de eliminar la discriminación basada en estereotipos de género.

187. Los estereotipos de género se refieren a una pre-concepción de atributos, conductas o características poseídas o papeles que son o deberían ser ejecutados por hombres y mujeres respectivamente. En el sector de la salud, los estereotipos de género pueden resultar en distinciones, exclusiones o restricciones que menoscaban o anulan el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos, y específicamente, de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer con base en su condición. En particular, la Corte advierte que los estereotipos de género negativos o perjudiciales pueden impactar y afectar el acceso a la información de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva, así como el proceso y la forma en que se obtiene el consentimiento. Una mujer que no tiene conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos puede ser propensa a adoptar una actitud menos asertiva respecto a sus derechos. Esto puede conllevar a que deposite mayor confianza en el criterio de su médico, o que profesionales de la salud adopten una posición paternalista respecto a su paciente. Ambas condiciones pueden abrir la puerta a una situación de ejercicio del poder donde profesionales de la salud tomen decisiones sin tomar en cuenta la autonomía y voluntad de su paciente. La Corte visibiliza algunos estereotipos de género frecuentemente aplicados a mujeres en el sector salud, que generan efectos graves sobre la autonomía de las mujeres y su poder decisorio: i) las mujeres son identificadas como seres vulnerables e incapaces de tomar decisiones confiables o consistentes, lo que conlleva a que profesionales de la salud nieguen la información necesaria para que las mujeres puedan dar su consentimiento informado; ii) las mujeres son consideradas como seres impulsivos y volubles, por lo que requieren de la dirección de una persona más estable y con mejor

criterio, usualmente un hombre protector, y iii) las mujeres deben ser quienes deben llevar la responsabilidad de la salud sexual de la pareja, de modo tal que es la mujer quien dentro de una relación tiene la tarea de elegir y usar un método anticonceptivo. Es por ello que, en el presente caso, la Corte brindará particular atención sobre este aspecto a fin de reconocer y rechazar los estereotipos que provocan el menoscabo de los derechos establecidos en la Convención.

188. Asimismo, la Corte estima que es trascendental evitar que el personal médico induzca a la paciente a consentir como consecuencia de la falta de entendimiento de la información brindada, y que se abstenga de actuar prescindiendo del mismo, particularmente en casos en donde la mujer posee escasos recursos económicos y/o niveles bajos de educación, bajo el pretexto de que la medida es necesaria como medio de control de la población y de la natalidad. Esto último puede, a su vez, conllevar a una situación en que se induzca la toma de decisión en favor de la esterilización de la mujer y no del hombre, con base en el estereotipo de que la mujer es quien ostenta el rol primario de la procreación y debe ser la responsable de la contracepción […].

iii) Carácter pleno e informado del consentimiento

189. Finalmente, la Corte enfatiza que el consentimiento debe ser pleno e informado. El consentimiento pleno sólo puede ser obtenido luego de haber recibido información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible, y luego de haberla entendido cabalmente. La Corte considera, luego de haber llevado a cabo un análisis de diversas fuentes, que los prestadores de salud deberán informar al menos, sobre: i) la evaluación de diagnóstico; ii) el objetivo, método, duración probable, beneficios y riesgos esperados del tratamiento propuesto; iii) los posibles efectos desfavorables del tratamiento propuesto; iv) las alternativas de tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas, y el posible dolor o malestar, riesgos, beneficios y efectos secundarios del tratamiento alternativo propuesto; v) las consecuencias de los tratamientos, y vi) lo que se estima ocurrirá antes, durante y después del tratamiento.

190. El Estado manifestó que al año 2000 no existía consenso sobre si se debía informar sobre métodos alternativos de tratamiento, sino que existía acuerdo respecto a informar sobre la naturaleza de la intervención, los fines y riesgos. La Corte considera relevante resaltar que diversos documentos a nivel internacional, y la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, incluían la necesidad de brindar información sobre alternativas al paciente. A criterio de esta Corte, de existir alternativas de tratamiento, dicha información forma parte del concepto de información necesaria para adoptar un consentimiento informado y su impartición se considera como un elemento básico de dicho consentimiento.

191. Ahora bien, como ya quedó establecido anteriormente, la obtención del consentimiento debe derivar de un proceso de comunicación, mediante el cual personal calificado presente información clara y sin tecnicismos, imparcial, exacta, veraz, oportuna, completa, adecuada, fidedigna y oficiosa, es decir, información que otorgue los elementos necesarios para la adopción de una decisión con conocimiento de causa. El personal de salud no debe actuar de forma coercitiva o inductiva con el fin de lograr la aceptación del acto médico, con base en el entendido que la opinión médica prima sobre la autonomía y deseos del paciente. Los proveedores de servicios de salud son agentes fundamentales para asegurar que se brinde información adecuada, por lo que la forma como se presenta la información es muy importante porque tanto el personal de salud como el propio paciente pueden tener concepciones preconcebidas del tratamiento, sumado al hecho de que muchas veces existen problemas comunicando ideas entre seres humanos.

192. En este sentido, con el fin de que la información pueda ser cabalmente entendida, el personal de salud deberá tener en cuenta las particularidades y necesidades del paciente, como por ejemplo su cultura, religión, estilos de vida, así como su nivel de educación. Ello hace parte del deber de brindar una atención en salud culturalmente aceptable. La Corte resalta que, desde la Declaración de Helsinki, se estableció la necesidad de "prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información". De igual manera, la Declaración de Lisboa señala que la información debe ser entregada "de manera apropiada a la cultura local y de tal forma que el paciente pudiera entenderla". Al respecto, la orientación de la información no sólo va dirigida a lo que el médico podría considerar como razonable y necesario compartir, sino que también debería enfocarse en lo que es importante para su paciente. Es decir que la información brindada deberá tener un elemento objetivo y subjetivo. Tomar en cuenta las particularidades de la persona es especialmente importante cuando los pacientes pertenecen a grupos en situación de vulnerabilidad o con necesidades específicas de protección debido a fuentes de exclusión, marginalización o discriminación, relevantes para el entendimiento de la información. A su vez, la Corte considera que, para que la información sea cabalmente comprendida y se tome una decisión con conocimiento de causa, se debe garantizar un plazo razonable de reflexión, el cual podrá variar de acuerdo a las condiciones de cada caso y a las circunstancias de cada persona. Ello constituye una garantía especialmente eficaz para evitar esterilizaciones no consentidas o involuntarias.

193. El Tribunal entiende que lo señalado en el párrafo precedente es relevante en los procesos de obtención del consentimiento informado para esterilizaciones femeninas, debido a la discriminación y estereotipos negativos o perjudiciales que afrentan a las mujeres en el marco de la atención en salud […]. En estos casos, además, la obligación de brindar información consiste en un deber reforzado, debido a la naturaleza y entidad del acto mismo. Las consideraciones especiales inherentes al consentimiento informado relativo a la esterilización que se deben tomar en cuenta por el personal de salud y la información necesaria que debe brindar dicho personal para que la paciente pueda tomar una decisión informada, debe incluir, adicionalmente a lo ya establecido, que la esterilización constituye un método permanente y, en razón de que la paciente puede posteriormente arrepentirse de su esterilidad, advertir sobre la existencia de métodos anticonceptivos alternativos menos intrusivos, incluso métodos de anticoncepción masculina, ya que podría ser una alternativa apropiada. Asimismo, es conveniente que se considere y se informe que la esterilización, al ser una intervención quirúrgica, podría generar riesgos o potenciales efectos secundarios y que existe una tasa mensurable de fallas como cualquier método de esterilización, pero que, a su vez, podrían existir consecuencias si se declina el tratamiento. Sin embargo, es conveniente dejar en claro que esta decisión le corresponde sólo a la mujer, aunque pueda ser discutida con la pareja […]. De igual forma, es preciso abordar el hecho que, aunque la esterilización sea de conveniencia médica, no es un método de urgencia o emergencia […].

194. La Corte considera que, de manera general, las consideraciones especiales inherentes al consentimiento informado para las esterilizaciones y los aspectos necesarios que el personal de salud debe abordar para que la mujer tome una decisión previa, libre, plena e informada se condicen con los criterios establecidos por la OMS desde el año 1993 y la FIGO desde el año 1989. La FIGO y la Declaración Interinstitucional de la ONU, además, han otorgado gran relevancia a la obligación de no censurar, retener o malinterpretar información de manera intencional acerca de la esterilización y métodos alternativos de anticoncepción, para obtener el consentimiento, por lo que puede poner a la salud y los derechos humanos básicos en peligro.

195. Por otro lado, si bien no existe un consenso a nivel internacional o derivado de la normativa interna de los Estados respecto a si el consentimiento debe otorgarse de forma verbal o por escrito, la Corte considera que la prueba de la existencia de éste debe documentarse o registrase formalmente en algún instrumento. Ello, claro está, dependerá de cada caso y situación. Sin embargo, la Corte estima relevante resaltar que, conforme al derecho comparado, todos los Estados que regulaban la esterilización quirúrgica femenina en su legislación interna al año 2000, así como los Estados que exigían el consentimiento informado por escrito, lo requerían principalmente para actos médicos que por su gravedad o naturaleza intrusiva, ameritaban mayor seguridad y formalidad en el proceso de obtención del consentimiento […].

196. Sin perjuicio de lo señalado, la Corte coincide con la opinión de la Comisión, en el sentido de que para casos de esterilización femenina, por la relevancia e implicancias de la decisión y para efectos de mayor seguridad jurídica, el consentimiento se debería otorgar por escrito, en la medida de lo posible. Mientras mayores sean las consecuencias de la decisión que se va a adoptar, más rigurosos deberán ser los controles para asegurar que un consentimiento válido sea realmente otorgado.

Conclusión

201. Con base en todo lo señalado, la Corte concluye que, al momento de la ocurrencia de los hechos del presente caso, existía una obligación internacional del Estado de obtener, a través de su personal de salud, el consentimiento de los pacientes para actos médicos y, en especial, de la mujer para el caso de esterilizaciones femeninas, el cual debía cumplir con las características de ser previo, libre, pleno e informado luego de un proceso de decisión informada.

[...]

209. La Corte considera que la existencia de una regulación clara y coherente respecto de las prestaciones de servicios de salud es imprescindible para garantizar la salud sexual y reproductiva y las correspondientes responsabilidades por la provisión de este servicio. El Tribunal estima que la existencia de normativa que regule el acceso a la información a métodos de planificación familiar y a todo tipo de información necesaria en materia de salud sexual y reproductiva, así como la creación de normativa que asegure la obtención del consentimiento informado y los elementos que se deben respetar para su validez, contribuyen a la prevención de violaciones de derechos humanos de las mujeres, sobre todo en casos como el presente.

210. En este sentido, la Corte estima pertinente que se incluya en la normativa de los Estados definiciones claras de lo que constituye el consentimiento informado. Además, los Estados deben monitorear los centros de salud públicos y privados, incluyendo clínicas y hospitales, que llevan a cabo procedimientos de esterilización con el fin de asegurar que el consentimiento pleno de la paciente sea otorgado antes de la realización de cualquier esterilización, con la consiguiente adopción de mecanismos para lograr una sanción, en caso de que ello no sea cumplido. Asimismo, el artículo 22 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO [...] recoge la obligación de los Estados de adoptar disposiciones de diversa índole para poner en práctica los principios enunciados conforme al derecho internacional de los derechos humanos, entre ellos el consentimiento informado. El Tribunal considera que, para casos de esterilizaciones no consentidas o involuntarias, las medidas para prevenir dichos actos son de vital importancia ya que, si bien la creación de mecanismos de acceso a la justicia permiten la garantía de los derechos, no podrán asegurar en todos los casos la restitución íntegra de la capacidad reproductiva, la cual habrá sido perdida con motivo de la intervención quirúrgica.

[...]

223. En este sentido, a diferencia de decisiones previas del Tribunal, en donde se declaró la responsabilidad internacional del Estado por la falta de regulación y fiscalización respecto a la asistencia de salud prestada por terceros a las personas bajo su jurisdicción, el presente caso se refiere a actos llevados a cabo por un agente estatal, ya que la esterilización de la señora I.V. fue realizada en un hospital público, por personal de salud considerado como servidores públicos. Específicamente, en el caso que nos ocupa, la Corte advierte que recaía sobre el personal de salud la obligación de brindar a la señora I.V. la información sobre su condición de salud de forma adecuada, comprensible y accesible, garantizar su decisión autónoma sobre la elección de métodos anticonceptivos que mejor se ajustasen a su plan de vida, así como asegurar la obtención del consentimiento informado en el caso de que optara por un método quirúrgico permanente, como la ligadura de las trompas de Falopio en tipo pomeroy, a fin de evitar esterilizaciones contrarias a las obligaciones internacionales del Estado.

Consentimiento y esterilización

235. Con base en todo lo expuesto, la Corte concluye que la señora I.V. no manifestó su consentimiento previo, libre, pleno e informado con el fin de someterse a la intervención quirúrgica de ligadura de las trompas de Falopio en tipo pomeroy y, por ende, fue sometida a una esterilización no consentida o involuntaria. El Tribunal considera que el hecho de que se haya sometido a la señora I.V. a un procedimiento de ligadura de las trompas sin brindarle información completa, adecuada y comprensible, con el fin de obtener su consentimiento libre, significó una afectación e intromisión en su cuerpo, la pérdida permanente de su capacidad reproductiva y la vulneración de su autonomía en las decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva. A su vez, la esterilización sin consentimiento generó la anulación de su derecho a tomar libremente las decisiones respecto a su cuerpo y capacidad de reproducción, perdiendo en forma completa el control sobre sus decisiones más personales e íntimas. Asimismo, vulneró valores y aspectos esenciales de la dignidad y vida privada de la señora I.V., al consistir dicha esterilización en una intromisión en su autonomía y libertad reproductiva y una injerencia arbitraria y abusiva en su vida privada, violando su derecho de decisión referente a la cantidad de hijos o hijas que quería tener y al espaciamiento de los mismos y a fundar una familia a través de su derecho a procrear. Por todo ello, el Estado violó los derechos a la integridad personal, a la libertad personal, a la dignidad, a la vida privada y familiar, de acceso a la información y a fundar una familia, en perjuicio de la señora I.V.

236. La Corte resalta la gravedad de esta violación a los derechos de las mujeres, porque es necesario visibilizar prácticas como las verificadas en este caso que pueden esconder estereotipos de género negativos o perjudiciales asociados a los servicios de atención en salud y conllevar a legitimar, normalizar o perpetuar esterilizaciones no consentidas que afectan de forma desproporcionada a las mujeres. En este caso, la Corte considera que la decisión médica de practicar la esterilización a la señora I.V. sin su consentimiento previo, libre, pleno e informado, estuvo motivada por una lógica de cuidado paternalista y bajo la pre-concepción de que la esterilización debía realizarse mientras I.V. se encontraba en el transoperatorio de una cesárea, a pesar de que su caso no era una urgencia o emergencia médica, debido a que se partía de la idea de que ella no tomaría decisiones confiables en el futuro para evitar un nuevo embarazo. El médico actuó, de esta manera, en clave paternalista injustificada, al no reconocerla como un agente moral de toma de decisiones y considerar que, de acuerdo a su criterio médico, debía proteger a I.V. tomando la decisión que consideraba pertinente, sin brindarle a ella la oportunidad

de sopesar las opciones que tenía a su disposición y anulando su capacidad de decidir con base en su autonomía. Además, el médico actuó con la lógica del estereotipo según el cual I.V. era la única responsable de la anticoncepción de la pareja. El hecho de que no se le haya, por ejemplo, mencionado la alternativa de que su esposo podría ser quien posteriormente se sometiera a una vasectomía, demuestra una visión de I.V. por parte del médico como aquella que cumple un rol principal en la reproducción. En este sentido, la Corte entiende que el médico actuó con base en estereotipos de género frecuentemente aplicados a las mujeres en el sector salud, ante la desconfianza de su poder decisorio.

[...]

246. De este modo, el procedimiento de esterilización resultó en la negación a I.V. de la posibilidad de conocer y sopesar diferentes alternativas de métodos de anticoncepción y la posibilidad de optar por un método menos invasivo y no permanente. Tampoco recibió información respecto a alternativas en cuanto a métodos anticonceptivos que hubiesen podido ser adoptados por su esposo para evitar un embarazo futuro, por lo que se asignó a I.V. la carga de la reproducción y la planificación familiar. La Corte considera que el procedimiento de esterilización anuló de forma discriminatoria el poder decisorio de I.V. y su autonomía ya que el médico consideró únicamente su criterio y no tuvo en cuenta los deseos y necesidades específicas de su paciente. Además, el hecho de que el médico haya tratado de localizar al esposo para obtener su autorización o, en la mejor de las hipótesis, reforzar el consentimiento supuestamente obtenido de I.V. durante el transoperatorio […], demuestra que actuó bajo el estereotipo de que ella no era capaz de tomar una decisión autónoma sobre su cuerpo. Las circunstancias en que el Estado alega haber obtenido el consentimiento de I.V., le negaron la oportunidad de tomar una decisión libre, informada y ajustada a su proyecto de vida. En este sentido, el médico realizó una intervención médica paternalista injustificada toda vez que, al cercenarle su capacidad reproductiva sin su consentimiento previo, libre, pleno e informado, restringió de forma grave la autonomía y libertad de la señora I.V. para tomar una decisión sobre su cuerpo y salud reproductiva, y realizó una interferencia abusiva sobre su vida privada y familiar, motivada por el ánimo de evitar un daño a su salud en el futuro, sin consideración de su propia voluntad y con consecuencias graves en su integridad personal […] por el hecho de ser mujer.

247. Ahora bien, se ha solicitado a la Corte determinar también si en el caso de la señora I.V. se verificó una discriminación múltiple, o si los distintos criterios alegados […] convergieron de forma interseccional en la configuración de una situación particular y específica de discriminación. La Corte ha reconocido que ciertos grupos de mujeres padecen discriminación a lo largo de su vida con base en más de un factor combinado con su sexo, lo que aumenta su riesgo de sufrir actos de violencia y otras violaciones de sus derechos humanos. Sobre este punto, la Corte subraya que la esterilización sin consentimiento es un fenómeno que en diversos contextos y partes del mundo ha tenido un mayor impacto en mujeres que son parte de grupos con una mayor vulnerabilidad a sufrir esta violación de derechos humanos, ya sea por su posición socio-económica, raza, discapacidad o vivir con el VIH.

248. En el presente caso, la Corte nota que la señora I.V. tuvo acceso a los servicios públicos de salud del Estado boliviano […], aunque la atención en salud brindada desconoció los elementos de accesibilidad y aceptabilidad […]. A pesar de ello, no se desprende de los hechos de este caso que la decisión de practicar la ligadura de las trompas de Falopio a la señora I.V. haya obedecido a su origen nacional, condición de refugiada o posición socio-económica. No obstante, la Corte considera que estos aspectos incidieron sobre la magnitud de los daños que sufrió I.V. en la esfera de su

integridad personal. Lo anterior sin perjuicio de lo que más adelante se establezca en relación con la búsqueda de justicia […].

249. Por todo lo expuesto, la Corte concluye que el Estado incurrió en responsabilidad internacional por la discriminación sufrida por la señora I.V. por su condición de mujer en el goce y ejercicio de los derechos establecidos en los artículos 5.1, 7.1, 11.1, 11.2, 13.1 y 17.2 de la Convención.

255. Por todo ello, el Tribunal determina que la esterilización no consentida o involuntaria a la que fue sometida la señora I.V. en un hospital público, bajo estrés y sin su consentimiento informado, le causó un grave daño físico y psicológico que implicó la pérdida permanente de su capacidad reproductiva, constituyendo una acto de violencia y discriminación contra ella. Por consiguiente, la Corte concluye que el Estado incumplió su obligación de abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación, en contravención con el artículo 7.a) de la Convención de Belém do Pará.

256. Con base en todo lo expuesto, el Estado de Bolivia es responsable por la violación del deber de respeto y garantía, así como de la obligación de no discriminar, de los derechos reconocidos en los artículos 5.1, 7.1, 11.1, 11.2, 13.1 y 17.2, en relación con el artículo 1.1 de la Convención Americana, en perjuicio de la señora I.V. Asimismo, el Estado es responsable por no cumplir con sus obligaciones bajo el artículo 7.a) y b) de la Convención de Belém do Pará.

Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349.

163. En el presente caso, la Corte recuerda que los hechos que versan sobre la falta de consentimiento informado de los familiares son los que sucedieron en torno al procedimiento quirúrgico efectuado al señor Poblete Vilches durante su primer ingreso. No obstante, en referencia al segundo ingreso, los hechos versan sobre aspectos del acceso a la información por parte de los familiares […].

166. En vista de lo anterior, la Corte entiende que el consentimiento por representación o sustitución se actualiza cuando se ha comprobado que el paciente, por su especial condición, no se encuentra en la capacidad de tomar una decisión en relación a su salud, por lo cual esta potestad le es otorgada a su representante, autoridad, persona, familiar o institución designada por ley. Sin embargo, cualquier limitación en la toma de decisiones tiene que tener en cuenta las capacidades evolutivas del paciente, y su condición actual para brindar el consentimiento. Esta Corte considera que entre los elementos necesarios para otorgar el consentimiento informado por parte de sus familiares, este también debe de ser previo, libre, pleno e informado, a menos que se trate de una situación de emergencia, en donde la Corte ya ha reconocido que existen excepciones donde es posible que el personal de salud actúe sin la exigencia del consentimiento, en casos en los que éste no pueda ser brindado por la persona y que sea necesario un tratamiento médico o quirúrgico inmediato, de urgencia o de emergencia, ante un grave riesgo contra la vida o la salud del paciente.

170. A este respecto, la Corte ha reconocido la relación existente entre la obtención del consentimiento informado antes de la realización de cualquier acto médico, y la autonomía y la auto-determinación del individuo, como parte del respeto y garantía de la dignidad de todo ser humano, así como en su derecho a la libertad. Por lo tanto, el Tribunal entiende que la necesidad de obtención del consentimiento informado protege no sólo el derecho de los pacientes a decidir libremente si desean someterse o no a un

acto médico, sino que es un mecanismo fundamental para lograr el respeto y garantía de distintos derechos humanos reconocidos por la Convención Americana, como lo son la dignidad, libertad personal, integridad personal, incluida la atención a la salud, la vida privada y familiar. De este modo, la existencia de una conexión entre el consentimiento informado con la autonomía personal y la libertad de tomar decisiones sobre el propio cuerpo y la salud exige, por un lado, que el Estado asegure y respete decisiones y elecciones hechas de forma libre y responsable y, por el otro, que se garantice el acceso a la información relevante para que las personas estén en condiciones de tomar decisiones informadas sobre el curso de acción respecto a su cuerpo y salud de acuerdo a su propio plan de existencia.

172. De este modo, tomando en consideración la relación existente entre el consentimiento informado en materia de salud (artículos 26 y 13) y los artículos 7 y 11 de la Convención Americana, la Corte considera que en el presente caso, el derecho de los familiares a tomar decisiones libres en materia de salud y su derecho a contar con la información necesaria para tomar estas decisiones, al igual que su derecho a la dignidad, desde los componentes de vida privada y familiar fueron afectados al no tener la posibilidad de otorgar su consentimiento informado.

173. Con base en lo anterior, este Tribunal concluye que el Estado incumplió con su obligación internacional de obtener, a través de su personal de salud, el consentimiento informado por parte de los familiares del señor Poblete Vilches, para la práctica de los actos médicos realizados durante su primer ingreso en el Hospital Sótero del Río. Adicionalmente, el Estado vulneró el derecho de acceso a la información de los familiares, debido a que no se les otorgó información clara y precisa sobre el alta al paciente y sus cuidados necesarios. Asimismo, se vulneró éste derecho debido a que durante el segundo ingreso, no se proporcionó información clara y accesible respecto del diagnóstico y atención médica otorgada al señor Poblete Vilches. Por ende, la Corte considera que se violó el derecho a obtener un consentimiento informado y acceso a la información en materia de salud, de conformidad con los artículos 26, 13, 11 y 7 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento, en perjuicio del señor Poblete Vilches y sus familiares.

Derecho a la educación

Corte IDH. Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298.

240. Teniendo en cuenta estas características, y en atención a las condiciones de vulnerabilidad que ha enfrentado Talía, la Corte estima pertinente precisar algunos elementos sobre el derecho a la educación de las personas que conviven con condiciones médicas potencialmente generadoras de discapacidad como el VIH/SIDA. Al respecto, también se involucrarán algunos componentes asociados al derecho a la educación de las personas con discapacidad. En este punto, las Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos de Naciones Unidas precisan lo siguiente sobre el derecho a la educación de las personas con VIH/SIDA:

> "Primero, tanto los niños como los adultos tienen derecho a recibir educación sobre el VIH, en particular sobre la prevención y la atención. El acceso a la educación sobre el VIH/[SIDA] es un elemento esencial de los programas de prevención y atención eficaces. El Estado tiene la obligación de asegurar que, dentro de su tradición cultural y religiosa, se faciliten los medios apropiados para que en los programas de enseñanza académicos y extra académicos se incluya

información eficaz sobre el VIH. La educación e información a los niños no debe considerarse como una promoción de la experiencia sexual temprana".

"Segundo, los Estados deben procurar que a los niños y adultos que viven con el VIH no se les deniegue discriminatoriamente el acceso a la educación, en particular el acceso a escuelas, universidades y becas, así como a la educación internacional, ni sean objeto de restricciones por su estado serológico con respecto al VIH. No hay razones de salud pública que justifiquen esas medidas, ya que no hay riesgo de transmitir casualmente el VIH en entornos educativos".

"Tercero, los Estados, por medio de la educación, deben promover la comprensión, el respeto, la tolerancia y la no discriminación respecto de las personas que viven con el VIH".

241. Como se observa, existen tres obligaciones inherentes al derecho a la educación en relación a las personas que conviven con VIH/SIDA: i) el derecho a disponer de información oportuna y libre de prejuicios sobre el VIH/SIDA; ii) la prohibición de impedir el acceso a los centros educativos a las personas con VIH/SIDA, y iii) el derecho a que la educación promueva su inclusión y no discriminación dentro del entorno social. A continuación se analizarán estas obligaciones al valorar la controversia sobre la forma como Talía fue retirada de la escuela en la que se encontraba por el presunto peligro que generaba para sus compañeros.

Derecho a la seguridad social

Corte IDH. Caso Muelle Flores Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 6 de marzo de 2019. Serie C No. 375.

192. En este sentido, con base en los criterios y elementos constitutivos del derecho a la seguridad social, y tomando en cuenta los hechos y particularidades del presente caso, las obligaciones del Estado en relación con el derecho a la pensión son las siguientes: a) el derecho a acceder a una pensión luego de adquirida la edad legal para ello y los requisitos establecidos en la normativa nacional, para lo cual deberá existir un sistema de seguridad social que funcione y garantice las prestaciones. Este sistema deberá ser administrado o supervisado y fiscalizado por el Estado (en caso de que sea administrado por privados); b) garantizar que las prestaciones sean suficientes en importe y duración, que permitan al jubilado gozar de condiciones de vida adecuadas y de accesos suficiente a la atención de salud, sin discriminación; c) debe haber accesibilidad para obtener una pensión, es decir que se deberán brindar condiciones razonables, proporcionadas y transparentes para acceder a ella. Asimismo, los costos de las cotizaciones deben ser asequibles y los beneficiarios deben recibir información sobre el derecho de manera clara y transparente, especialmente si se tomara alguna medida que pueda afectar el derecho, como por ejemplo la privatización de una empresa; d) las prestaciones por pensión de jubilación deben ser garantizadas de manera oportuna y sin demoras, tomando en consideración la importancia de este criterio en personas mayores, y e) se deberá disponer de mecanismos efectivos de reclamo frente a una violación del derecho a la seguridad social, con el fin de garantizar el acceso a la justicia y la tutela judicial efectiva, lo cual abarca también la concretización material del derecho a través de la ejecución efectiva de decisiones favorables dictadas a nivel interno.

203. Por otro lado, la Corte observa que, conforme a la normativa peruana, los pensionistas que se jubilaban bajo el Decreto Ley No. 20530 tenían derecho a obtener un seguro de salud con EsSalud, la entidad prestadora de salud en el marco de la seguridad social en el Perú. El pensionista accedía a este seguro ya que la entidad responsable del pago de su pensión obligatoriamente retenía el 4% de su pensión para

pagar el seguro de salud mencionado. Esta retención era de obligatorio cumplimiento, es decir que, el seguro de salud que le correspondía al señor Muelle Flores, al igual que a cualquier otro pensionista bajo el régimen referido, se le brindaba con base en los aportes desembolsados por el mismo. En el presente caso, debido a que el Estado dejó de pagar las pensiones que le correspondían por derecho adquirido al señor Muelle Flores, derecho posteriormente reconocido judicialmente, el aporte necesario para acceder al seguro de salud que le correspondía no fue realizado, por ende, la víctima no contó con la cobertura de salud que también le correspondía conforme al derecho peruano, la que, a su vez, forma parte del derecho a la seguridad social. Ante dicho escenario, las diversas afectaciones a la salud de la víctima que se fueron presentando, así como su tratamiento y las operaciones quirúrgicas requeridas […], debieron ser solventadas con el propio peculio del señor Muelle Flores, y no fueron cubiertas por el seguro social de salud que le correspondía, ocasionando esta situación, una vulneración a su derecho a la seguridad social.

207. La falta de materialización del derecho a la seguridad social por más de 27 años generó un grave perjuicio en la calidad de vida y la cobertura de salud del señor Muelle, una persona en situación de especial protección por ser una persona mayor con discapacidad. La vulneración generada por la falta de pago de la pensión se extendió más allá del plazo razonable debido, y al ser este el único ingreso de la víctima, la ausencia prolongada del pago generó indefectiblemente una precariedad económica que afectó la cobertura de sus necesidades básicas, y por ende también su integridad psicológica y moral, así como su dignidad.

208. Con base en lo expuesto anteriormente, el Estado es responsable por la violación del artículo 26 de la Convención Americana, en relación con los artículos 5, 8.1, 11.1, 25.1, 25.2.c) y 1.1 del mismo instrumento, así como el artículo 2 de la Convención Americana, en perjuicio del señor Oscar Muelle Flores.

Corte IDH. Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. Sentencia de 31 de agosto de 2021. Serie C No. 432.

84. Respecto de la atención a la salud de las personas que realizan actividades de buceo de pesca submarina, la Corte advierte que las consideraciones de la OPS constituyen una referencia autorizada para aclarar algunas obligaciones internacionales del Estado en materia de atención a la salud de personas que sufren accidentes de buceo mientras realizan actividades de pesca submarina, y de manera particular respecto de las víctimas del presente caso. Dichas consideraciones establecen que la atención a la salud que los buzos miskitos que sufren accidentes deben recibir requiere una prevención primaria (que abarque la protección de las personas); una prevención secundaria (que permita la atención de personas en riesgo, lo que incluye un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno), y una prevención terciaria (que implica atención a las personas enfermas: rehabilitación y reinserción laboral). De esta forma, los buzos que sufran la enfermedad de descompresión u otra enfermedad relacionada con el buceo deben contar inmediatamente con la atención específica en una cámara hiperbárica, y con tratamientos de rehabilitación que permitan una recuperación adecuada, y su reinserción social.

[...]

92. En el presente caso, tal como fue reconocido por el Estado, el Tribunal advierte que ninguna de las 34 víctimas que sufrieron accidentes de buceo fue llevada de manera inmediata, por los capitanes de las embarcaciones en que trabajaban, para recibir atención médica. Esto a pesar de que presentaron síntomas como mareos o pérdida de movilidad en las extremidades después de haber realizado inmersiones profundas. Esta

situación ocurrió sin que el Estado realizara acciones de inspección para verificar que los buques contaran con condiciones para otorgar una atención médica inmediata en la embarcación, a pesar de que el Reglamento de Pesca establecía la obligación de que así fuera. Asimismo, el Tribunal advierte que el Estado tampoco emprendió acciones orientadas a garantizar que los buzos recibieran dicha atención cuando sufrían accidentes de buceo, como lo era la instalación de un barco ambulancia, o de algún centro de salud para la atención de las consecuencias de los accidentes, a pesar de tener conocimiento de las problemáticas enfrentadas por los buzos y de la necesidad de adoptar medidas dirigidas a brindar atención médica a los buzos que sufrían accidentes.

95. En ese sentido, el Tribunal considera que el Estado tenía la obligación de garantizar los servicios adecuados para la rehabilitación y reinserción de los buzos sobrevivientes que adquirieron una discapacidad con motivo de los accidentes que sufrieron. Al respecto, la OPS señaló en su informe que "[...] si bien el acceso al tratamiento en las cámaras hiperbáricas es imprescindible, la atención al paciente no termina con el manejo de la situación de emergencia, ya que [...] a pesar del tratamiento específico las secuelas del síndrome de descompresión son serias y el rol de los servicios de rehabilitación y de alternativas productivas es fundamental en la recuperación adecuada de los buzos afectados". Sin embargo, el Estado no garantizó el tratamiento de rehabilitación ni de reinserción de las víctimas que adquirieron discapacidades. De esta forma, la omisión del Estado en dar una atención médica especial para la rehabilitación de las víctimas que sobrevivieron a los accidentes de buceo, y que adquirieron una discapacidad, constituyó un incumplimiento de garantizar el derecho a la salud conforme a los principios de accesibilidad y calidad de los servicios de salud.

96. Asimismo, el Tribunal advierte que la falta de acceso a un sistema de salud que les proveyera servicios preventivos o curativos, respecto de los accidentes que sufrieron, y de las discapacidades que surgieron en virtud de dichos accidentes, constituyó una violación del derecho a la seguridad social. La omisión total del Estado de garantizar a las víctimas del caso acceso a dicho sistema, constituyó un incumplimiento de sus obligaciones conforme al principio de disponibilidad, en tanto existía una carencia total de seguridad social en la zona de la Moskitia que les permitiera gozar de las prestaciones correspondientes a los riesgos que surgían de la pesca por buceo, y de accesibilidad, en tanto las víctimas no se encontraban cubiertas por el sistema de seguridad social, pues trabajaban en una situación de informalidad, ya que no tenían contratos de trabajo con las empresas pesqueras. Como fue mencionado anteriormente, lo anterior ocurrió sin que el Estado ejerciera labor alguna de supervisión o fiscalización orientada a verificar las condiciones laborales de las víctimas del caso, como es si existían contratos laborales y los empleadores cumplían con sus obligaciones de previsión social. Esta situación tuvo como resultado que ninguna de las víctimas contara con un acceso real al sistema de seguridad social hondureño.

97. En virtud de lo anterior, este Tribunal concluye que el Estado incumplió con el deber de brindar una atención médica aceptable, disponible y de calidad a las víctimas de los accidentes de buceo, así como su obligación de garantizar acceso al sistema de seguridad social de los sobrevivientes de dichos accidentes, en particular aquellos que adquirieron una discapacidad, lo cual constituyó una violación del derecho a la salud y a la seguridad social contenido en el artículo 26 de la Convención, en relación con los artículos 1.1 y 2 del mismo instrumento.

113. Por otro lado, el Tribunal considera que la protección del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el derecho a la seguridad social, en tanto la atención a la salud forma parte de la garantía del derecho a la seguridad social. En ese sentido, el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales ha señalado que la seguridad

social está compuesta por nueve ramas principales, dentro de las cuales se encuentra la atención a la salud. Dicho Comité ha establecido que:

> Los Estados Partes tienen la obligación de garantizar que se establezcan sistemas de salud que prevean un acceso adecuado de todas las personas a los servicios de salud. En los casos en que el sistema de salud prevé planes privados o mixtos, estos planes deben ser asequibles de conformidad con los elementos esenciales enunciados en la presente observación general. El Comité señala la especial importancia del derecho a la seguridad social en el contexto de las enfermedades endémicas, como el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo y la necesidad de proporcionar acceso a las medidas preventivas y curativas.

114. En efecto, tal como lo ha señalado el mencionado Comité, el Tribunal considera que el derecho a la seguridad social es de fundamental importancia para garantizar la dignidad de las personas y para hacer frente a circunstancias que privan del ejercicio de otros derechos, como es el derecho a la salud. De esta forma, si bien los Estados conservan la libertad de definir las formas en que garantizarán el derecho a la seguridad social, lo cual puede ser realizado a partir de la participación del sector privado, como es el caso de Chile, el Estado debe garantizar que se respeten los elementos esenciales del derecho a la seguridad social. Por ende, los Estados deben asegurar que las personas no sean sometidas a restricciones arbitrarias o poco razonables de la cobertura social existente, ya sea del sector público o privado. Asimismo, la garantía del derecho a la seguridad social requiere la existencia de un sistema que se estructure y funcione bajo los principios de disponibilidad y accesibilidad, que abarque la atención a la salud y la discapacidad, y que tenga un nivel suficiente en importe y duración.

Corte IDH. Caso Vera Rojas y otros Vs. Chile. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de octubre de 2021. Serie C No. 439.

133. Por otro lado, el Tribunal recuerda que el derecho a la salud se encuentra estrechamente relacionado con el derecho a la seguridad social. Los Estados se encuentran obligados a organizar su sistema de salud de forma tal que permita a las personas acceder a servicios de salud adecuados, los cuales además deben incluir el acceso a medidas preventivas y curativas, y el apoyo suficiente a las personas con discapacidad. Por esta razón, la Corte considera que las deficiencias normativas de la Circular No. 7 produjeron una afectación del derecho a la seguridad social, en tanto permitieron que la decisión de la Isapre estableciera una limitación arbitraria y discriminatoria del acceso a Martina a los servicios de salud necesarios para atención de su enfermedad, y que se encontraban previstos en el sistema de atención a la salud chileno. Lo anterior ocurrió como resultado del incumplimiento del Estado de regular adecuadamente la prestación de servicios por parte de la aseguradora, lo que tuvo como resultado que el Estado incumpliera su deber de prevenir que los actos de terceros pusieran en riesgo la posibilidad de que Martina gozara plenamente del RHD, el cual estaba incluido en el CAEC, y por consiguiente constituía una de las prestaciones de salud que ofrece el sistema de seguridad social.

134. Por otro lado, el Tribunal advierte que el presente caso plantea una cuestión de regresividad en términos del artículo 26 de la Convención. La Corte constata que, previo a la adopción de la Circular No. 7, la CAEC se encontraba regulada por la Circular No. 059 de 29 de febrero de 2000. Esta circular no excluía el tratamiento de enfermedades crónicas de la cobertura del CAEC. Sin embargo, con la adopción de la Circular No. 7 se introdujo dicha causal de exclusión de cobertura. En ese sentido, en tanto dicha causal estableció una distinción arbitraria y discriminatoria, cuestión que fue señalada por el propio Estado en la introducción de la Circular No. IF/282 de 26 de enero de 2017 [...], que implicó una restricción a los derechos a la salud y la seguridad social, el Tribunal

considera que se trata de una medida deliberadamente regresiva que no encuentra justificación en el contexto de las obligaciones internacionales del Estado respecto de sus obligaciones de desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales.

135. En consideración con todo lo anterior, este Tribunal concluye que el Estado incumplió con su deber de regulación de los servicios de salud a través de la disposición de la Circular No. 7 de 1 de julio de 2005 y, por ende, sus obligaciones de protección de los derechos. Esta disposición permitió la exclusión de la cobertura del RHD de Martina Vera mediante la decisión de la Isapre MasVida, la cual era necesaria para su adecuado tratamiento médico, más aun considerando su condición de niña con discapacidad. La decisión de la aseguradora privada, resultado del incumplimiento del deber de regulación del Estado, puso en riesgo los derechos a la vida, la vida digna, la integridad personal, la niñez, la salud y la seguridad social, en relación con la obligación de garantizar los derechos sin discriminación y el deber de adoptar disposiciones de derecho interno, en perjuicio de Martina Vera, protegidos por los artículos 4, 5, 19 y 26 de la Convención Americana, en relación con los artículos 1.1 y 2 del mismo instrumento. Asimismo, la existencia de dicha norma constituyó un incumplimiento de las obligaciones de desarrollo progresivo del Estado en términos del artículo 26 de la Convención Americana.

Derecho al agua

Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214.

195. La Corte observa que el agua suministrada por el Estado durante los meses de mayo a agosto de 2009 no supera más de 2.17 litros por persona al día. Al respecto, de acuerdo a los estándares internacionales la mayoría de las personas requiere mínimo de 7.5 litros por persona por día para satisfacer el conjunto de las necesidades básicas, que incluye alimentación e higiene. Además, según los estándares internacionales el agua debe ser de una calidad que represente un nivel tolerable de riesgo. Bajo los estándares indicados, el Estado no ha demostrado que esté brindando agua en cantidad suficiente para garantizar un abastecimiento para los mínimos requerimientos. Es más, el Estado no ha remitido prueba actualizada sobre el suministro de agua durante el año 2010, ni tampoco ha demostrado que los miembros de la Comunidad tengan acceso a fuentes seguras de agua en el asentamiento "25 de Febrero" donde se encuentran radicados actualmente. Por el contrario, en declaraciones rendidas en la audiencia pública miembros de la Comunidad indicaron, respecto al suministro de agua, que "actualmente si es que se pide, no cumple, a veces se tarda mucho, a veces no hay más agua", y que "sufr[en] mucho por la sequía, porque donde [se] muda[ron, en "25 de Febrero"] no hay tajamar, no hay lagunas, nada, solamente hay bosque y eso es lo más" e indicaron que durante los períodos de sequía acuden a un tajamar ubicado aproximadamente a 7 kilómetros de distancia.

196. Por consiguiente, la Corte considera que las gestiones que el Estado ha realizado a partir del Decreto No. 1830 no han sido suficientes para proveer a los miembros de la Comunidad de agua en cantidad suficiente y calidad adecuada, lo cual los expone a riesgos y enfermedades.

Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 6 de febrero de 2020. Serie C No. 400.[21]

222. El *derecho al agua* se encuentra protegido por el artículo 26 de la Convención Americana. Ello se desprende de las normas de la Carta de la OEA, en tanto las mismas permiten derivar derechos de los que, a su vez, se desprende el derecho al agua. Al respecto, baste señalar que entre aquellos se encuentran el derecho a un medio ambiente sano y el derecho a la alimentación adecuada, cuya inclusión en el citado artículo 26 ya ha quedado establecida en esta Sentencia, como asimismo el derecho a la salud, del que también este Tribunal ya ha indicado que está incluido en la norma. El derecho al agua puede vincularse con otros derechos, inclusive el derecho a participar en la vida cultural, también tratado en esta Sentencia […].

223. Es pertinente destacar también que la Declaración Universal de los Derechos Humanos contempla en su artículo 25 el derecho a "un nivel de vida adecuado", como también lo hace el PIDESC en su artículo 11. Este derecho debe considerarse inclusivo del derecho al agua, como lo ha hecho notar el Comité DESC, que también ha considerado su relación con otros derechos. De este modo, también en el ámbito universal se ha determinado la existencia del derecho al agua pese a la falta de un reconocimiento expreso general. Sí hacen referencia expresa al agua algunos tratados del sistema universal referidos a aspectos específicos de protección de los derechos humanos, como la Convención sobre los Derechos del Niño, en el artículo 24, o la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en el artículo 14, referido a "problemas especiales a que hace frente la […] mujer de las zonas rurales".

224. De modo adicional a lo expuesto, debe resaltarse que la Organización de las Naciones Unidas, a través de su Asamblea General, emitió el 28 de julio de 2010 la Resolución 64/292 titulada "El derecho humano al agua y el saneamiento", que reconoce que "el derecho al agua potable y el saneamiento es un derecho humano esencial para el pleno disfrute de la vida y de todos los derechos humanos". En la misma línea, la Carta Social de las Américas, en su artículo 9 del Capítulo III, afirma que "[l]os Estados […] reconocen que el agua es fundamental para la vida y básica para el desarrollo socioeconómico y la sostenibilidad ambiental" y que "se comprometen a continuar trabajando para garantizar el acceso al agua potable y a los servicios de saneamiento para las presentes y futuras generaciones". La Asamblea General de la OEA adoptó también, en 2007 y 2012, las resoluciones 2349/07 y 2760/12, denominadas respectivamente "[e]l agua, la salud y los derechos humanos" y "[e]l derecho humano al agua potable y el saneamiento". La primera, en sus artículos 1 y 4, "[r]econoce" al agua como "esencial para la vida y la salud" e "indispensable para poder vivir una vida con dignidad humana", así como "el uso ancestral del agua por parte de las comunidades urbanas, rurales y pueblos indígenas, en el marco de sus usos y costumbres sobre el uso del agua, de conformidad con las respectivas legislaciones nacionales". La segunda, en su primer artículo, "invita" a los Estados a "seguir trabajando" para "asegurar el acceso al agua potable y a servicios de saneamiento para las generaciones presentes y

[21] El caso trata sobre la responsabilidad internacional del Estado oor la violación de distintos derechos de 132 comunidades indígenas que habitan los lotes identificados con las matrículas catastrales 175 y 5557 del Departamento Rivadavia, de la Provincia de Salta, antes conocidos como "lotes fiscales 14 y 55". La Corte en su sentencia estableció la violación, entre otros, del derecho a las garantías judiciales, derechos políticos, derecho a la propiedad privada y protección judicial. Se puede consultar un resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_400_esp.pdf

futuras". El derecho también está contemplado en el artículo 12 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

[…]

229. En cuanto a las obligaciones que conlleva el derecho al agua, cabe agregar a lo expuesto algunas especificaciones. Rige, desde luego, el deber de respetar el ejercicio del derecho, así como el deber de garantía, señalados en el artículo 1.1 de la Convención. Este Tribunal ha indicado que "el acceso al agua" implica "obligaciones de realización progresiva", pero que "sin embargo, los Estados tienen obligaciones inmediatas, como garantizar [dicho acceso] sin discriminación y adoptar medidas para lograr su plena realización". Entre las obligaciones estatales que pueden entenderse comprendidas en el deber de garantía se encuentra la de brindar protección frente a actos de particulares, que exige que los Estados impidan a terceros que menoscaben el disfrute del derecho al agua, así como"garantizar un mínimo esencial de agua" en aquellos "casos particulares de personas o grupos de personas que no están en condiciones de acceder por sí mismos al agua […], por razones ajenas a su voluntad".

230. La Corte concuerda con el Comité DESC en cuanto a que, en el cumplimiento de sus obligaciones relativas al derecho al agua, los Estados "deben prestar especial atención a las personas y grupos de personas que tradicionalmente han tenido dificultades para ejercer este derecho", inclusive, entre otros, "los pueblos indígenas". En ese sentido, deben velar porque "[e]l acceso de los pueblos indígenas a los recursos de agua en sus tierras ancestrales sea protegido de toda transgresión y contaminación ilícitas" y "facilitar recursos para que los pueblos indígenas planifiquen, ejerzan y controlen su acceso al agua", así como que "[l]as comunidades nómadas […] tengan acceso al agua potable en sus lugares de acampada tradicionales".

Personas con discapacidad

Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149.[22]

89. En relación con personas que se encuentran recibiendo atención médica, y dado que la salud es un bien público cuya protección está a cargo de los Estados, éstos tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de los derechos a la vida y a la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud. La Corte considera que los Estados tienen el deber de regular y fiscalizar toda la asistencia de salud prestada a las personas bajo su jurisdicción, como deber especial de protección a la vida y a la integridad personal, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado.

90. La falta del deber de regular y fiscalizar genera responsabilidad internacional en razón de que los Estados son responsables tanto por los actos de las entidades públicas como privadas que prestan atención de salud, ya que bajo la Convención Americana los supuestos de responsabilidad internacional comprenden los actos de las entidades privadas que estén actuando con capacidad estatal, así como actos de terceros, cuando

[22] El caso se refiere a la responsabilidad internacional del Estado por la muerte y maltratos a los que fue sometido Ximenes Lopes en una institución mental, así como por la falta de investigación y sanción de los responsables. La Corte en su sentencia estableció la violación, entre otros, del derecho a la vida, integridad, garantías judiciales y protección judicial. Se puede revisar un detalle del caso en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/ver_ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=319&lang=es

el Estado falta a su deber de regularlos y fiscalizarlos. La obligación de los Estados de regular no se agota, por lo tanto, en los hospitales que prestan servicios públicos, sino que abarca toda y cualquier institución de salud.

96. La prestación de servicios públicos implica la protección de bienes públicos, la cual es una de las finalidades de los Estados. Si bien los Estados pueden delegar su prestación, a través de la llamada tercerización, mantienen la titularidad de la obligación de proveer los servicios públicos y de proteger el bien público respectivo. La delegación a la iniciativa privada de proveer esos servicios, exige como elemento fundamental la responsabilidad de los Estados en fiscalizar su ejecución, para garantizar una efectiva protección de los derechos humanos de las personas bajo su jurisdicción y para que los servicios públicos sean provistos a la colectividad sin cualquier tipo de discriminación, y de la forma más efectiva posible.

97. Los Estados están obligados a respetar los derechos reconocidos en la Convención y a organizar el poder público para garantizar a las personas bajo su jurisdicción el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos, extendiéndose esa obligación a todos los niveles de la administración, así como a otras instituciones a las que los Estados delegan su autoridad.

98. Los Estados deben, según el artículo 2 de la Convención Americana, crear un marco normativo adecuado para establecer los parámetros de tratamiento e internación a ser observados por las instituciones de atención de salud. Los Estados tienen la obligación de consagrar y adoptar en su ordenamiento jurídico interno todas las medidas necesarias para que lo establecido en la Convención sea cumplido y puesto en práctica, y que tal legislación no se transforme en una mera formalidad, distanciada de la realidad.

99. Por todas las consideraciones anteriores, la Corte estima que los Estados son responsables de regular y fiscalizar con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad, de tal manera que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida y a la integridad física de las personas sometidas a tratamiento de salud. Deben, *inter alia*, crear mecanismos adecuados para inspeccionar las instituciones psiquiátricas, presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los pacientes.

100. En el presente caso, la Casa de Reposo Guararapes, en donde falleció Damião Ximenes Lopes, era un hospital privado de salud que fue contratado por el Estado para prestar servicios de atención psiquiátrica bajo la dirección del Sistema Único de Salud, y actuaba como unidad pública de salud en nombre y por cuenta del Estado […]. Por consiguiente, el Estado es responsable por la conducta del personal de la Casa de Reposo Guararapes, la que ejercía los elementos de autoridad estatal al prestar el servicio público de salud bajo la dirección del Sistema Único de Salud.

103. La Corte Interamericana considera que toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, en razón de los deberes especiales cuyo cumplimiento por parte del Estado es necesario para satisfacer las obligaciones generales de respeto y garantía de los derechos humanos. La Corte reitera que no basta que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre, como la discapacidad.

Atención médica eficaz

128. Los Estados tienen el deber de asegurar una prestación de atención médica eficaz a las personas con discapacidad mental. La anterior obligación se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios de salud básicos; la promoción de la salud mental; la prestación de servicios de esa naturaleza que sean lo menos restrictivos posible, y la prevención de las discapacidades mentales.

129. Debido a su condición psíquica y emocional, las personas que padecen de discapacidad mental son particularmente vulnerables a cualquier tratamiento de salud, y dicha vulnerabilidad se ve incrementada cuando las personas con discapacidad mental ingresan a instituciones de tratamiento psiquiátrico. Esa vulnerabilidad aumentada, se da en razón del desequilibrio de poder existente entre los pacientes y el personal médico responsable por su tratamiento, y por el alto grado de intimidad que caracterizan los tratamientos de las enfermedades psiquiátricas.

130. La Corte considera que todo tratamiento de salud dirigido a personas con discapacidad mental debe tener como finalidad principal el bienestar del paciente y el respeto a su dignidad como ser humano, que se traduce en el deber de adoptar como principios orientadores del tratamiento psiquiátrico, el respeto a la intimidad y a la autonomía de las personas. El Tribunal reconoce que este último principio no es absoluto, ya que la necesidad misma del paciente puede requerir algunas veces la adopción de medidas sin contar con su consentimiento. No obstante, la discapacidad mental no debe ser entendida como una incapacidad para determinarse, y debe aplicarse la presunción de que las personas que padecen de ese tipo de discapacidades son capaces de expresar su voluntad, la que debe ser respetada por el personal médico y las autoridades. Cuando sea comprobada la imposibilidad del enfermo para consentir, corresponderá a sus familiares, representantes legales o a la autoridad competente, emitir el consentimiento en relación con el tratamiento a ser empleado.

i) Cuidados mínimos y condiciones de internación dignas

131. Los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental de las Naciones Unidas ofrecen una guía útil para determinar si la atención médica ha observado los cuidados mínimos para preservar la dignidad del paciente. Los principios 1, 8 y 9 del mencionado catálogo, establecen las libertades fundamentales y los derechos básicos, y las normas de la atención médica y del tratamiento a ser prestado a las personas con discapacidad mental. Además, el lugar y las condiciones físicas en que se desarrolla el tratamiento deben ser conformes con el respeto a la dignidad de la persona, de acuerdo con el Principio 13.

132. La Corte considera que las precarias condiciones de funcionamiento de la Casa de Reposo Guararapes, tanto en cuanto las condiciones generales del lugar como la atención médica, se distanciaban de forma significativa a las adecuadas para ofrecer un tratamiento de salud digno, particularmente en razón de que afectaban a personas con una gran vulnerabilidad por su discapacidad mental, y eran *per se* incompatibles con una protección adecuada de la integridad personal y de la vida.

ii) El uso de la sujeción

133. La sujeción se entiende como cualquier acción que interfiera con la capacidad de un paciente de tomar decisiones o que restringe su libertad de movimiento. La Corte toma nota que el uso de la sujeción posee un alto riesgo de ocasionar daños o la muerte del paciente, y que las caídas y lesiones son comunes durante dicho procedimiento.

134. El Tribunal considera que la sujeción es una de las medidas más agresivas a que puede ser sometido un paciente en tratamiento psiquiátrico. Para que esté en conformidad con el respeto a la integridad psíquica, física y moral de la persona, según los parámetros exigidos por el artículo 5 de la Convención Americana, debe ser empleada como medida de último recurso y únicamente con la finalidad de proteger al paciente, o bien al personal médico y a terceros, cuando el comportamiento de la persona en cuestión sea tal que ésta represente una amenaza a la seguridad de aquéllos. La sujeción no puede tener otro motivo sino éste, y sólo debe ser llevada a cabo por personal calificado y no por los pacientes.

135. Además, y en consideración de que todo tratamiento debe ser elegido con base en el mejor interés del paciente y en respeto de su autonomía, el personal médico debe aplicar el método de sujeción que sea menos restrictivo, después de una evaluación de su necesidad, por el período que sea absolutamente necesario, y en condiciones que respeten la dignidad del paciente y que minimicen los riesgos al deterioro de su salud.

136. Al señor Damião Ximenes Lopes se le sujetó con las manos hacia atrás entre la noche del domingo y el lunes por la mañana sin una reevaluación de la necesidad de proseguir en la contención, y se le dejó caminar sin la adecuada supervisión. Esta forma de sujeción física a que fue sometida la presunta víctima no satisface la necesidad de proveer al paciente un tratamiento digno, ni la protección de su integridad psíquica, física o moral.

Deberes del Estado en relación con las personas con discapacidad mental

137. La Corte ya señaló que de la obligación general de garantía de los derechos a la vida y a la integridad física, nacen deberes especiales de protección y prevención, los cuales, en el presente caso, se traducen en deberes de cuidar y de regular.

1. El deber de cuidar

138. Con la finalidad de determinar las obligaciones del Estado en relación con las personas que padecen de una discapacidad mental, la Corte estima necesario tomar en cuenta, en primer lugar, la posición especial de garante que asume el Estado con respecto a personas que se encuentran bajo su custodia o cuidado, a quienes el Estado tiene la obligación positiva de proveer las condiciones necesarias para desarrollar una vida digna.

139. En segundo lugar, el Tribunal considera que lo anterior se aplica de forma especial a las personas que se encuentran recibiendo atención médica, ya que la finalidad última de la prestación de servicios de salud es la mejoría de la condición de salud física o mental del paciente, lo que incrementa significativamente las obligaciones del Estado, y le exige la adopción de las medidas disponibles y necesarias para impedir el deterioro de la condición del paciente y optimizar su salud.

140. Finalmente, los cuidados de que son titulares todas las personas que se encuentran recibiendo atención médica, alcanzan su máxima exigencia cuando se refieren a pacientes con discapacidad mental, dada su particular vulnerabilidad cuando se encuentran en instituciones psiquiátricas.

2. El deber de regular y fiscalizar

141. El Tribunal ha establecido que el deber de los Estados de regular y fiscalizar las instituciones que prestan servicio de salud, como medida necesaria para la debida protección de la vida e integridad de las personas bajo su jurisdicción, abarca tanto a las entidades públicas y privadas que prestan servicios públicos de salud, como aquellas

instituciones que se dedican exclusivamente a servicios privados de salud […]. En particular, respecto de las instituciones que prestan servicio público de salud, tal y como lo hacía la Casa de Reposo Guararapes, el Estado no sólo debe regularlas y fiscalizarlas, sino que además tiene el especial deber de cuidado en relación con las personas ahí internadas.

146. El Estado tiene responsabilidad internacional por incumplir, en el presente caso, su deber de cuidar y de prevenir la vulneración de la vida y de la integridad personal, así como su deber de regular y fiscalizar la atención médica de salud, los que constituyen deberes especiales derivados de la obligación de garantizar los derechos consagrados en los artículos 4 y 5 de la Convención Americana.

3. El deber de investigar

147. La obligación de garantizar los derechos humanos consagrados en la Convención no se agota con la existencia de un orden normativo dirigido a hacer posible el cumplimiento de esta obligación, sino que comporta la necesidad de una conducta gubernamental que asegure la existencia, en la realidad, de una eficaz garantía del libre y pleno ejercicio de los derechos humanos. En ese sentido, una de esas condiciones para garantizar efectivamente el derecho a la vida y a la integridad personal es el cumplimiento del deber de investigar las afectaciones a los mismos, el cual se deriva del artículo 1.1 de la Convención en conjunto con el derecho sustantivo que debe ser amparado, protegido o garantizado.

148. Dado lo anterior el Estado tiene el deber de iniciar *ex officio* y sin dilación, una investigación seria, imparcial y efectiva, que no se emprenda como una simple formalidad condenada de antemano a ser infructuosa. Esta investigación debe ser realizada por todos los medios legales disponibles y orientada a la determinación de la verdad y a la investigación, enjuiciamiento y castigo de todos los responsables de los hechos, especialmente cuando están o puedan estar involucrados agentes estatales.

149. Para determinar si la obligación de proteger los derechos a la vida y a la integridad personal mediante una investigación seria de lo ocurrido se ha cumplido a cabalidad, es preciso examinar los procedimientos abiertos a nivel interno destinados a dilucidar los hechos, lo cual se efectuará en el Capítulo X de la presente Sentencia.

Corte IDH. Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Serie C No. 257.

289. Del artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante "CDPD") se desprende el derecho de las personas con discapacidad de acceder a las técnicas necesarias para resolver problemas de salud reproductiva. Mientras que el perito Caruso consideró que solo se puede hablar de la infertilidad como discapacidad en determinadas condiciones y supuestos, y por tanto sólo en casos específicos. El perito Hunt observó que "la infertilidad involuntaria es una discapacidad", considerando que:

> "[e]l Preámbulo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de la cual Costa Rica es Parte, reconoce que la `discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás´. De acuerdo al modelo biopsicosocial de la OMS sobre discapacidad, ésta tiene uno o más de los tres niveles de dificultad en el funcionamiento humano: un impedimento físico psicológico; una limitación de una actividad debido a un impedimento (limitación de una actividad) y una participación restringida debido

> a una limitación de actividad. De acuerdo a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OMS, los impedimentos incluyen problemas en el funcionamiento del cuerpo; las limitaciones de las actividades son dificultades que una persona puede tener al realizar una actividad; y las participaciones restringidas son problemas que una persona puede experimentar en diversas situaciones de la vida".

290. El Protocolo Adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador"), en su artículo 18, señala que "[t]oda persona afectada por una disminución de sus capacidades físicas o mentales tiene derecho a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad". La Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (en adelante "CIADDIS") define el término "discapacidad" como "una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social". Por su parte, la CDPD establece que las personas con discapacidad "incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás". La discapacidad resulta de la interacción entre las limitaciones funcionales de una persona y las barreras existentes en el entorno que impiden el ejercicio pleno de sus derechos y libertades.

293. Con base en estas consideraciones y teniendo en cuenta la definición desarrollada por la OMS según la cual la infertilidad es una enfermedad del sistema reproductivo […], la Corte considera que la infertilidad es una limitación funcional reconocida como una enfermedad y que las personas con infertilidad en Costa Rica, al enfrentar las barreras generadas por la decisión de la Sala Constitucional, debían considerarse protegidas por los derechos de las personas con discapacidad, que incluyen el derecho de acceder a las técnicas necesarias para resolver problemas de salud reproductiva. Dicha condición demanda una atención especial para que se desarrolle la autonomía reproductiva.

Corte IDH. Caso Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016. Serie C No. 312.[23]

215. […], la Corte considera que el Estado tenía la obligación de garantizar accesibilidad a las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad, en este caso a la presunta víctima, de conformidad con el principio de no discriminación y con los elementos interrelacionados de la protección a la salud, a saber, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, incluida la realización de ajustes razonables necesarios en el centro penitenciario, para permitir que pudiera vivir con la mayor independencia posible y en igualdad de condiciones con otras personas en situación de privación de libertad.

216. Asimismo, el Estado debió facilitar que pudiera acceder, conforme al principio de equivalencia, a medios a los cuales razonablemente hubiera podido acceder para lograr su rehabilitación si no hubiera estado bajo custodia estatal, así como para prevenir la

[23] El caso se refiere a la responsabilidad internacional del Estado por varios problemas de salud y una situación de discapacidad física sobrevenida, que terminaron con su muerte, mientras se encontraba privada de libertad cumpliendo una condena penal. La Corte en su sentencia estableció la violación, entre otros, del derecho a la vida, integridad, garantías judiciales y protección judicial. Se puede consultar un resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_312_esp.pdf

adquisición de nuevas discapacidades. En este sentido, el perito Carlos Ríos Espinosa, miembro del Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se refirió a la importancia de que el Estado hubiese tomado determinadas medidas, tales como otorgarle una prótesis o asegurar que ella contara con apoyo de profesionales que le permitieran comprender y aceptar su nueva condición. Además, señaló que los Estados tienen la carga de acreditar que adoptaron las medidas necesarias para eliminar las barreras que enfrentan y garantizar igualdad de condiciones en el goce de sus derechos.

217. En este caso, la señora Chinchilla se movilizaba en una silla de ruedas y, según el referido informe socioeconómico, tenía problemas "por los espacios tan reducidos del lugar" de detención (COF), es decir, por las barreras o limitaciones físicas o arquitectónicas del lugar. En esta situación, era razonable que el Estado adaptara, mínimamente, las instalaciones del centro penitenciario a su situación de discapacidad. En cuanto a las medidas para facilitar su higiene personal, la Corte valora que el Estado adecuara un sanitario y lavamanos dentro de la celda individual en que fue ubicada dentro del área de maternidad. Sin embargo, en este sentido la señora Marta Maria Gatenbein Chinchilla, hija de la señora Chinchilla Sandoval, manifestó que la silla de ruedas no entraba en la ducha, por lo que ella y su esposo debieron colocar tubos dentro de la ducha para evitar que se cayera y que debían pagar trescientos quetzales mensualmente como "colaboración" para que ella pudiera permanecer en el área de maternal, más cien quetzales por el uso de televisión, refrigeradora y luz eléctrica. El Estado no desvirtuó lo anterior, por lo que la mayoría de los ajustes realizados no son atribuibles al Estado ni resultaron suficientes para paliar sus condiciones de detención como persona en situación de discapacidad. En este sentido, no existía una infraestructura adecuada, pues el área de maternidad era reducido (aunque sí permitía la movilización en silla de ruedas) y ella dependía de otras internas y de personal penitenciario para poder trasladarse a las áreas comunes. Su caída se dio en las gradas que comunicaban a los hogares C y D del COF al tratar de bajar del lugar donde se encontraba y no tener quién la desplazara (la celda se encontraba en lo alto de varias gradas, por lo que dependía de otras reclusas para moverse dentro del centro de maternidad).

218. Por otro lado, respecto de las facilidades prácticas y procedimientos que debían seguirse para permitir las salidas de la señora Chinchilla del COF y su asistencia a las citas médicas en hospitales, se daban múltiples dificultades de accesibilidad física al transporte y de disponibilidad de medios de transporte y tiempo de los policías que la custodiaban. Así, era necesario que guardias la cargaran y la subieran con dificultades a una camioneta "pick up" sin facilidades para transporte de una persona en silla de ruedas. Ella alegó además que no alcanzaba los teléfonos para comunicarse con su familia. Estas situaciones permiten considerar que la señora Chinchilla estaba limitada en su entorno y no existía personal asignado para desplazarla. En esta situación, era razonable que el Estado adoptara las medidas necesarias para garantizar la accesibilidad a los servicios, por ejemplo mantener personal disponible para atender y movilizar a la señora Chinchilla. No obstante, a pesar de las medidas adoptadas, es posible concluir que no fueron adoptadas otras medidas para paliar la situación ante su discapacidad sobrevenida, en particular un acceso razonable a medios para posibilitar su rehabilitación cuando su salud se había deteriorado.

219. Por las razones anteriores es posible concluir que, como resultado de la falta de accesibilidad y ajustes razonables suficientes, se colocó a la presunta víctima en situación de discriminación y en condiciones de detención incompatibles con el derecho de toda persona con discapacidad a que se respete su derecho a la integridad física y

mental en igualdad de condiciones con las demás personas, en los términos de los artículos 5.1 y 1.1 de la Convención, en perjuicio de la señora Chinchilla Sandoval.

Corte IDH. Caso Guachalá Chimbo y otros Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de marzo de 2021. Serie C No. 423.[24]

90. Por otra parte, esta Corte advierte que los hechos del presente caso ocurrieron mientras el señor Guachalá Chimbo se encontraba institucionalizado en un hospital psiquiátrico. Al respecto, este Tribunal resalta que, en los entornos institucionales, ya sea en hospitales públicos o privados, el personal médico encargado del cuidado de los pacientes, ejerce un fuerte control o dominio sobre las personas que se encuentran sujetas a su custodia. Este desequilibrio intrínseco de poder entre una persona internada y las personas que tienen la autoridad, se multiplica muchas veces en las instituciones psiquiátricas. Lo anterior exige que, en caso de que existan hospitales psiquiátricos, los Estados deben ejercer una estricta vigilancia sobre dichos establecimientos. Los Estados tienen el deber de supervisar y garantizar que en toda institución psiquiátrica, pública o privada, sea preservado el derecho de los pacientes de recibir un tratamiento digno, humano y profesional, y de ser protegidos contra la explotación, el abuso y la degradación.

102. Esta Corte advierte que, respecto a las personas con discapacidad, surgen obligaciones específicas para la atención a su salud. De acuerdo con la Constitución de Ecuador de 1998, vigente al momento de la internación del señor Guachalá Chimbo, el Estado debía garantizar de manera prioritaria, preferente y especializada el acceso a servicios de salud y rehabilitación integral para las personas con discapacidad.

[...]

106. Tal y como lo ha reiterado en su jurisprudencia reciente, la Corte considera que la naturaleza y alcance de las obligaciones que derivan de la protección del derecho a la salud incluyen aspectos que tienen una exigibilidad inmediata, así como aspectos que tienen un carácter progresivo. Al respecto, la Corte recuerda que, en relación con las primeras (obligaciones de exigibilidad inmediata), los Estados deberán adoptar medidas eficaces a fin de garantizar el acceso sin discriminación a las prestaciones reconocidas para el derecho a la salud, garantizar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, y en general avanzar hacia la plena efectividad de los DESCA. Respecto a las segundas (obligaciones de carácter progresivo), la realización progresiva significa que los Estados partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena efectividad de dicho derecho, en la medida de sus recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados. Asimismo, se impone la obligación de no regresividad frente a la realización de los derechos alcanzados. En virtud de lo anterior, las obligaciones convencionales de respeto y garantía, así como de adopción de medidas de derecho interno (artículos 1.1 y 2), resultan fundamentales para alcanzar su efectividad.

[24] El caso trata sobre por la responsabilidad internacional del Estado por la violación de los derechos al reconocimiento de la personalidad jurídica, vida, integridad personal, libertad personal, dignidad, vida privada, acceso a la información, igualdad y salud, en relación con las obligaciones de respetar y garantizar los derechos sin discriminación y el deber de adoptar disposiciones de derecho interno en perjuicio del señor Luis Eduardo Guachalá Chimbo; a un recurso efectivo, a las garantías judiciales y a la protección judicial, en perjuicio del señor Luis Eduardo Guachalá Chimbo y sus familiares, Zoila Chimbo Jarro y Nancy Guachalá Chimbo; y, a la integridad personal y a conocer la verdad en perjuicio de Zoila Chimbo Jarro y Nancy Guachalá Chimbo. Se puede consultar un resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_423_esp.pdf

107. En el presente caso, corresponde a la Corte analizar la conducta estatal respecto del cumplimiento de sus obligaciones de garantía respecto del derecho a la salud, en perjuicio del señor Guachalá Chimbo, en relación con el tratamiento médico que recibió mientras se encontraba internado en el Hospital Julio Endara.

Capacidad jurídica

117. La capacidad jurídica adquiere una importancia especial para las personas con discapacidad cuando tienen que tomar decisiones fundamentales en lo que respecta a su salud. En este sentido, someter a una persona con discapacidad a un tratamiento de salud sin su consentimiento informado puede constituir una negación de su personalidad jurídica.

118. El consentimiento informado del paciente es una condición *sine qua non* para la práctica médica, el cual se basa en el respeto a su autonomía y su libertad para tomar sus propias decisiones de acuerdo a su plan de existencia. En otras palabras, el consentimiento informado asegura el efecto útil de la norma que reconoce la autonomía como elemento indisoluble de la dignidad de la persona.

119. Los Estados tienen la obligación internacional de asegurar la obtención del consentimiento informado antes de la realización de cualquier acto médico, ya que éste se fundamenta principalmente en la autonomía y la auto-determinación del individuo, como parte del respeto y garantía de la dignidad de todo ser humano, así como en su derecho a la libertad. El consentimiento informado consiste "en una decisión previa de aceptar o someterse a un acto médico en sentido amplio, obtenida de manera libre, es decir sin amenazas ni coerción, inducción o alicientes impropios, manifestada con posterioridad a la obtención de información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible, siempre que esta información haya sido realmente comprendida, lo que permitirá el consentimiento pleno del individuo". Esta regla no solo consiste en un acto de aceptación, sino en el resultado de un proceso en el cual deben cumplirse los siguientes elementos para que sea considerado válido, a saber que sea previo, libre, pleno e informado. En este sentido, los prestadores de salud deberán informar al paciente, al menos, sobre: i) la evaluación del diagnóstico; ii) el objetivo, método, duración probable, beneficios y riesgos esperados del tratamiento propuesto; iii) los posibles efectos desfavorables del tratamiento propuesto; iv) las alternativas de tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas, y el posible dolor o malestar, riesgos, beneficios y efectos secundarios del tratamiento alternativo propuesto; v) las consecuencias de los tratamientos, y vi) lo que se estima ocurrirá antes, durante y después del tratamiento.

120. Como regla general, el consentimiento es personal, en tanto debe ser brindado por quien se someterá al procedimiento. Este Tribunal resalta que la discapacidad real o percibida no debe ser entendida como una incapacidad para determinarse, y debe aplicarse la presunción de que las personas que padecen de discapacidades son capaces de expresar su voluntad, la que debe ser respetada por el personal médico y las autoridades. En efecto, la discapacidad de un paciente no debe utilizarse como justificación para no solicitar su consentimiento y acudir a un consentimiento por representación.

121. Al tratar a personas con discapacidad, el personal médico deberá examinar la condición actual del paciente, y brindar el apoyo necesario para que este tome una decisión propia e informada. Esta obligación está expresamente incluida en la CDPD, pero también se desprende de obligaciones contenidas en la Convención Americana,

incluyendo la obligación de no discriminar a las personas por su discapacidad, establecida en el artículo 1.1 de la Convención [...], así como de la propia Constitución del Ecuador de 1998. Al respecto, la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha señalado que:

> El carácter universal de los derechos humanos obliga a los Estados a promover la plena efectividad de los derechos de todas las personas. Las personas con discapacidad deben gozar de todos los derechos humanos y todas las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con las demás. El acceso a un apoyo adecuado es, sin lugar a dudas, una condición necesaria para que las personas con discapacidad puedan ejercer efectivamente sus derechos humanos en igualdad de condiciones con las demás y, de ese modo, vivir con dignidad y autonomía en la comunidad.

123. En el caso de que sea una persona la encargada de prestar el apoyo, el personal médico y sanitario "debe velar por que se efectúe la consulta apropiada directamente con la persona con discapacidad y garantizar, en la medida de sus posibilidades, que los asistentes o personas encargadas de prestar apoyo no sustituyan a las personas con discapacidad en sus decisiones ni ejerzan una influencia indebida sobre ellas".

124. Adicionalmente, los Estados deben brindar a las personas con discapacidad la posibilidad de planificar anticipadamente su propio apoyo, especificando quien prestaría dicho apoyo y su funcionamiento. Esta planificación debe ser respetada cuando la persona con discapacidad llegara "a encontrarse en la imposibilidad de comunicar sus deseos a los demás".

127. Esta Corte advierte que la Ley de Derechos del Paciente establecía el derecho de todo paciente de recibir información y decidir si aceptaba o declinaba el tratamiento médico. No obstante, la normativa del Hospital Julio Endara, vigente al momento de la internación del señor Guachalá Chimbo, no reconocía este derecho, sino que utilizaba un modelo de sustitución de voluntad, exigiendo el consentimiento del familiar o representante del paciente, y no del propio paciente. En efecto, la normativa no incluía la obligación de obtener el consentimiento informado del paciente, sino que establecía que este tenía derecho a ser informado "en términos razonables para su cabal comprensión, en el momento que el médico tratante lo considere prudente". En este sentido, la propia normativa del hospital asumía un modelo de sustitución de voluntad, priorizando informar al familiar y no al paciente propiamente.

128. Esta lógica paternalista del trato al paciente también se ve reflejada en el acta de autorización de internamiento empleada por el Hospital Julio Endara, la cual está redactada asumiendo que será un tercero quien autorizará la internación del paciente y establece "autorizamos a los médicos del hospital realizar los tratamientos que creyeren convenientes", sin especificar siquiera cuáles serán los tratamientos a los que será sometida la persona.

132. Esta Corte ha establecido que existen excepciones donde es posible que el personal de salud actúe sin la exigencia del consentimiento, en casos en los que éste no pueda ser brindado por la persona y que sea necesario un tratamiento médico o quirúrgico inmediato, de urgencia o de emergencia, ante un grave riesgo contra la vida o la salud del paciente. El Tribunal ha considerado que la urgencia o emergencia se refiere a la inminencia de un riesgo y, por ende, a una situación en que la intervención es necesaria ya que no puede ser pospuesta, excluyendo aquellos casos en los que se puede esperar para obtener el consentimiento.

133. En el presente caso, el señor Guachalá Chimbo no estaba teniendo acceso a la medicación que necesitaba para controlar su enfermedad. Antes de ser internado estaba

teniendo crisis epilépticas hasta cada media hora. Según lo declarado por la señora Chimbo, durante el traslado al hospital su hijo estaba consciente, ella le explicó que lo llevaba al hospital y el señor Guachalá Chimbo le indicó que estaba de acuerdo. De acuerdo a los registros del hospital, durante el examen físico realizado al ingresar se encontraba "mutista, poco colaborador para entrevista y examen físico". En este sentido, una de las peritas señaló que la situación del señor Guachalá Chimbo al momento que fue llevado al Hospital Julio Endara era una emergencia psiquiátrica.

135. Tomando en cuenta la normativa aplicada por el Hospital Julio Endara al momento de los hechos, la redacción del acta de autorización y demás pruebas sobre el momento del internamiento de la presunta víctima, es claro para la Corte que en el presente caso el Estado no tomó ninguna medida para apoyar al señor Guachalá Chimbo para que pudiera prestar su consentimiento informado para la internación y tratamiento a los que fue sometido en el Hospital Julio Endara, al momento en que fue internado ni posteriormente. Esta falta de consentimiento constituyó una negación de su autonomía como persona, y de su capacidad de tomar decisiones respecto a sus derechos.

136. Por otra parte, la Corte no puede dejar de hacer notar que a la señora Chimbo tampoco se le explicó el diagnóstico de su hijo, cuál sería el tratamiento, su objetivo, el método, ni los posibles riesgos del mismo. Tampoco fueron señaladas otras alternativas al tratamiento propuesto. Por el contrario, la hoja de autorización simplemente señala que autorizaba "a los médicos del hospital realizar los tratamientos que creyeren convenientes". Por tanto, la madre no consintió de forma informada al tratamiento al que fue sometido el señor Guachalá Chimbo.

137. Adicionalmente, esta Corte recuerda que el artículo 2 de la Convención obliga a los Estados Partes a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de la Convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos los derechos y libertades protegidos por la Convención. Dicho deber implica la adopción de medidas en dos vertientes. Por una parte, la supresiónde las normas y prácticas de cualquier naturaleza que entrañen violación a las garantías previstas en la Convención, ya sea porque desconozcan esos derechos o libertades u obstaculicen su ejercicio. Por otra, la expedición de normas y el desarrollo de prácticas conducentes a la efectiva observancia de dichas garantías.

138. En el presente caso, la legislación aplicable no incluía la obligación de brindar los apoyos necesarios a las personas con discapacidad al momento de tomar decisiones respecto a su salud. La Corte advierte que, en virtud del artículo 2 de la Convención, el Estado estaba obligado a expedir las normas y prácticas necesarias para que se cumpliera con dicha garantía. Por tanto, existió una omisión del Estado en este sentido, la cual implicó a una violación del artículo 2 de la Convención.

139. En virtud de lo anterior, la internación y tratamiento médico recibido por el señor Guachalá Chimbo en el Hospital Julio Endara no contó con su consentimiento informado y, en consecuencia, el Estado violó el derecho del señor Guachalá a la salud, al reconocimiento de la personalidad jurídica, dignidad, vida privada, libertad personal y acceso a la información, en relación con el derecho a no ser discriminado y el deber de adoptar disposiciones de derecho interno.

Principios del derecho a la salud

140. El Tribunal recuerda que el derecho a la salud se refiere al derecho de toda persona a gozar del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Este derecho abarca la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad,

accesibilidad, aceptabilidad y calidad. En el presente caso, tomando en cuenta los alegatos de las partes y de la Comisión, se analizará la alegada falta de accesibilidad de la atención de salud, así como la alegada falta de aceptabilidad y calidad de la misma.

[Accesibilidad]

141. La accesibilidad de la atención de salud se refiere a que "[l]os establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte", lo cual incluye que estos deben ser asequibles. Al respecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señaló que:

> Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

142. En este sentido, el cumplimiento de la obligación del Estado de respetar y garantizar este derecho deberá dar especial cuidado a los grupos vulnerables y marginados, y deberá realizarse de conformidad con los recursos disponibles de manera progresiva y de la legislación nacional aplicable.

143. La Corte resalta que los Estados deben proporcionar los servicios de salud necesarios para prevenir posibles discapacidades, así como prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades. Dicha obligación también se encontraba incluida en el artículo 53 de la Constitución ecuatoriana vigente al momento de los hechos. De forma similar, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha establecido que respecto a las personas con discapacidad:

> [E]n la medida en que se requiera un tratamiento especial, los Estados Partes han de adoptar medidas apropiadas, en toda la medida que se lo permitan los recursos disponibles, para lograr que dichas personas procuren superar los inconvenientes, en términos del disfrute de los derechos especificados en el Pacto, derivados de su discapacidad.

144. Adicionalmente, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece, dentro de las obligaciones incluidas en el derecho a la salud, que los Estados "[p]roporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores".

145. Lo anterior se relaciona con el derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad. En este sentido, los Estados deben de tomar medidas "para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida".

146. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se estima que el 70% de las personas con epilepsia podrían vivir sin convulsiones si se diagnosticaran y trataran adecuadamente. Adicionalmente, la perita Claudia Chávez Ledesma, señaló que cuando no hay una buena adherencia terapéutica o múltiples cambios en la medicación hay más posibilidad de trastornos neuroconductuales asociados a la epilepsia. Explicó que "si uno

pretende que el paciente no se deteriore cognitivamente se tiene que hacer un tratamiento exhaustivo, emergente y continuo con medicación anticonvulsiva". Por tanto, la medicación de las personas con epilepsia es fundamental para prevenir y reducir las convulsiones, así como los trastornos neuroconductuales asociados con la epilepsia. En este sentido, el tratamiento adecuado de la epilepsia reduce la posibilidad de que la persona que padece de dicha enfermedad desarrolle una discapacidad.

147. En el presente caso, el señor Guachalá Chimbo frecuentemente tenía que suspender su tratamiento ya que no tenía los medios suficientes para costearlo. Tras la primera internación en el 2003, le recetaron un conjunto de medicamentos y se le indicó que debía volver en junio de 2003 para un chequeo médico. Sin embargo, por falta de dinero el señor Guachalá no pudo acudir a la cita médica y tuvo que suspender el tratamiento, lo cual hizo necesaria una segunda internación. Una vez fue internado por segunda vez en el Hospital Julio Endara, la señora Chimbo tuvo que firmar un formulario comprometiéndose a "colaborar con los medicamentos que fueren necesarios", lo cual estaba previsto en la normativa del hospital. Al respecto, la señora Chimbo declaró que los médicos le daban la receta, ella compraba los medicamentos en la farmacia y se los llevaba.

148. Este Tribunal recuerda que el cumplimiento de la obligación del Estado de respetar y garantizar el derecho a la salud deberá dar especial cuidado a las personas en situación de pobreza. En este sentido, los Estados deberán tomar medidas para que los tratamientos necesarios para prevenir discapacidades no sean una carga desproporcionada para los hogares más pobres.

149. En el presente caso, la Corte observa que: 1) en la legislación ecuatoriana se establecía la obligación estatal de tratar de forma preferente a las personas con discapacidad, y la obligación de garantizar la prevención de las discapacidades; 2) el señor Guachalá Chimbo se encontraba en una situación de extrema vulnerabilidad, dada por la enfermedad que padecía y la situación de pobreza extrema de su familia; 3) la falta de acceso al tratamiento de la epilepsia aumenta la posibilidad de que se produzca una discapacidad de las personas que padecen dicha enfermedad y disminuye su autonomía y posibilidad de elegir y controlar su modo de vida, y 4) los tratamientos para la epilepsia no son costosos, ya que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, hay tratamientos diarios para la epilepsia que pueden costar cinco dólares al año. Por tanto, la Corte considera que, en virtud de las circunstancias del caso, la garantía reforzada del derecho a la salud del señor Guachalá Chimbo requería del proveimiento gratuito de los medicamentos prescritos para su tratamiento médico y el seguimiento médico adecuado. La falta de seguimiento y de acceso a dichos medicamentos de forma oportuna, causó el empeoramiento de la salud del señor Guachalá Chimbo y tornó necesario su internación en el Hospital Julio Endara y, por tanto, generó las circunstancias en las cuales ocurrieron los hechos del presente caso.

150. En virtud de lo anterior, la Corte considera que la falta de acceso a las medicinas requeridas por el señor Guachalá Chimbo constituyó un incumplimiento de la obligación de asegurar que los servicios de salud sean accesibles, y, por ende, una violación del derecho a la salud.

[Aceptabilidad y calidad]

151. El derecho a la salud requiere que los servicios prestados sean aceptables, es decir "concebidos para mejorar el estado de salud de las personas que se trate", así como "apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad". Por otra parte, esta Corte ha señalado que el Estado es responsable, en su condición de garante de los derechos consagrados en la Convención, de la observancia del derecho a la

integridad personal de todo individuo que se halla bajo su custodia. Lo anterior se aplica de forma especial a las personas que se encuentran recibiendo atención médica, ya que la finalidad última de la prestación de servicios de salud es la mejoría de la condición de salud física o mental del paciente, lo que incrementa significativamente las obligaciones del Estado, y le exige la adopción de las medidas disponibles y necesarias para impedir el deterioro de la condición del paciente y optimizar su salud. Asimismo, la Corte resalta que los cuidados de que son titulares todas las personas que se encuentran recibiendo atención médica, alcanzan su máxima exigencia cuando se refieren a pacientes con discapacidad que se encuentran en instituciones psiquiátricas, sin que lo anterior implique suplantar la capacidad jurídica de la persona internada. El deber de cuidado está relacionado con los elementos de aceptabilidad y calidad del derecho a la salud.

152. Esta Corte advierte que, de la historia clínica del señor Guachalá, se desprenden diversas falencias que demuestran que la atención brindada no fue aceptable y de calidad. En primer lugar, no consta que se haya determinado el tipo de epilepsia que padecía el señor Guachalá Chimbo. Dicha determinación es fundamental para garantizar que se le otorgara el tratamiento adecuado y, por ende, una atención aceptable y de calidad.

153. En segundo lugar, no consta en la historia médica que se le haya realizado alguna prescripción médica el 11 de enero de 2004, ni que se haya examinado la condición o evolución del paciente los días 14, 17 y 18 de enero. Además, tampoco consta que se haya realizado exámenes distintos a la toma de constantes vitales.

154. En tercer lugar, tomando en cuenta los efectos que podrían tener los medicamentos que estaba recibiendo el señor Guachalá Chimbo, los días 12, 13 y 16 de enero la doctora a cargo indicó en la hoja clínica "favor vigilar". No obstante, el 12 de enero, cuando la señora Zoila Chimbo fue al hospital a visitar a su hijo, no pudo verlo porque no se encontraba en su habitación, ninguno de los funcionarios interrogados por la señora Chimbo sabía dónde se encontraba y se le dio información contradictoria. En un primer momento, la doctora E.Q. "le informó que su hijo se encontraba sedado", lo cual coincide con lo señalado por la misma doctora en la historia médica ese día. Posteriormente, se le indicó que "podía encontrarse en la peluquería o en terapia ocupacional con el resto de los pacientes". Esta Corte considera necesario resaltar que el cuidado requerido para asegurar que los medicamentos no presentasen efectos adversos exigía que, al notarse que el paciente no se encontraba en su habitación, se realizaran esfuerzos para ubicarlo y así confirmar su estado de salud.

155. En cuarto lugar, el 14 de enero el señor Guachalá Chimbo tuvo un accidente en el baño, por lo que necesitó que se le suturara una herida en la cabeza, lo cual fue realizado al día siguiente. En la historia clínica y en el informe médico no hay registro de las indicaciones dadas por la doctora el 14 de enero, por lo que la Corte asume que la solicitud de vigilar realizada el día anterior seguía vigente. Si bien no es posible determinar la razón de dicho accidente, se advierte que es una posibilidad que el señor Guachalá no estaba siendo lo suficientemente asistido por el personal sanitario, considerando su estado de sedación.

156. En virtud de lo anterior, este Tribunal concluye que el Estado incumplió con el deber de brindar a la presunta víctima una atención médica aceptable y de calidad, y, por ende, constituyó una violación del derecho a la salud.

Corte IDH. Caso Vera Rojas y otros Vs. Chile. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de octubre de 2021. Serie C No. 439.

101. En ese sentido, el Tribunal recuerda que las personas con discapacidad son titulares de los derechos establecidos en la Convención Americana. La Corte ha establecido que la discapacidad es una categoría protegida en términos del artículo 1.1 de la Convención Americana, por lo que está proscrita cualquier norma, acto o práctica discriminatoria basada en la discapacidad real o percibida de la persona. En consecuencia, ninguna norma, decisión o práctica de derecho interno, sea por parte de autoridades estatales o por particulares, pueden disminuir o restringir de manera discriminatoria los derechos de una persona a partir de su discapacidad. Asimismo, la Corte ha señalado que los Estados deben proporcionar los servicios de salud necesarios para prevenir posibles discapacidades, así como prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades.

102. El Tribunal destaca que, en 1999, se adoptó la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, la cual fue ratificada por Chile el 26 de febrero de 2002. Dicha Convención tiene en cuenta el modelo social para abordar la discapacidad, lo cual implica que la discapacidad no se define exclusivamente por la presencia de una deficiencia física, mental, intelectual o sensorial, sino que se interrelaciona con las barreras o limitaciones que socialmente existen para que las personas puedan ejercer sus derechos de manera efectiva. Los tipos de límites o barreras que comúnmente encuentran las personas con diversidad funcional en la sociedad, son, entre otras, barreras físicas o arquitectónicas, comunicativas, actitudinales o socioeconómicas.

Personas privadas de libertad

Corte IDH. Caso Tibi Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 7 de septiembre de 2004. Serie C No. 114.[25]

152. La descripción de las condiciones en las que vivió el señor Daniel Tibi durante su detención evidencian que éstas no satisficieron los requisitos materiales mínimos de un tratamiento digno, conforme a su condición de ser humano, en el sentido del artículo 5 de la Convención.

153. Asimismo, está probado que durante su permanencia en la cárcel, el señor Daniel Tibi fue examinado dos veces por médicos proporcionados por el Estado, quienes verificaron que sufría heridas y traumatismos, pero nunca recibió tratamiento médico ni se investigó la causa de dichos padecimientos […].

154. Sobre este particular es preciso remitirse al Principio vigésimo cuarto para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión que determina que: "[s]e ofrecerá a toda persona detenida o presa un examen médico apropiado con la menor dilación posible después de su ingreso en el lugar de detención

[25] El caso se refiere a la responsabilidad internacional del Estado por la privación de libertad ilegal y arbitraria de Daniel David Tibi, así como por los matratos recibidos y las condiciones de su detención. La Corte en su sentencia estableció la violación, entre otros, del derecho a la integridad, libertad personal, garantías judiciales, derecho a la propiedad privada y protección judicial. Se puede revisar un detalle del caso en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/ver_ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=239&lang=es

o prisión y, posteriormente, esas personas recibirán atención y tratamiento médico cada vez que sea necesario. Esa atención y ese tratamiento serán gratuitos".

156. A su vez, la Corte Interamericana entiende que, conforme al artículo 5 de la Convención Americana, el Estado tiene el deber de proporcionar a los detenidos revisión médica regular y atención y tratamiento adecuados cuando así se requiera. A su vez, el Estado debe permitir y facilitar que los detenidos sean atendidos por un facultativo elegido por ellos mismos o por quienes ejercen su representación o custodia legal.

157. Este Tribunal observa que, a pesar de su grave situación física y psicológica, el señor Tibi nunca fue sometido a un tratamiento o atención médica adecuados y oportunos en el centro penitenciario, lo que ha tenido consecuencias desfavorables para su estado de salud actual. La deficiente atención médica recibida por la presunta víctima es violatoria del artículo 5 de la Convención Americana.

Corte IDH. Caso Vélez Loor Vs. Panamá. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de noviembre de 2010. Serie C No. 218.[26]

211. Habida cuenta del reconocimiento parcial de responsabilidad hecho por el Estado […], subsiste la controversia sobre las cuestiones relacionadas con el suministro de agua en La Joyita y con la atención médica brindada al señor Vélez Loor en dicho recinto, que se examinarán a continuación.

1) Suministro de agua en La Joyita

216. El Tribunal considera que la ausencia de las condiciones mínimas que garanticen el suministro de agua potable dentro de un centro penitenciario constituye una falta grave del Estado a sus deberes de garantía hacia las personas que se encuentran bajo su custodia, toda vez que las circunstancias propias del encierro impiden que las personas privadas de libertad satisfagan por cuenta propia una serie de necesidades básicas que son esenciales para el desarrollo de una vida digna, tales como el acceso a agua suficiente y salubre.

2) Asistencia médica

220. Este Tribunal ha señalado que el Estado tiene el deber de proporcionar a los detenidos revisión médica regular y atención y tratamiento adecuados cuando así se requiera. El Principio 24 del Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión determina que "[s]e ofrecerá a toda persona detenida o presa un examen médico apropiado con la menor dilación posible después de su ingreso en el lugar de detención o prisión y, posteriormente, esas personas recibirán atención y tratamiento médico cada vez que sea necesario. Esa atención y ese tratamiento serán gratuitos". La atención por parte de un médico que no tenga vínculos con las autoridades penitenciarias o de detención es una importante salvaguardia en contra de la tortura y malos tratos, físicos o mentales, de las personas privadas de libertad. De otra parte, la falta de atención médica adecuada podría considerarse en sí misma violatoria del artículo 5.1 y 5.2 de la Convención

26 El caso se refiere a la responsabilidad internacional del Estado por la detención migratoria de Jesús Vélez Loor, por las malas condiciones en el centro de detención y por la falta de un debido proceso. La Corte estableció que el Estado violó, entre otros, del derecho a la igualdad ante la ley, protección judicial, integridad, garantías judiciales, principio de legalidad y retroactividad. Se puede revisar un detalle del caso en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_218_esp.pdf

dependiendo de las circunstancias concretas de la persona en particular, el tipo de dolencia que padece, el lapso transcurrido sin atención y sus efectos acumulativos.

223. La Corte encuentra probado, en consecuencia, que los servicios de asistencia médica a los cuales tuvo acceso el señor Vélez Loor no se prestaron de manera oportuna, adecuada y completa, ya que la aparente fractura craneal que presentaba permaneció sin atención médica especializada ni medicación adecuada y tampoco fue debidamente tratada.

227. De acuerdo al reconocimiento del Estado y la prueba recibida, la Corte determina que las condiciones de detención en la Cárcel Pública de La Palma, así como aquellas en el Centro Penitenciario La Joyita, en su conjunto constituyeron tratos crueles, inhumanos y degradantes contrarios a la dignidad del ser humano y por lo tanto, configuran una violación del artículo 5.1 y 5.2 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 de dicho instrumento, en perjuicio del señor Vélez Loor.

Corte IDH. Caso Vera Vera y otra Vs. Ecuador. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011. Serie C No. 226.[27]

44. Este Tribunal ha señalado que la falta de atención médica adecuada no satisface los requisitos materiales mínimos de un tratamiento digno conforme a la condición de ser humano en el sentido del artículo 5 de la Convención Americana. Así, la falta de atención médica adecuada a una persona que se encuentra privada de la libertad y bajo custodia del Estado podría considerarse violatoria del artículo 5.1 y 5.2 de la Convención dependiendo de las circunstancias concretas de la persona en particular, tales como su estado de salud o el tipo de dolencia que padece, el lapso transcurrido sin atención, sus efectos físicos y mentales acumulativos y, en algunos casos, el sexo y la edad de la misma, entre otros.

[...]

75. En definitiva, el Tribunal observa que en este caso, el Estado no brindó atención médica adecuada y oportuna al señor Pedro Miguel Vera Vera. Lo anterior, puesto que éste fue dado de alta luego de su primer internamiento en el Hospital de Santo Domingo de los Colorados sin que se hubiesen realizado los exámenes o diagnósticos pertinentes en atención a las lesiones que presentaba […]; cuando estuvo detenido en el Centro de Detención Provisional de Santo Domingo, el Estado no dispuso inmediatamente el traslado del señor Vera Vera a un hospital que contara con las facilidades para atender sus necesidades de salud sino que se le mantuvo en ese lugar hasta que las complicaciones de su herida fueron evidentes […]; cuando se le trasladó por segunda vez al Hospital de Santo Domingo de los Colorados el señor Vera Vera no fue intervenido quirúrgicamente ni se adoptaron otras medidas apropiadas para atender su grave estado de salud, lo cual le provocó un deterioro físico mayor […]. Posteriormente, en el hospital Eugenio Espejo de Quito ya no se pudo salvar la vida del señor Vera Vera dado que su condición de salud era ya muy delicada. En definitiva, la intervención quirúrgica que requería el señor Vera Vera no se realizó sino hasta diez días después de que recibió un impacto de bala y fue detenido, no obstante su grave estado de salud […]. Además, la atención médica brindada por el Estado fue impulsada por la señora Vera Valdez en reiteradas ocasiones […]. Para la Corte, la serie de omisiones en que incurrió el Estado

27 El caso se refiere a la falta de responsabilidad internacional del Estado por la falta de atención médica que produjo la muerte de Pedro Miguel Vera Vera. La Corte estableció en su sentencia la violación, entre otros, del derecho a la vida, integridad, libertad de asociación, protección judicial y garantías judiciales. Se puede revisar un detalle del caso en el siguiente enlace:
https://www.corteidh.or.cr/ver_ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=348&lang=es

a través de sus agentes a lo largo del tiempo en que Pedro Miguel Vera Vera estuvo bajo su custodia constituyó negligencia médica que resultó en su muerte, lo cual compromete su responsabilidad internacional.

78. Al respecto, el Tribunal observa que en el presente caso la negligencia médica de las autoridades estatales ante el tipo de lesión que sufrió el señor Vera Vera, es decir, una herida de bala, ocasionó un doloroso deterioro en su estado físico durante el transcurso de diez días, que culminó con su muerte, resultados que pudieron haberse evitado con tratamiento médico adecuado y oportuno […]. Asimismo, por su estado de salud y por su privación de libertad, era evidente que el señor Vera Vera no hubiera podido valerse por sí mismo para que fuera atendido de manera oportuna ya que ello era una obligación de las autoridades que estaban a cargo de su custodia. Para la Corte, estos hechos configuran tratos inhumanos y degradantes en el sentido del artículo 5.2 de la Convención Americana en detrimento del señor Vera Vera.

79. Por lo tanto, para este Tribunal es claro que la falta de atención adecuada y oportuna mientras el señor Pedro Miguel Vera Vera se encontraba bajo custodia del Estado generó violaciones a sus derechos a la integridad personal y a la vida, por lo cual estima que el Estado ecuatoriano violó los artículos 5.1, 5.2 y 4.1 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 de la misma, en su perjuicio.

Corte IDH. Caso Mendoza y otros Vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 14 de mayo de 2013. Serie C No. 260.[28]

189. Esta Corte ha establecido que el Estado tiene el deber, como garante de la salud de las personas bajo su custodia, de proporcionar a los detenidos revisión médica regular y atención y tratamiento médicos adecuados cuando así se requiera. Al respecto, la Corte recuerda que numerosas decisiones de organismos internacionales invocan las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos a fin de interpretar el contenido del derecho de las personas privadas de la libertad a un trato digno y humano. En cuanto a los servicios médicos que se les deben prestar, dichas Reglas señalan, *inter alia*, que "[e]l médico deberá examinar a cada recluso tan pronto sea posible después de su ingreso y ulteriormente tan a menudo como sea necesario, en particular para determinar la existencia de una enfermedad física o mental, [y] tomar en su caso las medidas necesarias". Por su parte, el Principio 24 del Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión determina que "[s]e ofrecerá a toda persona detenida o presa un examen médico apropiado con la menor dilación posible después de su ingreso en el lugar de detención o prisión y, posteriormente, esas personas recibirán atención y tratamiento médico cada vez que sea necesario. Esa atención y ese tratamiento serán gratuitos".

190. El artículo 5.2 de la Convención Americana establece que "[t]oda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano". Al respecto, este Tribunal ha señalado que la falta de atención médica adecuada no satisface los requisitos materiales mínimos de un tratamiento digno conforme a la condición de ser humano en el sentido del artículo 5 de la Convención Americana. Así, la falta de atención médica adecuada a una persona que se encuentra privada de la

[28] El caso se refiere a la responsabilidad internacional del Estado por la imposición de la prisión y reclusión perpetuas a menores de 18 años, y a los recursos interpuestos contra las sentencias condenatorias. Asimismo, por la falta de tratamiento médico a un interno, y por la falta de investigación y sanción de los responsables de un acto de tortura. La sentencia estableción la violación, entre otros,, entre otros, del derecho a la vida, integridad, protección judicial, garantías judiciales y derechos del niño. Se puede revisar un detalle del caso en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/ver_ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=388&lang=es

libertad y bajo custodia del Estado podría considerarse violatoria del artículo 5.1 y 5.2 de la Convención dependiendo de las circunstancias concretas de la persona en particular, tales como su estado de salud o el tipo de dolencia que padece, el lapso transcurrido sin atención, sus efectos físicos y mentales acumulativos y, en algunos casos, el sexo y la edad de la misma, entre otros.

Corte IDH. Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261.[29]

154. La Corte concluye que, si bien la regulación ecuatoriana en la materia contemplaba mecanismos de control y vigilancia de la atención médica, dicha supervisión y fiscalización no fue efectuada en el presente caso, tanto en lo que refiere al control de las prestaciones brindadas en la entidad estatal, Policlínico de la Comisión de Tránsito de Guayas, como en lo que respecta a la institución privada, Clínica Minchala. La Corte estima que ello generó una situación de riesgo, conocida por el Estado, que se materializó en afectaciones en la salud de Melba Suárez Peralta. Por tanto, el Estado de Ecuador incurrió en responsabilidad internacional por la falta de garantía y prevención del derecho a la integridad personal de Melba Suárez Peralta, en contravención del artículo 5.1 de la Convención Americana, en conexión con el artículo 1.1 del mismo instrumento.

Corte IDH. Caso Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016. Serie C No. 312.

171. Por ello, con base en el principio de no discriminación, el derecho a la vida de las personas privadas de libertad también implica la obligación del Estado de garantizar su salud física y mental, específicamente mediante la provisión de revisión médica regular y, cuando así se requiera, de un tratamiento médico adecuado, oportuno y, en su caso, especializado y acorde a las especiales necesidades de atención que requieran las personas detenidas en cuestión.

[…]

177. Los servicios de salud deben mantener un nivel de calidad equivalente respecto de quienes no están privados de libertad. La salud debe entenderse como una garantía fundamental e indispensable para el ejercicio de los derechos a la vida e integridad personal, lo cual implica obligaciones para los Estados de adoptar disposiciones de derecho interno, incluyendo prácticas adecuadas, para velar por el acceso igualitario a la atención de la salud respecto de personas privadas de libertad, así como por la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de tales servicios.

178. En particular, en atención a lo señalado en las Reglas Mínimas de Naciones Unidas para el Tratamiento de Reclusos, los Estados deben proveer atención médica calificada, inclusive psiquiátrica, a las personas privadas de libertad, tanto en situaciones de emergencia como para efectos de atención regular, ya sea en el propio lugar de detención o centro penitenciario o, en caso de no contar con ello, en los hospitales o centros de atención en salud donde corresponda otorgar ese servicio. El servicio de atención de la salud debe mantener historiales médicos adecuados, actualizados y confidenciales de todas las personas privadas de libertad, lo cual debe ser accesible para

[29] La Corte encuentra responsabilidad internacional en Ecuador por el daño sufrido por las víctimas en un establecimiento de salud privado y su falta de diligencia al momento de sancionar. La Corte en su sentencia estableció la violación, entre otros, del derecho a la integridad, garantías judiciales y protección judicial. Se puede revisar un detalle del caso en el siguiente enlace:
https://www.corteidh.or.cr/ver_ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=374&lang=es

esas personas cuando lo soliciten. Esos servicios médicos deben estar organizados y coordinados con la administración general del servicio de atención en salud general, lo cual implica establecer procedimientos adecuados y expeditos para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos, así como para su traslado cuando su estado de salud requiera cuidados especiales en establecimientos penitenciarios especializados o en hospitales civiles. Para hacer efectivos estos deberes, son necesarios protocolos de atención en salud y mecanismos ágiles y efectivos de traslado de prisioneros, particularmente en situaciones de emergencia o enfermedades graves.

179. Asimismo, los Estados deben, *inter alia*, crear mecanismos adecuados para inspeccionar las instituciones, presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de las personas privadas de libertad.

180. Diversos Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos, a través de su normatividad interna, han incorporado determinados estándares sobre la protección de la salud de personas privadas de libertad; medidas o procedimientos de tratamiento para esas personas de forma regular y en casos de emergencia; medidas alternativas o sustitutivas de la privación de libertad en determinados supuestos; así como el control administrativo y judicial respecto de esas personas, por ejemplo en: Argentina, Bolivia, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela.

181. A su vez, aún si la jurisprudencia varía sustancialmente en cada Estado de la región, tribunales internos se han referido a la protección de la salud y procedimientos de atención médica para personas privadas de libertad, por ejemplo en Bolivia, Canadá, Colombia, Costa Rica, México, Panamá, y Perú.

182. En el siguiente apartado, la Corte pasa a examinar las violaciones alegadas en el presente caso.

Derecho a la salud y tratamientos específicos durante la privación de libertad

183. En el presente caso, luego del ingreso de la señora Chinchilla Sandoval al COF en mayo de 1995, consta que a partir del año 1997 se le realizaron distintos exámenes médicos y distintos diagnósticos parciales y por remisión, de los cuales se detectaron un conjunto de enfermedades, síntomas o padecimientos. Ello permite establecer que ella había ingresado al COF en mal estado de salud, sin que conste que se tuviere certeza sobre las enfermedades que padecía. No consta algún expediente clínico sobre ese diagnóstico o del tratamiento recibido cuando fue privada de libertad. Además, con posterioridad y como consecuencia del deterioro de salud, sufrió la amputación de una de sus piernas y una disminución en su vista, lo cual le generó una forma de discapacidad física y sensorial.

184. Según los estándares señalados en el apartado anterior y según se desarrolla más adelante, las personas privadas de libertad que padezcan enfermedades graves, crónicas o terminales no deben permanecer en establecimientos carcelarios, salvo cuando los Estados puedan asegurar que tienen unidades adecuadas de atención médica para brindarles una atención y tratamiento especializado adecuados, que incluya espacios, equipo y personal calificado (de medicina y enfermería). Asimismo, en tal supuesto, el Estado debe suministrar alimentos adecuados y las dietas establecidas para cada caso respecto de personas que padecen ese tipo de enfermedades. Los procesos de alimentación deben ser controlados por el personal del sistema penitenciario, de conformidad con la dieta prescrita por el personal médico, y bajo los requerimientos

mínimos establecidos para el respectivo suministro. En cualquier caso, y más aún si la persona está evidentemente enferma, los Estados tienen la obligación de asegurar que se mantenga un registro o expediente sobre el estado de salud y tratamiento de toda persona que ingresa en un centro de privación de libertad, ya sea en el propio lugar o en los hospitales o centros de atención donde vaya a recibir el tratamiento.

185. En este caso corresponde determinar si el Estado proporcionó el tratamiento debido a la presunta víctima de forma efectiva, adecuada, continua y por personal médico capacitado, incluida la provisión de medicamentos y alimentación requeridos, ya sea dentro o fuera del centro penitenciario, respecto de aquel conjunto de enfermedades o padecimientos y a lo largo del tiempo en que estuvo recluida. Asimismo, corresponde determinar si el Estado adoptó las medidas adecuadas cuando su salud se deterioró.

186. La presunta víctima padecía diabetes mellitus, enfermedad que requería de un tratamiento y dieta específicos. Asimismo, varias otras enfermedades o padecimientos sufridos por la señora Chinchilla tenían relación con la evolución de dicha enfermedad, en particular los relacionados con hipertensión arterial, enfermedad arterioesclerótica oclusiva y retinopatía diabética, lo cual es consistente con lo señalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación con la descripción de los efectos de la enfermedad "diabetes". La OMS ha indicado que "[l]a hipertensión y la diabetes están estrechamente vinculadas, y no se puede controlar adecuadamente una de estas afecciones sin atender la otra".

187. La OMS ha indicado que el tratamiento para la enfermedad de la diabetes "consiste en la reducción de la glicemia y de otros factores de riesgo conocidos que dañan los vasos sanguíneos. […]". Entre las intervenciones que "son factibles y económicas en los países en desarrollo" la OMS indica que se debe realizar: i) control moderado de la glucemia; ii) control de la tensión arterial; iii) cuidados podológicos; iv) pruebas de detección de retinopatía (causa de ceguera); v) control de los lípidos de la sangre (regulación de la concentración de colesterol); detección de los signos tempranos de nefropatía relacionada con la diabetes. Entre las recomendaciones concretas para el tratamiento de esta enfermedad se incluyen actividad física y una dieta adecuada.

188. La Corte considera que la necesidad de protección de la salud, como parte de la obligación del Estado de garantizar los derechos a la integridad personal y a la vida, se incrementa respecto de una persona que padece enfermedades graves o crónicas cuando su salud se puede deteriorar de manera progresiva. Bajo el principio de no discriminación (artículo 1.1 de la Convención), esta obligación adquiere particular relevancia respecto de las personas privadas de libertad. Esta obligación puede verse condicionada, acentuada o especificada según el tipo de enfermedad, particularmente si ésta tiene carácter terminal o, aún si no lo tiene *per se*, si puede complicarse o agravarse ya sea por las circunstancias propias de la persona, por las condiciones de detención o por las capacidades reales de atención en salud del establecimiento carcelario o de las autoridades encargadas. Esta obligación recae en las autoridades penitenciarias y, eventual e indirectamente, en las autoridades judiciales que, de oficio o a solicitud del interesado, deban ejercer un control judicial de las garantías para las personas privadas de libertad.

189. Las autoridades deben asegurarse de que, cuando lo requiera la naturaleza de una condición médica, la supervisión sea periódica y sistemática dirigida a la curación de enfermedades del detenido o a prevenir su agravamiento, en lugar de tratarlos de forma meramente sintomática. El Tribunal Europeo ha tomado en cuenta el principio de equivalencia de la atención médica, señalado por el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y Tratos Crueles o Degradantes, con base en el cual el servicio de salud en

los recintos de privación de libertad debe poder proveer tratamiento médico y de enfermería así como dietas apropiadas, fisioterapia, rehabilitación y otras facilidades necesarias especializadas en condiciones comparables con aquellas disfrutadas por pacientes en la comunidad exterior. La falta y/o deficiencia en la provisión de dicha atención médica, o un tratamiento médico negligente o deficiente, no es acorde con la obligación de proteger el derecho a la vida de las personas privadas de libertad.

195. En segundo lugar, corresponde determinar si el tratamiento dado a la señora Chinchilla fue adecuado cuando su salud se deterioró sensiblemente, luego de la aparición de la situación de discapacidad y en sus dos últimos años de vida. Al respecto, dado que el juez de ejecución de la pena decidió no admitir las solicitudes de libertad anticipada de la señora Chinchilla, ni adoptó otras medidas correctivas o sustitutivas respecto de su privación de libertad […], es relevante determinar si el COF tenía los recursos, instalaciones, personal calificado, equipo y suministros suficientes, para brindarle un tratamiento adecuado o, en su defecto, si tal tratamiento podía serle brindado en hospitales públicos de manera ágil y eficiente.

[…]

199. En conclusión, no fue comprobado que el Estado mantuviera un registro o expediente sobre el estado de salud y tratamientos otorgados a la presunta víctima desde su ingreso al COF, ya fuera en el propio lugar o en los hospitales o centros de atención donde fue atendida. Tampoco fue comprobado que la alimentación y medicamentos debidos le fueran adecuada y regularmente proporcionados por el Estado. Ante el deterioro progresivo de su salud, los propios médicos que la examinaron señalaron que existía una situación de riesgo latente para su vida e integridad personal, dado que ella padecía una enfermedad grave, crónica y eventualmente fatal. Sin embargo, no consta que las autoridades se hayan asegurado de que, dada la naturaleza de su condición de salud, la supervisión médica fuera periódica, adecuada y sistemática dirigida al tratamiento de sus enfermedades y de su discapacidad y a prevenir su agravamiento, en particular mediante la provisión de dietas apropiadas, rehabilitación y otras facilidades necesarias. Si el Estado no podía garantizar tales atenciones y tratamientos en el centro penitenciario en que se encontraba, estaba obligado a establecer un mecanismo o protocolo de atención ágil y efectivo para asegurar que la supervisión médica fuera oportuna y sistemática, particularmente ante alguna situación de emergencia. En este caso, los procedimientos establecidos para la consulta externa en hospitales no tenían la agilidad necesaria para permitir, de manera efectiva, un tratamiento médico oportuno.

200. Por las razones anteriores, la Corte considera que el Estado no cumplió con sus obligaciones internacionales de garantizar los derechos a la integridad personal y a la vida de la señora Chinchilla durante el tiempo que permaneció en detención en el COF.

Corte IDH. Caso Rodríguez Revolorio y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 14 de octubre de 2019. Serie C No. 387.[30]

90. Con respecto a la atención sanitaria, consta probado que la misma no sólo era insuficiente, sino que en muchas ocasiones era inexistente. La Corte recuerda que la integridad personal se halla directa e inmediatamente vinculada con la atención a la salud humana. En efecto, la Corte ha señalado en varias ocasiones que el Estado tiene el deber de proporcionar a los detenidos revisión médica regular y atención y tratamiento adecuados cuando así se requiera y que la falta de atención médica adecuada a una persona que se encuentra privada de la libertad y bajo custodia del Estado podría considerarse violatoria del artículo 5.1 y 5.2 de la Convención dependiendo de las circunstancias concretas de la persona en particular, tales como su estado de salud o el tipo de dolencia que padece, el lapso transcurrido sin atención, sus efectos físicos y mentales acumulativos y, en algunos casos, el sexo y la edad de la misma, entre otros. En el presente caso, la Corte nota que existía una ausencia casi total de artículos médicos y de personal médico capacitado para atender a los reclusos, lo cual además aumentaba la incidencia de los problemas de salud físicos y mentales. A ello se une en particular la ausencia de atención médica en salud mental, lo cual excluía cualquier posibilidad de alivio a la angustia mental que sufrían los condenados a pena de muerte. También unido a lo anterior, con respecto a la alimentación, la Corte observa que no existía una dieta adecuada a las condiciones médicas de los reclusos que padecían de diabetes, eran hipertensos o padecían de úlcera […], lo cual además empeoraba los efectos de sus enfermedades.

Corte IDH. Caso Hernández Vs. Argentina. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2019. Serie C No. 395.

61. […], la Corte recuerda que el señor Hernández nunca fue examinado por un médico para verificar cuáles eran las causas del estado gripal y el dolor del oído que su madre denunció el 6 de julio de 1989, a pesar de que el Juez de la Causa ordenó que se realizara un reconocimiento médico y se le brindara tratamiento; que estuvo detenido en la Comisaría de Monte Grande desde el 7 de febrero de 1989 hasta el 3 de agosto de 1990, aun cuando no existía espacio físico suficiente para albergar al número de detenidos, situación que fue denunciada por el Jefe de la Policía el 20 de marzo de 1989, y por la madre del señor Hernández el 6 de julio de 1989; y que aun cuando existieron órdenes constantes del Juez de la Causa respecto a que se le brindara atención médica a la presunta víctima una vez que se tuvo conocimiento de su meningitis, las autoridades carcelarias cumplieron dichas ordenes de manera tardía o no las cumplieron. La Corte considera que dichas omisiones estatales, si bien no se encontraban dirigidas a humillar o castigar al señor Hernández, sí constituyeron un trato degradante que la presunta víctima experimentó mientras se encontraba bajo la custodia del Estado.

[…]

96. La Corte concluye que la integridad personal del señor Hernández se vio afectada como consecuencia de que se le mantuvo privado de libertad en una cárcel que no tenía

[30] El caso se refiere a la responsabilidad internacional del Estado por la imposición de la pena de muerte al señor Aníbal Archila Pérez y por las condiciones carcelarias en las que permanecieron las víctimas sometidos al fenómeno del "corredor de la muerte" y por la violación del derecho a recurrir el fallo. La Corte en su sentencia estableció la violación, entre otros, del derecho la vida, integridad, garantías judicial, y legalidad y retroactividad. Se puede consultar un resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_387_esp.pdf

espacio suficiente para albergar al número de reclusos, y de que las autoridades no cumplieron de modo oportuno con las órdenes del Juez de la Causa de brindarle atención médica una vez denunciada su condición de salud. Estos hechos constituyeron tratos degradantes en términos del artículo 5.2 de la Convención. Adicionalmente, no existe duda respecto a que la salud del señor Hernández se vio gravemente afectada como resultado de la meningitis T.B.C. que contrajo mientras estuvo detenido en la Comisaría de Monte Grande entre el 7 de febrero de 1989 y el 3 de agosto de 1990, que experimentó sufrimientos como resultado de su enfermedad, y que tuvo secuelas permanentes que afectaron sus capacidades físicas y psíquicas, las cuales continuaron después de su condena. Asimismo, este Tribunal recuerda que el Estado no aportó elementos de prueba que permitan acreditar que cumpliera con su obligación de proveer un tratamiento médico adecuado a la presunta víctima antes y después de tener conocimiento de que se encontraba contagiado de meningitis T.B.C., y que se advierte la existencia de omisiones atribuibles al Estado en materia de calidad, disponibilidad y accesibilidad en materia de atención a la salud. Por estas razones, es posible acreditar la existencia de un nexo causal entre las acciones u omisiones del Estado en las condiciones de detención y la falta de atención médica del señor Hernández y la violación a su derecho a la integridad personal y a la salud. En consecuencia, el Estado es responsable por la violación a los artículos 5.1, 5.2 y 26 de la Convención Americana en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento.

Corte IDH. Caso Noguera y otra Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 9 de marzo de 2020. Serie C No. 401.[31]

69. Por último, con relación a personas bajo custodia del estado en instalaciones militares, la Corte ha afirmado que los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana y que la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración del artículo 5.1 de la Convención. De ese modo, la Corte estima que, entre las medidas de seguridad que es preciso adoptar en el marco de los procesos de formación de las fuerzas militares, se encuentra la de contar con atención médica adecuada y de calidad en el transcurso de los entrenamientos militares, ya sea dentro de los cuarteles o en el exterior, incluyendo la asistencia médica de emergencia y especializada que se considere pertinente.

75. Sobre la responsabilidad del Estado por los alegados maltratos en contra de Vicente Noguera, el Tribunal advierte que el Estado no presentó información que pueda explicar de qué forma las autoridades militares paraguayas habrían cumplido con su obligación de garantizar la seguridad de la presunta víctima a través de mecanismos o exámenes médicos rutinarios para determinar su aptitud y el seguimiento de su estado de salud. Además, tal como el informe de autopsia histórica del difunto indica, el cuadro de salud que habría causado su muerte se podría haber agravado con los entrenamientos físicos, incluso con los inherentes al rigor propio de la disciplina militar. En ese sentido, la falta de control para detectar un padecimiento físico de Vicente Noguera, así como su sometimiento a ejercicios físicos que podrían haber agravado su estado de salud, son elementos que refuerzan la responsabilidad del Estado a pesar de que a la luz de la

[31] El caso trata sobre la responsabilidad internacional del Estado que se configuró toda vez que las autoridades no aclararon las circunstancias que llevaron a su muerte en un establecimiento militar, bajo tutela del Estado, y sin que se hubiera desvirtuado satisfactoriamente los indicios respecto de la posibilidad de una muerte violenta. La Corte en su sentencia estableció la violación, entre otros, del derecho a la vida, integridad, garantías judiciales, derechos del niño y protección judicial. Se puede consultar un resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_401_esp.pdf

prueba presentada no sea posible llegar a una conclusión precisa con relación a que su muerte fuera el resultado de malos tratos que habría sufrido.

Solicitud de Medidas Provisionales y Supervisión de Cumplimiento de Sentencia Caso Del Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú. Resolución de la Corte Interamericana de 29 de julio de 2020.[32]

38. Con base en los criterios referidos debe examinarse la situación de los propuestos beneficiarios y la procedencia de la adopción de las medidas solicitadas. En este sentido, el Estado ha informado acerca de numerosas medidas que sus autoridades administrativas y judiciales estarían adoptando a los fines de prevenir el contagio del COVID-19, tanto en todos los centros penitenciarios del país como específicamente en los tres establecimientos en que se encuentran los propuestos beneficiarios. Además, entre mayo y junio de 2020 adoptó normativa para reducir el hacinamiento en los centros penitenciarios del Perú, con base en criterios objetivos de priorización, tales como la edad y el estado de salud de las personas privadas de libertad, así como la gravedad del delito por el que se cumple pena privativa de libertad, brindando asimismo información relativa a su aplicación. Al respecto, la Corte destaca como positivas tendientes a reducir el hacinamiento, entre otras, las acciones para optimizar la conversión automática de la pena para personas condenadas por el delito de omisión de asistencia familiar y la aplicación de la conversión de la pena de prisión a medidas de vigilancia electrónica personal, así como la inclusión de supuestos especiales en el marco de la emergencia sanitaria nacional por el COVID-19 para la evaluación y propuesta de recomendación de Gracias Presidenciales, para la cesación de prisión preventiva, la remisión condicional de pena, beneficios penitenciarios y de justicia penal juvenil, todo ello, previendo incluso su aplicación de oficio.

41. Adicionalmente, este Tribunal considera importante señalar que, de conformidad con lo señalado anteriormente respecto de la jurisprudencia de esta Corte (...), en el marco de la actual emergencia por el COVID-19, corresponde a los Estados adoptar medidas que aseguren la reducción del hacinamiento y el distanciamiento social necesario, así como la atención médica adecuada a las personas privadas de su libertad en centros penitenciarios. En caso de no poder garantizar dichas condiciones dentro del establecimiento penitenciario, corresponde valorar, con base en criterios objetivos (tales como el tipo y gravedad del delito por el cual se está cumpliendo la pena privativa de libertad, la edad de la persona, y la existencia de enfermedades o cualquier otro factor que la sitúe dentro del grupo de riesgo frente al COVID-19), la pertinencia de adoptar medidas que modifiquen la pena de prisión u otras que, sin modificarla, temporalmente permitan un cambio en su ejecución (como lo sería la detención domiciliaria), durante el tiempo que persista la situación que ponga en peligro la vida, salud y/o integridad física de la persona69.

42. Debido a la grave y delicada situación que representa que al menos dos de los propuestos beneficiarios estén contagiados de COVID-19, y que todos ellos refieran tener síntomas compatibles con la enfermedad o condiciones de riesgo y especial vulnerabilidad frente a ella, en condiciones de privación de libertad en establecimientos carcelarios, la Corte evaluará la información sobre estas cinco víctimas a través de una supervisión reforzada en la etapa de cumplimiento de sentencia, mediante un seguimiento constante sobre el cumplimiento de la reparación relativa a brindar atención médica y psicológica, de forma diferenciada con respecto a las otras reparaciones

[32] Medidas provisionales solicitadas por la Comisión Intermericana en el marco de la Pandemia por Covid-19. Se puede consultar la resolución completa en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/medidas/castro_se_04.pdf

ordenadas en la Sentencia. Para ello, se solicitará al Estado remitir informes sobre el estado de salud de las cinco personas indicadas de manera más constante mientras subsista la situación, así como también se requerirá información a la Defensoría del Pueblo del Perú (...).

Corte IDH. Caso Manuela y otros Vs. El Salvador. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021. Serie C No. 441.

230. Con base en el principio de no discriminación, el derecho a la salud de las personas privadas de libertad también implica la provisión de revisión médica regular y, cuando así se requiera, de un tratamiento médico adecuado, oportuno y, en su caso, especializado y acorde a las especiales necesidades de atención que requieran las personas detenidas en cuestión.

232. Con base en el derecho a la integridad personal, la Corte ha interpretado que los Estados deben realizar un examen médico integral de las personas privadas de libertad tan pronto como sea posible. En este mismo sentido, las Reglas sobre Tratamiento de Reclusos señalan, inter alia, que "[e]l médico deberá examinar a cada recluso tan pronto sea posible después de su ingreso y ulteriormente tan a menudo como sea necesario, en particular paradeterminar la existencia de una enfermedad física o mental, [y] tomar en su caso las medidas necesarias".

235. En el caso de Manuela, tomando en cuenta los bultos que tenía en el cuello, y que entre noviembre de 2008 y febrero de 2009 perdió más de 13 kilogramos de peso y padeció de fiebre alta e ictericia, era razonable que se considerara necesario realizarle un examen médico. Sin embargo, no consta en el expediente que se haya realizado algún examen médico a Manuela entre su detención en marzo de 2008 y febrero de 2009. La Corte considera que el Estado estaba obligado a garantizar que la presunta víctima fuera examinada por un médico para verificar cuál era su estado de salud tras la emergencia obstétrica, así como las causas los bultos en su cuello, y brindar un tratamiento médico en caso de ser necesario.

[...]

236. Este Tribunal ha señalado que los servicios de salud deben mantener un nivel de calidad equivalente respecto de quienes no están privados de libertad. La salud debe entenderse como una garantía fundamental e indispensable para el ejercicio de los derechos a la vida e integridad personal, lo cual implica obligaciones para los Estados de adoptar disposiciones de derecho interno, incluyendo prácticas adecuadas, para velar por el acceso igualitario a la atención de la salud respecto de personas privadas de libertad, así como por la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de tales servicios. En este sentido, la accesibilidad del derecho a la salud para las personas privadas de libertad, implica que estas sean conducidas a centros de salud especializados cuando sean necesario.

239. En razón de la posición especial de garante que el Estado ejerce sobre la persona en situación de detención, y el consecuente control de los medios de prueba sobre su condición física, condiciones de detención y eventual atención médica, es el Estado quien tiene la carga probatoria de proveer una explicación satisfactoria y convincente de lo sucedido y desvirtuar las alegaciones sobre su responsabilidad, mediante elementos probatorios válidos. La falta de entrega de los elementos de prueba que permitan esclarecer el tipo de atención recibida por una persona son particularmente graves en casos que involucren alegatos relacionados con la violación al derecho a la salud. En su condición de garante, el Estado tiene tanto la responsabilidad de garantizar los derechos

del individuo bajo su custodia, como la de proveer la información y las pruebas relacionadas con lo que suceda al detenido. En el presente caso, el Estado no ha demostrado que la falta de concurrencia de la presunta víctima a las citas programadas en el hospital fuesen imputables a Manuela, por lo que se debe presumir que las mismas fueron responsabilidad del Estado.

240. La Corte resalta que los servicios médicos de las personas privadas de libertad deben estar organizados y coordinados con la administración general del servicio de atención en salud general, lo cual implica establecer procedimientos adecuados y expeditos para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos, así como para su traslado cuando su estado de salud requiera cuidados especiales en establecimientos penitenciarios especializados o en hospitales civiles. Para hacer efectivos estos deberes, son necesarios protocolos de atención en salud y mecanismos ágiles y efectivos de traslado de prisioneros, particularmente en situaciones de emergencia o enfermedades graves. En el presente caso, Manuela no pudo asistir a una sus citas de quimioterapia en 2009, en 2010 se desfasó el tratamiento un mes y, en al menos dos ocasiones, no fue llevada al hospital para las citas médicas de seguimiento [...]. Estas faltas demuestran que el Estado no implementó las medidas necesarias para asegurar que Manuela fuera trasladada y recibiera la atención médica que requería en el hospital.

241. Adicionalmente, la Corte recuerda que el artículo 5.2 de la Convención establece que nadie debe ser sometido a penas crueles, inhumanos o degradantes, así como que toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano. En el presente caso, la detención de Manuela impidió que recibiera la atención médica adecuada, por lo que su pena privativa de libertad se convirtió además en una pena inhumana, contraria a la Convención.

242. Por tanto, el Estado incumplió con el deber de brindar a la presunta víctima una atención médica accesible, lo que constituyó una violación de los derechos a la salud y a la integridad personal, establecidos en los artículos 26 y 5 de la Convención Americana.

Corte IDH. Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad (Interpretación y alcance de los artículos 1.1, 4.1, 5, 11.2, 12, 13, 17.1, 19, 24 y 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y de otros instrumentos que conciernen a la protección de los derechos humanos). Opinión Consultiva OC-29/22 de 30 de mayo de 2022. Serie A No. 29.[33]

85. La Corte considera que los Estados deben realizar un examen médico integral de las personas privadas de libertad tan pronto como sea posible a su entrada a los centros penitenciarios, el cual debe ser realizado por personal médico que no tenga vínculos con las autoridades penitenciarias. Además, en atención a lo señalado en las Reglas Nelson Mandela [...], los Estados deben proveer atención médica calificada, inclusive psiquiátrica, a las personas privadas de libertad, tanto en situaciones de emergencia como para efectos de atención regular, ya sea en el propio lugar de detención o centro penitenciario o, en caso de no contar con ello, en los hospitales o centros de atención en salud donde corresponda otorgar ese servicio. El servicio de atención de la salud debe mantener historiales médicos adecuados, actualizados y confidenciales de todas las personas privadas de libertad, lo cual debe ser accesible para esas personas cuando lo

[33] La Opinión Consultiva OC-29/22 trata sobre las medidas diferenciadas respecto de personas privadas de libertad pertenecientes a grupos o colectivos históricamente discriminados. Puede consultar el resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/resumen_seriea_29_esp.pdf

soliciten. Esos servicios médicos deben estar organizados y coordinados con la administración general del servicio de atención en salud general, lo cual implica establecer procedimientos adecuados y expeditos para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos, así como para su traslado cuando su estado de salud requiera cuidados especiales en establecimientos penitenciarios especializados o en hospitales civiles. Para hacer efectivos estos deberes, son necesarios protocolos de atención en salud y mecanismos ágiles y efectivos de traslado de prisioneros, particularmente en situaciones de emergencia o enfermedades graves.

86. En definitiva, la prestación de servicios médicos de salud a los reclusos es una responsabilidad primaria del Estado, por lo que deberá proveerse acceso gratuito a los servicios necesarios sin discriminación por razón de su situación jurídica. En esta medida, la Corte reitera que los servicios de salud deben mantener un nivel de calidad equivalente respecto de quienes no están privados de libertad. La salud debe entenderse, así, como una garantía fundamental e indispensable para el ejercicio de los derechos a la vida e integridad personal, lo cual implica obligaciones para los Estados de adoptar disposiciones de derecho interno, incluyendo prácticas adecuadas, para velar por el acceso igualitario a la atención de la salud respecto de personas privadas de libertad, así como por la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de tales servicios.

Covid-19

115. La Corte estima pertinente dejar sentado a grandes rasgos el contexto en el cual se ha desarrollado el procedimiento de la presente Opinión Consultiva, ocasionado por la pandemia de la enfermedad denominada COVID-19, y las implicancias que ello tiene para los derechos de las personas privadas de libertad, una población especialmente vulnerable. Además, tal como se señaló previamente, las condiciones de detención de las personas privadas de libertad en la región americana presentan características singulares que agravaban la situación de propagación de esta enfermedad altamente contagiosa. Al respecto, la Corte ha indicado que las personas privadas de libertad se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad frente a la propagación del COVID-19 pues, por lo general, se encuentran en condiciones de sobrepoblación y hacinamiento que no permiten un adecuado distanciamiento social para prevenir el contagio del virus, con inadecuadas y deficientes medidas de higiene, y con limitaciones para acceder de manera eficaz y oportuna a una serie de derechos como la salud y la información. Por tanto, se ha requerido de los Estados la adopción de medidas inmediatas, eficaces e innovadoras para contener el contagio masivo en el interior de las cárceles.

119. La Corte subraya los efectos perniciosos que tiene la sobrepoblación y el hacinamiento para los derechos de las personas privadas de libertad, lo cual se ve exacerbado en el contexto generado por la pandemia de la enfermedad denominada COVID-19, por lo que reitera la necesidad de que los Estados, en su posición de garante, adopten medidas conducentes para proteger y garantizar los derechos a la vida, a la integridad personal y a la salud de las personas privadas de su libertad en centros penitenciarios, incluyendo la adopción de las medidas que aseguren la reducción del hacinamiento y el distanciamiento social necesario, así como la atención médica adecuada. En caso de no poder garantizar dichas condiciones dentro del establecimiento penitenciario, corresponde valorar, con base en criterios objetivos (tales como el tipo y gravedad del delito por el cual se está cumpliendo la pena privativa de libertad, la edad de la persona, y la existencia de enfermedades o cualquier otro factor que la sitúe dentro del grupo de riesgo frente al COVID-19), la pertinencia de adoptar medidas que modifiquen la pena de prisión u otras que, sin modificarla, temporalmente permitan un

cambio en su ejecución (como lo sería la detención domiciliaria), durante el tiempo que persista la situación que ponga en peligro la vida, salud y/o integridad física de la persona.

120. Teniendo en cuenta que, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el número de casos y muertes por la enfermedad del coronavirus COVID-19 ha ido en disminución, y la región cuenta con una alta cobertura de vacunación, la Corte estima pertinente recalcar que la práctica acumulada durante este tiempo resulta crucial para robustecer la preparación, respuesta y recuperación ante esta y eventuales futuras pandemias y epidemias, así como para avanzar sobre la base de esta experiencia en la implementación de medidas propicias para descongestionar las cárceles con el fin de reducir la sobrepoblación y el hacinamiento carcelario que favorece la propagación de enfermedades.

Salud sexual y reproductiva y enfoque diferenciado

152. Dada la situación de privación de libertad que históricamente ha involucrado barreras para que las reclusas accedan a este derecho, la Corte considera que el Estado tiene la obligación reforzada de asegurar el acceso, sin discriminación, a la salud sexual y reproductiva de buena calidad para las mujeres privadas de libertad y adoptar las medidas conducentes para erradicar los obstáculos prácticos a la plena efectividad del derecho a la salud sexual y reproductiva. Ello abarca: (i) un reconocimiento médico al ingresar al centro penitenciario realizado por parte de personal femenino, que identifique cualquier tipo de abuso sexual y otras formas de violencia que pudiera haber sufrido la mujer antes de la admisión y determine las necesidades de salud sexual y reproductiva; (ii) la información y atención necesaria en materia de salud sexual y reproductiva en general, incluyendo el acceso a servicios de salud preventivos propios de su género, el acceso y la provisión gratuita de métodos anticonceptivos, la planificación reproductiva y la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS); (iii) la atención integral y oportuna para los supuestos en que hayan sido víctimas de violencia y violación sexual, incluyendo el acceso a terapias profilácticas, anticoncepción de emergencia y atención psicosocial, y (iv) la información respecto del embarazo y el estado de salud del feto, así como sobre los controles médicos aconsejados y sus resultados. Todos los exámenes y procedimientos deberán satisfacer las exigencias de privacidad, confidencialidad y dignidad.

[...]

158. Para la Corte, resulta de especial relevancia que los Estados tomen en cuenta las abundantes pautas y criterios en materia de atención en salud física y psicológica especializada durante el embarazo, parto y posparto, como unas obligaciones internacionales mínimas, que deben guiar la actuación e implementación de las políticas penitenciarias en la materia y que imponen a los Estados:

> a) Adoptar medidas especiales para garantizar un trato digno y el acceso adecuado a servicios médicos especializados para las mujeres privadas de libertad "en especial durante la gestación, el parto y el período de [postparto y] lactancia".
>
> b) Asegurar la presencia de un médico calificado, de un pediatra y de una guardia obstétrica disponible durante las 24 horas en el centro de reclusión donde se alojan mujeres embarazadas y niños/as pequeños/as y el fácil acceso a ginecólogos, tocólogos y obstetras. A este respecto, el Comité DESC ha indicado

que "[a] fin de reducir las tasas de mortalidad y morbilidad maternas se necesita atención obstétrica de urgencia y asistencia cualificada en los partos".

c) Informar plenamente a las personas embarazadas, en período de posparto y en período de lactancia sobre su condición médica y asegurar el acceso a la información precisa y oportuna sobre salud reproductiva y materna durante todas las etapas del embarazo, la cual deber estar basada en evidencia científica, emitirse sin sesgos, libre de estereotipos y discriminación, incluyendo el plan de parto ante la institución de salud que asistirá el nacimiento y el derecho al contacto materno-filial.

d) Requerir el consentimiento libre, informado y voluntario antes de cualquier examen o procedimiento médico vinculado con la salud sexual y reproductiva.

e) Garantizar la privacidad, de modo tal que no se brinde información a los hospitales o centros de salud sobre los motivos de detención y la situación procesal de las mujeres. Asimismo, se debe velar por la confidencialidad durante todo el proceso.

f) Garantizar que las mujeres embarazadas sean trasladadas a la mayor brevedad posible a hospitales civiles para el trabajo de parto. Si ello no fuere posible, el parto debe ser atendido por un especialista médico, en instalaciones aptas para el nacimiento de un bebé. En cualquier caso, si se requiere la presencia de personal de seguridad no médico, dicho personal debe ser femenino y estar vestido de civil.

g) Disponer que el traslado de las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el período de posparto y lactancia se efectúe sin esposas o grilletes, con custodia por parte de personal femenino y en un transporte adecuado al efecto que cumpla con las medidas de higiene y mantenimiento necesarias.

h) Prever servicios de atención al parto sensible a prácticas culturales.

i) Propiciar la presencia y el acompañamiento de una persona de confianza y elección durante todo el proceso de parto.

j) Garantizar el contacto permanente de las mujeres con el/la recién nacido/a, fundamentalmente durante los primeros momentos luego del nacimiento (aún si tienen que permanecer en neonatología).

k) Proveer planes nutricionales especializados creados por personal médico calificado para satisfacer las necesidades específicas de cada una de las etapas del embarazo y facilitar la lactancia materna.

l) Impartir, dentro de los servicios penitenciarios, cursos de preparto, lactancia y cuidados del recién nacido/as a todas las mujeres privadas de libertad que se encuentren cursando el último trimestre de embarazo.

m) Garantizar atención y apoyo psicológico especializado.

n) Suministrar o facilitar programas de atención y apoyo especializado en materia de uso indebido de drogas para las mujeres.

o) Promover la capacitación del personal judicial y penitenciario sobre la temática del parto respetado, sobre el modo de actuar frente al preparto, y sobre la importancia de hacerlo de modo eficiente y sensible a la situación particular de

las mujeres detenidas en esta situación, a fin de que puedan atender con urgencia las quejas y preocupaciones relacionadas con el embarazo.

p) Disponer de un mecanismo sencillo, eficaz e independiente para presentar quejas respecto de la falta de cumplimiento de estos requerimientos.

159. A juicio de la Corte, a fin de que los criterios referidos sean efectivos en la práctica, resulta esencial que los Estados prevean un marco normativo y protocolos operativos con respecto a la atención médica especializada prenatal, durante el parto y postnatal, que asegure a las mujeres y otras personas gestantes privadas de libertad, de forma efectiva y gratuita, la provisión de bienes y servicios relacionados con la salud reproductiva, incluidos los chequeos de rutina antes y después del parto y la atención psicológica. Ello toda vez que es un deber específico del Estado vigilar y regular eficazmente el acceso a servicios básicos en los establecimientos penitenciarios y otros centros de reclusión, para asegurar que no se menoscabe ni vulnere el derecho a la salud sexual y reproductiva.

Violencia obstétrica y enfoque diferenciado

160. Tomando en cuenta las diversas conceptualizaciones respecto de la violencia obstétrica como una violación de derechos humanos, la Corte considera que la violencia que se ejerce contra las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto y después del parto constituye una forma de violencia basada en el género, particularmente, violencia obstétrica, contraria a la Convención de Belem do Pará. Ello conlleva la obligación de los Estados de prevenir y abstenerse de incurrir en actos constitutivos de violencia de género durante el acceso a servicios de salud reproductiva, incluyendo el trabajo de parto, con un deber acentuado en el caso de mujeres privadas de libertad. En esta línea, la Corte resalta que las mujeres embarazadas privadas de libertad son especialmente vulnerables a sufrir violencia obstétrica, por lo que los Estados deben reforzar las medidas de prevención de dicha violencia en los servicios de salud obstétrica que se brinda a esta población.

161. Para ello, la OMS encomendó una visión con enfoque de derechos humanos que propenda a la atención respetuosa de la maternidad para la atención durante todo el trabajo de parto y nacimiento, la cual implica una atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que se mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, se asegure la integridad física y el trato adecuado, y se les permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto. Asimismo, la atención en salud debe involucrar la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto, mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.

162. De igual forma, la Corte subraya la necesidad de que se garantice el acceso a la justicia para las mujeres que son víctimas de violencia obstétrica, incluyendo aquellas que se encuentran privadas de libertad, específicamente a través de la tipificación de esa violencia y del acceso a recursos administrativos y judiciales, así como a reparaciones efectivas y transparentes por las violaciones del derecho a la salud sexual y reproductiva. En particular, resulta necesario facilitar a las mujeres detenidas canales de denuncia seguros, brindando los recursos necesarios para ello y las condiciones de confidencialidad y protección necesarias, todo lo cual debe ser debidamente informado a las reclusas.

Niños y niñas y enfoque diferenciado

211. En razón de lo anterior, es posible concluir que el acceso a la salud de niños y niñas que viven en prisión con sus madres debe ser asegurado, ya que las diversas fuentes mencionadas incluyen la obligación de garantizar el derecho a la salud tanto a mujeres como a niños y niñas que viven con sus madres o cuidadores principales en centros penitenciarios. En definitiva, los hijos e hijas de reclusas tienen el mismo derecho a acceder a los servicios de salud en las mismas condiciones que los niños y niñas que viven fuera de las cárceles. Para ello debe asegurarse: (i) el acceso a un reconocimiento médico por persona especializado al ingreso del niño o niña al centro penitenciario; (ii) controles periódicos y el acceso gratuito y en condiciones de igualdad a la atención en salud pediátrica especializada; (iii) la provisión de las vacunas previstas en el esquema nacional y de medicamentos que sean necesarios de forma gratuita; (iv) las medidas pertinentes para prevenir y reducir la mortalidad infantil; y (v) un registro confidencial respecto de los datos de salud.

213. Respecto a la alimentación, la Corte considera que los Estados deben asegurar que los niños y niñas que vivan en la cárcel con sus madres reciban una alimentación balanceada y nutritiva, que sea adecuada acorde a su edad y necesidades de desarrollo. Al respecto, el Comité sobre los Derechos del Niño ha subrayado que "[l]a nutrición adecuada y el seguimiento del crecimiento en la primera infancia revisten especial importancia", por lo que, en el contexto carcelario, los Estados se encuentran obligados a adoptar medidas conducentes "al cumplimiento por los Estados de sus obligaciones de garantizar el acceso a alimentos inocuos, nutricionalmente adecuados y culturalmente apropiados y luchar contra la malnutrición". En esta medida, se recomienda durante los 6 primeros meses de vida "proteger y promover la lactancia natural exclusiva y, en combinación con alimentación complementaria, hasta los 2 años de edad". Por otra parte, la Corte estima que deberá proveerse el suministro de manera gratuita de los implementos necesarios para que los niños puedan comer y beber y se puedan esterilizar los instrumentos utilizados por los recién nacidos.

Personas trans y enfoque diferenciado

268. En el caso de las personas trans, el respeto a su identidad de género se encuentra estrechamente relacionado con el acceso a servicios de salud adecuados. En este sentido, la Corte resalta que los tratamientos médicos que reafirman la identidad de género de las personas trans, incluyendo los procedimientos quirúrgicos y el tratamiento hormonal, siempre y cuando sean libremente escogidos, permiten el adecuado desarrollo de la personalidad y contribuyen al bienestar físico y emocional de las personas trans. Por sobre todo, contribuyen a reafirmar la identidad de género auto-percibida. Consecuentemente, en cumplimiento de su obligación internacional de reconocer la identidad de género de toda persona, los Estados deben garantizar aquellos tratamientos médicos que sean necesarios para que las personas trans puedan adecuar su corporalidad, incluyendo su genitalidad, a su identidad de género auto-percibida, en la medida que dichos servicios se encuentren disponibles para la comunidad.

269. En seguimiento de lo anterior, la Corte ha considerado que el tratamiento médico de las personas privadas de libertad debe ser adecuado a sus necesidades especiales. De ello se deriva que, en el contexto penitenciario, los Estados deban brindar tales tratamientos específicos según sean requeridos por las personas privadas de libertad, asegurando la continuidad de aquellos tratamientos que hayan iniciado con anterioridad al encarcelamiento. Al respecto, la Corte destaca que varios Estados miembros de la

OEA han emprendido importantes avances en la materia, permitiendo en la actualidad tratamientos quirúrgicos y/u hormonales para adecuar el cuerpo de las personas a su identidad de género.

270. En suma, la Corte concluye que los Estados están en la obligación de adoptar disposiciones para garantizar que las personas trans privadas de su libertad puedan tener la atención médica especializada necesaria y oportuna. En general, los Estados deben proveer a las personas privadas de la libertad un acceso adecuado a cuidados médicos y consejería apropiada a sus necesidades, reconociendo cualquier necesidad particular con base en su orientación sexual o identidad de género, incluso en lo que respecta a salud reproductiva, y a terapia hormonal o de otro tipo, como también a tratamientos para reasignación de sexo si ellas los desearan.

Personas que pertenecen a pueblos indígenas y enfoque diferenciado

321. Este Tribunal reafirma, por lo tanto, que, del deber estatal de salvaguardar la salud y el bienestar de los reclusos, se desprende la obligación de brindar tratamiento médico culturalmente adecuado a las personas indígenas privadas de libertad. Respecto de este deber, la Corte ha señalado que, con base en el principio de no discriminación, el derecho a la salud de las personas privadas de libertad implica la provisión de revisión médica regular y, cuando así se requiera, de un tratamiento médico adecuado, oportuno y, en su caso, especializado y acorde a las especiales necesidades de atención que requieran las personas detenidas en cuestión [...].

322. En el caso de las personas indígenas, entonces, el tratamiento médico adecuado, oportuno, que atienda sus "especiales necesidades de atención", requerirá en virtud de su cosmovisión, el uso de prácticas y medicinas tradicionales. En virtud de lo anterior, la Corte considera que los Estados cuentan con las siguientes obligaciones específicas: a) promover sistemas o prácticas interculturales en los servicios médicos, de forma tal que el tratamiento médico brindado a las personas indígenas tome en consideración sus pautas culturales; b) permitir a las personas indígenas privadas de libertad introducir al recinto penitenciario aquellas plantas y medicamentos tradicionales, siempre que no representen un peligro para su salud o la de terceros, y c) permitir el ingreso de personas que apliquen la medicina tradicional de la comunidad indígena a los recintos penitenciarios para la atención médica de la persona indígena.

Personas mayores y enfoque diferenciado

378. En definitiva, de conformidad con las fuentes de derecho internacional disponibles, la Corte determina que las obligaciones a cargo de los Estados para garantizar la salud y la atención médica y psicológica de las personas mayores privadas de libertad, incluyen:

> a) garantizar el acceso a agua potable para consumo y aseo personal de las personas privadas de libertad, así como proveerles una alimentación de calidad y que aporte un valor nutritivo suficiente, atendiendo sus necesidades dietéticas especiales, según su condición y lo que haya sido prescrito médicamente;
>
> b) proveer a las personas internas de los artículos de aseo necesarios para su salud e higiene;
>
> c) la atención médica y los servicios de salud, tanto física como mental, que se dispongan para las personas mayores privadas de libertad deben tomar en cuenta

sus necesidades especiales y los diferentes cambios que pueden sobrevenir con el envejecimiento;

d) si fuera necesario, deben garantizarse tratamientos pertinentes ante el abuso del alcohol, o el uso de drogas u otras substancias;

e) atender todo lo relativo a la salud mental de las personas mayores privadas de libertad, incluidos los problemas relacionados con la depresión, el aislamiento, la ansiedad y el miedo a la muerte;

f) desarrollar estrategias para prevenir el suicidio y la autolesión de las personas mayores internas, proporcionando tratamiento psicológico o psiquiátrico;

g) garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención médica y los servicios de salud previstos para las personas mayores privadas de libertad, de manera que, sumado al fin de salvaguardar su salud y procurar su bienestar físico, mental y social, deben dirigirse a fomentar un envejecimiento activo y saludable;

h) realizar una valoración médica inicial a fin de detectar cualquier necesidad de atención en salud y definir las medidas necesarias para su tratamiento, así como valoraciones continuas y periódicas posteriores;

i) los servicios médicos a lo interno de los centros penitenciarios deben estar organizados y coordinados con la administración del servicio de atención en salud general, previendo procedimientos adecuados y expeditos para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos, así como para su traslado cuando su estado de salud requiera la atención en establecimientos especializados;

j) en el caso de alguna discapacidad, deben garantizarse medidas para su habilitación y rehabilitación, siendo obligación de las autoridades penitenciarias proveer los cuidados correspondientes, incluidas fisioterapia, terapia ocupacional o de lenguaje, y tratamientos para deficiencias sensoriales, así como garantizar acceso, según sea el caso, a prótesis, sillas de ruedas, caminadores, bastones, muletas, equipos auditivos o anteojos;

k) optimizar la capacidad de los sistemas penitenciarios para administrar tratamientos médicos crónicos complejos, en la medida en que el estado de salud de la persona y las condiciones del establecimiento penitenciario lo permitan, y mantener una estrecha cooperación y coordinación con los servicios de salud externos;

l) incorporar la perspectiva de género respecto de los sistemas de atención médica y servicios de salud previstos para las personas mayores privadas de libertad, para identificar y prever las necesidades de atención en salud específicas de las mujeres mayores y, a su vez, tomando en cuenta las condiciones específicas de cada persona;

m) los servicios de atención sanitaria para personas mayores privadas de libertad deben contar con un equipo multidisciplinario de personal médico y de enfermería debidamente capacitado y en cantidad suficiente, que actúe con plena independencia clínica, con conocimientos especializados en psicología, psiquiatría y geriatría, y en el caso de la atención a mujeres mayores, también en temas de salud femenina, incluida la ginecología;

n) garantizar que las personas mayores privadas de libertad puedan manifestar su consentimiento libre e informado, de manera previa, voluntaria y expresa, en

el ámbito de la salud, con relación a cualquier tratamiento, intervención o investigación, incluidos los cuidados paliativos, y

o) las personas que padecen una enfermedad en estado terminal y reciben cuidados paliativos no deberían permanecer en centros penitenciarios, salvo que este cuente con esos servicios, sino que el cumplimiento de la pena podría efectuarse en prisión domiciliaria o en un centro especializado.

Salud sexual y reproductiva

Corte IDH. Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Serie C No. 257.[34]

147. En tercer lugar, la Corte resalta que, en el marco del derecho a la integridad personal, ha analizado algunas situaciones de particular angustia y ansiedad que afectan a las personas, así como algunos impactos graves por la falta de atención médica o los problemas de accesibilidad a ciertos procedimientos en salud. En el ámbito europeo, la jurisprudencia ha precisado la relación entre el derecho a la vida privada y la protección de la integridad física y psicológica. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha señalado que, si bien el Convenio Europeo de Derechos Humanos no garantiza como tal el derecho a un nivel específico de cuidado médico, el derecho a la vida privada incluye la integridad física y psicológica de la persona, y que el Estado también tiene la obligación positiva de garantizar a sus ciudadanos esa integridad. Por tanto, los derechos a la vida privada y a la integridad personal se hallan también directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud. La falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva. Existe por tanto una conexión entre la autonomía personal, la libertad reproductiva y la integridad física y psicológica.

148. La Corte ha señalado que los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud para lograr una efectiva protección de los derechos a la vida y a la integridad personal. La salud constituye un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. En relación con el derecho a la integridad personal, cabe resaltar que para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la salud genésica significa que "la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud". El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, y la Declaración y el Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, contienen definiciones de la salud reproductiva y de la salud de la mujer. De acuerdo a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, "los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados

[34] El caso se refiere a la responsabilidad internacional del Estado por las afectaciones generadas a un grupo de personas a partir de la prohibición general de practicar la Fecundación in vitro. La Corte en su sentencia estableció la violación, entre otros, del derecho a la vida, integridad, libertad personal, protección de la familia, igualdad ante la ley, garantías judiciales y protección judicial. Se puede revisar un detalle del caso en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/ver_ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=235&lang=es

por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva". Además, adoptando un concepto amplio e integral de salud sexual y reproductiva, se señaló que:

> "La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos".

149. Además, según el Programa de Acción de la Conferencia, "[d]eberían proporcionarse técnicas de fecundación in vitro de conformidad con directrices éticas y normas médicas apropiadas". En la Declaración de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, los Estados se comprometieron a "garantizar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en […] la atención de salud y promover la salud sexual y reproductiva". En la Plataforma de Acción, aprobada conjuntamente con la Declaración, se definió la atención de la salud reproductiva como "el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva". De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la salud sexual y reproductiva implica que "las personas puedan disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura y responsable, así como la capacidad para reproducirse y la libertad de decidir si se reproducen, cuando y con qué frecuencia". La salud reproductiva implica además los derechos del hombre y de la mujer a ser informados y a tener libre elección y acceso a métodos para regular la fecundidad, que sean seguros, eficaces, de fácil acceso y aceptables.

Corte IDH. Caso Manuela y otros Vs. El Salvador. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021. Serie C No. 441.

192. El derecho a la salud sexual y reproductiva es parte del derecho a la salud. El derecho a la salud sexual y reproductiva se relaciona, por una parte, con la autonomía y la libertad reproductiva, en cuanto al derecho a tomar decisiones autónomas sobre su plan de vida, su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, libre de toda violencia, coacción y discriminación. Por el otro lado, se refiere al acceso tanto a servicios de salud reproductiva como a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer su derecho a decidir de forma libre y responsable el número de hijos que desean tener y el intervalo de nacimientos.

193. La Corte ha señalado que, debido a su capacidad biológica de embarazo y parto, la salud sexual y reproductiva tiene implicancias particulares para las mujeres. En este sentido, la obligación de brindar atención médica sin discriminación implica que la misma tome en cuenta que las necesidades en materia de salud de las mujeres son distintas de las de los hombres,y se presten servicios apropiados para las mujeres.

194. Adicionalmente, la obligación de brindar atención médica sin discriminación implica que la presunta comisión de un delito por parte de un paciente bajo ningún supuesto puede condicionar la atención médica que dicho paciente necesita. Por tanto, los Estados deben brindar la atención médica necesaria y sin discriminación para las mujeres que lo requiera.

[...]

252. La Corte ha reconocido que la libertad y autonomía de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva ha sido históricamente limitada, restringida o anulada con base en estereotipos de género negativos y perjudiciales. Ello se ha debido a que se ha asignado social y culturalmente a los hombres un rol preponderante en la adopción de decisiones sobre el cuerpo de las mujeres y a que las mujeres son vistas como el ente reproductivo por excelencia. No obstante, las mujeres tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en los servicios de salud reproductiva y en la atención obstétrica sin ser objeto de discriminación o violencia.

253. Además, esta Corte considera que en Manuela confluían distintas desventajas estructurales que impactaron su victimización. En particular, la Corte subraya que Manuela era una mujer con escasos recursos económicos, analfabeta y que vivía en una zona rural. De verificarse la discriminación alegada en este caso, estos factores de vulnerabilidad o fuentes de discriminación habrían confluido en forma interseccional, incrementando las desventajas comparativas de la presunta víctima y causando una forma específica de discriminación por cuenta de la confluencia de todos estos factores. Asimismo, la Corte resalta que dichos factores de discriminación son concordantes con el perfil de la mayoría de las mujeres juzgadas en El Salvador por aborto u homicidio agravado, quienes tienen escasos o nulos ingresos económicos, provienen de zonas rurales o urbanas marginales y tienen baja escolaridad [...].

254. Este Tribunal considera que la ambiguedad de la legislación relativa al secreto profesional de los médicos y la obligación de denuncia existente en El Salvador afecta de forma desproporcionada a las mujeres por tener la capacidad biológica del embarazo. Tal como se mencionó, existe en los médicos ginecólogos una creencia de que deben denunciar los casos de posibles abortos, como sucedió en el presente caso, donde Manuela fue denunciada por posible aborto. De acuerdo al perito Guillermo Ortiz, esto no sucede con otro tipo de delitos. Además, la Corte advierte que, de acuerdo a los registros, este tipo de denuncias no son interpuestas por personal de clínicas privadas, sino solo por personal de hospitales públicos. Esto evidencia que la ambiguedad legislativa no afecta a las mujeres que tienen suficientes recursos económicos para ser atendidas en un hospital privado.

255. En el presente caso, el personal médico priorizó la realización de la denuncia por un supuesto delito sobre el diagnóstico y tratamiento médico. Además, dicha denuncia, unida con la declaración de la médica tratante y la posterior remisión de la historia clínica de Manuela, fue utilizada en un proceso penal en su contra, en violación de sus derechos a la vida privada y a la salud. Todo ese actuar estuvo influenciado por la idea de que el juzgamiento de un presunto delito debe prevalecer sobre los derechos de la mujer, lo cual resultó discriminatorio.

256. En suma, la Corte concluye que, en el presente caso, no se garantizó el derecho a la salud sin discriminación, así como el derecho a la igualdad, previstos en los artículos 24 y 26, en relación con el artículo 1.1 de la Convención.

[...]

259. En seguimiento de lo anterior, la Corte advierte que, dada la ambigüedad de la legislación sobre el secreto profesional y el deber de denuncia, si Manuela acudía a los servicios médicos para atender la emergencia obstétrica que ponía en riesgo su salud, podía ser denunciada, como efectivamente sucedió. Someter a Manuela a esta situación, que terminó por afectar rotundamente su vida, además de discriminatoria, constituyó un acto de violencia contra la mujer. Por consiguiente, la Corte concluye que el Estado incumplió su obligación de abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación, en contravención con el artículo 7.a) de la Convención de Belém do Pará.

Violencia obstétrica

Corte IDH. Caso Brítez Arce y otros Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2022. Serie C No. 474.[35]

60. En ese orden de ideas la Corte reitera que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos, y que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, que le permita vivir dignamente, entendida la salud no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral.

61. La obligación general de protección a la salud se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, de garantizar una prestación médica de calidad y eficaz, y de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Este derecho abarca también la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuya aplicación dependerá de las condiciones de cada Estado. El cumplimiento de la obligación del Estado de respetar y garantizar este derecho debe dar especial cuidado a los grupos vulnerables y marginalizados.

62. Por otra parte, esta Corte se ha pronunciado en diferentes oportunidades de forma específica sobre las obligaciones de los Estados en relación con la atención en salud durante el embarazo, parto y posparto y ha establecido que los Estados deben brindar una atención adecuada y diferenciada durante dichas etapas. En ese sentido, de acuerdo con la jurisprudencia de este Tribunal, los "Estados deben brindar políticas de salud adecuadas que permitan ofrecer asistencia con personal entrenado adecuadamente para la atención de los nacimientos, políticas de prevención de la mortalidad materna a través de controles prenatales y post-parto adecuados, e instrumentos legales y administrativos en políticas de salud que permitan documentar adecuadamente los casos de mortalidad materna". Asimismo, se ha referido a la relación entre la pobreza y la falta de atención médica adecuada, como causas de alta mortalidad y morbilidad materna56.

63. Además, en el Sistema Universal de Derechos Humanos, distintos Tratados se refieren a las obligaciones de los Estados en materia de atención en salud durante el

35 El caso se relaciona con la responsabilidad internacional del Estado por la violación a distintos derechos humanos a raíz violencia obstétrica. La Corte determinó que el Estado violó, entre otros, los derechos a la vida, integridad personal, salud, infancia, garantías judiciales y protección judicial. Puede consultar el resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace:
https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_474_esp.pdf

embarazo, parto y posparto, las cuales han sido interpretadas por sus respectivos órganos de supervisión. Así, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales indica, en su artículo 12, que los Estados Partes reconocen el derecho de las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, lo que incluye la obligación de adoptar medidas para reducir la mortinatalidad. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, interpretó el mencionado artículo en la Observación General No. 14 y sostuvo que se puede entender en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud materna y la atención en salud anterior y posterior al parto, lo que implica adoptar las medidas necesarias para evitar las muertes maternas prevenibles. Luego, en la Observación General No. 22, señaló que el derecho a la salud sexual y reproductiva es indivisible e interdependiente de otros derechos que fundamentan la integridad física y mental de las personas y su autonomía, como el derecho a la vida y que "la falta de servicios de atención obstétrica de emergencia […] son causa muchas veces de mortalidad y morbilidad materna, que, a su vez, son una violación del derecho a la vida o la seguridad, y, en determinadas circunstancias, pueden constituir tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes". También, que "[a] fin de reducir las tasas de mortalidad y morbilidad maternas se necesita atención obstétrica de urgencia y asistencia cualificada en los partos".

64. En similar sentido, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en su artículo 12, prevé que los Estados tienen la obligación de suministrar servicios médicos adecuados en el embarazo, el parto y con posterioridad a este. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General No. 24, referida a dicho artículo, señaló que "es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar[se] a esos servicios el máximo de recursos disponibles".

[...]

68. En virtud de lo anterior, la Corte encuentra que los Estados tienen la obligación de proporcionar servicios de salud adecuados, especializados y diferenciados durante el embarazo, parto y en un periodo razonable después del parto, para garantizar el derecho a la salud de la madre y prevenir la mortalidad y morbilidad materna.

69. Por otra parte, la Corte recuerda que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental cuyo goce pleno constituye una condición para el ejercicio de todos los derechos. De modo que del artículo 4.1 de la Convención, en conjunto con el artículo 1.1, referido a la obligación de respetar y garantizar los derechos, se desprende que ninguna persona puede ser privada arbitrariamente de su vida (obligación negativa), y que los Estados deben adoptar todas las medidas adecuadas para proteger y preservar este derecho (obligación positiva). Además, el derecho a la vida se encuentra directa e inmediatamente vinculado con la atención de la salud, por lo cual la falta de atención médica adecuada puede implicar la vulneración del artículo 4.1 de la Convención.

70. En relación con circunstancias como las de este caso, la Corte nota que, cuando un Estado no toma las medidas adecuadas para prevenir la mortalidad materna, evidentemente impacta el derecho a la vida de las personas gestantes y en periodo de posparto. Así, según la información aportada al expediente, la inmensa mayoría de las muertes maternas son prevenibles mediante acceso a atención suficiente e intervenciones eficaces en salud durante el embarazo y el parto, al punto que la Organización Mundial de la Salud estima que entre el 88% y el 98% de las muertes maternas son prevenibles, mientras que Unicef y el Banco Mundial estiman dicha cifra

en el 80% y el 74%, respectivamente. Estos datos son respaldados por el hecho de que en algunos países la mortalidad materna ha sido prácticamente eliminada.

71. A la luz de lo anterior, la Corte coincide con lo afirmado por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, en el sentido de que las muertes maternas no son "simples desgracias o […] problemas naturales inevitables del embarazo, sino más bien [] injusticias que podrían impedirse y que los gobiernos están obligados a remediar con sus sistemas políticos, de salud y jurídicos".

72. Por otra parte, la Corte recuerda que el derecho a la salud durante el embarazo, parto y posparto, en tanto parte integrante del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, debe satisfacer los elementos de disponibilidad, aceptabilidad, calidad y accesibilidad. Ahora bien, a la luz del caso concreto, la Corte estima necesario referirse de forma específica al componente de accesibilidad de la información. Sobre este asunto, la Recomendación General No. 22 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales sostiene:

> La accesibilidad de la información comprende el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas relativas a cuestiones de salud sexual y reproductiva en general, y también el derecho de las personas a recibir información específica sobre su estado de salud.

73. Conforme a lo anterior, dentro de las obligaciones internacionales mínimas que deben guiar la atención en salud, la Corte encuentra que se debe informar plenamente a las personas embarazadas, en período de posparto y en período de lactancia sobre su condición médica y asegurar el acceso a información precisa y oportuna sobre salud reproductiva y materna durante todas las etapas del embarazo, la cual deber estar basada en evidencia científica, emitirse sin sesgos, libre de estereotipos y discriminación, incluyendo el plan de parto ante la institución de salud que asistirá el nacimiento y el derecho al contacto materno-filial.

74. Por otra parte, la Corte ha sostenido que la falta de atención médica adecuada o problemas de accesibilidad a ciertos procedimientos pueden implicar la violación del artículo 5.1 de la Convención y que, en el contexto del embarazo, las mujeres pueden ser sometidas a prácticas perjudiciales y formas específicas de violencia, malos tratos e incluso tortura. Sobre este asunto el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes ha indicado que "[e]n muchos Estados, las mujeres que tratan de obtener servicios de salud materna se exponen a un riesgo elevado de sufrir malos tratos, en particular en el período prenatal y puerperal", y que esos malos tratos "van desde alargar los plazos para llevar a cabo ciertos procedimientos médicos, como suturar las heridas del parto, hasta no emplear anestesia".

75. Este Tribunal se ha pronunciado de forma específica sobre la violencia ejercida durante el embarazo, el parto y después del parto en el acceso a los servicios de salud, y ha sostenido que constituye una violación de derechos humanos y una forma de violencia basada en género denominada violencia obstétrica88, la cual "abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo y la etapa previa, y durante el parto o postparto, en centros de salud públicos o privados".

76. Sobre este asunto, en virtud de lo dispuesto en el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará, la Corte recuerda que los Estados tienen el deber de prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, para lo cual deben abstenerse de incurrir en actos constitutivos de violencia de género, incluidos aquellos que ocurran durante el acceso a servicios de salud reproductiva. Además, de acuerdo con la citada Convención "[t]oda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público

como en el privado" y los Estados deben tener especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad de las mujeres que son víctimas de violencia cuando están embarazadas. Ahora bien, la Convención de Belém do Pará fue adoptada el 9 de junio de 1994, es decir, dos años después de ocurridos los hechos que dieron origen a este caso, y fue ratificada por Argentina el 5 de julio de 1996, cuatro años después de la muerte de Cristina Brítez Arce. En esa medida, no es posible atribuir responsabilidad internacional al Estado por la violación de las obligaciones contenidas en ese instrumento, aunque en virtud del reconocimiento de responsabilidad internacional hecho por el Estado, la Corte tome en consideración su contenido a efectos de caracterizar la violencia obstétrica.

77. Conforme a lo anterior, la Corte encuentra que a la luz de la Convención de Belém do Pará, las mujeres tienen derecho a vivir una vida libre de violencia obstétrica y los Estados están en la obligación de prevenirla, sancionarla y abstenerse de practicarla, así como de velar porque sus agentes actúen en consecuencia, tomando en consideración la especial vulnerabilidad que implica encontrarse en embarazo y en periodo posparto.

78. Además, la Corte encuentra que la violencia obstétrica ha sido objeto de análisis por diferentes instancias internacionales. Así, la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental reconoció que "[l]as vejaciones y la violencia contra las mujeres durante el embarazo, el parto en establecimientos sanitarios y el posparto -cometidas por profesionales de la medicina y por el personal de partería, enfermería y otras personas integrantes del personal hospitalario-, conjuntamente conocidas como violencia obstétrica, están muy extendidas". Por su parte, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias identificó la violencia obstétrica como aquella "sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud" y destacó que se manifiesta en "falta de autonomía y capacidad de toma de decisiones".

79. En similar sentido, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en el dictamen sobre la comunicación No. 138/2018 presentada por S.F.M respecto de España, retomó la definición de violencia obstétrica aportada por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer y sostuvo:

> [E]l Comité considera que la aplicación de estereotipos afecta el derecho de la mujer a ser protegida contra la violencia de género, en el caso presente la violencia obstétrica, y que las autoridades encargadas de analizar la responsabilidad por tales actos deben ejercer especial cautela para no reproducir estereotipos. En el presente caso, el Comité observa que existía una alternativa a la *situación* vivida por la autora, dado que su embarazo se desarrolló normalmente y sin complicaciones, que no había emergencia cuando llegó al hospital, pero que, sin embargo, desde su ingreso fue sometida a numerosas intervenciones sin que haya recibido explicaciones al respecto y sin que se le haya permitido opinar al respecto […].

80. En el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI), ha recomendado a los Estados que penalicen la violencia obstétrica y establezcan "por los medios apropiados los elementos de lo que constituye un proceso natural antes, durante y después del parto, sin excesos ni arbitrariedad en la medicación, que garantice la manifestación del consentimiento libre y voluntario de las mujeres en los procedimientos vinculados a su salud sexual y reproductiva [y adopten] una perspectiva intercultural que respete las costumbres y pautas culturales de las mujeres indígenas y afrodescendientes en los centros de salud". En línea con lo anterior, algunos países de la región han incluido en sus legislaciones referencias a la violencia obstétrica, entre ellos, Argentina define este tipo de violencia como "aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos

reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales".

81. A la luz de lo anterior, la Corte encuentra que la violencia obstétrica es una forma de violencia basada en el género "prohibida por los tratados interamericanos de derechos humanos, incluyendo la Convención Belém do Pará", ejercida por los encargados de la atención en salud sobre las personas gestantes, durante el acceso a los servicios de salud que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto, que se expresa mayoritaria, aunque no exclusivamente, en un trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente hacia las mujeres embarazadas; en la denegación de tratamiento e información completa sobre el estado de salud y los tratamientos aplicables; en intervenciones médicas forzadas o coaccionadas, y en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales, entre otras manifestaciones amenazantes en el contexto de la atención de la salud durante el embarazo, parto y posparto.

Corte IDH. Caso Rodríguez Pacheco y otra Vs. Venezuela. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2023. Serie C No. 504.[36]

101. El derecho a la salud sexual y reproductiva es parte del derecho a la salud. Este derecho se relaciona, por un lado, con la autonomía y la libertad reproductiva, en cuanto al derecho a tomar decisiones autónomas sobre su plan de vida, su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, libre de toda violencia, coacción y discriminación. Por el otro lado, se refiere al acceso tanto a servicios de salud reproductiva como a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer su derecho a decidir de forma libre y responsable el número de hijos que desean tener y el intervalo de nacimientos.

102. La Corte ha señalado que la salud sexual y reproductiva tiene implicancias particulares para las mujeres, debido a su capacidad biológica de embarazo y parto. En este sentido, la obligación de brindar atención médica sin discriminación implica que la misma tome en cuenta que las necesidades en materia de salud de las mujeres son distintas de las de los hombres, y se presten servicios apropiados para las mujeres. Asimismo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) ha indicado que los Estados "deben situar una perspectiva de género en el centro de todas las políticas y los programas que afecten a la salud de la mujer y hacer participar a ésta en la planificación, la ejecución y la vigilancia de dichas políticas y programas y en la prestación de servicios de salud a la mujer".

103. Además, este Tribunal se ha pronunciado sobre la violencia ejercida durante el embarazo, el parto y después del parto en el acceso a los servicios de salud, y ha sostenido que constituye una violación de derechos humanos y una forma de violencia basada en género denominada violencia obstétrica, la cual "abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo y la etapa previa, y durante el parto o post-parto, en centros de salud públicos o privados".

---

[36] El caso se refiere a la responsabilidad internacional del Estado por las deficiencias ocurridas en el proceso judicial seguido a raíz de una denuncia por presuntos actos de violencia obstétrica y mala praxis que habrían ocurrido en un hospital privado y la consecuente violación de los derechos a las garantías judiciales y protección judicial, en relación con el derecho a la integridad personal y el derecho a la salud, así como la violación de los apartados b), f) y g) del artículo 7 de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Puede consultar el resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_504_esp.pdf

104. Sobre este asunto, en virtud de lo dispuesto en el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará, la Corte recuerda que los Estados tienen el deber de prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, para lo cual deben abstenerse de incurrir en actos constitutivos de violencia de género, incluidos aquellos que ocurran durante el acceso a servicios de salud reproductiva. De acuerdo con la citada Convención "[t]oda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado" y los Estados deben tener especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad de las mujeres que son víctimas de violencia cuando están embarazadas. A la luz de lo anterior, la Corte reitera que la violencia obstétrica es una forma de violencia basada en el género prohibida por los tratados interamericanos de derechos humanos, incluyendo la Convención de Belém do Pará, ejercida por los encargados de la atención en salud sobre las personas gestantes, durante el acceso a los servicios de salud que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto, que se expresa mayoritaria, aunque no exclusivamente, en un trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente hacia las mujeres embarazadas; en la denegación de tratamiento e información completa sobre el estado de salud y los tratamientos aplicables; en intervenciones médicas forzadas o coaccionadas, y en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales, entre otras manifestaciones amenazantes en el contexto de la atención de la salud durante el embarazo, parto y posparto.

105. A la vista de lo anterior, de acuerdo con la jurisprudencia de este Tribunal, los Estados deben brindar políticas de salud adecuadas que permitan ofrecer asistencia con personal entrenado adecuadamente para la atención de los nacimientos, políticas de prevención de la mortalidad materna a través de controles prenatales y post-parto adecuados, e instrumentos legales y administrativos en políticas de salud que permitan documentar adecuadamente los casos de mortalidad materna.

Acceso a la justicia en casos de violencia obstétrica y, en particular, en aquella ejercida por actores no estatales

106. En casos de violencia contra la mujer, como lo es la violencia obstétrica denunciada en el presente caso, la Corte ha afirmado que resulta particularmente importante que las autoridades a cargo de la investigación la lleven adelante con determinación y eficacia, teniendo en cuenta el deber de la sociedad de rechazar la violencia contra las mujeres y las obligaciones del Estado de erradicarla y de brindar confianza a las víctimas en las instituciones estatales para su protección. Así, en estos casos, las obligaciones genéricas establecidas en los artículos 8 y 25 de la Convención Americana se complementan y refuerzan, para aquellos Estados que son Parte, con las obligaciones derivadas del tratado interamericano específico, la Convención de Belém do Pará. En este sentido, el artículo 7 de la referida Convención exige de los Estados una actuación orientada a prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, a través de la adopción de una serie de medidas y políticas públicas que incluyen:

> b. actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer; […] f. establecer procedimientos legales justos y eficaces para la mujer que haya sido sometida a violencia, que incluyan, entre otros, medidas de protección, un juicio oportuno y el acceso efectivo a tales procedimientos; g. establecer los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar que la mujer objeto de violencia tenga acceso efectivo a resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos y eficaces[.]

107. Por lo tanto, la protección de los derechos de las mujeres a través del acceso a recursos oportunos, adecuados y efectivos para remediar estas violaciones de forma integral y evitar la recurrencia de estos hechos en el futuro resulta de suma relevancia

si se toma en consideración, además, que hoy en día, en el marco de la atención médica y el acceso a los servicios de salud, las mujeres siguen siendo vulnerables a sufrir violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos, en la mayoría de los casos a través de prácticas discriminatorias que son consecuencia de la aplicación de estereotipos en su perjuicio.

108. El Tribunal recuerda que el estereotipo de género se refiere a una preconcepción de atributos, conductas o características poseídas o papeles que son o deberían ser ejecutados por hombres y mujeres respectivamente, y que es posible asociar la subordinación de la mujer a prácticas basadas en estereotipos de género socialmente dominantes y socialmente persistentes. La creación y uso de estereotipos se convierte en una de las causas y consecuencias de la violencia de género en contra de la mujer. En este sentido, la Corte reconoce que la relación de poder entre el médico y la paciente, puede verse exacerbada por las relaciones desiguales de poder que históricamente han caracterizado a hombres y mujeres, así como por los estereotipos de género socialmente dominantes y persistentes que constituyen de forma consciente o inconsciente la base de prácticas que refuerzan la posición de las mujeres como dependientes y subordinadas. Al respecto, la Corte ha reconocido que la obligación de eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer lleva ínsita la obligación de eliminar la discriminación basada en estereotipos de género.

109. Por otro lado, el Tribunal observa que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas estableció en su Observación General Núm. 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, que es posible atribuir responsabilidad al Estado por la vulneración del derecho a la salud en escenarios donde la violación hubiere sido cometida por una empresa privada, siempre que hubiere falta de debida diligencia en la investigación y sanción de los hechos. En concreto, señaló "cuando terceros vulneren el derecho a la salud sexual y reproductiva, los Estados deben velar por que se investiguen y se enjuicien esas violaciones, se exijan responsabilidades a los autores, y se ofrezcan recursos a las víctimas". Por su parte, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) ha señalado que "los Estados deben supervisar la prestación de servicios de salud a la mujer por las organizaciones públicas, no gubernamentales y privadas para garantizar la igualdad del acceso y la calidad de la atención".

110. En esta misma línea, la Comisión Interamericana ha indicado que los Estados deben adoptar "las medidas necesarias para reconocer la violencia obstétrica como una forma de violencia contra la mujer, reglamentar su sanción, establecer mecanismos de denuncia y entablar campañas de concientización con el fin que las mujeres puedan conocer sus derechos, identificar esta forma de violencia y acceder a la justicia"172.

111. Por otro lado, el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna también ha recomendado la implementación de mecanismos que permitan recolectar denuncias de casos de violencia obstétrica, y un protocolo de atención que tenga en cuenta indicadores de violencia obstétrica y mortalidad materna con datos desagregados por edad, sexo, etnicidad, lugar de residencia y factores socioeconómicos para así determinar las causas en cada caso, y, la inversión pública que se requiere en cada territorio.

112. La Corte considera que, en los casos en los que una mujer alegue haber sido víctima de violencia obstétrica por parte de actores no estatales, los Estados tienen la obligación de establecer mecanismos de denuncia oportunos, adecuados y efectivos que reconozcan dicha violencia obstétrica como una forma de violencia contra la mujer, investigar los hechos con la debida diligencia, sancionar eventualmente a los autores de

dicha violencia y proveer a la víctima con un efectivo resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos y eficaces. Lo anterior, sin perjuicio de la obligación que recae sobre los Estados de prevenir que terceros cometan actos de violencia obstétrica y, más específicamente, su deber de regular y fiscalizar toda asistencia de salud prestada a las personas bajo su jurisdicción, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado.

Derecho a la salud y obligación del Estado de regular, fiscalizar y supervisar la prestación de servicios de salud privados

113. La Corte ha señalado que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos. Así, todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente, entendida la salud, no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también a un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral.

114. En lo que respecta a la relación del deber de garantía (artículo 1.1) con el artículo 5.1 de la Convención, la Corte ha establecido que el derecho a la integridad personal se halla directa e inmediatamente vinculado con la atención a la salud humana, y que la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración del artículo 5.1 de la Convención. En este sentido, la Corte ha sostenido que la protección del derecho a la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación. Además, el artículo 26 de la Convención Americana, el cual reconoce los derechos económicos sociales, culturales y ambientales, se configura como un artículo marco que integra distintos derechos y remite a la Carta de la Organización de los Estados Americanos (en adelante "Carta de la OEA"). De los artículos 34.i 34.l y 45.h de la referida Carta de la OEA se deriva la inclusión en dicho instrumento del derecho a la salud, por lo que este Tribunal, en diferentes precedentes, ha reconocido que ese derecho es protegido a través del mencionado artículo 26 de la Convención. Respecto a la consolidación de dicho derecho existe, además, un amplio consenso regional, ya que se encuentra reconocido explícitamente en diversas Constituciones y leyes internas de los Estados de la región.

115. Asimismo, este Tribunal ha establecido que la obligación de garantía de los Estados se proyecta más allá de la relación entre los agentes estatales y las personas sometidas a su jurisdicción, y abarca el deber de prevenir, en la esfera privada, que terceros vulneren los bienes jurídicos protegidos. No obstante, la Corte ha considerado que un Estado no puede ser responsable por cualquier violación de derechos humanos cometida por particulares dentro de su jurisdicción. El carácter erga omnes de las obligaciones convencionales de garantía a cargo de los Estados no implica su responsabilidad ilimitada frente a cualquier acto de particulares. Así, aunque un acto, omisión o hecho de un particular tenga como consecuencia jurídica la violación de los derechos de otro, este no es automáticamente atribuible al Estado, sino que corresponde analizar las circunstancias particulares del caso y la concreción de las obligaciones de garantía.

116. En particular, dado que la salud es un bien público cuya protección está a cargo de los Estados, éstos tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de los derechos a la vida y a la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud. La Corte ha señalado al respecto que los Estados tienen el deber de regular y fiscalizar toda la asistencia de salud prestada a las personas bajo su jurisdicción, como

deber especial de protección a la vida y a la integridad personal, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado. Así, a los efectos de dar cumplimiento a la obligación de garantizar el derecho a la integridad personal y en el marco de la salud, los Estados deben establecer un marco normativo adecuado que regule la prestación de servicios de salud, estableciendo estándares de calidad para las instituciones públicas y privadas, que permita prevenir cualquier amenaza de vulneración a la integridad personal en dichas prestaciones. Asimismo, el Estado debe prever mecanismos de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud, así como procedimientos de tutela administrativa y judicial para el damnificado, cuya efectividad dependerá, en definitiva, de la puesta en práctica que la administración competente realice al respecto.

117. Lo anterior presenta una íntima conexión con las obligaciones de los Estados respecto de las actividades empresariales, tales como las ejercidas por un hospital privado. En relación con las obligaciones de los Estados respecto de las actividades empresariales, la Corte ha hecho referencia a los "Principios Rectores sobre las empresas y los derechos humanos: puesta en práctica del marco de las Naciones Unidas para "proteger, respetar y remediar'" (en adelante "los Principios Rectores"). En particular, el Tribunal ha destacado los tres pilares de los Principios Rectores, a saber: (i) el deber del Estado de proteger los derechos humanos, (ii) la responsabilidad de las empresas de respetar los derechos humanos y (iii) acceso a mecanismos de reparación, así, como los principios fundacionales que se derivan de estos pilares, los cuales resultan fundamentales en la determinación del alcance de las obligaciones en materia de derechos humanos de los Estados y las empresas. Asimismo, la Corte también ha dejado sentado que son las empresas las primeras encargadas de tener un comportamiento responsable en las actividades que realicen, pues su participación activa resulta fundamental para el respeto y la vigencia de los derechos humanos.

118. En razón de ello, y en el marco de las obligaciones de garantía y del deber de adoptar disposiciones de derecho interno que se derivan de los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana, la Corte recuerda que los Estados tienen el deber de prevenir las violaciones a derechos humanos producidas por empresas privadas, por lo que deben adoptar medidas legislativas y de otro carácter para prevenir que dichas violaciones, e investigar, castigar y reparar tales violaciones cuando ocurran.

[...]

125. A la vista de lo anteriormente expuesto, la Corte considera que, conforme a los estándares interamericanos en materia de violencia obstétrica mencionados, en el presente caso existen indicios de violencia obstétrica así como, eventualmente, mala praxis médica, en el marco de una serie de operaciones quirúrgicas realizadas en un hospital privado. Si bien corresponde a las autoridades judiciales nacionales determinar las eventuales responsabilidades penales, civiles y/o administrativas en este tipo de casos, esta Corte deberá analizar la alegada responsabilidad internacional del Estado por su actuación y respuesta brindada a la presunta víctima ante la denuncia interpuesta por ésta, cuestión que procederá a realizar a continuación.

[...]

130. En vista de lo anterior, la Corte concluye que la denuncia interpuesta por la señora Rodríguez por los alegados actos de violencia obstétrica y mala praxis médica sufridos dieron lugar a un proceso caracterizado por irregularidades y carente de la debida diligencia, el cual finalizó más de una década después con el sobreseimiento de la causa debido a que había operado la prescripción extraordinaria.

Integridad personal y derecho salud en contexto de violencia obstétrica

137. La Corte debe advertir que esta grave falta de debida diligencia por parte de los tribunales nacionales se dio en el marco de una denuncia por violencia obstétrica y mala praxis médica sufridos por la señora Rodríguez Pacheco. Esta falta de acceso a un mecanismo adecuado de reclamación y reparación tuvo, necesariamente, un impacto en la integridad personal y derecho a la salud amparados por los artículos 5.1 y 26 de la Convención Americana, pues habilitó que tales hechos no fueran debidamente investigados y que hoy permanezcan en la impunidad. En suma, las múltiples irregularidades ocurridas en el marco del procedimiento penal que condujeron a la prescripción de la acción penal provocaron que el Estado incumpliera con su obligación de velar por que este tipo de violencia contra la mujer fuera investigada y se proveyera a la víctima con un mecanismo que permitiera enjuiciar en un plazo razonable a la persona o personas responsables, se exigieran las correspondientes responsabilidades y se le otorgara una efectiva reparación del daño.

138. Además, la Corte nota que la investigación deficiente de un alegado acto de violencia obstétrica tiene un impacto desproporcionado en las mujeres, pues omite esclarecer afectaciones que les ocurren a ellas derivadas de procedimientos de salud materna y reproductiva obstétrica. Esto propicia un ambiente de impunidad y envía un mensaje según el cual este tipo de violencia contra las mujeres puede ser tolerada y aceptada como parte del diario vivir. Lo anterior favorece la perpetuación y la aceptación social del fenómeno, el sentimiento y la sensación de inseguridad de las mujeres, así como una persistente desconfianza de éstas en el sistema de administración de justicia. Este impacto fue destacado por la señora Rodríguez Pacheco, quien declaró que, a raíz de estos hechos, su vida "cambió totalmente", que los hechos y el posterior proceso judicial tuvieron un impacto en su "proyecto de vida", el cual cambió "totalmente". La señora Rodríguez Pacheco señaló, además, que todo el procedimiento ante las autoridades internas "fue el punto central de la vida de la familia durante muchos años", dejando al núcleo familiar "agotados, [y] desgastados emocionalmente". La Corte recuerda que, cuando se alega la comisión de un acto de violencia contra una mujer, resulta particularmente importante que las autoridades a cargo de la investigación la lleven adelante con determinación y eficacia, teniendo en cuenta las obligaciones del Estado de erradicarla y de brindar confianza a las víctimas en las instituciones estatales para su protección.

139. En vista de lo anterior, la Corte considera que la deficiente investigación mencionada también supuso un incumplimiento por parte del Estado de las obligaciones recogidas en el artículo 7, en los incisos b), f) y g) de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y, más en específico, su obligación de (i) actuar con la debida diligencia para investigar y sancionar este alegado acto de violencia obstétrica, (ii) de establecer un procedimiento justo y eficaz que analizara este tipo de violencia, proporcionando un juicio oportuno y acceso efectivo a tal procedimiento, así como (iii) de establecer un mecanismo judicial eficaz que asegurara que la señora Rodríguez Pacheco pudiera tener un acceso efectivo al resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos, cuestión que no sucedió en el presente caso.

Corte IDH. Caso Beatriz y otros Vs. El Salvador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2024. Serie C No. 549.

125. Por otra parte, esta Corte se ha pronunciado en diferentes oportunidades de forma específica sobre las obligaciones de los Estados en relación con la atención durante el embarazo, parto y posparto y ha establecido que los Estados deben brindar una atención adecuada y diferenciada durante dichas etapas. En ese sentido, de acuerdo con la jurisprudencia de este Tribunal, los "Estados deben brindar políticas de salud adecuadas que permitan ofrecer asistencia con personal entrenado adecuadamente para la atención de los nacimientos, políticas de prevención de la mortalidad materna a través de controles prenatales y postparto adecuados, e instrumentos legales y administrativos en políticas de salud que permitan documentar adecuadamente los casos de mortalidad materna". Asimismo, se ha referido a la relación entre la pobreza y la falta de atención médica adecuada, como causas de alta mortalidad y morbilidad materna.

126. Además, en el Sistema Universal de Derechos Humanos, distintos Tratados se refieren a las obligaciones de los Estados en materia de atención en salud durante el embarazo, parto y posparto, las cuales han sido interpretadas por sus respectivos órganos de supervisión. Así, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales indica, en su artículo 12, que los Estados Partes reconocen el derecho de las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, lo que incluye la obligación de adoptar medidas para reducir la mortinatalidad. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, interpretó el mencionado artículo en la Observación General No. 14 y sostuvo que se puede entender en el sentido de que es preciso adoptar, entre otros aspectos, medidas para mejorar la salud materna y la atención en salud anterior y posterior al parto.

127. En similar sentido, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en su artículo 12, prevé que los Estados tienen la obligación de suministrar servicios médicos adecuados en el embarazo, el parto y con posterioridad a este. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General No. 24, referida a dicho artículo, señaló que "es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar[se] a esos servicios el máximo de recursos disponibles".

128. En relación con circunstancias como las de este caso, la Corte ha sostenido que, cuando un Estado no toma las medidas adecuadas para prevenir los riesgos de mortalidad materna, evidentemente impacta el derecho a la vida de las mujeres embarazadas y en periodo de posparto.

129. Por otra parte, la Corte recuerda que el derecho a la salud durante el embarazo, parto y posparto, en tanto parte integrante del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, debe satisfacer los elementos de disponibilidad, aceptabilidad, calidad y accesibilidad. Además, la Corte ha sostenido que la falta de atención médica adecuada o problemas de accesibilidad a ciertos procedimientos pueden implicar la violación del artículo 5.1 de la Convención y que, en el contexto del embarazo, las mujeres pueden ser sometidas a prácticas perjudiciales y formas específicas de violencia y malos tratos.

Salud, atención adecuada y protocolos

148. Por otra parte, este Tribunal ya se ha pronunciado de forma específica sobre la violencia ejercida durante el embarazo, el parto y después del parto en el acceso a los

servicios de salud y ha sostenido que constituye una violación de derechos humanos y una forma de violencia basada en género denominada violencia obstétrica. Ésta es una forma de violencia basada en el género prohibida por los tratados interamericanos de derechos humanos, incluyendo la Convención de Belém do Pará, ejercida por los encargados de la atención en salud sobre las personas gestantes, durante el acceso a los servicios de salud que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto, que se expresa mayoritaria, aunque no exclusivamente, en un trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente hacia las mujeres embarazadas; en la denegación de tratamiento e información completa sobre el estado de salud y los tratamientos aplicables; en intervenciones médicas forzadas o coaccionadas, y en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales, entre otras manifestaciones amenazantes en el contexto de la atención de la salud durante el embarazo, parto y posparto.

149. En este caso, la Corte encuentra que Beatriz no fue atendida de forma adecuada para salvaguardar su salud, tomando en cuenta su enfermedad de base, los factores de riesgo que acumulaba y la inviabilidad de la vida extrauterina del feto por el diagnóstico de anencefalia. Estas circunstancias imponían un deber especial de protección que obligaban al Estado a brindarle una atención diligente y oportuna. Sin embargo, el contexto de inseguridad jurídica implicó someter a Beatriz a periodos de espera para poder tomar decisiones sobre su tratamiento y a subordinarlas a la obtención de autorizaciones administrativas o judiciales. Como ya se indicó, esto le generó una profunda angustia. Asimismo, esta falta de protocolos de actuación implicó que Beatriz debió permanecer hospitalizada alrededor de 81 días. De esta forma, se supeditó su atención diligente y oportuna a un tema de seguridad jurídica y a una burocratización de las decisiones médicas, conduciendo a un trato deshumanizado y sin perspectiva de género de la paciente en un momento de particular vulnerabilidad como lo es la atención de un embarazo de alto riesgo para la vida y la salud. Todo lo anterior es constitutivo de violencia obstétrica.

150. Por otra parte, en el ámbito europeo, la jurisprudencia ha precisado la relación entre el derecho a la vida privada y la protección de la integridad física y psicológica. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha señalado que, si bien el Convenio Europeo no garantiza como tal el derecho a un nivel específico de cuidado médico, el derecho a la vida privada incluye la integridad física y psicológica de la persona, y que el Estado también tiene la obligación positiva de garantizarla en forma integral a sus ciudadanos. Esta Corte considera, por tanto, que los derechos a la vida privada y a la integridad personal se hallan también directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud.

151. En consecuencia, en el caso de Beatriz, el Estado incumplió su obligación de abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia obstétrica y de velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación, en contravención con el artículo 7 a) de la Convención de Belém do Pará. Lo anterior también implicó un trato contrario a la dignidad de Beatriz y una afectación a su vida privada, derechos protegidos por el artículo 11 de la Convención Americana.

152. Respecto de la violación al artículo 2 de la Convención, este Tribunal ya ha establecido que los Estados Parte tienen la obligación de adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de la Convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos los derechos y libertades protegidos por dicho instrumento normativo. Ese deber implica la expedición de normas y el desarrollo de prácticas conducentes a la efectiva observancia de los

derechos a la vida, la integridad personal y la salud, entre otros derechos protegidos por la Convención Americana.

153. En el presente caso, ya se determinó que, en la época de los hechos, no existían protocolos para atender un caso como el planteado por el embarazo de Beatriz. Asimismo, el Estado reconoció que existía "un ambiente de confusión respecto del alcance de lo que estaba permitido o no en El Salvador" en caso de embarazos que impliquen un riesgo para la vida y la salud de la madre. Asimismo, la propia Sala de lo Constitucional reconoció que existe una omisión de regular, con carácter previo, la controversia que puede darse al momento de tratar la posible tensión o incompatibilidad entre los derechos a la vida y la salud de la madre con los del "nasciturus". La ausencia de regulación implicó que el personal médico no se considerara habilitado para implementar las decisiones que consideraban necesarias para atender el caso de Beatriz.

154. La inseguridad jurídica inhibió la actuación del personal de salud, ya que tenían temor a incurrir en responsabilidad penal, por lo que recurrieron a diferentes entidades para obtener su autorización. Por su parte, los representantes de Beatriz debieron presentar un recurso de amparo con la misma finalidad. Sin embargo, esta burocratización y judicialización infructífera del tratamiento médico a dispensar, lejos de tener efecto útil, obstaculizó la adecuada y oportuna protección de los derechos a la integridad y a la salud de Beatriz, lo que implicó una violación del artículo 2 de la Convención.

155. Por todo lo anterior, la Corte considera que se puso en riesgo la salud de Beatriz debido a que no existían protocolos claros de actuación para un caso como el de ella. Esto además implicó una situación de violencia obstétrica en contra de Beatriz y la sometió a una profunda angustia que afectó su derecho a la integridad física. La falta de certeza también impidió que se pudiera tomar en cuenta la opinión de Beatriz sobre la atención a su condición, por lo que se considera que también se afectó su vida privada. Por consiguiente, el Estado violó los derechos a integridad personal, la vida privada y a la salud tanto física como mental de Beatriz, garantizados por los artículos 5, 11 y 26 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1 del mismo instrumento y el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará. La falta de protocolos que dieran seguridad jurídica para que el personal de salud pudiera garantizar el derecho a la protección a la vida y a la salud de las mujeres embarazadas de alto riesgo implicó además una violación del artículo 2 de la Convención Americana.

156. Finalmente, frente a los alegatos relativos a la muerte de Beatriz, esta Corte subraya que, del expediente de prueba, no se extraen evidencias claras y contundentes que permitan establecer un nexo causal entre la trágica muerte de Beatriz en 2017 y la atención médica de su segundo embarazo en 2013, que constituye el objeto principal de este caso. De esta forma se considera que, en el caso concreto, no se pudo comprobar una afectación al derecho a la vida de Beatriz.

Daño medioambiental

Corte IDH. Caso Habitantes de La Oroya Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 2023. Serie C No. 511.

130. En relación con el derecho a la salud, la Corte ha advertido que el artículo 34.i y 34.l de la Carta de la OEA establece, entre los objetivos básicos del desarrollo integral, el de la "[d]efensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica", así como de las "[c]ondiciones urbanas

que hagan posible una vida sana, productiva y digna". Por su parte, el artículo 45 destaca que "el hombre sólo puede alcanzar la plena realización de sus aspiraciones dentro de un orden social justo", por lo que los Estados convienen en dedicar esfuerzos a la aplicación de principios, entre ellos el: "h) Desarrollo de una política eficiente de seguridad social". De esta forma, tal como ha sido señalado en diversos casos, la Corte reitera que existe una referencia con el suficiente grado de especificidad para derivar la existencia del derecho a la salud reconocido por la Carta de la OEA. En consecuencia, el derecho a la salud es un derecho protegido por el artículo 26 de la Convención.

131. Respecto al contenido y alcance de este derecho, este Tribunal recuerda que el artículo XI de la Declaración Americana permite identificar el derecho a la salud al referir que toda persona tiene derecho "a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a […] la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad". De igual manera, el artículo 10 del Protocolo de San Salvador establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, e indica que la salud es un bien público. El mismo artículo establece que, entre las medidas para garantizar el derecho a la salud, los Estados deben impulsar "la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas", "la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole", y "la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables".

133. En relación con lo anterior, la Corte ha señalado que la salud constituye un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Asimismo, la Corte ha señalado que la salud requiere de ciertas precondiciones necesarias para una vida saludable, por lo que se relaciona directamente con el acceso a la alimentación y al agua. Por tanto, la contaminación ambiental, en tanto puede afectar el suelo, agua y aire, lo que a su vez puede alterar gravemente las precondiciones de la salud humana, puede ser la causa de afectaciones al derecho a la salud. De esta forma, la garantía del derecho a la salud incluye la protección contra daños graves al medio ambiente. Sobre este último punto, el Comité DESC ha señalado que la obligación de respetar el derecho a la salud implica que los Estados deben abstenerse "de contaminar ilegalmente la atmósfera, el agua y la tierra, por ejemplo, mediante los desechos industriales de las instalaciones propiedad del Estado, utilizar o ensayar armas nucleares, biológicas o químicas si, como resultado de esos ensayos, se liberan sustancias nocivas para la salud del ser humano".

134. Adicionalmente, el Tribunal recuerda que la obligación general de protección a la salud se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Este derecho abarca la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en cada Estado. El cumplimiento de la obligación del Estado de respetar y garantizar este derecho deberá dar especial cuidado a los grupos vulnerables y marginados, y deberá realizarse de conformidad con los recursos disponibles de manera progresiva y de la legislación nacional aplicable.

Contaminación ambiental, salud y causalidad

188. Por otra parte, tanto la Comisión como los representantes alegaron que la ausencia de medidas adecuadas por parte del Estado para la protección del derecho a un medio

ambiente sano tuvo como consecuencia una afectación del derecho a la salud y la vida e integridad personal de las presuntas víctimas. Por su parte, el Estado alegó que los representantes no presentaron pruebas idóneas que permitieran establecer que las dolencias y afectaciones presuntamente ocurridas a las presuntas víctimas, ni que la muerte de algunas de ellas fueran resultado de la contaminación ambiental en La Oroya. Al respecto, este Tribunal procederá a analizar si el Estado es responsable por los efectos que la contaminación ambiental producida por el CMLO pudo tener en la salud de las presuntas víctimas, y por las acciones posteriores adoptadas por el Estado para atenderles.

189. En relación con lo anterior, en primer lugar, la Corte advierte que la OMS ha señalado que el plomo, el cadmio, el mercurio y el arsénico son cuatro de los 10 metales que más amenazan la salud pública. En ese sentido, existe robusta evidencia de los efectos que puede tener la exposición a estos metales para la salud. Respecto al plomo, su presencia en el organismo alcanza al cerebro, el hígado, los riñones y los huesos, y puede tener efectos en el sistema nervioso, producir hipertensión arterial, lesiones renales y afectar los órganos reproductores. La inhalación de cadmio o su ingesta puede producir enfermedades renales, producir irritación grave del estómago y aumentar la fragilidad de los huesos, además, ha sido asociado con el cáncer de pulmón. Por otra parte, se ha señalado que la exposición al arsénico se encuentra asociada al cáncer de piel, pulmón, vejiga, riñón, próstata e hígado, así como con efectos cardiovasculares, neurológicos y respiratorios. Respecto del dióxido de azufre, se ha señalado que su exposición puede afectar los ojos y la piel, y su presencia es inherentemente peligrosa para la salud humana.

190. Asimismo, la Corte advierte que la OMS ha señalado que la presencia de plomo en el cuerpo puede constituir un riesgo para el desarrollo de un feto durante el embarazo, y afectar de manera más aguda a los niños y niñas respecto de los adultos. Además, se ha demostrado que la exposición al plomo puede causar anemia, debilidad general, presión arterial alta, enfermedades del corazón, reducir la fertilidad, afectar el comportamiento y producir daños en los riñones y en el cerebro. Estas enfermedades pueden incluir daño renal, hipertensión, efectos en el tracto gastrointestinal, cáncer, e incluso, la muerte. En un sentido similar, se ha establecido que el envenenamiento por exposición al plomo puede tener consecuencias en el desarrollo del sistema nervioso de niños y niñas, en su desarrollo intelectual y crecimiento físico, en su comportamiento, en su vista y su sistema circulatorio y digestivo. De esta forma, la OMS ha señalado que las consecuencias de la exposición a contaminación ambiental afectan también la salud mental de las personas.

[...]

204. Ahora bien, en relación con la anterior, la Corte considera que, en casos como el presente, donde: a) se encuentra demostrado que determinada contaminación ambiental es un riesgo significativo para la salud de las personas; b) las personas estuvieron expuestas a dicha contaminación en condiciones que se encontraran en riesgo, y c) el Estado es responsable por el incumplimiento de su deber de prevenir dicha contaminación ambiental, no resulta necesario demostrar la causalidad directa entre las enfermedades adquiridas y su exposición a los contaminantes. En estos casos, para establecer la responsabilidad estatal por afectaciones al derecho a la salud, resulta suficiente establecer que el Estado permitió la existencia de niveles de contaminación que pusieran en riesgo significativo la salud de las personas y que efectivamente las personas estuvieron expuestas a la contaminación ambiental, de forma tal que su salud estuvo en riesgo. En todo caso, en estos supuestos le corresponderá al Estado demostrar

que no fue responsable por la existencia de altos niveles de contaminación y que esta no constituía un riesgo significativo para las personas.

205. La Corte advierte que existe evidencia científica respecto a que la mera exposición a altos niveles de contaminantes -como los generados por la actividad del CMLO- constituyen un riesgo para la salud de las personas, incluso cuando la exposición a la contaminación ha cesado y no existan rastros de la contaminación en el organismo de las personas por el paso del tiempo. Asimismo, se ha demostrado que la exposición simultánea a diversos agentes contaminantes genera riesgos acumulativos a la salud de las personas. Por esta razón, la Corte considera que las presuntas víctimas del caso se encontraron en una situación de riesgo significativo para su salud ante la exposición durante años a altos niveles de metales pesados y de contaminación ambiental en La Oroya. Asimismo, no queda duda que la fuente principal de contaminación en La Oroya era la actividad minero-metalúrgica del CMLO, y que el Estado incumplió con su deber prevenir la existencia de altos niveles de contaminación en el aire, suelo y agua.

206. Como complemento de lo anterior, este Tribunal advierte que los representantes demostraron que las enfermedades producidas por la exposición constante a altas cantidades de plomo, cadmio, mercurio y arsénico pueden afectar el cerebro, los pulmones, el hígado, los riñones, los huesos, el sistema reproductivo y los dientes, y perjudicar de manera más aguda a los niños e incluso a los fetos durante el embarazo. Asimismo, demostraron que las presuntas víctimas del caso presentan enfermedades en el sistema óseo, renal, cardiovascular, respiratorio, y neuropsiquiátrico, llegando a padecer de tumores y cáncer. Inclusive aquellas presuntas víctimas que inicialmente no presentan síntomas no están exentas de enfermarse en el futuro por los efectos acumulativos que la exposición a la contaminación puede generar. Así, aun cuando la vulneración al derecho a la salud se produjo por el riesgo significativo resultado de la exposición constante a los metales producidos por la actividad del CMLO en La Oroya, la Corte constata que en el presente caso se produjeron enfermedades en las presuntas víctimas del caso como resultado de dicha exposición.

207. Asimismo, este Tribunal recuerda que los Estados deben actuar conforme al principio de precaución a efectos de prevenir la violación de los derechos de las personas en los casos en los que haya indicadores plausibles que una actividad podría acarrear daños graves e irreversibles al medio ambiente, aún en ausencia de certeza científica. Por ello, aún en ausencia de certeza científica individualizada, pero donde existen elementos que permitan presumir la existencia de un riesgo significativo para la salud de las personas por la exposición a niveles altos de contaminación ambiental, los Estados deben adoptar las medidas que sean eficaces para prevenir la exposición a dicha contaminación. Por esta razón, la Corte considera que la ausencia de certeza científica sobre los efectos particulares que la contaminación ambiental puede tener en la salud de las personas no puede ser motivo para que los Estados pospongan o eviten la adopción de medidas preventivas, y tampoco puede ser invocada como justificación para la ausencia de adopción de medidas de protección general de la población.

208. En este punto, este Tribunal considera pertinente resaltar que los efectos acumulativos de los metales en los organismos de las presuntas víctimas precisaban que el Estado realizara análisis particularizados de su situación de salud, que tomara en cuenta los antecedentes de la exposición y la historia clínica de cada una de ellas, y que adoptara medidas para la atención médica. También requería de un análisis sostenido en el tiempo, ya que las enfermedades pueden llegar a manifestarse años después de la exposición. Lo anterior, más aún, cuando fue el propio Estado quien no proporcionó atención individualizada y sostenida a quienes estaban sufriendo síntomas por

contaminación de metales pesados. En ese sentido, la Corte recuerda que la OMS ha establecido que no existe nivel seguro para la salud por la ingesta de plomo.

Atención de salud

209. Ahora bien, respecto al cumplimiento de las obligaciones en materia de atención de la salud, el Estado adoptó una serie de medidas respecto de la atención médica de la población en La Oroya, y en particular, respecto de las presuntas víctimas. En lo que refiere a estas últimas, y tal como fue señalado anteriormente, se realizaron dosajes médicos en los años 2008-2009, 2010-2011, 2013-2014, 2016 y 2019, y evaluaciones médicas a los beneficiarios de las medidas cautelares. Al respecto, el Estado informó que en el año 2008, de los 65 beneficiarios de las medidas provisionales, 62 acudieron a la toma de muestras, 61 se presentaron a evaluaciones médicas, 56 a evaluación psiquiátrica y 3 no se presentaron a ninguna evaluación médica. En julio de 2014, el Ministerio de Salud peruano señaló que, de las personas inicialmente beneficiarias de las medidas cautelares, 42 recibían atención médica mediante el Seguro Integral de Salud, 18 beneficiarios lo hacían a través de el Seguro Social de Salud (ESSALUD) y otros dos pacientes no acudían a ninguna de las entidades públicas de salud.

210. Por otra parte, la Corte recuerda que el 29 de marzo de 2019 el Estado adoptó el "Plan de Acción de Salud para los beneficiarios de la Medida Cautelar Nº 271-05 Caso La Oroya y su ampliación 2019-2022" con el objetivo de "[f]ortalecer la atención integral, especializada y oportuna de los beneficiarios de la Medida Cautelar Nº 271-05 y su ampliación". De acuerdo con un informe elaborado por el MINSA de fecha 3 de febrero de 2021, el Estado realizó el 21 y 22 de junio de 2019 la toma de muestras para dosaje de metales pesados (plomo, cadmio y arsénico) a 38 presuntas víctimas residentes en La Oroya, Chupaca, Huancayo, Jauja y Tarma. Asimismo, los días 23 y 24 de junio de 2019 el Estado efectuó una toma de muestra para dosaje de metales pesados a 10 presuntas víctimas residentes en Lima. Aunado a lo anterior, el informe constata que "de los 38 beneficiarios que participaron en la primera etapa, 28 acudieron a recibir atención integral en la segunda etapa". El Estado señaló en su escrito de argumentos finales escritos que las presuntas víctimas "fueron referidas a las Instituciones Prestadoras de Salud a fin de recibir la atención especializada".

211. En relación con lo anterior, la Corte considera que las acciones del Estado en la realización de dosajes a las presuntas víctimas y las acciones dirigidas a la atención médica como parte del "Plan de Acción de Salud para los beneficiarios de la Medida Cautelar Nº 271-05 Caso La Oroya y su ampliación 2019-2022" constituyen medidas positivas para la garantía del derecho a la salud de las presuntas víctimas. Sin embargo, se advierte que las declaraciones de las presuntas víctimas demuestran que, si bien se han realizado los referidos dosajes y han existido planes de acción y atención médica, no ha existido un tratamiento específico dirigido a abordar las enfermedades que han contraído a causa de la contaminación ambiental. En ese sentido, la Corte nota que Juan 2 y Juan 15 expresaron que nunca recibieron un diagnóstico especializado por las enfermedades asociadas a la contaminación, María 3 expresó que no ha existido una atención integral, y María 24 declaró que solo había recibido "jarabes" y "paracetamol" ante los síntomas para sus enfermedades.

212. En relación con las condiciones de atención de salud de las presuntas víctimas, el doctor Villa Becerra, quien se desempeñó como médico en el Seguro Social de Salud (ESSALUD) entre 1979 y 2021, indicó en su declaración testimonial escrita que "el Centro de Salud de La Oroya, dependiendo del MINSA, atendía con personal muy limitado y sin experiencia en el tema de problemas de salud provocados por la intoxicación por metales

y metaloides". En sentido similar, de acuerdo con lo señalado en el peritaje de Marisol Yáñez en relación con la infraestructura médica, "el único centro de salud al que pueden acudir en La Oroya, las [presuntas] víctimas del caso, ha sido declarado inhabitable desde hace siete años". En lo que respecta a la calidad de la atención médica recibida, la perita Yáñez indicó que, con base en lo señalado por las presuntas víctimas en las entrevistas realizadas para la elaboración del peritaje, "el sistema de salud no cumplió con los requisitos mínimos en el cuidado y tratamiento de los habitantes de La Oroya".

213. De lo anterior se desprende que la atención a la salud por parte del Estado no ha contado con establecimientos adecuados para el tratamiento de las enfermedades que las presuntas víctimas han contraído por su exposición a la contaminación ambiental, puesto que el centro de salud ubicado en La Oroya no contaba con las condiciones adecuadas para identificar y tratar las enfermedades que podían derivarse de la contaminación ambiental a la que se encontraban expuestas las presuntas víctimas; que los centros médicos donde se podría dar tratamiento a las enfermedades no han estado al alcance real de las presuntas víctimas, puesto que para poder recibir la atención médica adecuada debían desplazarse fuera de La Oroya; y que el tipo de tratamiento médico que han recibido no ha sido adecuado para sus enfermedades, pues los medicamentos y atención recibida demuestran una evidente insuficiencia para contrarrestar los efectos de la exposición a la contaminación. Lo anterior representa un incumplimiento del deber del Estado de atención a la salud de conformidad con los elementos de disponibilidad, accesibilidad y calidad en perjuicio de las presuntas víctimas.

214. Tomando en consideración todo lo anterior, la Corte considera probado que la exposición a la contaminación ambiental de las presuntas víctimas tuvo como consecuencia que estuvieran en una situación de riesgo significativo para contraer enfermedades y que de hecho desarrollaron algunas de estas enfermedades. La existencia de altos niveles de contaminación ambiental se encontró vinculada a las acciones y omisiones estatales en materia de prevención de las actividades metalúrgicas en el CMLO, lo cual constituyó una violación al derecho al medio ambiente sano. Las condiciones ambientales creadas por las actividades de Centromin, y posteriormente de Doe Run, la ausencia de acciones suficientes por parte del Estado para controlar los efectos de la contaminación atmosférica, y la ausencia de atención médica adecuada, permiten atribuir la responsabilidad internacional del Estado por los efectos que la actividad de dicha empresa tuvo en el derecho a la salud de las presuntas víctimas del caso, contenido en el artículo 26 de la Convención Americana.

Derecho al cuidado y salud

Corte IDH. El Contenido y el alcance del Derecho al Cuidado y su interrelación con otros derechos (Interpretación y alcance de los artículos 1.1, 2, 4, 17, 19, 24, 26 y 29 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 34 y 45 de la Carta de la Organización de los Estados Americanos; I, II, VI, XI, XII, XIV, XV, XVI, XXX y XXXV de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre; 7, 8 y 9 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer; 1, 2, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17 y 18 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 6, 9, 12 y 19 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, y III de la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad). Opinión Consultiva OC-31/25 de 12 de junio de 2025. Serie A No. 31. [37]

264. En este apartado la Corte responderá a la pregunta sobre la relación entre el derecho al cuidado y el derecho a la salud. Para estos efectos, en primer lugar, se expondrá la jurisprudencia sobre la materia. Posteriormente, se analizará el alcance del derecho a la salud en relación con las personas que cuidan, así como respecto de las personas que reciben cuidados. Por último, se explicará la relación entre el derecho autocuidado y el derecho a la salud.

El derecho a la salud

265. La Corte ha reconocido que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos, que se encuentra contenido en el artículo XI de la Declaración Americana, el artículo 10 del Protocolo de San Salvador, y el artículo 26 de la Convención Americana. Comprende el derecho de toda persona a contar con un estado completo de bienestar físico, mental y social derivado de un estilo de vida que permita alcanzar un balance integral. En este sentido, este derecho no protege a las personas exclusivamente respecto de enfermedades, sino que incluye el disfrute del más alto nivel posible de salud, que permita vivir dignamente. Esta concepción se refleja en los artículos 34.i y 34.l y 45 h) de la Carta de la OEA. Efectivamente, el artículo 34.i y 34.l establece entre los objetivos básicos del desarrollo integral la "[d]efensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica" y el establecimiento de "[c]ondiciones urbanas que hagan posible una vida sana, productiva y digna". Por su parte, el artículo 45 destaca que "el hombre sólo puede alcanzar la plena realización de sus aspiraciones dentro de un orden social justo", por lo que los Estados convienen en dedicar esfuerzos a la aplicación de principios, entre ellos el: "h) [d]esarrollo de una política eficiente de seguridad social". De esta forma, tal como ha sido señalado en diversas sentencias, la Corte reitera que existe una referencia con el suficiente grado de especificidad para derivar la existencia del derecho a la salud reconocido por la Carta de la OEA.

[37] La Opinión Consultiva OC-31/25 trata sobre el contenido y alcance del derecho a cuidado y suninterrelaciòn con los derechos convencionalmente garantizados. Puede consultar el resumen oficial de la sentencia en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/resumen_seriea_31_esp.pdf

266. Respecto al contenido y alcance del derecho a la salud, el artículo XI de la Declaración Americana refiere que toda persona tiene derecho "a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a […] la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad". De igual manera, el artículo 10 del Protocolo de San Salvador establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, e indica que la salud es un bien público. El mismo artículo establece que, entre las medidas para garantizar el derecho a la salud, los Estados deben impulsar "la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas", "la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole", y "la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables". Asimismo, la Corte observa un amplio consenso en la consolidación del derecho a la salud, el cual se encuentra reconocido explícitamente por distintos instrumentos internacionales, así como en las constituciones y leyes internas de los Estados de la región.

267. Con base en lo anterior, la Corte ha sostenido que la obligación general de protección a la salud se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Este derecho abarca la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en cada Estado. El cumplimiento de la obligación del Estado de respetar y garantizar este derecho deberá dar especial cuidado a los grupos vulnerables y marginados, y deberá realizarse de conformidad con los recursos disponibles de manera progresiva y la legislación nacional aplicable.

268. Este Tribunal se ha pronunciado sobre el derecho a la salud se han referido, entre otros, sobre la protección debida a personas que padecen enfermedades graves, personas mayores, personas privadas de la libertad, mujeres, niñez, personas con discapacidad, y en general personas en situación de vulnerabilidad. Ha sostenido que, dentro de las obligaciones del Estado en relación con este derecho, se encuentran los deberes de: a) regular y fiscalizar con carácter permanente la prestación de servicios de salud públicos y privados; b) garantizar precondiciones necesarias para una vida saludable, incluyendo el acceso a la alimentación, al agua y al medio ambiente sano; c) adoptar medidas para garantizar el acceso a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, diagnóstico, tratamiento, atención y apoyo de enfermedades, especialmente aquellas de mayor gravedad como el VIH o la tuberculosis; d) implementar acciones diferenciadas para personas en condición de vulnerabilidad lo cual incluye, entre otros, servicios de salud adecuados, especializados y diferenciados; e) acceso a información precisa y oportuna sobre salud reproductiva y materna para las mujeres en periodo de gestación, parto y postparto, incluyendo medidas para garantizar el consentimiento informado frente a cualquier procedimiento; f) atención gratuita y calificada y protocolos de atención que incluyan historiales médicos, diagnóstico expedito y traslado en los eventos en que sea necesario respecto de las personas privadas de la libertad, y g) servicios sanitarios de rehabilitación y cuidados paliativos, tomando en consideración las particularidades del tratamiento médico que requieren los niños y niñas que sufren discapacidades o enfermedades no frecuentes.

Derechos de las personas que cuidan en relación con el derecho a la salud

269. A partir de los desarrollos jurisprudenciales antes expuestos de forma sucinta, el Tribunal considera pertinente referirse, en primer lugar, a la relación del derecho a la salud con el derecho a cuidar. Al respecto, la Corte advierte que algunas de las labores de cuidado se encuentran estrechamente relacionadas con la garantía del derecho a la salud. Efectivamente, el trabajo de profesionales de la salud, en particular médicos y enfermeros, es una forma de trabajo del cuidado que tiene por objeto promover y mantener el bienestar integral de las personas, en especial aquellas que se encuentran con una enfermedad grave, crónica, incapacitante o que comprometa la independencia y que demanden la prestación de cuidados. En este sentido, los Estados deben asegurar que los servicios que se prestan en centros de atención en salud cuenten con estándares de calidad y eficacia, para lo cual, entre otras medidas, deben promover que los trabajadores de la salud tengan condiciones justas, equitativas y satisfactorias de trabajo. Con este propósito, los Estados deberán implementar progresivamente medidas en favor de este grupo de trabajadores, especialmente respecto de aquellos con vínculos laborales informales o atípicos.

270. Además, el Tribunal nota que los Estados deben reconocer el rol que cumplen las personas que se dedican al trabajo de cuidado no remunerado, en particular los del ámbito doméstico, en la garantía progresiva del derecho a la salud y en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. En efecto, quienes están a cargo del cuidado de personas enfermas con altas tempranas, hospitalizaciones en casa o enfermedades crónicas, se hacen cargo de fases cruciales de la recuperación y mantenimiento de la salud de personas a su cargo. Por eso, el Estado debe implementar acciones que hagan posible para las personas encargadas de labores de cuidado acceder a otros servicios con cargo al Estado, cuando el cuidado requiera labores especializadas o cuando estas sean excesivamente demandantes, de manera que estas puedan ejercer adecuadamente sus derechos a cuidar y al autocuidado.

271. Por otra parte, el Tribunal nota que los altos niveles de informalidad e invisibilidad con la que se adelantan las labores de cuidado -en particular las no remuneradas- pueden suponer un riesgo para la salud física y mental de las personas que cuidan, fenómeno que afecta de manera diferenciada a las mujeres. Estos riesgos no solo se relacionan con la naturaleza de la actividad, que en ocasiones puede suponer la exposición a virus o enfermedades potencialmente contagiosas y manejo de sustancias peligrosas. También se relacionan con las condiciones en que esta se desarrolla: en jornadas extensas, sin periodos de descanso y en condiciones de infraestructura precaria, lo cual no solo afecta el derecho a cuidar, sino también el derecho al autocuidado de las personas cuidadoras. En este sentido, la Corte recuerda que el artículo 10.a) del Protocolo de San Salvador establece que la atención primaria de la salud debe estar al alcance de todas las personas, y a su vez dispone que los Estados deben extender los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos. Lo anterior implica, en relación con el derecho a cuidar, que los Estados deben implementar acciones para garantizar el derecho a la salud de las personas que cuidan. Esto incluye un progresivo acceso a los sistemas de seguridad social e implementación de sistemas integrales de cuidado, para que estas personas cuenten con el tiempo, espacios y recursos que les permitan alcanzar su bienestar integral individual en el plano físico, mental, emocional, espiritual y cultural.

Derechos de las personas receptoras de cuidados en relación con el derecho a la salud

272. Tal como fue señalado previamente, el derecho a ser cuidado incluye el derecho de las personas que tienen algún grado de dependencia de recibir atenciones de calidad, suficientes y adecuadas para vivir con dignidad. En este sentido, este componente del derecho al cuidado se relaciona con el derecho a la salud, pues la satisfacción de las necesidades de cuidado es indispensable para alcanzar el bienestar integral, y asegurar la salud física y mental. Asimismo, la atención integral en salud y el acceso a tratamientos médicos en caso de enfermedad son parte de las necesidades de cuidado de las personas, especialmente de aquellas con alguna condición de dependencia. Dicha atención deberá brindarse siempre en respeto de la autonomía de la persona que requiere de cuidados y promoviendo el máximo ejercicio posible de su autocuidado.

273. Sobre este particular, el artículo 10.f) del Protocolo de San Salvador establece como un componente del derecho a la salud la obligación de los estados de satisfacer "[…] las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo". Además, en su artículo 17.a) dispone que los Estados deben "[p]roporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas". Por su parte, el artículo 12.b) de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores establece que los sistemas de cuidado deben "[p]romover que [sus] servicios cuenten con personal especializado que pueda ofrecer una atención adecuada e integral y prevenir acciones o prácticas que puedan producir daño o agravar la condición existente". En el mismo sentido, la Corte ha considerado que los Estados deben implementar acciones diferenciadas para garantizar el derecho a la salud de las personas en condición de vulnerabilidad lo cual incluye, entre otros, servicios de salud adecuados, especializados y diferenciados para niños, personas con discapacidad y mujeres, especialmente en el periodo de gestación, parto y posparto.

274. El Tribunal advierte que la calidad de los servicios de salud contribuye a la garantía del derecho a ser cuidado, en la medida en que las personas pueden encontrarse en una condición en que su cuidado requiere atención médica y servicios de salud física o mental. Por esta razón, la Corte estima que los Estados deben garantizar que los servicios de salud sean aceptables desde el punto de vista cultural y apropiados desde el punto de vista científico y médico, como un medio para garantizar tanto el derecho a la salud, como los derechos a ser cuidado y al autocuidado. Para ello, el personal médico debe estar capacitado, los medicamentos y equipos deben ser científicamente aprobados y debe existir acceso a agua potable y condiciones sanitarias adecuadas. Asimismo, como lo ha señalado la jurisprudencia de esta Corte, la prestación del servicio de salud debe ser regulada, supervisada y fiscalizada, entre otras, para asegurar que se adecúe a las necesidades de cuidado. Además, la Corte considera que la garantía de calidad y disponibilidad de los servicios de salud en relación con el derecho a ser cuidado exige que los Estados implementen acciones para garantizar que las personas que requieren cuidados accedan a servicios de atención primaria, prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento, entre otras, a través del sistema de seguridad social. Esto incluye también los cuidados paliativos para personas que se encuentran en fases terminales, los cuales incluyen apoyos espirituales, emocionales y psicosociales relacionados con el enfrentamiento a la enfermedad, la muerte, y el dolor físico. Además, todo lo anterior implica implementar acciones respecto de los servicios de salud que se prestan en instituciones públicas o privadas, así como aquellos que se desarrollan exclusivamente en el ámbito doméstico.

El derecho al autocuidado y el derecho a la salud

275. Según fue explicado, el Tribunal entiende que el autocuidado es el derecho de quienes cuidan y de quienes son cuidadas de procurar su propio bienestar y atender sus necesidades físicas, mentales, emocionales, espirituales y culturales. En este sentido, la Corte estima que el ejercicio del autocuidado se encuentra estrechamente relacionado con el derecho a la salud. Estas acciones en primer lugar son personales, en tanto es cada individuo quien debe encargarse de procurar su bienestar; pero también incumben al Estado.

276. La interrelación entre el derecho a la salud y el derecho al autocuidado permite a la Corte señalar la importancia de promover servicios de salud integrales centrados en las personas. Al respecto, las directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar señalan que, "[u]n enfoque centrado en las personas […] concibe a las personas como participantes activas y beneficiarias de unos sistemas de salud que generan confianza y que responden a sus necesidades y preferencias de manera humana y holística". Lo anterior implica que la atención en salud no se reduce a la atención de enfermedades o afectaciones particulares, sino que deben implementarse medidas para garantizar progresivamente acceso a servicios de salud preventivos, incluyendo salud sexual y reproductiva, salud mental, prácticas nutricionales saludables y actividad física. En este sentido, la Corte advierte que el artículo 10.e) del Protocolo de San Salvador establece que la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de enfermedades es un componente del derecho a la salud y que este, a su vez, se encuentra íntimamente ligado a la noción de autocuidado.

277. En este punto, el Tribunal recuerda que los Estados deben adoptar medidas para garantizar el acceso a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, diagnóstico, tratamiento, atención y apoyo de enfermedades, especialmente aquellas de mayor gravedad como el VIH o la tuberculosis. Además, para garantizar el derecho a la salud, los Estados deben dar acceso a información precisa y oportuna, particularmente sobre salud reproductiva a todas las personas en edad reproductiva, incluyendo salud materna para las mujeres en periodo de gestación, parto y postparto, y deben garantizar que se obtenga el consentimiento previo, libre e informado de los pacientes antes de la realización de cualquier acto médico. La Corte advierte que la garantía de estos componentes del derecho a la salud permite a su vez el adecuado ejercicio del autocuidado, toda vez que, tanto el acceso a la información, para la prevención y el tratamiento de enfermedades, como la disponibilidad de recursos, que posibiliten la implementación de prácticas saludables, son un medio para que las personas incorporen, libremente y bajo una orientación médica, estrategias que les ayuden a procurarse su propio bienestar integral. Esto resulta particularmente relevante y debe adecuarse a las necesidades particulares de personas en situación de vulnerabilidad, como las personas LGBTIQ+, las mujeres migrantes, las personas mayores y las personas con discapacidad, que debido a prácticas de discriminación estructural sufren afectaciones a su salud física y mental, y tienen dificultades para acceder al sistema de salud o a que se respete su autonomía en el marco de procedimientos médicos.

Conclusión: interdependencia e indivisibilidad del derecho a la salud y el derecho al cuidado

278. En conclusión, el Tribunal encuentra que, al tenor de lo dispuesto en los artículos 1.1, 24 y 26 de la Convención Americana, 34.i y 34.l. de la Carta de la OEA, XI de la Declaración Americana, 10 y 17 del Protocolo de San Salvador y 12 y 19 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores,

el derecho al cuidado y el derecho a la salud tienen una clara relación de interdependencia e indivisibilidad. En la dimensión de cuidar, los Estados deben reconocer el rol central que ocupan las personas que se dedican al trabajo de cuidado remunerado y no remunerado en la garantía del derecho a la salud, así como implementar medidas para garantizar sus derechos, considerando los riesgos para la salud que supone esta labor. Asimismo, en relación con el derecho a ser cuidado, los Estados deben implementar medidas para garantizar progresivamente la calidad, disponibilidad y adaptabilidad de los servicios de salud para las personas que tienen algún grado de dependencia, tomando en cuenta que este es un componente central de su bienestar integral y respetando su autonomía. Finalmente, respecto del derecho al autocuidado, los Estados deben asegurar la disponibilidad y progresivo acceso a servicios de salud que permitan a todas las personas acudir a la atención en salud formal, tanto para la prevención como para el tratamiento de enfermedades, y participar activamente en el proceso de atención médica que tiene implicaciones sobre su bienestar individual.

V. REPARACIONES

Finalmente, la Corte IDH ha establecido en su jurisprudencia ciertas medidas de reparación cuando se ha vulnerado el derecho a la salud. Se ha buscado dar una mirada amplia a las medidas que se deben adoptar para corregir aquellas situaciones que permiten la violación del derecho a la salud.

Corte IDH. Caso Furlan y familiares Vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Serie C No. 246.[38]

282. La Corte resalta que la atención de salud debe estar disponible a toda persona que lo necesite. Todo tratamiento a personas con discapacidad debe estar dirigido al mejor interés del paciente, debe tener como objetivo preservar su dignidad y su autonomía, reducir el impacto de la enfermedad, y mejorar su calidad de vida. Asimismo, sobre los alcances del derecho a la rehabilitación en los términos del derecho internacional, el artículo 25 de la CDPD establece el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad y la obligación de adoptar medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En similar sentido, se refiere el artículo 23 de la Convención sobre derechos del niño en relación con las medidas que deben adoptar los Estados respecto a las niñas y niños con discapacidad.

283. Este Tribunal ha constatado el daño producido en perjuicio de Sebastián Furlan por la demora en el proceso que impidió que accediera a los tratamientos médicos y psicológicos que habrían podido tener un impacto positivo en su vida […], lo cual fue evidenciado por los peritajes médicos que fueron allegados al proceso […]. Igualmente, se encuentra probada la afectación producida al núcleo familiar de Sebastián Furlan […], los cuales fueron respaldados por los estudios socio-económicos y los peritajes remitidos en el presente caso […]. Al respecto, la Corte resalta que de la prueba pericial allegada al expediente se deriva que en casos como el presente la rehabilitación debe ser brindada

[38] El caso se refiere a la responsabilidad internacional del Estado argentino por su demora al momento de establecer una indemnización a favor de Sebastián Furlán de la que dependía su tratamiento médico como persona con discapacidad. La Corte en su sentencia estableció la violación, entre otros, del derecho a la integridad, garantías judiciales, derechos del niño, derecho a la propiedad privada y protección judicial. Se puede revisar un detalle del caso en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/ver_ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=210&lang=es

en forma temprana y oportuna, para lograr un resultado idóneo, debe ser continua y abarcar más allá de la etapa de mayor complejidad inicial. Asimismo, la rehabilitación debe tener en cuenta el tipo de discapacidad que la persona tiene y ser coordinado por un equipo multidisciplinario que atienda todos los aspectos de la persona como una integralidad.

Rehabilitación

284. En consecuencia, la Corte estima, como lo ha hecho en otros casos, que es preciso disponer una medida de reparación que brinde una atención adecuada a los padecimientos psicológicos y físicos sufridos por las víctimas derivados de las violaciones establecidas en el presente Fallo. Por lo tanto, el Tribunal considera necesario disponer la obligación a cargo del Estado de brindar gratuitamente, a través de sus servicios de salud especializados, y de forma inmediata, adecuada y efectiva, el tratamiento médico, psicológico y psiquiátrico a las víctimas, previo consentimiento informado, incluida la provisión gratuita de los medicamentos que eventualmente se requieran, tomando en consideración los padecimientos de cada uno de ellos. En el caso de que el Estado careciera de ellas deberá recurrir a instituciones privadas o de la sociedad civil especializadas. Asimismo, los tratamientos respectivos deberán prestarse, en la medida de lo posible, en los centros más cercanos a sus lugares de residencia y por el tiempo que sea necesario. Al proveer el tratamiento psicológico o psiquiátrico se debe considerar, además, las circunstancias y necesidades particulares de cada víctima, de manera que se les brinden tratamientos familiares e individuales, según lo que se acuerde con cada una de ellas y después de una evaluación individual. Las víctimas que requieran esta medida de reparación, o sus representantes legales, disponen de un plazo de seis meses, contado a partir de la notificación de la presente Sentencia, para dar a conocer al Estado su intención de recibir atención médica, psicológica o psiquiátrica.

288. Además, teniendo en cuenta que la falta de una debida rehabilitación ha tenido un impacto negativo en las diversas esferas sociales, laborales y educativas de a Sebastián Furlan […], la Corte considera necesario que se le ofrezca acceso a servicios y programas de habilitación y rehabilitación, que se basen en una evaluación multidisciplinaria de las necesidades y capacidades de la persona. Lo anterior tomando bajo consideración el modelo social para abordar la discapacidad […], por cuanto brinda un enfoque más amplio de medidas de rehabilitación para las personas con discapacidad. Por tanto, el Tribunal ordena al Estado argentino la conformación de un grupo interdisciplinario, el cual, teniendo en cuenta la opinión de Sebastián Furlan, determinará las medidas de protección y asistencia que serían más apropiadas para su inclusión social, educativa, vocacional y laboral. Igualmente, en la determinación de dichas medidas, se deberá tener en cuenta la asistencia necesaria para facilitar la implementación de las mismas, por lo que de manera consensuada, se deberán poner en práctica, entre otras medidas, atención a domicilio o en sitios cercanos a su residencia. El Estado deberá informar anualmente sobre la implementación de esta medida por un período de tres años, una vez se inicie la implementación de dicho mecanismo.

Carta de derechos del paciente

295. En consecuencia, la Corte considera que, en el marco de la implementación de las leyes argentinas que regulan el acceso a prestaciones en salud y seguridad social, el Estado deberá adoptar las medidas necesarias para asegurar que al momento en que una persona es diagnosticada con graves problemas o secuelas relacionadas con discapacidad, le sea entregada a la persona o su grupo familiar una carta de derechos

que resuma en forma sintética, clara y accesible los beneficios que contemplan las mencionadas normas, los estándares sobre protección de las personas con discapacidad mental establecidos en esta Sentencia y las políticas públicas análogas, así como las instituciones que pueden prestar ayuda para exigir el cumplimiento de sus derechos. El Estado deberá informar anualmente sobre la implementación de esta medida por un período de tres años una vez se inicie la implementación de dicho mecanismo.

Capacitación

308. El Tribunal toma nota de las actividades desarrolladas por el Estado en materia de capacitación a funcionarios, campañas de divulgación y cooperación interinstitucional, tendientes a potencializar los servicios a favor de las personas con discapacidad. No obstante, teniendo en cuenta las violaciones que fueron declaradas, en perjuicio de una persona con discapacidad, respecto a la duración del proceso […] y la ejecución del mismo […], la Corte entiende necesario que el Estado continúe realizando los cursos de capacitación a funcionarios de la rama ejecutiva y judicial y las campañas informativas públicas en materia de la protección de los derechos de personas con discapacidad. Los programas de capacitación y formación deben reflejar debidamente el principio de la plena participación e igualdad, y realizarse en consulta con las organizaciones de personas con discapacidad. Además, la Corte valora que el Estado continúe fortaleciendo la cooperación entre instituciones estatales y organizaciones no gubernamentales, con el objetivo de brindar una mejor atención a las personas con discapacidad y sus familiares. Para esto, se debe garantizar que las organizaciones de personas con discapacidad puedan ejercer un rol fundamental, a fin de asegurar que sus preocupaciones sean consideradas y tramitadas debidamente.

Corte IDH. Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298.

Vocación transformadora

358. La Corte resalta que, en el marco de la presente Sentencia, se declaró que Talía adquirió el virus del VIH como consecuencia directa de acciones y omisiones del Estado en el marco de la inspección, vigilancia y control de la prestación de servicios de salud por parte del Estado. En consecuencia, si bien este Tribunal reconoce como positivo y valora el esfuerzo institucional que se viene llevando a cabo para lograr una atención sanitaria de calidad a través del sector público, la Corte considera pertinente que, para que la atención en salud proyecte una vocación reparadora en el caso concreto, se suministre el nivel de prevención, tratamiento, atención y apoyo que requiera Talía para la atención de su salud.

Rehabilitación

359. Por ello, la Corte estima, como lo ha hecho en otros casos, que es preciso disponer una medida de atención que brinde una atención adecuada a los padecimientos físicos y psicológicos sufridos por Talía, como consecuencia de las violaciones establecidas en esta Sentencia. De este modo, este Tribunal dispone la obligación a cargo del Estado de brindar gratuitamente, a través de instituciones de salud públicas especializadas o personal de salud especializado, y de forma inmediata, oportuna, adecuada y efectiva, el tratamiento médico y psicológico o psiquiátrico a Talía Gonzales Lluy, incluyendo el

suministro gratuito de los medicamentos que eventualmente se requieran, tomando en consideración sus padecimientos. En el caso de que el Estado careciera de ellas deberá recurrir a instituciones privadas o de la sociedad civil especializadas. Asimismo, los tratamientos respectivos deberán prestarse, en la medida de lo posible, en el centro más cercano a su lugar de residencia en el Ecuador por el tiempo que sea necesario. La víctima o sus representantes legales disponen de un plazo de seis meses, contado a partir de la notificación de la presente Sentencia, para dar a conocer al Estado su intención de recibir atención psicológica y/o psiquiátrica.

360. Asimismo, en situaciones de urgencia, la Corte dispone que el Estado deberá adoptar las recomendaciones de la médica o médico de confianza que Talía señale. Además, si el médico o la médica de confianza determina que existe un motivo fundado por el que Talía deba recibir atención en el sistema privado de salud, el Estado deberá cubrir los gastos necesarios para el restablecimiento de su salud. Correspondrá al Estado acreditar ante este Tribunal la permanencia de esta medida. Respecto de la misma, deberá presentar un informe cada tres meses.

Supervisión y fiscalización

387. Por otra parte, en cuanto a los mecanismos de supervisión y fiscalización de los bancos de sangre y la verificación de la seguridad de los productos sanguíneos utilizados para actividades transfusionales, la Corte constata que el Ecuador cuenta actualmente con programas de evaluación externa del desempeño de los bancos de sangre y programas de control interno en serología, los cuales son fiscalizados por el Ministerio de Salud Pública a través del Programa Nacional de Sangre, conforme a lo establecido en la Ley Orgánica de Salud del año 2006. Además, según informó el Ministerio, se estableció que previo a la distribución de componentes sanguíneos para transfusión se realice una prueba de amplificación de ácidos nucleicos, con el fin de disminuir las posibilidades de que se realicen donaciones infectadas. También, el Estado ha adoptado un Manual sobre Criterios Técnicos para el Uso Clínico de Sangre y Hemocomponentes, un Manual Técnico de Hemovigilancia en bancos de sangre, y Criterios Técnicos Administrativos para la Implementación de Servicios de Medicina Transfusional en las Unidades Operativas con Servicio de Internación. En este sentido, la Corte recuerda el deber estatal de supervisar y fiscalizar continuamente el funcionamiento de los bancos de sangre y hospitales, a fin de asegurar que se apliquen los estándares técnicos mínimos de seguridad reconocidos internacionalmente en esta materia. Sin embargo, este Tribunal no estima necesario ordenar una medida de reparación en este sentido en el marco del presente caso.

Corte IDH. Caso Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016. Serie C No. 312.

Capacitación

274. [...], a fin de evitar la repetición de los hechos del presente caso, la Corte dispone que el Estado debe adoptar medidas para la capacitación de las autoridades judiciales a cargo de la ejecución de las penas, autoridades penitenciarias, personal médico y sanitario y otras autoridades competentes que tengan relación con las personas privadas de libertad, a fin de que cumplan efectivamente con su rol de garantes de sus derechos, en particular de los derechos a la integridad personal y a la vida, así como la protección de la salud en situaciones que requieran atención médica, como también de sus

obligaciones de ejercer adecuados controles de convencionalidad cuando deban decidir acerca de solicitudes de diversa índole de las personas privadas de libertad.

275. Asimismo, la Corte estima pertinente que el Estado lleve a cabo una serie de jornadas de información y orientación en materia de derechos humanos, a favor de las personas que se encuentran privadas de libertad en el Centro de Orientación Femenina. En tales jornadas se deberá exponer en qué consisten, cuáles son y cómo se pueden ejercer los derechos que les corresponden a las personas que se encuentran en estado de reclusión, conforme a los estándares internacionales, haciendo especial énfasis en la protección a la salud y en los derechos a la integridad personal, a la vida y a la no discriminación, así como a las vías judiciales o administrativas rápidas, idóneas y efectivas para canalizar sus demandas cuando consideren que sus derechos han sido violados. Además, en estas jornadas se deberá hacer referencia a la presente Sentencia y a las obligaciones internacionales de derechos humanos derivadas de los tratados en los cuales Guatemala es parte.

291. La Corte hace notar que el Estado reconoce sus obligaciones internacionales de garantizar el acceso médico adecuado y oportuno a las personas privadas de libertad en el Centro de Orientación Femenino, así como en otros centros de detención y penitenciarios, inclusive de realizar exámenes médicos y el consiguiente registro de cada persona privada de libertad, a disposición de los médicos y personal penitenciario, donde conste el estado y condiciones de salud del interno al ingreso y durante su detención, sus tratamientos, su historial médico y todo lo pertinente, en su caso, para su adecuado tratamiento y seguimiento. En particular, el Estado ha reiterado su compromiso de contar con personal médico debidamente capacitado para atender a las personas que padezcan enfermedades graves, así como para atender situaciones de emergencias médicas. En el entendido de que el Estado observará los estándares mencionados en esta sentencia, y en atención a que la Comisión y los representantes no han aportado información clara, específica y actualizada para determinar las necesidades actuales de atención en salud de personas privadas de libertad en el Centro de Orientación Femenino o en otros centros penitenciarios, la Corte estima que no corresponde disponer las medidas de reparación solicitadas.

Acceso a la salud personas con discapacidad

295. La Corte hace notar que el Estado reconoce sus obligaciones internacionales de adoptar las medidas pertinentes y las adecuaciones razonables necesarias para garantizar las condiciones adecuadas y plena accesibilidad para personas con discapacidad privadas de libertad actualmente o que ingresen en el futuro en el Centro de Orientación Femenino, así como en otros centros penitenciarios. En el entendido de que el Estado observará los estándares mencionados en esta sentencia, y en atención a que la Comisión y los representantes no han aportado información clara, específica y actualizada para determinar las necesidades actuales de personas con discapacidad privadas de libertad en el Centro de Orientación Femenino o en otros centros penitenciarios, la Corte estima que no corresponde disponer medidas de reparación solicitadas en este sentido.

Corte IDH. Caso I.V. Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 329.

340. La Corte ya ha constatado el impacto producido en el derecho a la integridad personal de la señora I.V. por la práctica de la ligadura de las trompas de Falopio sin su consentimiento previo, libre, pleno e informado […]. Teniendo en cuenta que el Estado cuenta con un marco legal que podría impedir que situaciones como las del presente caso se repitan, el Tribunal considera importante implementar la obligación de transparencia activa en relación con las prestaciones en salud sexual y reproductiva a las que tienen derecho las mujeres en Bolivia. Ello impone al Estado la obligación de suministrar al público la máxima cantidad de información en forma oficiosa, entre otros, respecto a la información que se requiere para el acceso a dichas prestaciones. Dicha información debe ser completa, comprensible, brindarse en un lenguaje accesible y encontrarse actualizada. Asimismo, dado que sectores importantes de la población no tienen acceso a las nuevas tecnologías y, sin embargo, muchos de sus derechos pueden depender de que conozcan la información sobre cómo hacerlos efectivos, el Estado debe encontrar formas eficaces para realizar la obligación de transparencia activa en tales circunstancias.

341. En consecuencia, la Corte considera que, en el marco de la implementación de las leyes bolivianas que regulan el acceso a la salud sexual y reproductiva, el Estado debe adoptar las medidas necesarias para asegurar que en todos los hospitales públicos y privados se obtenga el consentimiento previo, libre, pleno e informado de las mujeres ante intervenciones que impliquen una esterilización. A tal fin, la Corte, como lo ha hecho en otro caso, considera pertinente ordenar al Estado que diseñe una publicación o cartilla que desarrolle en forma sintética, clara y accesible los derechos de las mujeres en cuanto a su salud sexual y reproductiva, contemplados en los estándares internacionales, los establecidos en esta Sentencia y en las leyes internas de Bolivia, así como las obligaciones del personal médico al proveer la atención en salud sexual y reproductiva, en la que se deberá hacer mención específica al consentimiento previo, libre, pleno e informado. Dicha publicación deberá estar disponible en todos los hospitales públicos y privados de Bolivia, tanto para las pacientes como para el personal médico, así como en el sitio web del Ministerio de Salud y Previsión Social. Asimismo, debe darse acceso a dicha cartilla o publicación a través de la Defensoría del Pueblo y los organismos de la sociedad civil vinculados al tema. El Estado deberá informar anualmente sobre la implementación de esta medida por un período de tres años una vez se inicie la implementación de dicho mecanismo.

342. Además, teniendo en cuenta que las violaciones a la autonomía y libertad reproductiva de la señora I.V. se debieron a estereotipos de género negativos en el sector salud […], es preciso ordenar una medida de reparación para evitar que hechos como los del presente caso se repitan. A tal fin, la Corte ordena al Estado que, dentro de un plazo de un año, adopte programas de educación y formación permanentes dirigidos a los estudiantes de medicina y profesionales médicos, así como a todo el personal que conforma el sistema de salud y seguridad social, sobre temas de consentimiento informado, discriminación basada en género y estereotipos, y violencia de género.

Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349.

236. La Corte toma nota y valora todas las acciones y los avances implementados por el Estado con el fin de dar cumplimiento a sus obligaciones en relación a la implementación del consentimiento informado, de conformidad con los estándares internacionales en la

materia. En este sentido, reconoce los esfuerzos del Estado chileno en la promulgación de la Ley No. 20.584 y su respectivo Reglamento, que regulan la manera en que debe ser obtenido el consentimiento informado, y las obligaciones de los prestadores de los servicios de salud sobre la información que deben brindad a los paciente. Adicionalmente, la Corte valora positivamente el incremento en el número de camas de cuidados y la Unidad de Gestión Centralizada de camas. No obstante, la Corte observa que en cuanto a la disponibilidad de camas en UCI, no se desprende un incremento significativo en su infraestructura. En vista de los hechos y violaciones acreditadas; a la luz de la información remitida, la Corte estima pertinente dictar las siguientes medidas como garantías de no repetición:

Capacitaciones

237. Con el propósito de reparar el daño de manera integral y de evitar que hechos similares a los del presente caso se repitan, la Corte estima necesario ordenar al Estado que, dentro de un plazo de un año, adopte programas de educación y formación permanentes dirigidos a los estudiantes de medicina y profesionales médicos, así como a todo el personal que conforma el sistema de salud y seguridad social, incluyendo órganos de mediación, sobre el adecuado trato a las personas mayores en materia de salud desde la perspectiva de los derechos humanos e impactos diferenciados. Dentro de dichos programas se deberá hacer especial mención a la presente Sentencia y a los instrumentos internacionales de derechos humanos, específicamente a los relativos al derecho a la salud […] y acceso a la información […]. El Estado deberá informar anualmente sobre su implementación.

Informe sobre implementación de avances en el Hospital Sotero del Río

238. Asimismo, la Corte considera necesario que el Estado chileno asegure, a través de las medidas suficientes y necesarias, que el Hospital Sótero del Río cuente con los medios de infraestructura indispensables para brindar una atención adecuada, oportuna y de calidad a sus pacientes, particularmente relacionados con situaciones de urgencia en atención de la salud, brindando una protección reforzada a las personas mayores. Para ello, la Corte solicita al Estado que informe, en el plazo de una año, sobre: a) los avances que ha implementado, a la actualidad del informe, en infraestructura de la Unidad de Cuidados Intensivos de dicho Hospital; b) los protocolos vigentes de atención frente a urgencias médicas, y c) las acciones implementadas para la mejora en la atención médica de los pacientes en la UCI, particularmente de las personas mayores –desde la perspectiva geriátrica–, y a la luz de los estándares de esta Sentencia. El Estado deberá informar anualmente sobre estos avances por un período de tres años. La Corte valorará esta información en su supervisión y se pronunciará al respecto.

Incidencia geriátrica en la salud y medidas a favor de las personas adultas mayores

i) Fortalecimiento institucional

239. Respecto de la solicitud de las representantes de crear un hospital especializado en el trato médico de adultos mayores, o en su defecto la habilitación de una ala especializada para el adulto mayor dentro de los hospitales ya existentes y de robustecer la responsabilidad civil y penal de los servidores de salud en estos casos, el Tribunal toma nota de la existencia del "Instituto Nacional de Geriatría" en el mejoramiento de la

atención médica a las personas adultas mayores en Chile, por lo que insta al Estado fortalecer esta institución y su incidencia en la red hospitalaria tanto pública como privada, vinculándose también en la capacitación dispuesta en el párrafo 237. En razón de las particularidades de esta medida, la Corte no supervisará el cumplimiento de este punto.

ii) Cartilla sobre personas mayores

240. Como lo ha hecho en otro caso, estima pertinente ordenar al Estado que diseñe una publicación o cartilla que desarrolle en forma sintética, clara y accesible los derechos de las personas mayores en relación con la salud, contemplados en los estándares establecidos en esta Sentencia, así como las obligaciones del personal médico al proveer la atención médica. Dicha publicación (impresa y/o digital) deberá estar disponible en todos los hospitales públicos y privados de Chile, tanto para los y las pacientes como para el personal médico, así como en el sitio web del Ministerio de Salud. El Estado deberá informar anualmente sobre la implementación de esta medida por un período de tres años, una vez se inicie la implementación de dicho mecanismo.

iii) Protección integral a personas mayores

241. Finalmente, la Corte dispone que el Estado adopte las medidas necesarias, a fin de diseñar una política general de protección integral a las personas mayores, de conformidad con los estándares en la materia. Para ello, el Estado deberá implementar la misma durante el plazo de tres años, a partir de la notificación de la Sentencia.

Corte IDH. Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de agosto de 2018. Serie C No. 359.

224. La Corte toma nota y valora positivamente las medidas legislativas y de política pública que han sido adoptadas por el Estado para combatir la epidemia del VIH en Guatemala. Sin perjuicio de ello, y tomando en consideración las violaciones ocurridas en el presente caso, la información disponible respecto a la falta de tratamiento médico de una parte de la población que vive con el VIH en Guatemala, y los objetivos y metas a los que se comprometieron los Estados en la Agenda 2030 […], el Tribunal considera pertinente ordenar las siguientes medidas de reparación como garantías de no repetición.

Fiscalización y supervisión

225. En primer lugar, la Corte considera que el Estado debe implementar mecanismos efectivos de fiscalización y supervisión periódica de los hospitales públicos a fin de asegurar que se brinde una atención integral en materia de salud para personas que viven con el VIH, acorde a la legislación interna y a lo establecido en la presente sentencia […]. Para ello, el Estado deberá instaurar un sistema de información sobre el alcance de la epidemia del VIH en el país, el cual deberá contener información estadística de las personas atendidas por el sistema de salud público, así como información estadística sobre el sexo, edad, etnia, lengua y condición socioeconómica de los pacientes. Igualmente debe instaurar un sistema que le permita hacer un diagnóstico de la atención prestada a la población que vive con el VIH, para lo cual deberá establecer el número de establecimientos que atienden a esta población, su ubicación geográfica e infraestructura. Este diagnóstico servirá de base para la elaboración del mecanismo de mejoramiento de accesibilidad, disponibilidad y calidad de las prestaciones en materia de salud para la población que vive con el VIH a que se refiere el párrafo siguiente.

Accesibilidad y disponibilidad

226. El Estado debe diseñar un mecanismo para garantizar la accesibilidad, disponibilidad y calidad de los antirretrovirales, los exámenes diagnósticos y las prestaciones en salud para la población con el VIH. Este mecanismo debe cumplir los siguientes objetivos mínimos, los cuales deberán ser cumplidos por medio de las acciones que establezcan las entidades estatales, y cuyas metas serán medidas de acuerdo con los indicadores que se establezcan en el marco de una política pública participativa: i) aumentar la disponibilidad, accesibilidad y calidad de medicamentos antirretrovirales, de pruebas diagnósticas para la detección del VIH y para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades oportunistas, ii) mejorar los programas de atención a la población que vive con el VIH y aumentar la cobertura de atención, iii) aumentar y mejorar las medidas inmediatas y urgentes en materia de atención en salud a la población con VIH, iv) mejorar la información disponible para la toma de decisiones por todas las autoridades competentes. Asimismo, para que el diseño e implementación de este mecanismo sea efectivo, el Estado deberá convocar la participación de la comunidad médica, de personas que viven con el VIH que sean usuarios del sistema de salud, y de organizaciones que los representen, y de la Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala en lo que respecta a la fijación de prioridades de atención, la adopción de decisiones, la planificación y la evaluación de estrategias para la mejor atención de la salud.

Capacitación

227. En segundo lugar, el Tribunal estima necesario que el Estado implemente un programa de capacitación para funcionarios del sistema de salud, que laboren en hospitales y unidades de atención médica que atiendan personas con VIH en Guatemala, acerca de los estándares internacionales y la legislación nacional en materia de tratamiento integral para personas que viven con el VIH. Estas capacitaciones deberán incluir información acerca de las mejores prácticas de atención, sobre los derechos de los pacientes y las obligaciones de las autoridades. Asimismo, estas capacitaciones deberán ser impartidas, durante un tiempo razonable, por personal médico y jurídico especializado en la materia, y deberán ser realizadas con perspectiva de género.

Pruebas VIH mujeres embarazadas

228. En tercer lugar, el Estado deberá garantizar que las mujeres embarazadas tengan acceso a una prueba de VIH, y que les sea practicada si así lo desean. El Estado deberá dar seguimiento periódico a aquellas mujeres embarazadas que viven con el VIH, y deberá proveer el tratamiento médico adecuado para evitar la transmisión vertical del virus, sin perjuicio de lo establecido en el párrafo 226 de la presente Sentencia. Para este fin, como lo ha hecho en otros casos, la Corte ordena al Estado diseñar una publicación o cartilla en forma sintética, clara y accesible sobre los medios de prevención de la transimisión del VIH y sobre el riesgo de transmisión vertical de éste, así como los recursos disponibles para minimizar ese riesgo. Dicha publicación deberá estar disponible en todos los hospitales públicos y privados de Guatemala, tanto para los pacientes como para el personal médico. Asimismo, debe darse acceso a dicha cartilla o publicación a través de los organismos de la sociedad civil vinculados al tema.

Campaña información

229. En cuarto lugar, como una forma de contribuir a que hechos como los del presente caso no se repitan, la Corte estima conveniente ordenar al Estado la realización de una campaña nacional de concientización y sensibilización, dirigida a personas que viven con el VIH, funcionarios públicos, y la población general, sobre los derechos de las personas que viven con el VIH, sobre las obligaciones que las autoridades tienen en su atención, y sobre la necesidad de respetar a las personas que viven con esta condición. Esta campaña deberá estar dirigida a combatir el estigma y la falta de información sobre las causas y consecuencias para la salud de las personas que viven con el VIH. Asimismo, la campaña deberá tener perspectiva de género y deberá ser comprensible para toda la población.

230. El Estado deberá informar anualmente sobre los avances de las garantías de no repetición antes mencionadas […] por un periodo de tres años. La Corte valorará esta información en su supervisión y se pronunciará al respecto.

Corte IDH. Caso Muelle Flores Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 6 de marzo de 2019. Serie C No. 375.

Pensión provisoria

233. Por otro lado, el Tribunal constata que el señor Oscar Muelle Flores se encuentra en una edad avanzada y sufre de diversos padecimientos físicos debido al deterioro en su salud, entre ellos la enfermedad de Alzheimer […] y ha tenido que recurrir al apoyo económico de sus familiares para poder sobrevivir y afrontar los pagos de su tratamiento de salud. Si bien el Estado reestableció de forma provisional el pago de una pensión de S/800 en favor de la víctima, la Corte ordena, por equidad, que luego de notificado el presente fallo, y hasta que no se garantice el cumplimiento de las ejecutorias firmes a nivel interno, y se calcule el monto de pensión que le corresponde al señor Muelle Flores, tomando en consideración los criterios sobre nivel suficiente establecidos por esta Corte […], así como los montos alegados por las representantes, el Estado deberá otorgar una pensión provisional, no inferior a dos salarios mínimos en el Perú para solventar las condiciones básicas de vida digna de la víctima. Asimismo, la Corte por equidad dispone que, si bien el Estado deberá calcular el monto de pensión que le corresponde al señor Muelle Flores, dicho monto no podrá ser inferior a dos salarios mínimos en el Perú.

236. En consecuencia, teniendo en cuanta la condición actual de vulnerabilidad de la víctima, y que conforme a la información que el Estado brindó a este Tribunal sobre el restablecimiento de la atención en salud a través del seguro social EsSalud, el Estado deberá mantener ininterrumpidamente dicha cobertura, de conformidad con lo establecido en la legislación interna pertinente. La Corte considera pertinente destacar que dicha afiliación no podrá verse limitada respecto a condiciones de preexistencia alguna del señor Muelle Flores. El Estado deberá pagar los aportes a la seguridad social del señor Muelle Flores y podrá deducir el monto legal que corresponda del pago provisional ordenado […].

Corte IDH. Caso Hernández Vs. Argentina. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2019. Serie C No. 395.

Medidas legislativas

163. La Corte toma nota y valora positivamente las medidas legislativas y de política pública que han sido adoptadas por el Estado para garantizar atención médica que resulte apropiada y oportuna para personas privadas de libertad, así como las iniciativas encaminadas a reducir la transmisión de la tuberculosis, brindar adecuada asistencia médica a las personas que la padecen y disminuir su mortalidad. Sin embargo, la Corte considera pertinente ordenar al Estado, como garantía de no repetición de las violaciones reconocidas en esta Sentencia, el diseño e implementación de un programa de capacitación para los funcionarios y servidores públicos de los centros penitenciarios de la Provincia de Buenos Aires, mediante el cual personal médico especializado en el tratamiento de la tuberculosis les capacite sobre: a) los síntomas tempranos y signos de alerta de la tuberculosis en sus primeras etapas; b) las precauciones y medidas a seguir ante un cuadro sintomático que, aun siendo asociado con infecciones, virus y enfermedades más comunes y menos graves, también pueda atribuirse a la tuberculosis, incluyendo el acceso a exámenes y pruebas médicas que permitan diagnosticar o descartar dicha enfermedad, y c) las medidas sanitarias para evitar, reducir y contener la transmisión de la enfermedad en la población carcelaria.

Condiciones carcelarias

164. Asimismo, la Corte ordena al Estado que, una vez transcurridos seis meses desde la notificación de la presente sentencia, presente un informe en el que detalle las medidas adoptadas, desde la fecha en que ocurrieron los hechos señalados en este caso, para mejorar las condiciones de las unidades carcelarias del Sistema Penitenciario de la Provincia de Buenos Aires. El Estado deberá demostrar que dichas acciones resulten compatibles con la dignidad humana, los estándares referidos en esta sentencia respecto al derecho a la integridad personal y la salud de las personas privadas de libertad, y los demás derechos consagrados en la Convención Americana. En particular, el Estado deberá especificar aquellas providencias adoptadas encaminadas a prevenir la tuberculosis y afecciones de similar naturaleza en la población carcelaria, así como aquellas dirigidas a brindar un diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado a las personas que la padecen.

Pérdida de ingresos

169. Respecto al daño material, este Tribunal ha desarrollado en su jurisprudencia que el mismo supone la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso. En el presente caso, la Corte determinó que se violó el derecho del señor Hernández a la salud, integridad personal, libertad personal, garantías judiciales y protección judicial. Si bien los representantes no aportaron prueba concreta que permitiera determinar la cuantía del lucro cesante derivado de las violaciones reconocidas en esta Sentencia, ni establecer con certeza el salario mínimo vigente en la época de los hechos, la expectativa de vida ni el grado de incapacidad sufrido por el señor Hernández como consecuencia de la enfermedad que padeció durante su custodia por parte del Estado, la Corte advierte las afectaciones permanentes que las omisiones atribuibles al Estado ocasionaron a la salud e integridad

física del señor Hernández, y la consecuente alteración que las mismas implicaron respecto a las condiciones materiales de su existencia.

Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 6 de febrero de 2020. Serie C No. 400.

332. Sin perjuicio de las acciones de atención de situaciones urgentes que el Estado pueda realizar, esta Corte ordena al Estado que, en el plazo máximo de seis meses a partir de la notificación de la presente Sentencia, presente a la Corte un estudio en que identifique, dentro del conjunto de personas que integran las comunidades indígenas víctimas, situaciones críticas de falta de acceso a agua potable o alimentación, que puedan poner en grave riesgo la salud o la vida, y que formule un plan de acción en el que determine las acciones que el Estado realizará, que deben ser aptas para atender tales situaciones críticas en forma adecuada, señalando el tiempo en que las mismas serán ejecutadas. El Estado deberá comenzar la implementación de las acciones indicadas en el plan de acción en forma inmediata a la presentación del mismo a este Tribunal. La Corte transmitirá a la Comisión y a los representantes el estudio referido, a efectos de que remitan las observaciones que estimen pertinentes. Teniendo en cuenta el parecer de las partes y la Comisión, la Corte evaluará si el estudio y el plan de acción presentados son adecuados y se corresponden con los términos de las presente Sentencia, pudiendo requerir que se completen o amplíen. La Corte supervisará la implementación de las acciones respectivas hasta que evalúe que cuenta con información suficiente para considerar cumplida la medida de reparación ordenada.

333. Adicionalmente a las acciones ordenadas en el párrafo anterior, a efectos de lograr de forma permanente que la prestación de bienes y servicios básicos sea adecuada y periódica, así como una razonable preservación y mejora de los recursos ambientales, el Estado deberá elaborar un estudio, en el plazo máximo de un año a partir de la notificación de esta Sentencia, en el que establezca las acciones que deben instrumentarse para:

> a) la conservación de las aguas, superficiales o subterráneas, existentes en el territorio indígena dentro de los lotes 14 y 55, que sean de utilización por parte de las comunidades indígenas víctimas, así como para evitar su contaminación o remediar la contaminación ya existente;
>
> b) garantizar el acceso permanente a agua potable por parte de todas las personas integrantes de las comunidades indígenas víctimas en este caso;
>
> c) evitar que continúe la pérdida o disminución de recursos forestales en el territorio indicado, así como procurar su paulatina recuperación, y
>
> d) posibilitar de forma permanente a todas las personas integrantes de las comunidades indígenas víctimas en el presente caso, el acceso a alimentación en forma nutricional y culturalmente adecuada.

334. Para la elaboración del estudio mencionado en el párrafo anterior, los especialistas encargados del mismo deberán tener los conocimientos técnicos específicos requeridos para cada tarea. Además, tales especialistas deberán contar siempre con el punto de vista de las comunidades indígenas víctimas, expresado conforme a sus propias formas de toma de decisiones.

335. Una vez que el Estado remita al Tribunal el estudio, el mismo será transmitido a la Comisión y a los representantes, a efectos de que remitan las observaciones que estimen pertinentes. La Corte, teniendo en cuenta el parecer de la Comisión y las partes, y en

correspondencia con los términos de esta Sentencia, podrá disponer que el Estado requiera a los especialistas que completen o amplíen el estudio. Una vez que la Corte, luego de evaluar el estudio con base en lo señalado, así lo determine, el Estado deberá implementar las acciones que el estudio indique. La Corte supervisará la implementación de las acciones respectivas hasta que evalúe que cuenta con información suficiente para considerar cumplida la medida de reparación ordenada.

Corte IDH. Caso de la Masacre de La Rochela Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 11 de mayo de 2007. Serie C No. 163.[39]

298. De acuerdo a las declaraciones y el peritaje rendidos en el presente proceso, los hechos de este caso han provocado padecimientos físicos y psicológicos a los familiares de las víctimas que fallecieron, y a la víctima sobreviviente Arturo Salgado Garzón y sus familiares, siendo en algunos casos severos. En su experticia psicológica la señora Treue se refirió a la necesidad de los familiares de las víctimas de recibir tratamiento médico y psicológico.

299. La víctima sobreviviente Arturo Salgado Garzón se refirió, particularmente, a los daños físicos permanentes que le produjo la falta de debida asistencia médica de las heridas producidas por el impacto de bala. La perito Treue también evaluó la gravedad del estado de salud física y mental de esta víctima y las graves afectaciones que los hechos de este caso han tenido en su familia.

300. Respecto a los familiares de las víctimas fallecidas, la perito Treue observó que es "tangible la presencia de la afectación psicológica y el sufrimiento duradero, provocado por el asesinato de sus familiares sin haber tenido la oportunidad de procesar el dolor y asimilar la muerte violenta".

301. Al rendir testimonio ante la Corte, Alejandra María Beltrán Uribe y Virgilio Alfonso Hernández Castellanos, hijos de dos de las víctimas fallecidas, relataron el grave impacto que tuvieron los hechos en la salud física y mental de los familiares. La señorita Beltrán, hija de la víctima Pablo Antonio Beltrán Palomino, describió particularmente la afectación a la salud de su hermano, debido a que no contaban con el apoyo económico de su padre para enfrentar las necesidades de alimentación y asistencia médica especializada para atender las enfermedades de su hermano. Por su parte, el señor Virgilio Hernández Castellanos, hijo de la víctima Virgilio Hernández Serrano, enfatizó la afectación de la salud física y psicológica de su madre e indicó que "cualquier circunstancia que pueda generar recuerdo sobre la vida de [su] padre genera serias consecuencias sobre la salud de [su] madre".

302. Con el fin de contribuir a la reparación de los daños físicos y psicológicos, el Tribunal estima necesario disponer la obligación a cargo del Estado de brindar gratuitamente y de forma inmediata, a través de sus instituciones de salud especializadas, el tratamiento médico y psicológico requerido por los familiares declarados víctimas, y por la víctima sobreviviente Arturo Salgado Garzón. El tratamiento médico de salud física debe brindarse por personal e instituciones especializadas en la atención de las dolencias que presentan tales personas que aseguren que se proporcione el tratamiento más adecuado y efectivo. El tratamiento psicológico y psiquiátrico debe brindarse por personal e

[39] El caso se refiere a la responsabilidad internacional del Estado por la falta de investigación de la ejecución extrajudicial de doce personas, y las lesiones de tres, por parte de grupos paramilitares, así como la falta de investigación y sanción de los responsables de los hechos. La Corte estableció en su sentencia la violación, entre otros, del derecho a la vida, integridad, libertad personal, libertad de pensamiento y expresión, protección judicial y garantías judiciales. Se puede revisar un detalle del caso en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/ver_ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=217&lang=es

instituciones especializadas en la atención de víctimas de hechos de violencia como los ocurridos en el presente caso. Dicho tratamiento médico y psicológico deber ser prestado por el tiempo que sea necesario, incluir el suministro de los medicamentos que se requieran, y tomar en consideración los padecimientos de cada uno de ellos después de una evaluación individual.

Corte IDH. Caso Guachalá Chimbo y otros Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de marzo de 2021. Serie C No. 423.

Rehabilitación

234. En caso de encontrar al señor Guachalá Chimbo con vida, el Estado deberá brindar una atención adecuada a los padecimientos físicos, psicológicos y/o psiquiátricos sufridos por la víctima que atienda a sus especificidades y antecedentes, así como asegurando tener su consentimiento informado para cada uno de los tratamientos. Dicho tratamiento debe ser gratuito, de forma inmediata, oportuna, adecuada y efectiva, sin cargo alguno, a través de sus instituciones de salud especializadas, previa manifestación de voluntad de la víctima. Lo anterior implica que la víctima deberá recibir un tratamiento diferenciado en relación con el trámite y procedimiento que debiera realizar para ser atendido en los hospitales públicos. Asimismo, los tratamientos respectivos deberán prestarse, en la medida de lo posible, en los centros más cercanos a su lugar de residencia por el tiempo que sea necesario.

Adecuación normativa

243. La Corte advierte que, en su contestación, el Estado resaltó diversas medidas legislativas que se han tomado respecto a la protección de las personas con discapacidad, incluyendo en su Constitución, la Ley Orgánica de Salud y la Ley Orgánica de Discapacidades. Asimismo, el Estado suscribió el Acuerdo Ministerial que propició el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental, cuyo lineamiento estratégico No. 2 establece que debe generarse el proceso de des- institucionalización y ha promovido el modelo de salud mental comunitario. La Corte considera que estas medidas implican un avance significativo para la adecuación de las normas internas a la obligación de garantizar sin discriminación el derecho a la salud de las personas con discapacidad. No obstante, el Tribunal advierte que el Estado debe tomar medidas para asegurar la completa aplicación del modelo social para abordar la discapacidad, de conformidad con las obligaciones que surgen de la Convención Americana, la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

244. Respecto al consentimiento informado, el Estado no ha demostrado que se encuentre regulada la obligación de brindar los apoyos necesarios para que las personas con discapacidad puedan tomar las decisiones pertinentes respecto a los tratamientos médicos que desean recibir. Por el contrario, en el presente proceso internacional, el Estado señaló que "[e]s obvio que, en el caso de niñas, niños y adolescentes, y de personas con discapacidad, es la familia quien genera este consentimiento".

245. En virtud de lo anterior, la Corte considera conveniente ordenar al Estado regular, en el plazo de dos años contados a partir de la notificación de la presente Sentencia, de forma específica, la obligación internacional de brindar apoyos a las personas con discapacidad para que éstas puedan dar su consentimiento informado a tratamientos médicos, de conformidad con lo establecido en los párrafos 110 a 139 de esta Sentencia. En este sentido, el Estado deberá establecer expresamente la obligación de brindar

apoyos a las personas con discapacidad, para así garantizar el derecho a la salud sin discriminación.

Capacitación

250. A tal fin, esta Corte considera pertinente ordenar al Estado que diseñe e implemente, en un plazo de un año y por una única vez, un curso de capacitación sobre el consentimiento informado y la obligación de brindar apoyos a las personas con discapacidad dirigido al personal médico y sanitario del Hospital Julio Endara.

251. Asimismo, se ordena al Estado que diseñe una publicación o cartilla que desarrolle en forma sintética, clara, accesible y de lectura fácil los derechos de las personas con discapacidad al recibir atención médica, así como las obligaciones del personal médico al proveer la atención a las personas con discapacidad, en la que se deberá hacer mención específica al consentimiento previo, libre, pleno e informado y la obligación de brindar los apoyos necesarios a las personas con discapacidad. Dicha publicación deberá estar disponible en todos los hospitales públicos y privados del Ecuador, tanto para las pacientes como para el personal médico, así como en el sitio web del Ministerio de Salud Pública. En el mismo sentido, el Estado deberá realizar un video informativo sobre los derechos de las personas con discapacidad al recibir atención médica, así como las obligaciones del personal médico al proveer la atención a las personas con discapacidad, en el que se deberá hacer mención específica al consentimiento previo, libre, pleno e informado y la obligación de brindar los apoyos necesarios a las personas con discapacidad. Dicho video deberá estar disponible en el sitio web del Ministerio de Salud Pública, y en la medida de lo posible, deberá ser proyectado en los hospitales públicos. El Estado deberá informar anualmente sobre la implementación de esta medida por un período de tres años una vez se inicie la implementación de dicho mecanismo.

Protocolo de actuación

253. En el presente caso, esta Corte tuvo por acreditado que los funcionarios públicos que laboraban en el Hospital Julio Endara no actuaron con la debida diligencia en reportar a las autoridades competentes la desaparición del señor Guachalá Chimbo [...]. La Corte advierte que, desde la ocurrencia de los hechos de este caso, el Estado ha tomado diversas medidas, incluyendo la publicación de la Ley Orgánica de Actuación en Casos de Personas Desaparecidas y Extraviadas el 28 de enero de 2020. Este Tribunal nota que la citada normativa, si bien constituye un importante avance en la no repetición de hechos como los ocurridos en el presente caso, carece de disposiciones específicas en materia de desapariciones de personas en hospitales públicos. En este sentido, la Corte considera oportuno que el Estado desarrolle en el plazo de un año un protocolo de actuación en casos de desapariciones de personas hospitalizadas en centros de salud públicos, que contemple los estándares desarrollados en la presente sentencia respecto de la la obligación de notificar a las autoridades competentes para que se inicie una investigación [...].

Corte IDH. Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. Sentencia de 31 de agosto de 2021. Serie C No. 432.

143. Al respecto, la Corte advierte que, dado que en el presente caso confluyeron distintos factores de discriminación que incrementaron el efecto devastador a la dignidad humana de las víctimas del caso [...], en particular de aquellas que sufrieron accidentes de buceo y adquirieron discapacidades, es necesario que el Estado, en el desarrollo de políticas dirigidas al fortalecimiento de la atención sanitaria, tome en cuenta el modelo

social de discapacidad. Este modelo refiere a que las causas que originan la discapacidad son sociales y no individuales, y responden a las limitaciones de la sociedad de prestar servicios adecuados para la inclusión de las personas con discapacidad. La Corte recuerda que el modelo social para abordar la discapacidad implica que la discapacidad no se define exclusivamente por la presencia de una deficiencia física, mental, intelectual o sensorial, sino que se interrelaciona con las barreras o limitaciones que socialmente existen para que las personas puedan ejercer sus derechos de manera efectiva.

Corte IDH. Caso Vera Rojas y otros Vs. Chile. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de octubre de 2021. Serie C No. 439.

Restitución y rehabilitación

165. Por lo anterior, este Tribunal considera que, ante la delicada situación de salud de Martina Vera, y las afectaciones a la salud que sufrieron sus padres ante el retiro del RHD, lo que podría comprometer su posibilidad futura de cubrir los costos del CAEC, como medida de restitución, el Estado debe asegurar la vigencia del tratamiento médico de Martina Vera, en las condiciones que se encuentran actualmente, así como aquellos tratamientos que pudiera necesitar en el futuro con motivo de su enfermedad. El Estado deberá asegurar este tratamiento en caso de fallecimiento de sus padres, o porque se vean imposibilitados de cotizar en el plan de salud de la Isapre, o pagar el deducible de cobertura del CAEC, por motivos de enfermedad, vejez, o condiciones salariales. En el cumplimiento de este compromiso, el Estado deberá suscribir, en un plazo de seis meses contado a partir de la notificación de la presente Sentencia, un acto jurídico que brinde seguridad jurídica sobre el cumplimiento de esta obligación.

166. Por otro lado, la Corte recuerda que Martina se encuentra en una situación de extrema vulnerabilidad que requiere de un entorno adecuado para preservar su salud, su vida, su integridad personal, y gozar de una vida digna. Asimismo, este Tribunal advierte que han existido problemas en los servicios de salud que son prestados por los proveedores de salud de Martina, y que debido a su condición de salud puede ser necesario que deba trasladarse a un hospital para recibir tratamientos médicos especializados. En ese sentido, el Tribunal considera pertinente ordenar que el Estado entregue a Martina, en un plazo de seis meses, una silla de ruedas neurológica que le permita realizar los traslados al hospital cuando esto sea necesario. Esta silla deberá cumplir con los requerimientos médicos y tecnológicos necesarios para su traslado seguro a un centro hospitalario, previniendo posibles riesgos derivados del mismo.

167. Adicionalmente, en razón de la afectación del derecho a la integridad personal de los padres de Martina, la Corte dispone, como medida de rehabilitación, la obligación a cargo del Estado de brindar gratuitamente, a través de instituciones de salud públicas especializadas, o personal de salud especializado, y de forma inmediata, oportuna, adecuada y efectiva, el tratamiento médico y psicológico y/o psiquiátrico a Carolina Andrea del Pilar Rojas Farías y Ramiro Álvaro Vera Luza. Este tratamiento deberá incluir lo siguiente: a) apoyo psicoterapeútico, relajación aplicada y meditación; b) manejo farmacológico y no farmacológico de síntomas ansiosos; y c) terapias cognitivo conductuales centradas en el trauma que vivieron, para combatir los síntomas del estrés postraumático.

Garantía de no repetición

171. La Corte recuerda que, conforme al artículo 19 de la Convención Americana, el Estado se encuentra obligado a adoptar medidas especiales de protección que protejan

el interés superior del niño y la niña, atendiendo a su situación especial de vulnerabilidad. En ese sentido, este Tribunal ha establecido que los niños y las niñas tienen derechos especiales al que corresponden deberes especiales de la familia, la sociedad y el Estado. De esta forma, debido a que los niños y las niñas pueden verse afectados en su desarrollo por decisiones de aseguradoras privadas que determinen aspectos relacionado con su atención a la salud, este Tribunal considera pertinente ordenar que el Estado adopte, en un plazo razonable, las medidas legislativas o de otro carácter necesarias para que la Defensoría de la Niñez tenga conocimiento y participe, de ser necesario, en todos los procesos ante la Superintendencia de Salud, o en los procesos judiciales, en los que se pudieran ver afectados los derechos de niños o niñas por actuaciones de las aseguradoras privadas.

Corte IDH. Caso Manuela y otros Vs. El Salvador. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021. Serie C No. 441.

Adecuación normativa

286. La Corte recuerda que en el presente caso, tras sufrir una emergencia obstétrica, Manuela fue denunciada por su médica por el posible "cometimiento de un delito". Con base en esta denuncia Manuela fue investigada por "el ilícito del aborto". La legislación salvadoreña regula con ambigüedad el secreto profesional médico, lo que en la práctica ha implicado que el personal de salud, para evitar ser sancionado, denuncie a mujeres sospechosas de haber cometido el delito de aborto [...]. Asimismo, tampoco se encuentra regulada de manera suficiente la confidencialidad de la historia clínica y la excepcionalidad de su divulgación [...]. En consecuencia, este Tribunal considera pertinente que el Estado adopte, en el plazo de dos años contados a partir de la notificación de la presente Sentencia, una regulación clara sobre los alcances del secreto profesional médico, la protección de la historia clínica y sus excepciones, de conformidad con los estándares desarrollados en la presente Sentencia [...]. Dicha regulación debe establecer expresamente que: i) el personal médico y sanitario no tiene una obligación de denunciar a mujeres que hayan recibido atención médica por posibles abortos; ii) en estos casos, el personal de salud debe mantener el secreto profesional médico, frente a cuestionamientos de las autoridades; iii) la falta de denuncia por parte del personal de salud en estos casos no conlleva represalias administrativas, penales o de otra índole, y iv) los supuestos en los cuales se puede difundir la historia clínica, las salvaguardas claras sobre el resguardo de dicha información y la forma en que esta puede ser difundida, exigiendo que la misma se realice solo mediante orden fundamentaba por una autoridad competente y, tras la cual, se divulgue solo lo necesario para el caso concreto. En tanto dicha regulación no se encuentre vigente, la Corte considera oportuno ordenar al Estado, como lo ha hecho en otros casos, que se abstenga de aplicar la legislación actual respecto de la obligación del personal de salud de denunciar posibles casos de aborto.

Protocolo de actuación

287. Por otra parte, la Corte nota que las guías y lineamientos técnicos aportados por el Estado carecen de orientaciones claras sobre el secreto profesional médico. En consecuencia, y la luz del contexto en el cual ocurrieron los hechos, la Corte considera necesario que el Estado adopte, en el plazo de un año contado a partir de la notificación de la presente Sentencia, un protocolo para la atención de mujeres que requieran atención médica de urgencia por emergencias obstétricas. El protocolo deberá estar

dirigido a todo el personal de salud público y privado de El Salvador, estableciendo criterios claros para asegurar que, en la atención de estas mujeres: i) se asegure la confidencialidad de la información a la que el personal médico tenga acceso en razón de su profesión; ii) el acceso a servicios de salud no esté condicionado por su presunta comisión de un delito o por la cooperación de las pacientes en un proceso penal, y iii) el personal de salud se abstenga de interrogar a las pacientes con la finalidad de obtener confesiones o denunciarlas. En la elaboración del protocolo, el Estado deberá tener en cuenta los criterios desarrollados en esta Sentencia y en la jurisprudencia de la Corte. El mismo deberá ser conforme con los estándares desarrollados en los párrafos 211 a 228 de la presente Sentencia.

Plan de capacitación

293. La Corte reconoce los importantes avances que el Estado ha implementado en la formación de sus funcionarios públicos en materia de derechos humanos, el uso de estereotipos en contra de mujeres que son procesadas penalmente y la atención médica de las emergencias obstétricas. Sin perjuicio de ello, en el presente caso el Tribunal considera necesario que el Estado adopte, en el plazo de un año, un plan de capacitación y sensibilización dirigido tanto a funcionarios judiciales, como al personal de salud del Hospital Nacional Rosales. En cuanto a los primeros, el Estado deberá adoptar programas de educación y formación permanentes dirigidos a los funcionarios judiciales que intervengan en procesos penales llevados en contra de mujeres acusadas de aborto o infanticidio, incluyendo los defensores públicos, sobre los estándares desarrollados por la Corte en el presente caso relativos al carácter discriminatorio del uso de presunciones y estereotipos de género en la investigación, el juzgamiento penal de las mujeres acusadas por estos delitos, la credibilidad y la ponderación dada a las opiniones, los argumentos y los testimonios de las mujeres, en su calidad de partes y testigos, y el efecto de las normas inflexibles (estereotipos) que suelen elaborar los jueces y fiscales acerca de lo que consideran un comportamiento apropiado de las mujeres. Además, deberá explicar las restricciones del uso de esposas u otros dispositivos análogos en mujeres que estén por dar a luz, durante el parto o en el período inmediatamente posterior, o que han sufrido emergencias obstétricas, de conformidad con los estándares desarrollados en los párrafos 198 a 200 de la presente Sentencia.

294. Respecto del personal de salud, la Corte considera pertinente ordenar al Estado que diseñe e implemente, en el mismo plazo, un curso de capacitación sobre el secreto profesional médico, dirigido al personal sanitario y médico del Hospital Nacional Rosales, de conformidad con los estándares desarrollados en la presente Sentencia relativos a los alcances del secreto profesional médico, sus excepciones y los estereotipos de género, así como con el protocolo para la atención de mujeres que requieran atención médica de urgencia por emergencias obstétricas ordenado por esta Corte [...].

297. Este Tribunal valora de manera positiva los esfuerzos llevados a cabo por el Estado de realizar capacitaciones en este sentido. Sin embargo, la Corte considera pertinente ordenar que, en un plazo de dos años, el Estado diseñe e implemente dentro de los programas escolares contenido específico sobre la sexualidad y la reproducción que sea integral, que no sea discriminatorio, que esté basado en pruebas, que sea científicamente riguroso y que sea adecuada en función de la eda, y teniendo en cuenta las capacidades evolutivas de los niños, niñas y adolescentes. Dentro del primer año después de la notificación de la presente Sentencia, el Estado deberá informar sobre sus avances realizados en el diseño e implementación de la presente medida.

Medidas para asegurar atención médica

299. Este Tribunal advierte que el Estado tiene diversas guías y lineamientos técnicos del Ministerio de Salud relativas a la atención obstétrica. No obstante, resulta necesario ordenar que el Estado tome de forma inmediata las medidas necesarias para asegurar la atención médica integral de las mujeres que sufran emergencias obstétricas. La Corte supervisará el cumplimiento de esta medida durante el plazo de tres años.

Corte IDH. Caso Brítez Arce y otros Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2022. Serie C No. 474.

118. La Corte nota que el Estado, en efecto, ha desplegado acciones orientadas a la no repetición de los hechos conocidos en esta sentencia, lo cual es valorado de forma positiva. Sin embargo, si bien la mortalidad materna en Argentina se redujo considerablemente para 2019, se incrementó recientemente, pasando de 2.9 por cada diez mil nacimientos a 4.1 por cada diez mil nacimientos en 2021, lo que es menos de un punto porcentual por debajo de la tasa de mortalidad materna en 1992 (4.8 por cada diez mil nacimientos), año del fallecimiento de la señora Brítez Arce. A juicio de la Corte, esta situación impone la necesidad de que se implementen medidas orientadas a reducir la mortalidad materna como garantía de no repetición.

119. Por lo anterior, la Corte ordenará al Estado diseñar, en el plazo de un año, una campaña de difusión orientada a visibilizar (i) los derechos relacionados con el embarazo, el trabajo de parto y el posparto a los que hace referencia el artículo 2º de la Ley 25.929, conocida como "Ley de Parto Humanizado"; (2) las situaciones que pueden configurar casos de "violencia obstétrica" a la luz de lo definido en esta sentencia y en la Ley 26.485 "Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales"; y (3) el derecho de las personas gestantes a recibir una atención en salud humanizada durante el embarazo, parto y posparto, a recibir información completa y en un lenguaje claro sobre su estado de salud, a que se escuchen sus preferencias, elecciones y necesidades y a que se evite la patologización del embarazo, parto y posparto. Esta campaña deberá ser difundida en radio y televisión mediante anuncios que también puedan ser reproducidos en audio o video en todas las maternidades del país, aunque la Corte supervisará su cumplimiento en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por tres años.

Corte IDH. Caso Rodríguez Pacheco y otra Vs. Venezuela. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2023. Serie C No. 504.

Rehabilitación

164. La Corte estima que es preciso disponer de una medida de reparación que brinde una atención adecuada a los padecimientos psicológicos y físicos de la víctima, atendiendo a sus especificidades y antecedentes. Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, y con el fin de contribuir a la reparación de los daños físicos, psicológicos y/o psiquiátricos sufridos por la señora Rodríguez Pacheco en el marco del proceso judicial instado por los denunciados actos de violencia obstétrica y mala praxis, y considerando que la víctima no reside en Venezuela, el Tribunal dispone, como ha hecho en otros casos, la obligación a cargo del Estado de pagar, por una vez, la suma de UDS$ 40.000,00 (cuarenta mil dólares de los Estados Unidos de América) a Balbina Francisca Rodríguez Pacheco, por concepto de gastos por tratamiento médico,

psicológico y/o psiquiátrico, así como por medicamentos y otros gastos conexos, para que pueda recibir dicha atención en el lugar donde resida. El Estado dispondrá del plazo de un año, contado a partir de la notificación de la presente Sentencia, para realizar este pago.

Capacitación

174. Toda vez que la Corte ha constatado que el Estado es responsable internacionalmente por la falta de debida diligencia en la investigación de los denunciados actos de mala praxis y violencia obstétrica a los que habría sido sometida la señora Rodríguez Pacheco, el Tribunal estima conveniente ordenar que el Estado adopte las medidas necesarias para que los órganos del Poder Judicial y del Ministerio Público desarrollen programas de capacitación en la investigación de posibles casos de violencia obstétrica teniendo en cuenta los estándares interamericanos sobre las materias referentes a la debida diligencia y plazo razonable, así como con perspectiva de género. Adicionalmente, la Corte considera necesario ordenar al Estado desarrollar programas de formación y educación permanente dirigidos a los estudiantes de medicina y profesionales médicos, así como a todo el personal de atención en salud reproductiva, tanto en centros de salud públicos como privados, sobre los derechos a la salud materna de las mujeres y discriminación basada en género y estereotipos, así como sobre la investigación y prevención de casos de violencia obstétrica, considerando para ello los estándares interamericanos en la materia.

175. Para el diseño e implementación de estos planes de capacitación integral el Estado cuenta con un plazo de un año a partir de la publicación de la presente Sentencia. Asimismo, el Estado deberá presentar a la Corte un informe anual durante cinco años a partir de la implementación de dichos planes de capacitación integral en el que indique las acciones que se han realizado para tal fin. A estos efectos, el Estado deberá crear un sistema de indicadores que permitan medir la efectividad de los programas de capacitación y comprobar el impacto de los mismos, así como la disminución sustantiva de las denuncias por violencia obstétrica.

Corte IDH. Caso Habitantes de La Oroya Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 2023. Serie C No. 511.

348. Tercero, el Estado deberá garantizar de forma inmediata que los habitantes de La Oroya que sufran síntomas y enfermedades relacionadas con la exposición a contaminantes producto de la actividad minero-metalúrgica cuenten con una atención médica especializada a través de instituciones públicas, con acceso a personal de salud que incluya el tratamiento médico, psicológico y psiquiátrico requerido. Además, el Estado deberá lograr la existencia de un sistema de salud en La Oroya que cuente con las condiciones adecuadas para la atención médica que cumpla con los estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud. Asimismo, en el cumplimiento de esta medida, el Estado deberá adoptar acciones diferenciadas de atención para niños, niñas, personas gestantes y personas mayores, y deberá garantizar que todos los pobladores de La Oroya tengan acceso al sistema de salud pública. Se deberá contar con medios adecuados para la atención médica de aquellos pacientes de La Oroya que padezcan de enfermedades relacionadas con la exposición a contaminantes producidos por la actividad del CMLO. Cuando los pacientes no puedan ser atendidos en La Oroya, la prestación de servicios médicos deberá tener lugar en el sitio más cercano dónde se pueda prestar dicha atención. El Estado cuenta con el plazo de un año, contado

a partir de la notificación de la presente Sentencia, para la implementación de la presente medida.

349. En relación con lo anterior, la Corte estima apropiado ordenar la creación de un Fondo de Asistencia para sufragar los costos derivados del traslado, hospedaje y alimentación de las personas que requieran trasladarse fuera de la ciudad de La Oroya para recibir tratamiento médico. El Estado deberá adoptar todas las medidas administrativas, legislativas, financieras, de recursos humanos y de cualquier otra índole necesarias para la constitución oportuna de este Fondo, de modo que el dinero asignado al mismo pueda invertirse en forma efectiva. La administración del Fondo estará a cargo de un Comité que se creará al efecto, que estará integrado por una persona designada por los habitantes de La Oroya, por medio de un proceso de consulta público y transparente, una persona designada por el Estado, y una tercera persona designada de común acuerdo por las dos primeras. El Comité indicado debe quedar constituido en el plazo de seis meses a partir de la notificación de la presente Sentencia. Para el Fondo indicado, el Estado deberá destinar como mínimo la cantidad de USD $200.000,00 (doscientos mil dólares de los Estados Unidos de América), la cual será invertida de acuerdo con los objetivos propuestos, en un período fijado no mayor a cuatro años a partir de la notificación de la presente Sentencia. El Fondo no podrá tener menos de los USD $200.000,00 en momento alguno posterior a su constitución. En la determinación del monto asignado al Fondo, la Corte tiene en cuenta la necesidad de que el mismo 130 resulte razonable para cumplir con la finalidad de la medida y también el resto de las medidas dispuestas y la complejidad y costos que conllevan. El Estado deberá informar sobre las atenciones médicas brindadas a los habitantes de La Oroya, así como sobre la gestión del Fondo, dentro del plazo de un año de acuerdo con lo dispuesto en el Punto Resolutivo 25 de esta Sentencia.

Corte IDH. Caso Beatriz y otros Vs. El Salvador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2024. Serie C No. 549.

Medidas normativas y control de convencionalidad

212. En consecuencia, este Tribunal considera pertinente que el Estado adopte, en el plazo de un año contado a partir de la notificación de la presente Sentencia, todas las medidas normativas necesarias para brindar directrices y guías de actuación al personal médico y judicial frente a situaciones de embarazos que pongan en riesgo la vida y la salud de la mujer. El Estado puede cumplir con esta medida a través de la adecuación de los protocolos existentes, la emisión de un nuevo protocolo o cualquier otra medida normativa que garantice seguridad jurídica en la atención de situaciones como las del presente caso. En la elaboración de esta medida, el Estado deberá adoptar una perspectiva de género y deberá tomar en cuenta los estándares desarrollados por la jurisprudencia de la Corte.

213. En todo caso, este Tribunal recuerda su jurisprudencia constante que refiere que cuando un Estado ha ratificado un tratado internacional como la Convención Americana, todos sus órganos y autoridades están sometidos a aquel, lo cual les obliga a velar por que los efectos de las disposiciones de la Convención no se vean mermados por la aplicación de normas contrarias a su objeto y fin, o por la ausencia de medidas normativas que desarrollen su protección, lo que exige tomar en cuenta no solamente el tratado, sino también la interpretación que de este ha hecho la Corte Interamericana, intérprete última de la Convención Americana. Por consiguiente, todas las autoridades internas están en la obligación de ejercer ex officio un control de convencionalidad entre las normas internas y la Convención, evidentemente en el marco de sus respectivas

competencias y de las regulaciones procesales correspondientes, y en esta tarea deben tener en cuenta no solamente el tratado, sino también la interpretación que del mismo ha hecho esta Corte, intérprete última de la Convención Americana. A su vez, el control de convencionalidad exige efectuar una interpretación conjunta del derecho interno y el derecho internacional en aras de privilegiar lo que resulte más favorable para la protección de los derechos.

Capacitación

217. Esta Corte subraya que, en el presente caso, uno de los principales obstáculos para el acceso de Beatriz a un tratamiento adecuado era la falta de regulaciones sobre el abordaje de embarazos que representen riesgo a la vida y a la salud de la mujer. De esta forma, el Tribunal considera necesario que el Estado adopte, en el plazo de un año posterior a la emisión de las medidas ordenadas en el párrafo 212, un plan de capacitación y sensibilización dirigido al personal de salud de los hospitales que tengan secciones de atención a la maternidad, a las personas operadoras de justicia y personal estatal con competencia en la materia que permita divulgar estas medidas. Este plan de capacitación y concientización debe contener un apartado en donde se aborden los estándares que ha desarrollado esta Corte en materia de atención a la madre durante el embarazo, parto y post parto. Dicho plan deberá contener un sistema de indicadores que permitan medir el alcance de los programas de capacitación.

Corte Interamericana de Derechos Humanos
Composición 2025

Por orden de precedencia: Jueza Nancy Hernández López, Presidenta; Juez Rodrigo Mudrovitsch, Vicepresidente; Juez Ricardo C. Pérez Manrique; Jueza Verónica Gómez, Jueza Patricia Pérez Goldberg, Juez Alberto Borea y Juez Diego Moreno Rodríguez.

Secretario: Pablo Saavedra Alessandri. Secretaria Adjunta: Gabriela Pacheco Arias.