**ESTÁNDARES INTERAMERICANOS DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA
SALUD: Un análisis a las decisiones proferidas por los Órganos Interamericanos
durante el periodo comprendido entre los años 1996 y 2013.**

**MARIA LEONOR GIRALDO TORRES
CÓDIGO: 2107991**

**Trabajo de grado presentado para optar el título de Magister en Defensa de los
DDHH y DIH ante Organismos, Tribunales y Cortes Internacionales**

**DIRIGIDO POR:
LUIS MANUEL CASTRO NOVOA**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE DERECHO
MAESTRIA EN DEFENSA DE LOS DDHH Y DIH ANTE ORGANISMOS,
TRIBUNALES Y CORTES INTERNACIONALES
-EN CONVENIO CON LA UNIVERSIDAD DE GÖTINGEN-
Bogotá D.C., 2014**

Nota de Aceptación

Jurado

Jurado

DEDICATORIA

A mis padres, **Martha Torres** y **Martín Giraldo**, como signo de amor profundo y gesto de agradecimiento por su incansable respaldo.

A mis hermanos, **Katherine**, **Lina** y **Martín Jesús**, con el inconmensurable deseo de que cada uno continúe atesorando sueños y caminando por el sendero de la constancia.

A mi abuela, **María** y sobrinos, **Juan David**, **Juan José** y **Juan Pablo** quienes con sus sonrisas hacen que cada esfuerzo valga la pena.

A mis amigas y amigos, en especial a **Nayra**, **Laura**, **Sirley**, **Cristina** y **Fabio**, y a todas y todos aquellos, que al igual, han sido cómplices de mis sueños y co-artífices de estos logros finales.

A cada una de las personas que han sido víctimas del sistema de salud en Colombia y Latinoamérica, en particular a **Daniel Narváez Villada** (q.e.p.d.), quien, en medio de su enfermedad y penoso estado de postración, me convirtió en su abogada de confianza y motivó a emprender una batalla jurídica ante las instancias judiciales, órganos de control y auditoria en materia de seguridad social integral, y directamente contra las Instituciones y Entidades Prestadoras del Servicio de Salud en Colombia (IPS y EPS), en pro de una adecuada, oportuna y digna asistencia médica; impidiéndome desfallecer ante cada negativa y puerta que se cerraba, incluso cuando sentí que se agotaban los recursos; e impulsándome a escudriñar sobre alternativas de justicia que lograsen traspasar no sólo las fronteras territoriales sino también los obstáculos y dificultades de acceso a la salud como derecho humano.

AGRADECIMIENTOS

A **Dios** por la inspiración y por tantas bendiciones en mi vida.

A **mi familia y a mis amigas y amigos** por la constante motivación y respaldo, en particular por no permitirme declinar en los momentos en que las exigencias profesionales parecían incompatibles con la rigurosidad de la labor investigativa.

A mi director de tesis, **Luis Manuel Castro Novoa**, y a quienes también fungieron como tutoras en las distintas etapas de este proceso investigativo, **Sandra Rocío Gamboa** y **Diana Patricia Ávila**. A él y a ellas profeso sincera admiración y agradecimiento por sus invaluable orientaciones, dedicación y en especial, por el voto de confianza siempre indeleble, aún en las vicisitudes.

A los profesores **Oscar Parra Vera**, **Luis Andrés Fajardo** y **Moisés Rodrigo Mazabel Pinzón**, y a la profesora **Gloria Amparo Restrepo Hurtado**, a quienes reconozco como académicos incansables y consejeros permanentes. Para ellos mi respeto, cariño y gratitud.

A la **Organización Conde Abogados**, toda vez que en el seno de esa corporación tuve mi primer acercamiento a la asistencia a víctimas de la salud; la posibilidad de idear estrategias ilimitadas de litigio al lado de un majestuoso equipo de trabajo, y la orientación profesional, además del absoluto respaldo del líder de esta organización, **Oscar Conde Ortiz**.

A la **Familia Narváez Villada**, luchadores incansables, a quienes valoro y estimo profundamente, por el hecho de conservar la noble esperanza de que el caso de su hijo y hermano, Daniel Narvaéz Villada, no se repita en Colombia ni en ninguna otra parte del mundo.

TÍTULO EN ESPAÑOL

ESTÁNDARES INTERAMERICANOS DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD: Un análisis a las decisiones proferidas por los Órganos Interamericanos en el periodo comprendido entre los años 1996 y 2013.

TÍTULO EN INGLÉS:

INTER-AMERICAN PROTECTION STANDARDS OF RIGHT TO HEALTH: A analysis of the decisions proffered by the Inter-Americans Organs in the period between 1996 and 2013.

RESUMEN:

La investigación comenzó con el estudio de las peticiones y casos que durante los años 1996 a 2013 fueron tramitados por la CIDH (según lo reportado en sus informes anuales), y de los pronunciamientos que en torno a los mismos efectuó la Corte IDH; luego se detuvo a identificar cuáles de esos eventos correspondían a situaciones de salud; paso seguido se concentró en la caracterización y descripción de las principales líneas de protección interamericana del derecho a la salud y por último en el análisis de los estándares más significativos que han sido desarrollados por los Órganos Interamericanos o acogidos del sistema Universal de Protección de Derechos Humanos.

Lo anterior hizo posible concluir, que los pronunciamientos existentes, hoy permiten a las víctimas de la salud en Latinoamérica reconocer en el sistema regional una alternativa de tutela cautelar o definitiva de su derecho; y a los Estados, reflexionar acerca de las obligaciones que ostentan en torno a la salud y las practicas internas que –en ese contexto– podrían convocarles a juicios de responsabilidad internacional.

ABSTRACT:

The research began with the study of petitions and cases that during the years 1996-2013 were processed by the Commission (as reported in their annual reports), and pronouncements about them made the IACHR; then stopped to identify which of these events corresponded to health situations; step followed focused on the characterization and description of the main lines of inter-American protection of the right to health and finally the analysis of the most significant standards that have been developed by the Inter-American organs or fostered the Universal System of Human Rights Protection.

This made it possible to conclude that the existing pronouncements , now allow victims of health in Latin America in the regional system to recognize an alternative interim or permanent guardianship of his right ; and States , reflect on the obligations they hold about health and internal practices that -in this context- could summon to judgments of international responsibility.

TABLA DE CONTENIDO

	Pags.
INTRODUCCIÓN	10-12
 CAPÍTULO I. Seguridad Social y Salud Laboral	 13-28
1.1 Omisión de supervisión de condiciones de trabajo y no adopción de medidas de seguridad social y salud pública que garanticen la vida e integridad del pueblo indígena Miskitu (en general) y de los buzos miskitos (en especial).	15-19
1.2 Retiro del servicio activo a causa de enfermedad, suspensión de asistencia médica y tratamiento antirretroviral, y omisión de confidencialidad sobre el estado de salud de dos militares portadores de VIH.	19-21
1.3 Omisión de realización de exámenes de aptitud de salud para la prestación del servicio militar obligatorio.	21-26
1.4 Denegación de licencia de maternidad a funcionaria pública, dada su condición de madre adoptiva y omisión de adopción de medidas de protección a la maternidad no biológica y al desarrollo saludable del infante.	26-28
 CAPÍTULO II. Salud Oportuna y Acceso a Rehabilitación Adecuada	 28-80
2.1 Obstrucción de acceso a rehabilitación oportuna como consecuencia de la no adopción de medidas de garantía y protección judicial en relación con las víctimas de accidentes y mala praxis médica.	30-44
2.2 Obstrucción de acceso a asistencia médica y tratamientos de rehabilitación oportuna en circunstancias de privación de la libertad.	45-58
2.3 Asistencia médica y psicológica oportuna a víctimas de violación	59-60
2.4 Garantía de condiciones médicas necesarias para que un niño que padece de encefalopatía crónica no evolutiva pueda desarrollar una vida con calidad y dignidad.	60-61

2.5 Implicaciones del trascurso del tiempo sin el suministro de tratamientos médicos adecuados a mujeres en estado de gravidez que padecen enfermedades crónicas.	61-66
2.6 La rehabilitación como medida de reparación, consistente en asistencia médica y psicológica a las víctimas de hechos atroces: Referencia a casos Colombianos.	66-80
CAPÍTULO III. Contaminación Ambiental y Afecciones de Salud en los Pobladores de Territorios Susceptibles de Explotación Metalúrgica y Minera, Aledaños a Zonas Industriales y de Almacenamiento de Residuos Tóxicos.	80-103
3.1 En zonas de actividad minera	83-88
3.2 En zonas de actividad metalúrgica y de almacenamiento y transporte de plomo	89-94
3.3 En zonas de almacenamiento de desechos tóxicos	94-97
3.4 En zonas industriales	98-103
CAPÍTULO IV. Prestación de los Servicios de Salud y Responsabilidad Estatal Internacional	104-151
4.1 Aspectos e instituciones propias de la atención de salud	106-112
4.1.1 Acto médico y Deberes de los profesionales de la salud	106-107
4.1.2 Historia clínica	108-109
4.1.3 Derechos de los pacientes	109-110
4.1.4 Cuerpos dictaminadores	111-112
4.2 Responsabilidad estatal internacional por el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la prestación de los servicios de Salud	112-151
4.2.1 Mala <i>praxis</i> médica en instituciones privadas de prestación de servicios de salud	114-133
4.2.2 Mala <i>praxis</i> médica en instituciones públicas de prestación de servicios de salud	133-145

4.2.3 Mala <i>praxis</i> médica en bancos de sangre	145-151

CONCLUSIONES	152-154

ANEXOS	155-172

Tabla 1. Compilación de los instrumentos jurídicos y no contractuales de Derecho Internacional más relevantes, que guardan relación con el derecho a la salud.	155-158

Tabla 2. Caracterización de Eventos Relacionados con el Derecho a la Salud que han sido develados ante el SIDH: Datos Extraídos de los Informes Anuales de la CIDH 1996 a 2013.	159-172

BIBLIOGRAFIA	173-182

ESTÁNDARES INTERAMERICANOS DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD: Un análisis a las decisiones proferidas por los Órganos Interamericanos durante el periodo comprendido entre los años 1996 y 2013.

Permítaseme en principio referir, que la percepción de la crisis de salud que en los últimos años se ha intensificado en Colombia¹ y las dificultades internas de materialización de este derecho², fueron las causas que me condujeron a indagar sobre las situaciones de salud que han sido develadas ante el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos (SIDH) y los estándares que en torno al trámite y resolución de esas peticiones y casos han sido desarrollados por la Comisión y la Corte IDH.

El asunto de la protección del derecho a la salud en el Sistema Regional Interamericano ha sido abordado, de un lado por quienes estudian la justiciabilidad teórica de este derecho³, y de otro, por quienes se han concentrado en el análisis de las vías directas e indirectas en

---

¹ Este contexto de crisis sanitaria: 1) es documentado diariamente por los medios masivos de comunicación Colombianos; 2) ha motivado un elevado número de manifestaciones de la Sociedad civil (pacientes, personal sanitario, usuarios en general) por ejemplo: “Marcha blanca - octubre 2013”, y; 3) ha sido objeto de pronunciamientos oficiales, *verbi gratia*: a) En diciembre de 2011 se elevó la alarma sanitaria en Colombia por el ingreso de implantes mamarios defectuosos, previa autorización del INVIMA. En febrero de 2012 la Viceministra de Salud anunció que el Gobierno se haría responsable del retiro de las prótesis PIP; b) En diciembre del año 2012 la CIDH realizó visita *in loco* a Colombia y en su escrito de observaciones preliminares llamó la atención a las autoridades estatales sobre la indebida prestación de los servicios de salud en las cárceles, la no mejoría de las circunstancias de acceso a los servicios de salud de las comunidades afrodescendientes y la no efectividad de los servicios de salud reproductiva para las víctimas de violencia sexual en Cauca; c) En mayo de 2013 el gobierno de Colombia decretó estado de emergencia carcelaria, debido a las condiciones de insalubridad y el hacinamiento que es de 53.6%; d) En mayo de 2013, El Superintendente de Salud anunció que 15 EPS estaban intervenidas; 12 de las cuales están en proceso de liquidación y las 03 restantes, simplemente intervenidas.

² Me refiero a las dificultades de acceso, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud. Pero también a las dificultades que desde el punto de vista del litigio y la administración de justicia se tienen en torno a la materialización de este derecho, *verbi gratia*, la congestión judicial que se contraponen a la garantía del derecho a la rehabilitación oportuna de los enfermos y lesionados en su integridad física y psíquica.

³ Entre los diversos debates, cabe resaltar: Abramovich, Víctor y Courtis, Christian (2002) “*Los Derechos Sociales como Derechos Exigibles*”, Prólogo de Luigi Ferrajoli. Madrid: Trotta S.A.; Courtis, Christian y Ávila Santamaria, Ramiro –Editores- (2009) “*La Protección Judicial de los Derechos Sociales*”. Quito, Ecuador: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; Mejía Rivera, Joaquín (2009) “*Análisis de la Protección de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos Desde la Teoría y la Filosofía del Derecho*”, Tesis Doctoral, Universidad Carlos III de Madrid, Getafe; Alcedo, Carlos Iván Fuentes (2006). “Protegiendo el Derecho a la Salud en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos: Estudio Comparativo sobre su Justiciabilidad desde un Punto de Vista Sustantivo y Procesal”. *American University International Law Review*. Volumen 22, N°1, Pags. 7-33.

torno a las cuales los órganos interamericanos han concebido la protección del derecho a la salud en el trámite y resolución de casos⁴.

El presente texto no profundiza en esos debates, aunque reconoce que incluso en el seno de la Comisión y la Corte Interamericana, tales discusiones siguen suscitándose⁵; lo que aquí nos hemos propuesto es, de un lado describir con cierto detalle las situaciones de salud que han sido puestas en conocimiento de los Órganos Interamericanos, y de otra parte, analizar los estándares más significativos de protección del Derecho a la Salud que han sido desarrollados en el Sistema Regional.

Así las cosas, lo que se pretende es brindar a quien lee algunos de los contextos fácticos más significativos (de los muchos que han sido develados en el SIDH), para que a partir de su análisis, él o ella puedan reconocer alternativas de protección cautelar o definitiva del derecho a la salud. Adicionalmente se busca invitar a los Estados a reflexionar acerca de prácticas internas que pueden llegar a comprometer su responsabilidad internacional, a fin de que asuman con seriedad las obligaciones que ostentan en torno a la salud.

Para alcanzar ese objetivo, la investigación se enfocó en el estudio de las peticiones y casos que durante los años 1996 a 2013⁶ fueron tramitadas por la CIDH (según lo reportado en

---

⁴ Es de resaltar: Parra Vera, Oscar (2013). “La Protección del Derecho a la Salud a través de Casos Contenciosos ante el SIDH” en Clérico, L.; Ronconi, L.; Aldao, M.; *“Tratado de Derecho a la Salud”*. Buenos Aires: Abeledo Perrot. Pags. 761 a 798; Rodríguez Rescia, Víctor. *“Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el marco del Sistema Interamericano: Mecanismos para su protección”*; Rosi, Julieta (2002). “Módulo 30. El Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos y los DESC”, en *International Human Rights Internship Program (IHRIP)* y *Asian Forum for Human Rights and Development (Forum-Asia)*; *“Círculo de Derechos. Una herramienta de entrenamiento para el activismo en defensa de los derechos económicos, sociales, y culturales”*. Pags. 638 a a 658.

⁵ Voto concurrente de la Jueza Margarette Macaulay a la Sentencia de fondo, reparaciones y costas, del 31 de agosto de 2012, de la Corte IDH, Párrs. 6 y 15; Voto razonado del Juez Sergio García R. a la Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas del 22 de noviembre de 2007 de la Corte IDH, Párr. 2;

⁶ Los casos citados en este trabajo, fueron inicialmente identificados en los informes anuales de la Comisión, destacándose en éstos que sólo hasta el año 1996 se incluyó un capítulo referente a las peticiones que habían sido susceptibles de admisión y a las medidas cautelares decretadas, en tanto que en años anteriores sólo referenciaban las decisiones de fondo. Así las cosas y como quiera que uno de los propósitos era describir los pronunciamientos que en torno al derecho a la salud habían sido emitidos por los Órganos Interamericanos (tanto en contextos de gravedad y urgencia, como en el trámite y resolución de casos individuales) decidimos delimitar el objeto de la investigación al estudio de la jurisprudencia adoptada durante los años 1996 a 2013.

sus informes anuales), y de los pronunciamientos que en torno a los mismos efectuó la Corte IDH; luego se detuvo a identificar cuáles de esos eventos correspondían a situaciones de salud; paso seguido se concentró en la caracterización y descripción de las principales líneas de protección interamericana del derecho a la salud y por último en el análisis de los estándares más significativos que –en ese contexto- han sido desarrollados por los Órganos Interamericanos o acogidos del sistema Universal de Protección de Derechos Humanos.

Aunque hubiésemos querido hacerlo, la multiplicidad de temáticas nos impide referirnos *in extenso* a todos los eventos relacionados con el derecho a la salud que han sido conocidos por la Comisión y la Corte IDH; es por ello que decidimos enfocarnos en el estudio de cuatro escenarios, en los que consideramos se hace más recurrente y perceptible la vulneración del derecho a la salud: 1) seguridad social y salud laboral; 2) salud oportuna y acceso a rehabilitación adecuada; 3) contaminación ambiental y afecciones de salud en los pobladores de territorios susceptibles de explotación metalúrgica y minera, aledaños a zonas industriales y de almacenamiento de residuos tóxicos, y; 4) prestación de los servicios de salud y responsabilidad estatal internacional.

No obstante, se deja en evidencia en las tablas N°1 y 2 anexas, que existen sujetos y grupos especialmente salvaguardados por los Instrumentos Internacionales e Interamericanos, en torno a los cuales la CIDH y la Corte IDH han desarrollado importantes líneas de protección y estándares de salud diferencial: a) personas privadas de la libertad; b) mujeres gestantes; c) víctimas de violación, agresión y tortura; d) líderes sindicales y de movimientos feministas, disidentes políticos y activistas de derechos humanos; e) comunidades indígenas y afrodescendientes; f) personas en situación de desplazamiento; g) sobrevivientes de masacres; h) Enfermos VIH, e; i) inmigrantes y extranjeros. Esperamos poder analizar *in extenso* tales casos y estándares en futuros trabajos, por ahora consideramos útil además de pertinente, convocar a las víctimas y a los Estados, a reflexionar acerca de la importancia de adoptar medidas internas (eficaces y diferenciales) de protección del derecho a la salud en relación con estos sujetos y grupos poblacionales.

CAPÍTULO I. Seguridad Social y Salud Laboral

Previo a abordar el estudio de los casos que en el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos han sido tramitados con circunstancias fácticas y jurídicas relacionadas con afectación al derecho a la salud en contextos laborales o en el marco de una relación de trabajo, se torna pertinente recordar que conforme al literal (e) del artículo 3 del Convenio 155 de 1983 de la Organización Internacional del Trabajo “sobre seguridad y salud de los trabajadores”:

El término salud, en relación con el trabajo, abarca no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedad, sino también los elementos físicos y mentales que afectan a la salud y están directamente relacionados con la seguridad e higiene en el trabajo.

Que en el Párrafo 15 de la Observación General N°14, adoptada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales durante el 22º periodo de sesiones del 2000, se precisó que:

El mejoramiento de todos los aspectos de la higiene industrial (apartado b del párrafo 2 del artículo 12 del PIDESC) entraña, en particular, la adopción de medidas preventivas en lo que respecta a los accidentes laborales y enfermedades profesionales. Además la higiene industrial aspira a reducir al mínimo, en la medida en que ello sea razonablemente viable, las causas de los peligros para la salud resultantes del medio ambiente laboral.

Así mismo, que en el literal b) del artículo 45 de la Carta de la Organización de los Estados Americanos se estableció que:

Los Estados dedicarán sus máximos esfuerzos a la aplicación de los siguientes principios y mecanismos: b) El trabajo es un derecho y un deber social, otorga dignidad a quien lo realiza y debe prestarse en condiciones que, incluyendo un régimen de salarios justos, aseguren la vida, la salud y un nivel económico decoroso para el trabajador y su familia, tanto en sus años de trabajo como en su vejez, o cuando cualquier circunstancia lo prive de la posibilidad de trabajar.

Y que conforme al artículo 9.2 del Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”:

Cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia de maternidad antes y después del parto.

Lo anterior con el objeto de precisar, que la salud en el escenario laboral no solo ha sido concebida por el *corpus juris* internacional como un derecho de las y los trabajadores, sino también como una obligación especial de los Estados, que se materializa principalmente en la prevención de afecciones de salud, garantía de seguridad e higiene en el trabajo, y protección en los casos de enfermedad, en especial cuando ésta imposibilita al empleado para trabajar.

En suma, se tiene que el objetivo de la salud laboral es la prevención y mantenimiento del más alto grado posible de bienestar físico, mental y social de las y los trabajadores de todas las profesiones.

Dicho esto, es menester destacar que en el periodo comprendido entre los años 1996 y 2013, han sido tramitados por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 04 casos con circunstancias fácticas y jurídicas relacionadas con la afectación de la salud en el escenario laboral; me refiero a eventos de imputación de responsabilidad estatal internacional por: 1) omisión de supervisión de las condiciones de trabajo y no adopción de medidas de seguridad social y salud pública que garanticen la vida e integridad de los buzos miskitos; 2) retiro del servicio activo a causa de enfermedad y suspensión de asistencia médica y tratamiento antirretroviral a dos integrantes del ejército que padecían de VIH, además de la omisión de guardar la debida confidencialidad del estado de salud de las víctimas; 3) reclutamiento ilegal de un niño de 15 años y la omisión en la realización de los

exámenes médicos necesarios para determinar si éste se encontraba en condiciones de salud aptas para la prestación del servicio militar obligatorio, y; 4) la denegación de licencia de maternidad a una funcionaria pública por su condición de madre adoptiva, y la consecuente omisión de adopción de medidas de protección a la maternidad no biológica y al desarrollo saludable del infante.

1.1 Omisión de supervisión de condiciones de trabajo y no adopción de medidas de seguridad social y salud pública que garanticen la vida e integridad del pueblo indígena Miskitu (en general) y de los buzos miskitos (en especial).

*Opario Lemoth Morris y Otros –Buzos Miskitos- Vs. Honduras*⁷

En lo que concierne a las circunstancias fácticas del caso, se tiene que el Pueblo Miskitu (en su mayoría) habita en el Departamento de Gracias a Dios; región conocida como La Mosquitia Hondureña, una de las zonas más marginadas de Honduras y aislada geográficamente, en donde la pesca submarina es la principal actividad económica. Pero esa actividad pesquera y el reconocimiento mundial del que goza el pueblo miskitu (dada su capacidad de inmersión innata), también ha traído consigo –según los peticionarios- un escenario de explotación laboral en el que las empresas pesqueras someten a los buzos miskitos a trabajar en condiciones inhumanas, sin la debida capacitación, garantías de seguridad y salud ocupacional, obligándoles a descender a mayores profundidades y a estar sumergidos por más tiempo, contradiciendo las normas básicas de buceo, a riesgo de sufrir el síndrome de descompresión y otros accidentes laborales que sistemáticamente vienen ocasionándoles discapacidad e incluso la muerte.

Es de resaltar que en la petición se alegó que el Estado de Honduras ha omitido adoptar una política integral de seguridad social y salud pública con el objeto de supervisar las condiciones de trabajo en que se desarrolla la explotación submarina en el Departamento

---

⁷ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de admisibilidad N°121/2009. Petición 1186-04.

Gracias a Dios, y que en consecuencia es responsable de la vulneración del derecho a la vida de 26 buzos (01 de ellos menor de edad, desaparecido, del cual se presume su muerte) y a la integridad personal de 22 buzos.

Los peticionarios indican que lo anterior ha provocado una violación sistemática de los derechos fundamentales de los buzos miskitos y dada la proporción y gravedad de los hechos, ha afectado la integridad misma del Pueblo Miskitu, toda vez que “según estadísticas del Ministerio de Salud de Honduras, el 47% de los casi 9000 buzos que habitan en la Mosquitia han quedado lisiados como consecuencia de síndrome de descompresión” y que “los buzos discapacitados no cuentan con seguridad social, ni posibilidad de rehabilitación, y no tienen la oportunidad de realizar una actividad laboral de subsistencia; circunstancia que les coloca en situación de pobreza extrema que afecta a su familia” (párr. 11).

El Estado por su parte, manifestó garantizar la promoción de salud, la prevención de la discapacidad, y la reparación integral de los buzos afectados por su actividad en la pesca submarina. Así mismo afirmó contar con políticas de seguridad social, salud y trabajo dirigidas a la población dedicada a la pesca submarina y a la regulación de las relaciones laborales entre patronos y trabajadores (Párr. 24).

17(...) La situación planteada en la petición como violaciones graves y sistemáticas, calificada por los peticionarios como “tragedia humana” no es desconocida ni escapa a la preocupación del Estado (...) No obstante, afirma que la naturaleza de la actividad que realizan los buzos miskitos, así como los aspectos culturales propios de su pueblo, han vuelto más compleja la efectiva aplicación de la normativa que regula las condiciones de higiene y seguridad ocupacional de los trabajadores de la pesca {para} prevenir los accidentes.

Finalmente, el Estado solicitó la declaratoria de inadmisibilidad de la petición por no agotamiento de los recursos internos (Párr. 24); ante lo cual los representantes de las presuntas víctimas expusieron que:

14. La mayoría de los buzos o sus familiares se han visto impedidos de acceder a los recursos de jurisdicción interna, debido a las condiciones de extrema pobreza en que viven, bajos niveles de educación, falta de información, la ubicación geográfica de la Mosquitia y los altos costos del proceso que implica desplazarse a las sedes administrativas o judiciales, la obligatoriedad de contar con representación legal y ausencia de traducción en los procesos administrativos y judiciales internos, así como la condición de invalidez de los buzos en la mayoría de los casos.

Al efectuar el estudio de admisibilidad, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *prima facie* advirtió que si bien no tiene competencia directa para aplicar los Convenios de la OIT, sí debe utilizarlos como pauta de interpretación de las obligaciones convencionales, a la luz de lo establecido en el artículo 29 de la Convención Americana (Párr. 28).

Luego, denegó la excepción formulada por el Estado (no agotamiento previo de los recursos internos), bajo el entendido que los mecanismos existentes en la legislación hondureña eran inadecuados e ineficaces (Párrs. 29 a 41). Nos detendremos en este punto, a fin de destacar las importantes valoraciones que en torno a la inaccesibilidad del pueblo Miskitu a los recursos internos, efectuó la Comisión Interamericana de Derechos Humanos:

37. La Comisión observa que si bien la legislación hondureña prevé procedimientos para denunciar violaciones al derecho a la vida y a la integridad personal, así como procedimientos para reclamar derechos laborales, estos mecanismos no serían adecuados ni efectivos en el Departamento de Gracias a Dios. Lo anterior, debido a que los procedimientos no contemplan las particularidades propias del pueblo Miskitu. En especial, en el presente caso la Comisión observa que los recursos a disposición de las presuntas víctimas no consideran la especial situación de vulnerabilidad de los buzos miskitos y de sus familias, por su situación de pobreza, discapacidad, aislamiento geográfico y ausencia de traducción a la lengua materna de los diferentes procedimientos, todo lo anterior les habría imposibilitado acceder a dichos recursos.

Para llegar a la anterior conclusión, el Órgano Interamericano analizó entre otras cosas que: i) al Departamento de Gracias a Dios sólo se puede acceder por vía aérea o marítima; ii) el traslado a los lugares donde funcionan las Altas Cortes sólo es posible en avionetas; iii)

dicho traslado implica costos que redundan la situación económica del pueblo miskitu; iv) las avionetas existentes en la comunidad no se encuentran habilitadas para transportar población discapacitada, y; v) en suma, que no están dadas las condiciones para que los buzos miskitos discapacitados puedan acceder a la justicia.

Ahora bien, en lo que concierne al juicio de admisibilidad en estricto sentido, se tiene que para la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, de llegar a ser probados los hechos de la petición, se configuraría responsabilidad internacional del Estado de Honduras: a) por la no adopción de medidas de seguridad social, salud pública y de trabajo, que garanticen el derecho a la vida y a la integridad personal de los buzos miskitos en el Departamento de Gracias a Dios; b) porque esa omisión tuvo tal prolongación en el tiempo, y trascendencia, que habría implicado que parte sustancial del pueblo indígena miskitu haya padecido accidentes laborales y sufrido de discapacidades parciales permanentes e inclusive la muerte; c) porque de acuerdo con los hechos alegados, las condiciones laborales de los buzos miskitos no reunirían, siquiera, las mínimas condiciones para asegurar su vida e integridad personal, y; d) por cuanto lo anterior aunado a la falta de asistencia médica y servicios de rehabilitación, la denegación de justicia y falta de reparación, habría puesto en riesgo la integridad del pueblo miskitu en Honduras, y caracterizado violación de los artículos 4, 5, 6.2, 8, 17.1, 19, 24, 25, 26, en relación con el artículo 1.1 y 2 de la Convención Americana de Derechos Humanos⁸ (Párrs. 45 a 52).

Nótese, que pese a que en principio, quien tenía la obligación de preservar la integridad de sus trabajadores era una empresa privada pesquera, el Estado de Honduras fue convocado a juicio de responsabilidad internacional por haber asumido una conducta omisiva en torno a sus deberes (de supervisión de condiciones de trabajo, y adopción de políticas integrales de seguridad social y salud pública); en otras palabras, por haber propiciado un ambiente de

---

⁸ Los artículos en cita refieren a: i) los derechos a la vida, integridad personal, a no ser sometido a trabajos forzosos, garantías judiciales, protección de la familia, derechos del niño, igualdad, protección judicial y desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales, y a; ii) las obligaciones estatales de respeto y garantía de tales derechos, además del deber de adoptar disposiciones de derecho interno.

desprotección laboral en el que los patronos podían tranquilamente “ondear las bandera del todo vale”, sometiendo a sus trabajadores a condiciones precarias e insalubres.

1.2 Retiro del servicio activo a causa de enfermedad, suspensión de asistencia médica y tratamiento antirretroviral, y omisión de confidencialidad sobre el estado de salud de dos militares portadores de VIH.

*J.S.C.H. y M.G.S. Vs. México*⁹

La descripción de los hechos efectuada por los peticionarios, bien puede resumirse así: i) el subteniente J.S.C.H y el cabo M.G.S. fueron dados de baja del Ejército Mexicano por padecer de VIH; ii) tal destitución obedece a una práctica sistemática de discriminación contra los uniformados portadores de VIH; iii) la baja de la vida militar trajo consigo la pérdida del derecho a recibir asistencia médica y los medicamentos esenciales para un adecuado y oportuno tratamiento de VIH, además de la cesación de cotización a seguridad social y el no pago de emolumentos salariales y prestacionales; iv) el Estado omitió guardar la debida confidencialidad sobre el estado de salud de los señores J.S.C.H. y M.G.S., en tanto el Servicio Médico Asistencial de la Secretaría de Defensa expidió y repartió copias de los resultados médicos a diversas autoridades militares, señalándolos como portadores de VIH, sin contar con su consentimiento previo. Según los peticionarios, lo anterior caracteriza vulneración de los derechos a la vida, la integridad física y corporal y a la salud de las presuntas víctimas.

Por su parte, el Estado Mexicano expuso que si bien en la legislación interna se encuentra prevista la causal de retiro del servicio militar activo por “inutilidad originada en enfermedad no susceptible de tratamiento”, no es cierto que en el país exista una política discriminatoria contra los uniformados portadores de VIH. Y en lo que concierne a la

---

⁹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de admisibilidad N°02/2009. Peticiones 302 y 386-04.

patología padecida por los señores J.S.C.H. y M.G.S., aseguró haber adoptado las siguientes medidas:

67. Primero, estableció contacto inmediato con el representante de los peticionarios, una vez que tuvo conocimiento de las peticiones. Como consecuencia se estableció la necesidad de suministrar a las presuntas víctimas la atención y medicamentos que requieren de manera urgente. Segundo, se determinó que el gobierno federal sea el encargado de proporcionar dicha atención y control del VIH-SIDA, en forma inmediata, en particular medicamentos y tratamientos necesarios. Por último, se avanzaron las gestiones para la celebración de un convenio entre las Secretarías de Salud y de la Defensa Nacional, con el fin de garantizar que las personas que han causado baja del Ejército Mexicano, no tengan que padecer la privación del medicamento y tratamiento que el VIH-SIDA requiere.

Finalmente, el Estado: a) agregó haber puesto a disposición de las presuntas víctimas las clínicas especializadas del Distrito Federal, donde pueden recibir la atención y tratamiento inmediatos ajustados a las necesidades que su caso requiere; b) señaló que la Secretaría de Relaciones Exteriores (previo consentimiento de las víctimas) se comprometió a acompañar a los señores J.S.C.H. y M.G.S. a sus primeras citas en las clínicas especializadas, a fin de garantizar la debida prestación del servicio; y c) afirmó, -en todo caso- contar con una política de distribución gratuita de antirretrovirales para las personas que lo requieren, indistintamente de su condición de aseguramiento.

Ahora bien, al efectuar el estudio de admisibilidad de la petición, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos consideró que: i) de llegarse a acreditar el nexo de causalidad directo entre “la baja del activo y alta en situación de retiro” de los señores J.S.C.H. y M.G.S., y la supuesta suspensión del tratamiento médico oportuno y adecuado se caracterizaría una violación al derecho a la integridad personal consagrado en el artículo 5.1 de la Convención Americana en relación con el artículo 1.1 de dicho instrumento; y que ii) de ser ciertas las alegaciones de los peticionarios sobre la divulgación de los agentes estatales del estado de salud de las presuntas víctimas sin guardar la debida confidencialidad, podría configurarse violación al artículo 11 en relación con el artículo 1.1

de la Convención. Por último, el Órgano Interamericano aclaró que aunque carece de competencia para establecer violaciones de los artículos 3, 6.1, 9.1, 9.2 y 10.1 y 10.2 del Protocolo de San Salvador¹⁰, tomará en consideración las normas referentes a estos derechos en su análisis sobre el fondo del caso, conforme a lo establecido en el artículo 29 de la Convención Americana¹¹.

1.3 Omisión de realización de exámenes de aptitud de salud para la prestación del servicio militar obligatorio.

*Víctor Hugo Maciel Vs. Paraguay*¹²

Dadas las características del caso, debe comenzarse por hacerse referencia a lo expuesto por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en los párrafos 51 a 62 del informe de fondo N°85/2009, en lo que concierne al reconocimiento que el derecho internacional e interamericano han hecho del “reclutamiento forzoso u obligatorio de niños para utilizarlos en conflictos armados, como una de las peores formas de trabajo infantil”¹³ y una “situación pura y simplemente similar a la esclavitud y la servidumbre forzada”¹⁴.

Ahora bien, los supuestos bajo los que se imputa responsabilidad estatal internacional a Paraguay, en el presente asunto son dos: 1. Reclutamiento ilegal de un niño de 15 años, y; 2. Omisión en la realización de los exámenes médicos necesarios para determinar si el menor se encontraba en condiciones de salud aptas para la prestación del servicio militar obligatorio.

---

¹⁰ Los artículos en cita refieren a los derechos a la no discriminación, trabajo, seguridad social y a la salud.

¹¹ Se refiere a la interpretación de los artículos del Protocolo de San Salvador en la medida que sean relevantes para la aplicación de la Convención Americana.

¹² Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de fondo N°85/2009 – Acuerdo de Cumplimiento Solución Amistosa. Caso 11607.

¹³ OIT, Convenio N°182 sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación.

¹⁴ CIDH, Informe anual de 1996 – capítulo 6 – estudios especiales.

Las circunstancias fácticas del asunto, bien pueden resumirse así:

El menor Víctor Hugo Maciel residía en la Provincia de Pirapey y tenía 15 años de edad, cuando fue reclutado por miembros de las fuerzas armadas Paraguayas, quienes se lo llevaron a prestar servicio militar obligatorio, sin el consentimiento de sus padres.

El 02 de octubre de 1995, el niño Maciel empezó a sentirse mal y con fiebre, debido aparentemente a un resfriado. No obstante fue sometido por sus superiores a una sobrecarga de actividades físicas, conocida en Paraguay como “Descuereo” en castigo por una falta cometida durante los llamados “ejercicios de orden cerrado”. Al intentar cumplir el castigo, el niño cayó desvanecido, siendo trasladado al Hospital, en donde falleció.

Inicialmente le fue informado a la familia del menor que la muerte de Víctor Maciel se dio por causas súbitas, pero con posterioridad, los resultados de la autopsia concluyeron que “el niño padecía de una enfermedad de chagas con localización cardíaca leve compensada, que le hubiera permitido vivir por un buen tiempo más, si llevaba una vida más o menos tranquila”, que “falleció por cardiopatía dilatada de tipo chagásica” y que lo que “precipitó su muerte súbita fue el sobreesfuerzo físico exagerado al que fue sometido y que sobrepaso la reserva funcional de su corazón, ya disminuida por la enfermedad, provocándole una insuficiencia cardíaca aguda fatal” (Párrs. 20 y 21)

Los peticionarios sostienen que “de acuerdo a la documentación de la Dirección del Servicio de Reclutamiento y Movilización, Víctor Hugo Maciel fue considerado apto para la prestación del servicio militar obligatorio”, pese a que con posterioridad a su fallecimiento se probó que al momento de ser reclutado para el servicio militar el niño padecía de mal de chagas, “enfermedad que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se detecta en poblaciones latinoamericanas viviendo en condiciones precarias de habitación y expuestas al contagio por el insecto transmisor del protozooario causador de este fenómeno” (Párrs. 11 y 91) .

El 29 de diciembre de 1997, los padres del niño Maciel presentaron querrela formal contra los médicos responsables por la inspección médica previa al alistamiento del menor, bajo el entendido que de haber sido efectuada una adecuada valoración médica, se habría concluido que Víctor no se encontraba apto para la prestación del servicio militar. Máxime cuando las manifestaciones más evidentes de la enfermedad chagásica se relacionan con alteraciones del corazón, y el entorno social, geográfico y económico del que provenía el menor, sugerían descartar tal patología.

Finalmente indican las víctimas que:

28. La calidad de control médico de los alistados al servicio militar es deficiente y agregan que en las fuerzas armadas de Paraguay se infligen castigos y se somete a los soldados a actividades físicas dañosas tanto en lo psicológico como en lo físico.

Por su parte el Estado se allanó parcialmente al alegato de violación al derecho a la vida efectuado por los peticionarios y reconoció su responsabilidad internacional por haber omitido realizar un adecuado examen médico que detectase la enfermedad que padecía Víctor Hugo Maciel al momento de su reclutamiento.

En ese sentido, manifestó estar dispuesto a compensar a los familiares de la víctima directa y destacó que en el proceso de solución amistosa se lograron avances significativos en aspectos de servicio militar en Paraguay; en especial, se logró el mejoramiento en la verificación de las condiciones de salud de los alistados y la reducción significativa de la presencia de los niños en situación irregular prestando el servicio militar obligatorio.

Es relevante para el caso, que el 15 de septiembre de 2004, la CIDH solicitó a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) una opinión técnica sobre estándares internacionales y otros aspectos especializados relacionados con la enfermedad de chagas. Dicha opinión técnica fue recibida por la CIDH el 25 de febrero de 2005 y es del siguiente tenor literal:

128. En relación a la pregunta de ¿cuáles serían los efectos de exponer a un niño de 16 años, con mal de chagas en estado crónico y con cardiopatía dilatada, a constantes e intensos ejercicios físicos?: Lo que más importa calificar y tipificar es la cardiopatía dilatada, y no la probable o confirmada etiología chagásica de la misma. Se debe tener una correcta y concreta definición y evaluación médica de esa cardiopatía dilatada, así como una evaluación lesional implícita e intrínseca para el caso considerado, y en función de ella condicionar la frecuencia e intensidad de los ejercicios físicos posibles y/o tolerables para la persona afectada.

Y que como parte del procedimiento de solución amistosa desarrollado en este asunto, se constituyó una Comisión Interinstitucional Mixta (integrada por representantes gubernamentales y de la sociedad civil), para evaluar la situación del servicio militar obligatorio en el Paraguay; quienes verificaron *in situ* destacamentos militares en distintas regiones del país, dando especial atención a la edad de los alistados, y a las condiciones de vida y salud durante el servicio; y detectaron “192 casos de niños alistados irregularmente, 23 casos de conscriptos con problemas médicos, 32 falsificaciones de documentos y 07 casos de conscriptos indígenas” (Párr. 77).

La Comisión Interamericana al efectuar el análisis de fondo del asunto recordó que: i) la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que “la circunstancia de haber niños involucrados, obliga a la aplicación de un estándar más alto para la calificación de acciones que atenten contra su integridad personal”¹⁵ y precisó que dadas las circunstancias específicas del caso, y toda vez que el Estado omitió efectuar a Víctor Hugo Maciel, de manera previa a su incorporación al servicio militar, los respectivos exámenes médicos que hubieran indicado que éste se encontraba incapacitado para prestar el servicio militar obligatorio, “debe concluirse que el Estado Paraguayo violó en su perjuicio el derecho a la integridad personal consagrado en el artículo 5 de la Convención Americana” (Párrs. 114 y 115); ii) así mismo, que en relación con el derecho a la vida, la Corte Interamericana ha precisado que “la condición de garante del Estado con respecto a este derecho le obliga a prevenir situaciones que pudieran conducir, por acción u omisión a la afectación de

---

¹⁵ Corte IDH, Caso de los hermanos Gómez Paquiyauri. Sentencia del 08 de julio de 2004, párrafo 170.

aquél”¹⁶ y que en aplicación de las anteriores consideraciones al presente caso, se observa que “el Estado Paraguayo no cumplió con su obligación de garantizar tal derecho a la vida de Víctor Hugo Maciel, toda vez que no previno que se produjese tal violación, al omitir los exámenes médicos apropiados que debió efectuar antes de someterlo al servicio militar obligatorio” (Párr. 124) y finalmente que “en el caso de Víctor Hugo Maciel, el someterlo al servicio militar obligatorio acabó con su vida, toda vez que la enfermedad de mal de chagas había afectado su corazón, y al imponerle un intenso esfuerzo físico que su corazón no estaba en condiciones de soportar, se ocasionó su muerte” (Párr. 126).

A petición de las partes, el 13 de julio de 2005 se inició formalmente el proceso de solución amistosa, en el que además de efectuarse un reconocimiento de responsabilidad internacional, se adoptaron una serie de medidas de garantía de justicia, satisfacción, reparación pecuniaria y de no repetición.

Por su importancia para la temática, nos detendremos a citar *in extenso* una de las medidas de garantía de no repetición que fue concertada por las víctimas y el Estado, con el aval de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos:

185. N°4, Literal e). Ordenar la realización de exámenes médicos integrales obligatorios, antes, durante y previo al licenciamiento de la prestación del servicio militar, a todos los ingresantes, por un médico matriculado, quien deberá elaborar una ficha médica donde se registren todas las informaciones médicas pertinentes. En cumplimiento de esta cláusula, se han emitido las Circulares N°8 y 146, ambas del 14 de julio de 2005, a través de la cual se ordena el examen médico previo al ingreso al servicio militar, y un mes antes de su culminación.

Por último, realizando una breve recopilación de lo expuesto, vale la pena resaltar: i) la importante participación de la Organización Panamericana de la Salud en este asunto, toda vez que a petición de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, fungió como perito técnico internacional, emitiendo un concepto especializado sobre la enfermedad que

---

¹⁶ Corte IDH, Caso de los hermanos Gómez Paquiyauri. Sentencia del 08 de julio de 2004, párrafo 124.

padecía la víctima, y; ii) que el trámite surtido ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos concluyó con el reconocimiento estatal internacional de responsabilidad por omisión en la realización de exámenes médicos integrales de alistamiento, y la adopción al interior del país de medidas reales de garantía de no repetición.

1.4 Denegación de licencia de maternidad a funcionaria pública, dada su condición de madre adoptiva y omisión de adopción de medidas de protección a la maternidad no biológica y al desarrollo saludable del infante.

*Fátima Regina Nascimento de Oliveira Vs. Brasil*¹⁷

Comiencese por decir, que se hace prudente la citación de éste caso en el acápite de seguridad social y salud laboral, bajo el entendido que las circunstancias fácticas que dieron origen a la presunta vulneración del derecho a la protección a la maternidad no biológica y al desarrollo saludable del infante, versan sobre la denegación de licencia de maternidad a una funcionaria pública del Estado de Brasil, quien adoptó a su hija desde el día en que ésta nació -conforme a la decisión de un Juez de menores-. Y a quien, el establecimiento público de salud, y luego la jurisdicción interna le impidió gozar de la licencia de maternidad, so pretexto de que “no se extiende a la madre adoptiva el derecho establecido en la constitución federal, en beneficio de la empleada embarazada” (Párr. 9).

En consecuencia, los supuestos sobre los que se imputa responsabilidad internacional al Estado de Brasil en el presente asunto, son dos: 1. Denegación de licencia de maternidad a una funcionaria pública, por su condición de madre adoptiva, y; 2. Omisión de adopción de medidas de protección a la maternidad no biológica y al desarrollo saludable del infante.

---

¹⁷ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°7/2010, Petición 12378.

Ahora bien, en el trámite de la petición, los representantes de las presuntas víctimas sostuvieron que, tanto la prescripción normativa como las decisiones judiciales internas adoptadas son violatorias de la Convención Americana en tanto patrocinan un tratamiento diferenciado discriminatorio a las madres no gestantes, y atentan contra la naturaleza misma de la institución de “licencia de maternidad”, cuyo objetivo debería ser la protección del desarrollo saludable del infante (Parrs. 10 y 11).

El Estado por su parte guardó silencio en el término de traslado, pero con posterioridad informó a la Comisión que a nivel interno se habrían introducido reformas legislativas tendientes a hacer extensiva la licencia de maternidad a la madre no biológica.

Finalmente, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos decidió admitir el caso, indicando que de ser ciertos los hechos referentes a la presuntamente injustificada distinción efectuada entre familia adoptiva y natural, madre adoptiva y biológica e hijos naturales y adoptivos, para la concesión de la licencia de embarazo, podrían caracterizar violaciones del derecho a la igualdad ante la ley, la protección a la familia y a la niñez (artículos 24, 17 y 19 de la Convención Americana de Derechos Humanos).

Como pudo advertirse, los cuatro casos descritos, que han sido tramitados ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, no sólo tienen en común la afectación del derecho a la salud y a la seguridad social en contextos laborales, sino también, el título de imputación por “Omisión” (a. de supervisión de condiciones de trabajo y adopción de políticas integrales de seguridad social y salud pública; b. de asistencia médica y confidencialidad sobre el estado de salud de las víctimas; c. de realización de exámenes médicos de aptitud de salud para la prestación del servicio militar obligatorio, y; d. de adopción de medidas de protección a la maternidad no biológica y al desarrollo saludable del infante), en torno al cual en los distintos escenarios se viene edificando un juicio de responsabilidad internacional contra los Estados de Honduras, México, Paraguay y Brasil.

Al respecto, se torna pertinente traer a colación lo señalado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la Observación General N°14, adoptada durante el 22° periodo de sesiones del 2000:

49. Los Estados también pueden conculcar el derecho a la salud al no adoptar las medidas necesarias dimanantes de las obligaciones legales. Entre las violaciones por *actos de omisión* figuran el no adoptar las medidas apropiadas para dar plena efectividad al derecho universal a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, el no contar con una política nacional sobre la seguridad y la salud en el empleo, y el no hacer cumplir las leyes pertinentes.

CAPÍTULO II. Salud Oportuna y Acceso a Rehabilitación Adecuada

En la Observación General N°14, adoptada durante el 22° periodo de sesiones del 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales precisó que:

17. “La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (apartado d del párrafo 2 del artículo 12 del PIDESC), tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación.

Por su parte, el artículo 18 de la Convención Americana de Derechos Humanos, establece que “toda persona afectada con 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”.

Y la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, prevé para los Estados: i) la obligación de trabajar prioritariamente en “la detección temprana e intervención, tratamiento, rehabilitación, educación, formación ocupacional y el suministro de servicios globales para asegurar un nivel óptimo de independencia y de calidad de vida para las personas con discapacidad” (literal b del N°2 del artículo III), y; ii) el deber de colaboración efectiva en “la

investigación científica y tecnológica relacionada con la prevención de las discapacidades, el tratamiento, la rehabilitación e integración a la sociedad de las personas con discapacidad” (literal a del N°2 del artículo IV).

Ahora bien, en el periodo comprendido entre los años 1996 y 2013, han sido tramitados en el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos: i) 03 casos cuyas circunstancias fácticas se relacionan con la obstrucción de acceso a servicios de rehabilitación como consecuencia de la no adopción de medidas de garantía y protección judicial en beneficio de las víctimas de accidentes y mala praxis médica; ii) 06 casos de personas privadas de la libertad, a quienes los Estados presuntamente han omitido brindar oportuna asistencia médica y tratamiento, lo cual les ha expuesto a daños permanentes en su salud o irrogado perjuicios; iii) 01 evento relacionado con la imperiosa necesidad de prestación oportuna de servicios de salud física y psicológica a víctimas de violencia sexual y las consecuencias negativas de su no prestación; iv) 01 caso relacionado con la garantía de condiciones médicas necesarias para que un niño que padecía de encefalopatía crónica no evolutiva pudiese desarrollar una vida con calidad y dignidad, y; v) 02 casos de mujeres en estado de gravidez que padecen enfermedades crónicas, en torno a quienes se analizan los efectos del transcurso del tiempo sin la implementación del tratamiento médico prescrito por sus especialistas.

De otro lado, se torna pertinente referir que el componente de rehabilitación no sólo ha venido siendo abordado por los Órganos Interamericanos en los casos relacionados con afectación del derecho a la salud, sino también en los eventos en que la gravedad de los hechos sugiere de la adopción de medidas de reparación, consistente en asistencia médica y psicológica a las víctimas. En este sentido, nos referiremos *grosso modo* y de manera exclusiva a los casos en los que Colombia viene siendo objeto de verificación de cumplimiento de medidas de rehabilitación por parte de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

2.1 Obstrucción de acceso a rehabilitación oportuna como consecuencia de la no adopción de medidas de garantía y protección judicial en relación con las víctimas de accidentes y mala praxis médica.

Los casos a los que haremos referencia, tienen los siguientes patrones comunes: a) circunstancias fácticas relacionadas con eventos accidentales o de negligencia médica que derivaron en daños permanentes en la salud de las víctimas; b) Imputación de responsabilidad estatal internacional por la no adopción de medidas oportunas de garantía y protección judicial en beneficio de las y los afectados en tales eventos; c) la relación inversamente proporcional que existe entre el transcurso del tiempo y la probabilidad de rehabilitación física y psicológica de las víctimas; es decir, a mayor demora en la determinación de responsabilidad y reparación de perjuicios, asistencia y tratamiento médico, menor probabilidad de rehabilitación física y psíquica de las y los perjudicados; d) la calidad de infantes que ostentaban las y los afectados al momento de ocurrencia de los hechos, y los desafortunados efectos que en la salud, desarrollo personal, vida y dignidad de estos niños trajo consigo la demora judicial interna, por cuanto presuntamente se les habría limitado el acceso a los cuidados y tratamientos especiales y costosos que requerían, y; e) la imputación de responsabilidad estatal internacional por el no acompañamiento y orientación a la familia de los lesionados, en tanto tal omisión generó efectos negativos en el normal funcionamiento familiar y derivó en afectación del proceso de rehabilitación.

Analía Verónica Tapia y Familia Vs. Argentina¹⁸

Según narran los peticionarios, Analía Verónica Tapia fue víctima de mala *praxis* médica o negligencia cometida por el personal sanitario de un hospital privado, durante su nacimiento.

Lo anterior como quiera que: i. en el parto no hubo una adecuada atención médica para su señora madre, toda vez que en ausencia de control profesional, le inyectaron oxitocina a pesar de haber roto fuente y tener el cuello del útero casi borrado, y luego permitieron que

---

¹⁸ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°6/2012, Petición P-93-05

trascurriese demasiado tiempo antes del traslado a la sala de partos, al punto que cuando estaba siendo transportada por una enfermera en una silla de ruedas, la madre gestante dio a luz –en pleno recorrido–, expulsando a la bebé, la cual cayó fuertemente al piso para luego ser atropellada por la propia silla de ruedas; ii. El incidente le generó a la menor atrofia cerebral irreversible, atraso mental y un profundo sangrado, toda vez que el golpe principalmente lo recibió en la zona frontal izquierda de la cabeza, y que por la velocidad con que trasladaban a su señora madre, al caer, el cordón umbilical se cortó a ras; iii. Pese a la gravedad de los hechos, la menor no recibió asistencia médica inmediata en ese hospital, por el contrario, trascurrieron varios minutos antes de que el personal sanitario acudiese a atender a la bebe, quien durante ese tiempo refirió serias dificultades para respirar (Párrs. 11 a 15).

Se infiere de la petición, que el mismo año en que ocurrieron los hechos (1979), el padre de Analía Verónica presentó denuncia penal contra el personal médico y asistencial del centro de salud; que en 1980 dio inicio a un proceso civil contra el Hospital Privado, y que lo cierto es que habiendo transcurrido más de 32 años, en la jurisdicción interna no se han emitido sentencias ni los responsables han resarcido en modo alguno el daño ocasionado a la niña y sus padres (Párrs. 16 a 24).

En el trámite de este asunto ante la Comisión, la República de Argentina propuso un acuerdo de solución amistosa, en el que entre otras cosas ofreció a las víctimas apoyo humanitario, consistente en acompañamiento médico y auxilio social. No obstante, tal intento de acuerdo fue frustrado toda vez que las partes se negaron conciliar la pretensión resarcitoria del daño.

Es de destacar, que al admitir la petición, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos consideró que: a) si bien el reclamo principal giraba en torno a la presunta falta de garantía del deber de protección judicial por el retardo injustificado en la determinación de la responsabilidad y reparación de los perjuicios causados a Analía Verónica Tapia y sus padres, debería analizarse también si los hechos que tuvieron lugar el 06 de julio de 1979,

en el hospital privado, y que los peticionarios narran como negligencias médicas, caracterizan o no violaciones de los derechos consagrados en los artículos 5, 8 y 25 de la Convención Americana de Derechos Humanos; y que b) toda vez que la presunta víctima habría sufrido una serie de perjuicios cuando era una niña y que las consecuencias de la demora judicial, le habrían limitado el acceso a los cuidados y tratamientos especiales y costosos que presuntamente requería desde el momento de los hechos, a su vez debería analizarse, si se configura o no violación del artículo 19 de la Convención Americana; todos estos derechos, en relación con las obligaciones estatales de respeto y garantía de que trata el artículo 1.1 del mismo instrumento.

*Raúl Morales Catalán y Otros Vs. Guatemala*¹⁹

Se infiere de la petición que el 16 de julio de 1998, los hermanos Javier Ernesto y José Raúl Morales Vera, de 2 y 4 años respectivamente, resultaron gravemente lesionados en un accidente automovilístico, mientras se trasladaban en un microbús hacia la escuela.

Como consecuencia del siniestro, el menor Javier Ernesto perdió la movilidad en su índice derecho y tiene un impedimento del 20% de funcionalidad de la mano, mientras que José Raúl (quien recibió múltiples golpes) refiere alteración de la estructura ósea, acortamiento de fémur y desviación de la columna vertebral.

Indica el peticionario, que los hermanos Morales Vera han sido sometidos a múltiples intervenciones quirúrgicas, que aún se encuentran pendientes algunas cirugías reconstructivas y que aunque ha intentado solventar altos gastos en servicios médicos y tratamientos, su precaria situación económica le ha impedido someter a los menores a las operaciones requeridas.

---

¹⁹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°120/2009, Petición 270-01

Adicionalmente alega que si bien en la jurisdicción interna se profirió condena contra algunos de los responsables de los hechos, no se habrían adoptado verdaderas medidas de reparación en beneficio de los menores.

18. El peticionario indica que la imposibilidad de obtener la reparación indemnizatoria de sus hijos representa una denegación de justicia por parte del sistema legal del Estado, haciendo imposible obtener los medios económicos para pagar las intervenciones quirúrgicas necesarias para la rehabilitación y curación de sus hijos.

20. (así mismo) sostiene que el Estado no ha agotado las medidas adecuadas para compensar los daños sufridos por las presuntas víctimas, los cuales han afectado gravemente su desarrollo personal.

Por su parte, el Estado de Guatemala solicitó a la Comisión declarar inadmisibile el presente asunto, bajo el entendido que: i) en la jurisdicción interna ya habían sido adoptadas decisiones en favor de las víctimas, y que; ii) los efectos de la demora en la ejecución de las sentencias no podían ser imputables al Estado, en tanto su incumplimiento recaía sobre las personas particulares que resultaron condenadas en sede penal y civil.

Ahora bien, la comisión Interamericana de Derechos Humanos, tras valorar que habían transcurrido más de 11 años desde la ocurrencia del accidente, sin que se lograra la satisfacción de las reparaciones civiles ordenadas por la justicia interna, consideró aplicable para el caso, la excepción de agotamiento a los recursos internos, prevista en el artículo 46.2.c de la Convención Americana²⁰.

Y en cuanto al fondo del asunto dispuso:

En particular, la Comisión considera que las alegadas dificultades en acceder a la reparación ordenada por los tribunales de justicia por las lesiones causadas en un accidente a los niños Morales Vera, podría caracterizar una posible violación de derechos humanos. Corresponde a la

---

²⁰ Se refiere a la existencia de retardo injustificado en la adopción de decisiones.

CIDH evaluar en la etapa de fondo si la estructura normativa del proceso penal en Guatemala en virtud de la cual se exige la pre-judicialidad penal, es decir, el establecimiento de una condena penal para la determinación de reparaciones civiles para las víctimas de delitos, podría configurar una presunta vulneración del derecho a la protección judicial en un plazo razonable. Lo anterior, especialmente en consideración de la duración promedio de un proceso penal, y de las necesidades particulares que se pudieran presentar, como en el presente caso donde la satisfacción de las reparaciones a favor de las presuntas víctimas se relaciona directamente con su posibilidad de acceso a un tratamiento médico para las afectaciones provocadas por el daño causado.

*Sebastián Claus Furlan y Familia Vs. Argentina*²¹

Refiere el peticionario que Sebastián Furlan, de 14 años de edad, resultó gravemente lesionado mientras se encontraba jugando con su hermano y otros niños en un campo militar abandonado (zona reconocida en el vecindario como espacio público), y un travesaño (que había sido dejado por el Ejército en ese lugar y que pesaba alrededor de 50 kilos), se desplomó cayéndole encima. Como consecuencia del accidente, el menor sufrió fractura de cráneo y lesiones cognitivas, psicológicas y físicas irreversibles, que dada su gravedad y permanencia, ameritaban de continua y especializada asistencia médica y tratamientos.

13. El peticionario informa que Sebastián fue llevado al hospital y sometido a una intervención quirúrgica en el cerebro. Permaneció alrededor de 20 días en coma. Cuando fue dado de alta, un mes después del accidente, tenía dificultades para hablar y mover los miembros. Su padre afirma (...) por ejemplo, que su hijo pasó de ser un muchacho adepto a los deportes, a ser una persona que tuvo que dedicar meses de esfuerzos en volver a aprender a caminar. Sostiene que los daños cognitivos sufridos hacen que Sebastián opere al nivel de un adolescente y sus discapacidades le impiden estudiar eficazmente o mantener un empleo regular.

---

²¹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Petición 531-01, Informe de Admisibilidad N°17/2006 e Informe de Fondo N°111/2010. Corte Interamericana de Derechos Humanos, Sentencia de excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, del 31 de agosto de 2012, Serie C N°246 y Voto concurrente de la Jueza Margarette May Macaulay

22. El peticionario señala que Sebastián tiene conciencia de la diferencia en su vida antes y después del accidente, y entre su situación y la de otras personas de su edad, lo que lo angustia enormemente. En la petición se señala, sin dar detalles, que Sebastián fue internado en un instituto de asistencia durante tres meses, en condiciones inaceptables, en régimen de restricción física y con fuertes medicamentos. Según el peticionario, Sebastián se autolesionó en no menos de dos ocasiones, en lo que describe como intentos de suicidio. En la petición se relata que la situación, desde el accidente, ha sido traumática también para la familia inmediata de Sebastián, condujo a la desintegración del matrimonio de los padres de la víctima y provocó problemas psicológicos a éstos y a dos hermanos de la víctima. (Informe de Admisibilidad N°17/2006).

Se infiere de la petición que: i) el señor Danilo Pedro Furlan oportunamente promovió ante la jurisdicción interna acciones tendientes a obtener reparación de los perjuicios irrogados a su hijo; ii) diez años después, el procedimiento se resolvió en primera instancia declarando responsable al Estado por haber creado una situación de riesgo –toda vez que el predio era de propiedad de las Fuerzas Armadas, estaba abandonado desde hacía años y era un lugar abierto y sin cercas-, pero en esa sentencia también se consideró que Sebastián había incurrido en un 30% de responsabilidad por haber penetrado en el lugar, y en esa medida la condena al Estado se tasó en el equivalente al 70% del daño (Párrs. 3 y 15, Informe de Admisibilidad N°17/2006); iii) tal decisión fue confirmada en apelación el mismo año y se ejecutó al cabo de tres años; iv) los solicitantes alegan que la República de Argentina vulneró la Convención Americana al no impartir justicia en forma oportuna en actuaciones en que se reclamaba reparación por un accidente sufrido por un menor, que los montos adjudicados en indemnización en nada compensan la proporción de responsabilidad, la gravedad de los hechos y permanencia del daño, y que la excesiva demora judicial privó a Sebastián Furlan de los medios necesarios para una mejor recuperación; v) lo anterior aunado a que “la sentencia que condenaba a pagar en pesos, se ejecutó en bonos que sólo podrán rescatarse en su valor total en 2016” (Párr. 18, Informe de Admisibilidad N°17/2006); vi) finalmente el peticionario aduce que “la indemnización estaba destinada a cubrir los daños sufridos en el pasado y además las consecuencias presentes y futuras” (Párr. 19, Informe de Admisibilidad N°17/2006) y reitera su preocupación por cuanto las

condiciones físicas y psíquicas de su hijo le impiden desempeñar un empleo y proporcionarse medio alguno de subsistencia.

El Estado por su parte se opuso a la petición, arguyendo que los solicitantes tuvieron pleno acceso a recursos judiciales efectivos, y que la inconformidad en relación con el monto de la indemnización, es una cuestión de derecho interno que rebasa los límites de competencia del Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos (Párrs. 4, 28 y 29, Informe de Admisibilidad N°17/2006).

Es de destacar que en el trámite del asunto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos realizó una visita de trabajo a Argentina, en la que se examinó la posibilidad de que el Estado facilitara a Sebastián Furlan y a su familia acceso a asistencia psicológica, así como otras modalidades de asistencia médica y humanitaria. No obstante, se infiere del recuento efectuado en el trámite de admisibilidad que “si bien se inició un diálogo constructivo, el mismo no produjo un cambio en la situación” (Párr. 10, Informe de Admisibilidad N°17/2006).

Al efectuar el estudio de admisibilidad de la petición, la Comisión Interamericana tuvo en cuenta que en la jurisdicción interna trascurrieron aproximadamente 13 años entre la presentación de la acción y la ejecución de la sentencia, y consideró que:

38. Para evaluar la demora en la resolución de los recursos internos se debe tener en cuenta también la finalidad de la acción judicial. A ese respecto la Comisión tiene debidamente en cuenta que las actuaciones se iniciaron para obtener una indemnización por lesiones graves y permanentes. La Comisión tiene en cuenta asimismo que el peticionario considera que la duración de las actuaciones afectó en forma especialmente grave los derechos de su hijo, porque la indemnización era necesaria para proporcionarle cuidados, tratamiento y terapia. El peticionario sostiene que las posibilidades de una mejor recuperación de Sebastián se redujeron irreversiblemente por el hecho de que la familia no pudo obtener la indemnización necesaria para procurar un mejor tratamiento en forma oportuna.

40. A la luz del análisis que antecede, la Comisión concluye que el peticionario invocó y agotó los recursos ordinarios previstos en el sistema jurídico del Estado, y por lo tanto, que el Estado conocía plenamente las reclamaciones que dieron lugar a la petición de autos. Aunque el asunto no era especialmente complicado, transcurrieron trece años entre la presentación de la demanda y la ejecución de la sentencia. Considerando la duración de las actuaciones ordinarias y el hecho de que su objetivo era obtener una indemnización frente a lesiones graves y pagar el respectivo tratamiento, y dado que el recurso que el Estado invoca como necesario está sujeto a discrecionalidad en cuanto a su ejercicio y duración, no sería razonable exigir al peticionario que agote un recurso extraordinario como condición de admisibilidad. (Informe de Admisibilidad N°17/2006).

Así las cosas, concluyó que en el caso se había producido una demora injustificada en las actuaciones judiciales internas. No obstante, le dio la razón a la República de Argentina en lo que concierne a la inadmisibilidad del reclamo relacionado con la inconformidad del monto de la indemnización adjudicada en sede interna. Lo anterior bajo el entendido que ese asunto (en principio) sería de incumbencia del Estado, y no constituiría una razón suficiente para el ejercicio de la jurisdicción internacional (Párr. 48, Informe de Admisibilidad N°17/2006).

Sin embargo, consideró que toda vez que en la petición también se planteaban hechos²² que de ser probados caracterizarían posibles violaciones a la Convención Americana, se tornaba pertinente declarar admisible el caso (Informe N°17/06 del 02 de marzo de 2006).

Luego la Comisión Interamericana profirió el Informe de Fondo N°111 del 2010, y tras considerar que la República de Argentina no acató las recomendaciones que le habían sido

---

²² Demora injustificada en la adopción de decisiones internas y los efectos que la no adopción oportuna de medidas de garantía y protección judicial trajo consigo en la salud y condiciones de vida de Sebastián Furlan y su familia. Esto, bajo el entendido que: i) la finalidad de la acción judicial interna era obtener una reparación integral por lesiones graves y permanentes; ii) que la indemnización era necesaria para proporcionarle cuidados, tratamiento y terapia al niño discapacitado; ii) y que las posibilidades de una mejor recuperación de Sebastián se redujeron irreversiblemente por el hecho de que la familia no pudo obtener de forma oportuna la indemnización necesaria para procurarle un mejor tratamiento.

dadas en torno al asunto, el 15 de marzo de 2011 decidió someter el caso a la jurisdicción de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Es de resaltar, que en esta oportunidad la imputación de responsabilidad internacional al Estado de Argentina recaía sobre los siguientes supuestos fácticos y jurídicos:

La falta de respuesta oportuna por parte de las autoridades judiciales, quienes [habrían] incurr[ido] en una demora excesiva en la resolución de una acción civil contra el Estado, de cuya respuesta dependía el tratamiento médico de la [presunta] víctima, en su condición de niño con discapacidad.

La violación de los artículos 8.1 (Garantías Judiciales) y 25.1, 25.2c (Protección Judicial), 5.1 (Derecho a la Integridad Personal) y 19 (Derechos del Niño), en relación con el artículo 1.1 (Obligación de respetar los derechos) de la Convención Americana en perjuicio de Sebastián Furlan y Danilo Furlan. Además, la vulneración del artículo 5.1 (Derecho a la Integridad Personal), en relación con el artículo 1.1 (Obligación de respetar los derechos) de la Convención en perjuicio de Danilo Furlan, Susana Fernández, Claudio Erwin Furlan y Sabina Eva Furlan. (Párr. 3. Sentencia de excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, del 31 de agosto de 2012, Serie C N°246).

La Corte Interamericana de Derechos Humanos, al estudiar el caso, tuvo en cuenta que: **a)** Del historial clínico de Sebastián Furlan se infería la necesidad de tratamiento de rehabilitación oportuno e interdisciplinario para hacerle frente a las secuelas físicas y psíquicas de la patología de traumatismo craneal, fractura temporoparietal derecha, contusión cerebral y del tronco mecencefálico (Párrs. 73, 74, 75 y 191, Sentencia de excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, del 31 de agosto de 2012, Serie C N°246); **b)** Con posterioridad al accidente, la vida del niño Furlan se vio marcada por sensación de inutilidad, intentos de suicidio, autolaceración y episodios agresivos en su entorno familiar y escolar, internación en hospitales psiquiátricos y centros de reclusión, (Párrs. 76, 106 a 108, Sentencia de excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, del 31 de agosto de 2012, Serie C N°246); **c)** el objetivo y fin del proceso civil de daños y

perjuicios que se surtió en contra del Estado ante la Jurisdicción interna, era la obtención de una indemnización que permitiese sufragar los gastos pasados, presentes y futuros de la rehabilitación física, psíquica y social de Sebastián Furlan; **d)** como quiera que el procedimiento judicial interno tardó aproximadamente 12 años y 3 meses, debía ser analizada la presunta irrazonabilidad del plazo, a través de cuatro componentes: complejidad del asunto, actividad de las partes, actividad de los funcionarios y afectación en la situación jurídica de la persona involucrada (Párr. 152, Sentencia de excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, del 31 de agosto de 2012, Serie C N°246); **e)** del estudio de esos componentes se concluyó que: i) el caso no involucraba debates jurídicos o probatorios de complejidad; ii) el comportamiento de las partes no fue dilatorio o negligente; iii) el Estado no tuvo en cuenta las especiales calidades de quien se encontraba involucrado en el proceso –niño con discapacidad y posteriormente adulto con discapacidad- y por el contrario incurrió en una serie de retardos e inactividad; y que iv) de un lado, los peritajes médicos eran indicativos de la grave afectación a la salud física y psíquica de Sebastián, y de su necesidad de tratamiento médico urgente, interdisciplinario y especializado, y de otra parte, las autoridades judiciales de Argentina fueron conocedoras de una serie de hechos que permitían inferir que la no adopción de medidas de rehabilitación temprana, estaban derivando en efectos negativos a nivel psíquico, emocional, físico y social, en la vida de Sebastián y su familia; **f)** en consecuencia se tuvo por probada la irrazonabilidad del plazo en la adopción de decisiones internas y se dejó en evidencia que el paso del tiempo incidió de manera relevante y cierta en la situación de Sebastián Furlan, máxime por cuanto de la brevedad del proceso dependían sus probabilidades de rehabilitación y la mejoría en su calidad de vida (Párrs. 159, 189, 194, 197 a 203, Sentencia de excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, del 31 de agosto de 2012, Serie C N°246).

En suma, para la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el Estado Argentino no sólo es responsable por la demora excesiva en la resolución de un proceso judicial de cuya respuesta dependía el tratamiento médico de un niño con discapacidad (luego adulto con discapacidad), sino que también lo es, por la omisión relacionada con el no

acompañamiento y orientación a la familia Furlan Fernández, lo cual desencadenó en efectos negativos en el normal funcionamiento familiar –estado permanente de angustia y desesperación que terminó quebrantando lazos familiares- y derivó en mayor afectación del proceso de rehabilitación de Sebastián Furlan (Párrs. 254 a 257 y 265 Sentencia de excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, del 31 de agosto de 2012, Serie C N°246).

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 (párrs. 197 a 203), lo cual fue evidenciado por los peritajes médicos que fueron allegados al proceso (párrs. 197 a 203). Igualmente, se encuentra probada la afectación producida al núcleo familiar de Sebastián Furlan (párrs. 252 a 265), los cuales fueron respaldados por los estudios socio-económicos y los peritajes remitidos en el presente caso (párrs. 252 a 265). 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 en forma temprana y oportuna, para lograr un resultado idóneo²³, 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 integralidad²⁴ (Párr. 273 Sentencia de excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, del 31 de agosto de 2012, Serie C N°246).

De otro lado se tiene, que en el presente asunto la Corte Interamericana de Derechos Humanos adoptó una serie de medidas de rehabilitación física, psíquica y en relación con el proyecto de vida, además de medidas de no repetición; a las que bien vale la pena referirse como estándar de reparación integral:

---

²³ *Cfr.* Al respecto, la perito Estela Rodríguez declaró que: “[e]n la medida en que se comience precozmente la rehabilitación, los resultados serán mejores porque se evita que el cerebro en el camino de la recuperación (siempre lo hace) perpetúe funcionamiento anómalo”. Declaración por *affidavit* de la médica Estela del Carmen Rodríguez del 10 de febrero de 2012 (expediente de fondo, tomo II, folio 753).

²⁴ *Cfr.* Declaración de la perito Laura Beatriz Subies en la audiencia pública del presente caso.

B.1.1) Rehabilitación física y psíquica

274. 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 necesario²⁵. 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 individual²⁶. 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 psiquiátrica²⁷.

B.1.2) Rehabilitación en relación con el proyecto de vida

288. 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 (párrs. 197 a 203), 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 persona²⁸. Lo anterior tomando bajo consideración el modelo social para

---

²⁵ Cfr. *Caso Masacre de las Dos Erres Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 24 de noviembre de 2009. Serie C No. 211. párr. 270, y *Caso González Medina Vs. República Dominicana*, párr. 293.

²⁶ Cfr. *Caso 19 Comerciantes Vs. Colombia. Excepción Preliminar*. Sentencia de 12 de junio de 2002. Serie C No. 93, párr. 278, y *Caso González Medina Vs. República Dominicana*, párr. 293.

²⁷ Cfr. *Caso Fernández Ortega y otros Vs. México*, párr. 252, y *Caso González Medina Vs. República Dominicana*, párr. 293.

²⁸ Cfr. Artículo 26 de la CDPD.

abordar la discapacidad (párrs. 133 a 135), 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.

B.3.1) Garantías de no repetición - Acceso a la información en salud y seguridad social

294. 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 y seguridad social a las que tienen derecho las personas con discapacidad en Argentina. 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 circunstancias²⁹.

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

---

²⁹ Cfr. *Mutatis mutandi*, Caso *Claude Reyes y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 19 de septiembre de 2006. Serie C No. 151, párr. 79. Asimismo, el alcance de esta obligación se precisa en la resolución del Comité Jurídico Interamericano sobre los “Principios sobre el Derecho de Acceso a la Información”, , 73º período ordinario de sesiones, 7 de agosto de 2008, OEA/Ser. Q CJI/RES.147 (LXXIII-O/08), resolutivo cuarto.

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.

B.3.2) Garantías de no repetición - Reformas legales al procedimiento civil y la ejecución de sentencias en casos que involucren a menores de edad y personas con discapacidad.

En conclusión, con base en el control de convencionalidad, es necesario que las interpretaciones judiciales y administrativas y las garantías judiciales se apliquen adecuándose a los principios establecidos en la jurisprudencia de este Tribunal en el presente caso³⁰. Ello es de particular relevancia en relación con lo señalado en el presente caso respecto a la necesidad de tener en cuenta las situaciones de vulnerabilidad que pueda afrontar una persona, especialmente cuando se trate de menores de edad o personas con discapacidad, con el fin de que se les garantice un trato preferencial respecto a la duración de los procesos judiciales y en el marco de los procesos en que se disponga el pago de indemnizaciones ordenadas judicialmente (párrs. 204, 217 y 222).

*(Párrafos citados de la Sentencia de excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, del 31 de agosto de 2012, Serie C N°246).

Por último, es relevante indicar que en el presente caso se presentó un *Voto Concurrente* de la Jueza Margarette May Macaulay; quien consideró que si bien la Corte Interamericana se detuvo a estudiar la vulneración de los derechos a la protección y garantía judicial, propiedad privada, integridad personal, acceso a la justicia y derechos del niño, no

---

³⁰ Cfr. *Caso López Mendoza Vs. Venezuela. Fondo Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de septiembre de 2011. Serie C No. 233, párr. 228, y *Caso Atala Riffo y Niñas Vs. Chile*, párr. 284.

desarrolló el tema de la obligación de respetar y garantizar el derecho a la salud y a la seguridad social.

6. En el presente caso hay leyes y reglamentos mediante los cuales se ha establecido el acceso a varios beneficios relacionados con el derecho a la salud y el derecho a la seguridad social. Sin embargo, las partes alegaron supuestos obstáculos al acceso a dichos beneficios. Al respecto, en mi opinión el problema no es una discusión sobre la realización progresiva o regresión de estos derechos, más bien gira en torno al deber de garantizarlos. Por lo tanto, sería útil basarse en las fuentes que permiten una interpretación al contenido de esta obligación de garantizar el derecho a la salud y a la seguridad social. Generalmente estas fuentes especifican la manera en que el Estado debe garantizar el uso efectivo de los derechos sociales y la obligación de adoptar medidas para quitar cualquier potencial obstáculo al goce de estos derechos.

12. Las omisiones y deficiencias en la atención médica provista por los hospitales y la falta de orientación adicional por las distintas instituciones del estado involucradas en este caso, particularmente al principio, luego del accidente, obstaculizaron el acceso a los beneficios de seguridad social y a un tratamiento oportuno, real, permanente, integral y adecuadamente supervisado, el cual hubiera prevenido o disminuido el deterioro de la salud física y mental de Sebastián Furlan. Estos obstáculos de alguna forma están relacionados a la evidente situación de vulnerabilidad de Sebastián Furlan en ese momento, lo cual resultó en varios intentos de suicidio y en un acto de agresión contra su abuela.

15. Finalmente, las consecuencias de las violaciones cometidas en relación al derecho a la salud y al derecho a seguridad social tuvieron un efecto negativo en la integridad física, emocional y mental de Sebastián Furlan. Además, estas violaciones se explican por la falta de mayor diligencia en cuanto a la adopción de medidas especiales de protección requeridas por el principio de no discriminación en estos tipos de casos. Por ende, en mi opinión, podría decirse que el Estado violó el artículo 26 en relación a los artículos 5 y 1.1 de la Convención Americana en perjuicio de Sebastián Furlan.

2.2 Obstrucción de acceso a asistencia médica y tratamientos de rehabilitación oportuna en circunstancias de privación de la libertad.

Dada la especial relación de sujeción que ostentan las personas privadas de la libertad frente al Estado, adquiere connotación el estudio de los casos en los que el acceso a la asistencia médica y los tratamientos de rehabilitación se ven obstruidos, bien sea por restricciones de orden legal al interior de los Estados, o por las acciones u omisiones en que éstos incurren mientras tiene a los detenidos bajo su custodia y protección.

En efecto, en el presente acápite aludiremos a eventos en los que: i) las medidas cautelares del Sistema Interamericano de Derechos Humanos se constituyen en una herramienta de trascendental importancia para quienes encontrándose reclusos padecen de afecciones psíquicas o físicas y no reciben oportuno tratamiento médico; ii) a título de protección cautelar del derecho a la salud y a la integridad personal, la Comisión Interamericana ha ordenado a los Estados la actualización del diagnóstico de los beneficiarios de las medidas, previa ejecución de los tratamientos médicos que se encontraban pendientes a la fecha de la solicitud de las mismas; lo anterior con el objeto de constatar si el transcurso del tiempo (entre la prescripción médica y la adopción de la medida cautelar) ha derivado o no en agravamiento de las circunstancias clínicas del paciente o en alteración de su patología; iii) las obstrucciones de acceso a asistencia médica oportuna y rehabilitación, devienen en daños permanentes e irreparables en la salud de los detenidos; iv) la normatividad interna de algunos Estados consagra disposiciones que *prima facie* niegan toda posibilidad de prestación de servicios médicos por fuera de los recintos carcelarios a los procesados, limitando en esa medida las posibilidades de recuperación, a aquellas que les puedan ser brindadas de forma intramural; v) durante el trámite de la petición ante el Sistema Interamericano, algunos Estados afirman haber mejorado las condiciones de detención y asistencia médica de sus reclusos, además de haber reformado las disposiciones normativas que les impedían brindar tratamientos de rehabilitación extramural; vi) la Comisión Interamericana llama la atención sobre la necesidad de precisar y sustentar las alegaciones que devienen en imputación de responsabilidad estatal internacional por omisión de

atención médica y frustración de probabilidad de rehabilitación, so pena de ser declaradas las peticiones manifiestamente infundadas por especulativas.

Así las cosas, nos referiremos *in extenso* a los siguientes casos:

*Luis Álvarez Renta Vs. República Dominicana*³¹

El señor Luis Álvarez Renta, refirió ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, estar gravemente enfermo, en circunstancias de privación de la libertad, y sin que se le practique la cirugía que con carácter urgente le había sido prescrita por los especialistas tratantes.

Al respecto, allega como soporte de su solicitud de medida cautelar, un reporte médico del 16 de noviembre de 2011 en el que se documenta: i) el padecimiento de “síndrome de claudicación intermitente (DEJERINE) a causa de una estenosis del canal raquídeo lumbar”; ii) la necesidad de intervención quirúrgica “laminectomía lumbar para descomprimir dicho canal”; y iii) la prescripción de realización oportuna del procedimiento quirúrgico, so pena de verse el paciente expuesto a daños neurológicos severos.

Tras valorar el caso y advertir que la integridad personal y la salud del señor Luis Álvarez Renta se encontraba en grave peligro, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos otorgó en su favor medidas cautelares y solicitó al Gobierno de la República Dominicana:

1. Adopte las medidas necesarias para proteger la integridad personal del Sr. Álvarez Renta;
2. Instruya a las autoridades competentes a realizar los exámenes médicos que permitan evaluar la salud del beneficiario y autorizar el tratamiento adecuado para los padecimientos del beneficiario y que
3. Adopte estas presentes medidas en consulta con los beneficiarios y sus representantes.

---

³¹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, (MC 393.10 RD) Medida Cautelar otorgada el 15 de diciembre de 2011.

*Alberto Patishtán Gómez Vs. México*³²

En la solicitud de medida cautelar radicada ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, el señor Alberto Patishtán Gómez manifestó padecer de glaucoma y no recibir atención médica adecuada, encontrándose en riesgo de perder la visión de manera permanente. De otro lado, adujo depender totalmente de los servicios médicos asistenciales que pueda prestarle el Estado, toda vez que dada su condición de persona privada de la libertad, se encuentra bajo su custodia.

Tras considerar que sobre el señor Patishtán recaía un riesgo inminente de afectación del derecho a la salud, la Comisión Interamericana adoptó medidas cautelares en su favor, y solicitó al Estado Mexicano:

Que instruya a las autoridades competentes a realizar los exámenes médicos que permitan evaluar la salud del beneficiario y brindarle el tratamiento adecuado, y que acuerde las medidas a adoptarse con el beneficiario y el peticionario, garantizando el acceso al expediente médico del beneficiario a él y a quien él lo permita.

De lo expuesto en líneas precedentes (caso del señor Luis Álvarez Renta y del señor Alberto Patishtán Gómez), se advierte que en la adopción de medidas cautelares, la Comisión Interamericana no se limita a ordenar a los Estados la realización de los tratamientos médicos o quirúrgicos que habiendo sido prescritos por los galenos de las víctimas, no habían sido practicados; sino que sugiere la realización previa de exámenes que permitan determinar el estado actual de salud y el tratamiento que resulte adecuado para los padecimientos de los peticionarios. Lo anterior bajo el entendido que el trascurso del tiempo y el no acatamiento oportuno de las prescripciones médicas, pueden haber derivado en un empeoramiento de las condiciones clínicas del paciente.

---

³² Comisión Interamericana de Derechos Humanos, (MC 77/12) Medida Cautelar otorgada el 24 de mayo de 2012.

Tal protección reforzada del derecho a la salud, también se justifica en el hecho de que los beneficiarios de las medidas cautelares, al ser personas privadas de la libertad, tienen una especial relación de sujeción frente al Estado, y dependen plenamente de la asistencia médica y las posibilidades físicas y psíquicas de rehabilitación que éste les proporcione o autorice mientras los tiene bajo su custodia.

*Marcela Alejandra Porco Vs. Bolivia*³³

Este es el caso de una ciudadana Argentina que padecía de psicosis esquizofrénica aguda, y debido a las precarias condiciones de detención y ausencia de tratamiento médico, refirió serio deterioro físico y mental, al punto de ser declarada inimputable o enajenada mentalmente.

Según refieren los peticionarios, Marcela Porco permaneció alrededor de 01 año privada de la libertad en Bolivia (desde el 02 de junio de 1994 y hasta el 07 de junio de 1995); término en el que no se le suministró tratamiento médico, pese a que ella misma, desde la fecha de la detención dio a conocer su estado de salud mental a las autoridades policiales y les solicitó proveerla de los medicamentos que la ayudaban a mantenerse estable. Por el contrario, tal confesión del padecimiento de una enfermedad mental, le condujo a ser encerrada en una celda oscura de aislamiento, en condiciones que aceleraron su proceso de deterioro físico y mental (Párrs. 24 a 27).

28. Marcela Porco llegó a un estado {de deterioro de salud mental} que el padre la encontró el día 15 de julio de 1994 yaciendo desnuda en una sección llamada “el bote” entre aguas servidas, con gusanos en los pies y en la vagina; completamente perdida y delirante, mostrando un cuadro de desnutrición grave, debiendo su padre hacerse cargo de ella hasta alimentarla por la boca.

Se infiere a su vez del libelo petitorio, que en observancia del delicado estado de salud de la víctima, sus familiares solicitaron al Estado Boliviano concederle libertad provisional a fin

---

³³ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Caso 11.426, Informe de Admisibilidad N°8/2008

de poder someterla a un adecuado y oportuno tratamiento médico. Lo anterior máxime por cuanto “un informe psicológico que {obraba} en el expediente, señala{ba} que su cuadro patológico {había} empeorado considerablemente después de estar recluida en prisión” (Párr. 31).

El Estado por su parte expuso, que toda vez que existía una ley que prohibía internaciones médicas de los procesados fuera de los recintos carcelarios, el Tribunal que conocía de la causa penal de Marcela Porco ordenó el suministro de tratamiento psiquiátrico intramural, denegando la solicitud de libertad provisional.

No obstante advierte, que con posterioridad la señora Porco fue trasladada a un centro de salud mental en el que recibió tratamiento especializado hasta el día en que fue dejada en libertad. En esa medida, manifiesta que la integridad física y mental, además de la dignidad de la presunta víctima fueron siempre protegidas (Párrs. 40 a 44).

Por último, el Estado informó a los Órganos Interamericanos, que en 1996 fue expedida una Ley que flexibilizó la figura de la libertad provisional bajo fianza, permitiendo su concesión cuando de tal dependan procedimientos para favorecer a los procesados, y que la cárcel en que estuvo recluida la señora Marcela Porco ha sido remodelada y en la actualidad ofrece una infraestructura con mejores servicios médicos y condiciones de vida para los internos (Párr. 48).

Es de destacar que: i) en el presente asunto, Amnistía Internacional visitó a Marcela mientras estaba aprisionada y señaló que “se encontraba en un estado de salud deplorable y que moriría pronto si no recibía atención” (Párr. 33), y que; ii) A raíz de las medidas cautelares decretadas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Marcela Porco fue repatriada a Argentina, en donde pudo recibir tratamiento médico adecuado para su patología de esquizofrenia, previo a ser declarada inimputable por un Tribunal en Bolivia (Párrs. 21 a 23).

Así las cosas, el caso no solo es relevante por cuanto evidencia las consecuencias negativas que el no suministro de tratamiento oportuno deriva en el proceso de recuperación de una persona privada de la libertad con afecciones psíquicas, sino que también llama la atención sobre la existencia de restricciones de tipo legal al interior de los Estados que pueden poner en riesgo los procesos de rehabilitación de pacientes so pretexto de su condición de detenidos, *verbi gratia* “ley que prohíbe internaciones médicas de los procesados fuera de los recintos carcelarios”, y demuestra cómo el sistema interamericano juega un papel trascendental en la protección cautelar del derecho a la salud de quienes padeciendo afecciones psíquicas y físicas no reciben oportuno tratamiento en sus Estados y se ven expuestos a daños permanentes o perjuicios irreparables.

*José Luis Hernández Vs. Argentina*³⁴

Se infiere de lo expuesto por los peticionarios, que el señor José Luis Hernández: i) fue capturado el 07 de febrero de 1989 y dejado en prisión preventiva, primero en una comisaría local (en condiciones insalubres y de hacinamiento) y luego en un centro de reclusión (sin atención médica adecuada); ii) el mismo día en que fue detenido, se le sometió a un examen médico general, de cuyo resultado se extrae que, para la fecha “se encontraba lúcido, apto y autopsíquicamente ubicado, sin signos de intoxicación, ni lesiones traumáticas recientes”; iii) tras cinco meses de privación de la libertad, comenzó a referir sintomatología característica de cuadro gripal y dolores de oído, que con posterioridad se agravaron con recurrentes cefaleas; iv) durante el periodo de tiempo que permaneció recluido en la guarnición policial (un año y seis meses), no recibió asistencia médica. Lo anterior pese a que: **a.** sus familiares habían puesto en conocimiento de las autoridades, su grave estado de salud, y solicitado la concesión de libertad condicional; y que **b.** la Jueza que conocía de su causa penal, había ordenado la realización de un reconocimiento médico y el suministro del tratamiento correspondiente; v) Sólo hasta el 16 de agosto de 1990, fue internado en un Hospital en el que se le diagnosticó la patología de “meningitis de probable etiología T.B.C.”, y se le brindó tratamiento médico hasta el 18 de

---

³⁴ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Petición 616-98, Informe de Admisibilidad N°82/2011.

septiembre de 1990; fecha en la que se dispuso su internación en una unidad carcelaria; vi) el 28 de septiembre de 1990 se profirió en su contra, condena equivalente a 05 años de pena privativa de la libertad; vii) dadas sus precarias condiciones de salud, el Jefe de la Unidad Carcelaria solicitó de nuevo la internación del recluso en un Hospital, pero por no disponibilidad de camas en el instituto de salud, el señor Hernández debió permanecer en su celda, sin la asistencia médica requerida; viii) el 02 de noviembre de 1990 se logró su internación en otro hospital, donde fue intervenido quirúrgicamente; y luego remitido a la unidad carcelaria; ix) finalmente le fue concedida libertad provisional, el 29 de mayo de 1991, pero para entonces, ya la meningitis le había dejado secuelas irreversibles: pérdida de visión en un ojo, incapacidad parcial permanente de un brazo y pérdida de la memoria. (Párrs. 2, 7 a 15 y 17).

De otra parte, los peticionarios manifestaron ante la Comisión que aunque el señor José Luis Hernández, instauró al interior de su país demandas civiles tendientes a obtener la reparación del daño que le había sido irrogado, tales acciones fueron rechazadas por extemporaneidad, al parecer porque el conteo de términos de prescripción efectuado por el Tribunal, no consideraba la prolongación de su enfermedad ni la imposibilidad física de accionar judicialmente mientras se encontraba privado de la libertad. (Párrs. 17 y 18).

La posición del Estado en torno a los hechos, bien puede resumirse en que: i) una vez fue detectada la enfermedad que padecía el señor José Luis Hernández, le fue suministrado el tratamiento prescrito por los médicos; ii) el petitorio de excarcelación no fue acogido con anterioridad al 29 de mayo de 1991, en tanto el recluso estaba reaccionando de manera adecuada a los tratamientos médicos suministrados tanto en el penal como en los hospitales, en los que estuvo internado, y que; iii) las demandas civiles presentadas por los peticionarios fueron rechazadas por causas que les son sólo a ellos imputables – prescripción de la acción- (Párrs. 21 a 24).

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos al efectuar el estudio de admisibilidad, de un lado valoró que “las partes coincidían en que la presunta víctima {había interpuesto}

una serie de denuncias y solicitudes con el fin de conseguir condiciones adecuadas de detención y tratamiento médico acorde con la enfermedad que padecía” (Párr.28), y en esa medida tuvo por cumplido el requisito de agotamiento de los recursos internos.

Y de otro lado, consideró que de llegar a ser probadas: i) las circunstancias de hacinamiento e insalubridad de detención en la Comisaria Local, donde el señor Hernández permaneció recluido un año y medio; ii) la omisión de asistencia médica a su patología de meningitis, mientras se encontraba en prisión preventiva bajo el cuidado del Estado, y; iii) las presuntas secuelas permanentes, que el transcurso del tiempo sin el suministro de tratamiento adecuado, dejaron en su salud física; podrían caracterizarse violaciones a los artículos 5 y 7 de la Convención Americana, así como 7 de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura. (Párrs. 33 y 34).

Así las cosas, es de esperarse que al efectuar el estudio de fondo del asunto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos se vea conminada a analizar la conducta estatal que rodeo los momentos previos y posteriores al diagnóstico de la enfermedad del señor José Luis Hernández; esto es, valorar si el Estado Argentino: a) sometió a quien se encontraba bajo su custodia a situaciones inadecuadas de detención; b) omitió realizar los exámenes médicos necesarios y brindar oportunamente la asistencia y el tratamiento médico requerido para preservar la salud del señor Hernández (aun cuando los familiares habían puesto en conocimiento de las autoridades policiales, penitenciarias y judiciales, el deterioro físico y la sintomatología que el recluso refería); c) prolongó el sufrimiento de la presunta víctima al mantenerlo recluido en una cárcel –aún después de haberle sido diagnosticada “meningitis de probable etiología T.B.C.”-, no acceder oportunamente a los petitorios de libertad condicional por enfermedad, ni suministrar el tratamiento médico de rehabilitación que su patología sugería, y finalmente; d) si es en alguna medida responsable del deterioro de salud en el peticionario, de su incapacidad parcial y de las secuelas físicas que actualmente padece.

Si se nos permite, consideramos que en el presente asunto, sería de gran utilidad para la Comisión Interamericana acudir al experticio técnico internacional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a fin de que esa institución, tal y como lo ha hecho en otros casos³⁵, emita un concepto especializado sobre el nexo de causalidad existente entre: i) las condiciones insalubres de detención y el origen de la patología; ii) entre la sintomatología inicial que refería el señor Hernández (cuadro gripal, dolores de oído, recurrentes cefaleas), su evolución y la enfermedad que luego fue diagnosticada (meningitis de probable etiología T.B.C.); iii) entre las secuelas e incapacidad que actualmente refiere el peticionario y la normal evolución de la enfermedad, o; iv) entre las secuelas e incapacidades que actualmente refiere el peticionario y las implicaciones del transcurso del tiempo sin el suministro del tratamiento médico de rehabilitación adecuado.

*Posadas y Otros Vs. Argentina*³⁶

Si bien en el presente caso se exponen hechos relacionados con la probable vulneración de los derechos a las garantías judiciales, libertad personal y protección judicial de un grupo de personas privadas de la libertad, dada la inexistencia de un recurso ordinario para la revisión integral de sus sentencias condenatorias; también se ponen de presente circunstancias fácticas características de presunta afectación a la integridad física de una de las víctimas por falta de atención médica y no suministro de tratamiento de rehabilitación.

Nos referimos en concreto al asunto del señor Marcelo Darío Posadas, quien aduce padecer de una enfermedad degenerativa, ser drogodependiente, encontrarse bajo la custodia del estado –por privación de la libertad- y no recibir la asistencia médica que requiere para cada una de sus patologías (Párr. 23).

Así las cosas, el alegato que el señor Posadas presentó ante la Comisión, versaba sobre la negativa de su derecho a ser oído en segunda instancia, pero no sólo con el objeto de que su

---

³⁵ Ver por ejemplo: Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de fondo N°85/2009 – Acuerdo de Cumplimiento Solución Amistosa. Caso 11607, Víctor Hugo Maciel Vs. Paraguay. Párr. 128.

³⁶ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Petición 828-01, Informe de Admisibilidad N°35/2013.

condena fuese reconsiderada, sino también con el fin de que otro Juez procediera a adoptar en su caso las medidas de rehabilitación y asistencia médica necesarias (Párr. 24).

Por su parte el Estado negó la existencia de afectación a la garantía judicial del procesado y en lo que concierne a la presunta vulneración de la integridad física, expuso que:

70. El no haber sido ordenada la medida de seguridad curativa que, por su drogodependencia se alega que requería, no implica que las condiciones de detención hubieran agravado. Agregó que la presunta víctima fue revisada por médicos en varias ocasiones y nunca se hizo referencia a la situación de drogodependencia que reclama un tratamiento. Indicó que no consta que se hubiera presentado ningún recurso de habeas corpus al respecto.

En consecuencia, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos admitió la petición tras considerar que existían hechos comunes que de ser probados caracterizarían violaciones de los derechos a la libertad personal, garantías judiciales y protección judicial de la mayoría de los peticionarios, pero de manera específica expuso que en el caso del señor Marcelo Darío Posadas debería ser estudiada adicionalmente la presunta afectación del derecho a la integridad personal, en relación con las alegadas omisiones en que presuntamente incurrió el Estado de Argentina, y que se sustentan en la no prestación de servicios médicos y suministro de tratamiento de rehabilitación para quien se encontraba privado de la libertad, padecía de una enfermedad degenerativa y era drogodependiente (Párrs. 93 a 95).

*Marcela Irene Rodríguez Valdivieso Vs. Chile*³⁷

Si bien en el presente asunto la Comisión Interamericana de Derechos humanos inadmitió los alegatos que guardaban relación con afectación de los derechos a un trato humano y a la integridad personal -artículo 5 (1) y (2)-³⁸; se torna pertinente traer a colación el caso, a fin

---

³⁷ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Petición 12316, Informe de Admisibilidad N°60/2004.

³⁸ Nota aclaratoria: La petición fue admitida respecto a la alegada violación del derecho a un juicio imparcial y del derecho a la libertad de movimiento y residencia (artículos 8 y 22 de la CADH), e inadmitida en relación

de destacar los considerandos que el Órgano Interamericano efectuó en torno a la precisión y el sustento del que deben revestirse las imputaciones de omisión de atención médica y frustración de probabilidad de rehabilitación, so pena de ser declaradas manifiestamente infundadas por especulativas.

Ahora bien, en lo que concierne a las circunstancias fácticas del asunto, se tiene que la señora Marcela Rodríguez Valdivieso: i) fue capturada por la policía el 14 de noviembre de 1990, en un operativo que pretendía frustrar la fuga de un preso político; ii) en los hechos recibió un disparo en la espalda, que la dejó parapléjica y con una inmovilidad del 75% de su cuerpo; iii) pese a su delicado estado de salud, permaneció recluida en un establecimiento carcelario hasta el año 1992, sin recibir asistencia médica especializada ni tratamiento de rehabilitación; iv) estuvo ocho años en libertad provisional (1992 – 1999); periodo en el que fue sometida a 17 intervenciones quirúrgicas, sin que en todo caso se le suministrara el tratamiento completo y permanente de rehabilitación que su patología sugería; v) en septiembre de 1999, cuando fue notificada de la orden de arresto que fue impartida por un Tribunal en su contra, buscó asilo en varios países para que se le permitiese desde allí continuar con su rehabilitación física; vi) en consecuencia, Noruega le ofreció residencia por razones humanitarias, dado que una organización de caridad estaría dispuesta a brindarle el tratamiento de rehabilitación necesario; en esa oportunidad, Chile exigió una fianza de garantía de regreso en seis meses, pero en todo caso, bajo la protección de la Embajada Noruega, en octubre de 1999 Marcela ingresó a un hospital penitenciario de ese país; vii) con posterioridad, aceptó el indulto y exilio (por extrañamiento) para cumplir su sentencia en el extranjero; siempre motivada por la idea de tener mayores probabilidades de rehabilitación en Europa que las que tendría en Chile; viii) en septiembre de 2001 le fue negado el asilo político en Bélgica; ix) finalmente en el 2002, Italia le otorgó visa para vivir en ese país a efectos de continuar con su rehabilitación y cumplir su sentencia en un hospital penitenciario; después de tres meses de exámenes, los médicos italianos llegaron a

---

a los hechos presuntamente característicos de violación al trato humano, la integridad y libertad personal, protección de la ley y protección judicial (artículos 5, 7, 24 y 25 de la CADH)

la conclusión, que dado el trascurso del tiempo, someterle a una nueva cirugía era riesgoso, y que las probabilidades de recuperación serían pocas (Párrs. 2, 7, 9 y 15 a 21).

15. La peticionaria establece con gran detalle sus problemas médicos, que afirma se agravaron por la falta de atención especializada en el recinto carcelario de Gendarmería, donde estuvo en prisión preventiva un año y tres meses.

20. La peticionaria subraya que el tratamiento “cruel, inhumano y degradante” que recibió en Chile, destruyó sus posibilidades de rehabilitación y futura autonomía... alega que si el Gobierno Chileno no le hubiera negado la posibilidad de dejar el país cuando recibió invitaciones de Cuba (1992) y Noruega (1998), su salud no se hubiera deteriorado tanto y hubiera recibido el tratamiento de rehabilitación requerido.

55. La argumentación de la peticionaria se basa en (...) que las condiciones de su detención en un hospital estatal, especializado en enfermedades infecciosas, agravó y amenazó su salud, al someterla a infecciones. (...) Afirma que se le debió permitir la salida de Chile en 1992, antes de concluir los procesos penales contra ella, para aceptar el ofrecimiento del Instituto Frank Pais, de Francia, de brindarle un tratamiento de rehabilitación.

El Estado de Chile, por su parte solicitó a la Comisión Interamericana declarar inadmisible la petición, por cuanto los hechos descritos por los peticionarios no caracterizaban violaciones de la Convención Americana. Y de manera específica se pronunció en torno a las presuntas afectaciones del derecho a la integridad personal, exponiendo que:

27. brindó a la peticionaria un tratamiento adecuado, de acuerdo con su precario estado, manteniéndola en hospitales y brindándole la medicación necesaria. Señala que durante los ocho años en que estuvo en libertad provisional, antes de emitirse las condenas, fue sometida a una serie de operaciones, que fueron de su exclusiva responsabilidad, y agrega que no puede la peticionaria pretender que el Estado la internara en una clínica específica, ni que la enviara al exterior para su rehabilitación. El Estado señala que el castigo no cumple con los objetivos de reeducación y reforma de la sanción penal debido a su delicado estado de salud. Las condiciones del hospital pueden no ser tan buenas como cabría esperar –sostiene el Estado- puesto que estaba

bajo custodia en un hospital estatal y tales instituciones brindan atención básica de la salud, pero no las comodidades materiales disponibles en las instituciones privadas.

54. El Estado argumenta que las condiciones de detención de la peticionaria, bajo custodia en un hospital estatal, fueron adecuadas en las circunstancias, dado su precario estado de salud, el Estado sostiene que no puede la peticionaria esperar que se le permita abandonar el país para procurar y recibir un tratamiento médico más apropiado a su estado que el disponible en Chile.

Tras valorar los alegatos de cada una de las partes, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos encontró infundados los hechos descritos por los peticionarios y relacionados con la presunta omisión de atención médica a la señora Marcela Irene Rodríguez Valdivieso, mientras se encontraba bajo la custodia del Estado Chileno (por privación de la libertad); así mismo, consideró carente de sustento la imputación de frustración de probabilidades de rehabilitación por no suministro de tratamiento adecuado ni concesión de permiso para obtener asilo en el exterior (bajo la idea de tener mayores probabilidades de rehabilitación en Europa que las que tendría en Chile).

57. Por un lado, la Comisión considera que la peticionaria no presentó hechos suficientes que tiendan a caracterizar una posible violación del derecho a un trato humano (artículo 5) de la Convención americana. La peticionaria sufrió una herida grave y aparentemente irreversible durante los hechos del 14 de noviembre de 1990 y no sustanció que no haya recibido atención médica en Chile o que este País esté obligado por la Convención a permitirle procurar y obtener asilo en Francia para procurar su rehabilitación en ese país, ni que Francia le hubiera otorgado el asilo y el Instituto Frank País y la Fundación Danielle Mitterand le hubieran financiado su rehabilitación en 1992, especialmente teniendo en cuenta las dificultades que más tarde enfrentó para obtener asilo en Europa a fin de aprovechar el indulto obtenido en el año 2000. Además la Comisión considera que las afirmaciones de la peticionaria de que un hospital europeo le habilitaría a tornarse físicamente autónoma, son puramente especulativas.

Al respecto, permítaseme precisar que si bien comprendo las razones por las que la Comisión inadmitió el caso (imprecisión de los alegatos de los peticionarios), consideró que i) la gravedad de los hechos descritos, ii) el escaso sustento y la severidad de algunas

de las afirmaciones del Estado, y sobre todo iii) la importancia de la temática en futuras discusiones acerca del acceso igual y oportuno a servicios de salud de rehabilitación³⁹, los derechos de las personas con disminuciones físicas o mentales a recibir una atención médica especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad⁴⁰, y la obligación de trabajar prioritariamente en la detección temprana e intervención, tratamiento, rehabilitación, educación, formación ocupacional y el suministro de servicios globales para asegurar un nivel óptimo de independencia y de calidad de vida para las personas con discapacidad⁴¹; justificaban la admisibilidad y estudio de fondo del asunto.

Se enfatiza en que el sin sabor que deja la decisión de la Comisión en este caso, no pretende en ninguna medida justificar la imprecisión y debilidad de sustento en que incurrieron los peticionarios en sus alegaciones de presunta omisión de atención médica y frustración de probabilidades de rehabilitación por no suministro de tratamiento adecuado ni concesión de permiso para obtener asilo en el exterior; pero sí busca señalar, que existiendo un consenso entre las partes sobre la precariedad del estado de salud de la víctima que concurría al Sistema Interamericano de Derechos Humanos, se tornaba necesario analizar de fondo, si Chile cumplía a cabalidad con sus deberes convencionales al suministrarle a la señora Marcela Rodríguez Valdivieso una atención básica de salud, un tratamiento adecuado y la medicación necesaria durante el tiempo en que ésta permaneció bajo su custodia (Párrs. 27 y 54), o si por el contrario, el Estado debía propender por garantizar que esa persona que se encontraba privada de la libertad y gravemente enferma, tuviese: **a)** iguales oportunidades de acceso a servicios de salud de rehabilitación, que los que podría tener una persona libre; **b)** atención médica especializada a fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad; y un **c)** prioritario tratamiento de rehabilitación que le permitiese lograr un nivel óptimo de independencia y de calidad de vida.

---

³⁹ Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Observación General N°14, Párr. 17.

⁴⁰ Convención Americana de Derechos Humanos, art. 18

⁴¹ Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra las Personas Con Discapacidad, Lit. b) del N°2 del Art. III.

2.3 Asistencia médica y psicológica oportuna a víctimas de violación

Se torna pertinente comenzar por señalar que en el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos, las víctimas de violencia sexual han sido consideradas sujetos de especial protección convencional, y su derecho a la salud viene siendo salvaguardado de manera cautelar y definitiva⁴².

Por ahora sólo traeremos a colación el caso de *“Michael Roberts” Vs. Jamaica*⁴³, como quiera que en éste asunto la Comisión Interamericana estudia de un lado, la obligación que recae en los Estados, de brindar asistencia y tratamientos médicos y psicológicos a las víctimas de violencia sexual, y de otra parte analiza la importancia de que tal prestación de servicios médicos y psicológicos se suministre de manera oportuna, a fin de evitar que las víctimas se vean expuestos a daños permanentes en su salud psíquica y física.

Así las cosas, lo primero que debe indicarse es que “Michael Roberts” es el nombre ficticio que la Comisión otorgó al beneficiario de una medida cautelar adoptada en el año 2003, a fin de proteger la identidad de un niño de siete años de edad que había sido víctima de abuso sexual mientras se encontraba bajo el cuidado y custodia del Departamento de Servicios del Menor del Ministerio de Salud de Jamaica.

En el escrito de solicitud de medida cautelar, los peticionarios expusieron que: i) del historial clínico de “Michael Robert” se infería tanto su padecimiento de stress postraumático, como el tratamiento médico que le había sido ordenado, bajo la prescripción de ser suministrado de manera oportuna, so pena de que el paciente experimentase desórdenes de comportamiento, que a su vez podían devenir en agresión sexual a otros niños; ii) así mismo, que el Estado Jamaíquino, aún luego de verificar los abusos sexuales

---

⁴² Ver por ejemplo: Comisión IDH, Medida Cautelar MC 340/10 del 22 de diciembre de 2010, *Mujeres y niñas desplazadas de 22 campamentos Vs. Haiti*; Medida Cautelar del 20 de agosto de 2001, *Niño de 05 años, víctima de violación Vs. Nicaragua*; Informe de Fondo N°53/01, *Ana Beatriz y Celia González Pérez Vs. México*; Corte IDH, Sentencia de excepción preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas del 31 de agosto de 2010 *Valentina Rosendo Cantú y Otros Vs. México*

⁴³ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Medida Cautelar adoptada el 22 de septiembre de 2003.

de los que había sido objeto “Michael Robert” omitió brindarle asistencia médica exponiendo negligentemente la salud del menor.

En consecuencia la Comisión Interamericana solicitó a Jamaica información sobre la situación del niño y tras constatar el riesgo en que se encontraba su salud, adoptó medidas cautelares tendientes a proteger su integridad física, psíquica y moral, solicitando al Estado Jamaquino suministrar a “Michael Robert” tratamiento médico especializado.

Valga decir, que la protección cautelar adoptada en este caso alcanzó tal connotación que pese a que meses después el Estado solicitó el levantamiento de las medidas cautelares, la Comisión denegó tal petitorio y por el contrario le requirió ampliar la información sobre la condición de salud física y psíquica del menor, así como indicar detalladamente cuál era el tratamiento que se le estaba suministrando al niño “Michael Robert”.

2.4 Garantía de condiciones médicas necesarias para que un niño que padece de encefalopatía crónica no evolutiva pueda desarrollar una vida con calidad y dignidad.

Se trata del caso “X” Vs. Argentina⁴⁴, en el que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos atribuyó el nombre de “X” al menor de edad que era beneficiario de las medidas cautelares otorgadas el 24 de octubre de 2011. Lo anterior a fin de proteger su identidad.

En este asunto, los peticionarios expusieron que el Estado de Argentina si bien le estaba prestando asistencia médica a “X”, tal asistencia se tornaba deficiente dada la cronicidad de la patología que padecía el infante; así mismo indicaron que el desarrollo del niño se estaba viendo seriamente trastocado por las deficiencias de los tratamientos médicos, en tanto la enfermedad estaba debilitando sus músculos y huesos, impidiéndole llevar una vida normal.

---

⁴⁴ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, (MC 423/10) Medida Cautelar adoptada el 24 de octubre de 2011.

Tras valorar el caso, la Comisión Interamericana adoptó medidas urgentes, ordenando al Estado hacerse responsable de la garantía de las condiciones médicas necesarias y suficientes para que “X” pudiese desarrollar una vida con calidad y dignidad.

Si se me permite, por conducto de esta decisión, la Comisión Interamericana de Derechos Humano quiso enviar un mensaje a los Estados Partes, y en particular a Argentina: que las obligaciones que ostentan en torno a la salud de los infantes, no se limitan a la prestación de un servicio médico en circunstancias de enfermedad, sino que se extienden a la garantía de las condiciones médicas que sean necesarios para que el paciente –en la medida de lo posible- no vea afectado de forma irreparable su derecho a la vida digna, alcance un nivel óptimo de independencia y pueda desarrollar al máximo su personalidad.

2.5 Implicaciones del transcurso del tiempo sin el suministro de tratamientos médicos a mujeres en estado de gravidez que padecen enfermedades crónicas.

*“B” Vs. El Salvador*⁴⁵

Este asunto fue conocido por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos a partir de un escrito en el que se solicitaban medidas cautelares en favor de una mujer gestante, de 22 años de edad, que padecía de una serie de patologías (lupus eritematoso discoide, agravado con nefritis lúpica) y a quien al parecer no le habrían suministrado el tratamiento médico prescrito por sus especialistas.

De lo expuesto por los peticionarios ante la Comisión, se infiere que: i) el Ministerio de Salud de El Salvador, el Comité del Hospital Público Nacional Especializado de Maternidad, donde se encontraba internada “B” y el “Centro Latinoamericano de perinatología salud de la mujer y reproductiva” de la Organización Panamericana de la Salud, habían coincidido en que: a. los resultados de las ultrasonografías practicadas al feto

---

⁴⁵ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, (MC 114/2013), Medida Cautelar adoptada el 29 de abril de 2013. Corte Interamericana de Derechos Humanos, Resolución de Medidas Provisionales otorgadas el 29 de mayo de 2013.

indicaban que éste era anencefálico (sin cerebro), es decir padecía de una anomalía que se tornaba incompatible con la vida extrauterina; **b.** la condición clínica del feto, aunada a la patología base de la madre, hacían que el embarazo se convirtiese en un estado de riesgo inminente de muerte para ésta; **c.** era sumamente probable que la patología de “B” se viese agravada conforme el avance del proceso de gestación, y en esa medida se hacía necesaria la suspensión temprana del embarazo; **ii)** la omisión del Estado, prolongada en el tiempo y consistente en el no suministro del tratamiento médico prescrito por los especialistas a la señora “B”, la habría expuesto a riesgo constante de afectación de sus derechos a la vida, la integridad y la salud. Lo anterior máxime por cuanto, según los conceptos médicos, el riesgo incrementaba en la misma medida en que avanzaba el embarazo.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, tras valorar la situación de gravedad, urgencia e inminencia de afectación de derechos, el 29 de abril de 2013 otorgó medidas cautelares en beneficio de “B” y solicitó al Estado de El Salvador: i) garantizar –sin dilación- la implementación del tratamiento médico que los especialistas le habían prescrito a la señora “B”, y; ii) concertar con la beneficiaria y su familia las medidas a adoptar.

No obstante, tras advertir que el Estado reincidía en su conducta omisiva, y que con el paso del tiempo se incrementaba el riesgo de afectación de los derechos de “B”, el 24 de mayo de 2013 la Comisión solicitó a la Corte Interamericana adoptar medidas provisionales, para lo cual argumentó que:

i) Respecto a la situación de extrema gravedad, urgencia y la irreparabilidad del daño:

- a) La naturaleza de los bienes jurídicos en juego –vida, integridad personal y salud- evidencian que la situación es de extrema gravedad y que el daño que puede materializarse en caso de no efectuar una intervención inmediata, es irreparable.
- b) En cuanto a la urgencia de la situación, el avance de un embarazo que comporta una situación de riesgo como la descrita por el personal médico, evidencia en sí mismo la urgencia extrema de la situación. Además, de la documentación aportada, resulta patente que este riesgo se va incrementando a medida que se permite la continuidad del embarazo.

ii) Sobre la ineffectividad de la respuesta dada por el Estado:

a) El Estado de El Salvador no ha adoptado las medidas necesarias para permitir que la señora B pueda acceder a la terminación de un embarazo que, como se dijo, adolece de inviabilidad de vida extrauterina y constituye, aunado a su enfermedad, una fuente de riesgo inminente a su vida, integridad personal y salud.

b) El obstáculo principal por el cual la señora B no ha podido acceder a dicho tratamiento es la penalización absoluta del aborto en el Estado de El Salvador.

(Corte IDH, Resolución de medidas provisionales del 29 de mayo de 2013, Párr. 4).

Por su parte el Estado justificó ante la Corte Interamericana que el caso de “B” había sido analizado en sede de amparo por la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de El Salvador, quien de manera cautelar ordenó a las autoridades de salud, brindar a “B” el tratamiento médico necesario e idóneo para la preservación de sus derechos; y con posterioridad profirió sentencia en la que denegó las pretensiones de la accionante, tras considerar que “el tratamiento médico que actualmente le era suministrado a la paciente era el adecuado, en tanto había logrado estabilizarla”, no obstante advirtió que “como quiera que el riesgo implícito del cuadro clínico no había desaparecido, y que los conceptos médicos eran indicativos de que los cambios biológicos que el cuerpo de la paciente podría experimentar en las etapas del proceso de gestación, incrementarían la probabilidad de complicaciones médicas; las autoridades de salud estaban obligadas a continuar monitoreando el estado de salud de la paciente 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” (Corte IDH, Resolución de medidas provisionales del 29 de mayo de 2013, Párr. 10).

El Tribunal Interamericano consideró que en el caso de la señora “B” persistían los elementos de extrema gravedad (por la complejidad del estado de salud de la paciente y la necesidad de mantenerla bajo supervisión médica permanente), urgencia (en tanto si bien, la señora “B” se encontraba estable, podía presentar en cualquier momento una crisis, debido a los cambios fisiológicos propios del embarazo, su enfermedad base y el

agravamiento del cuadro clínico dada la anencefalia que padecía el feto) y riesgo de afectación irreparable (como quiera que los médicos tratantes de la señora “B” habían concluido que su enfermedad, aunada al proceso de gestación y las características anencefálicas del feto, podría conllevar riesgos en su salud, e incluso la muerte materna); lo cual justificaba la adopción de medidas provisionales. No obstante, aclaró que las mismas serían otorgadas de manera coadyuvante o complementaria a las ya adoptadas en sede interna por los Órganos Judiciales de El Salvador. (Corte IDH, Resolución de medidas provisionales del 29 de mayo de 2013, Párrs. 11 a 16).

Es importante resaltar, que la Corte Interamericana no sólo se refirió en este caso a la protección provisional del derecho a la salud física, sino que también encontró probado que la salud mental de la señora “B” se estaría poniendo en peligro, en tanto: i) la incertidumbre acerca de las complicaciones que puede sufrir por el embarazo, su base patológica y la condición anencefálica de su hijo; ii) la presión de encontrarse en riesgo inminente de muerte; iii) el temor de verse expuesta a pena de prisión en su país por permitir la interrupción del embarazo y; iv) la tensión de estar separada de su núcleo familiar, por la necesidad de permanecer internada en el centro hospitalario; habrían derivado en sintomatología psicosomática congruente con un estado de tensión emocional, según informe médico legal. (Corte IDH, Resolución de medidas provisionales del 29 de mayo de 2013, Párr. 14).

En consecuencia, el Tribunal Interamericano ordenó al Estado:

Adopt{ar} y garantiz{ar}, de manera urgente todas las medidas que sean necesarias y efectivas para que el personal médico tratante de la señora B pueda adoptar, sin interferencia, las medidas médicas que consideren oportunas y convenientes para asegurar la debida protección de los derechos consagrados en los artículos 4 y 5 de la Convención Americana y, de este modo, evitar daños que pudiesen llegar a ser irreparables a los derechos a la vida, la integridad personal y a la salud de la señora B. Al respecto, el Estado deberá adoptar las providencias necesarias para que

la señora B sea atendida por médicos de su elección. (Corte IDH, Resolución de medidas provisionales del 29 de mayo de 2013, Párr. 17).

*“Amelia” Vs. Nicaragua*⁴⁶

En la solicitud de medidas cautelares, se exponían circunstancias fácticas características de obstrucción de acceso a tratamiento médico necesario para tratar cáncer a una mujer en estado de embarazo, a quien por tal causa y el riesgo de aborto que la terapia provocaba, el Estado Nicaragüense se había negado a acatar las prescripciones de los médicos especialistas.

A fin de proteger la identidad de la solicitante, la Comisión se refirió a ella durante el trámite, como “Amelia”, y decidió acceder al petitorio cautelar, tras considerar que se trataba de una mujer: i) que además de encontrarse en estado de gravidez, tenía bajo su custodia y cuidado a su hija de 10 años de edad; iii) a quien le había sido diagnosticado cáncer metastático y prescrito tratamiento urgente de quimioterapia o radioterapia; iv) y a quien el Hospital en donde estaba siendo atendida, de manera tajante le negó toda posibilidad de tratamiento, dada la no compatibilidad de éste con el proceso de gestación.

Así las cosas, ante la gravedad y el riesgo inminente de afectación a la salud, integridad y vida de la señora “Amelia”, la Comisión Interamericana se vio conminada a solicitar al Estado de Nicaragua, adoptar las medidas necesarias para asegurar que la beneficiaria tenga acceso a los procedimientos médicos requeridos para tratar su cáncer metastático; pero atendiendo a las particularidades del caso, también instó al Estado para que, previo a adoptar cualquier conducta, convocara a la beneficiaria y a su familia, a fin de garantizar que las medidas fuesen concertadas.

---

⁴⁶ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, (MC 43/2010), Medida Cautelar adoptada el 26 de febrero de 2010.

Tal y como puede observarse, éste y el asunto “B” Vs. *El Salvador* coinciden en la gravedad de la patología sufrida por las peticionarias, su estado de gravidez, la prescripción urgente de tratamiento médico, la omisión de los Estados en la implementación de los procedimientos prescritos por los galenos tratantes, la severidad clínica de los tratamientos a que deben ser sometidas estas madres gestantes para preservar o recuperar su salud y la aparente incompatibilidad de esos procedimientos con la continuidad del proceso de gestación, la relación directamente proporcional existente entre el trascurso del tiempo sin el suministro del tratamiento y el deterioro de la salud de las peticionarias, y el requerimiento que –de manera cautelar- la Comisión Interamericana hace a los Estados, para que las medidas a adoptar sean previamente concertadas con las beneficiarias y sus familias.

2.6 La rehabilitación como medida de reparación, consistente en asistencia médica y psicológica a las víctimas de hechos atroces: Referencia a casos Colombianos.

Finalmente nos referiremos a la rehabilitación como medida de reparación integral, con el ánimo de indicar, que tal y como lo ha reconocido la Corte Interamericana de Derechos Humanos en 12 de los 13 casos en los que se ha condenado a Colombia⁴⁷: los Estados se encuentran obligados a suministrar a las víctimas, la atención y el tratamiento (médico, psicológico y psiquiátrico; individual, familiar y colectivo; especializado, adecuado y eficaz; prioritario y permanente) que sea necesario para reducir los padecimientos físicos, psíquicos y psicosociales, que les fueron derivados de las violaciones a sus derechos humanos.

Así las cosas, lo primero que debemos aclarar es que los eventos que aquí traeremos a colación, no han sido los únicos en los que la Corte Interamericana ha adoptado medidas de

---

⁴⁷ Nos referimos a los siguientes casos: **1.** De las Comunidades Afrodescendientes Desplazadas de la Cuenca del Río Cacarica (operación Génesis); **2.** Masacre de Santo Domingo; **3.** Vélez Restrepo y Familiares; **4.** Manuel Cepeda Vargas; **5.** Valle Jaramillo y Otros; **6.** Escué Zapata; **7.** Masacre de La Rochela; **8.** Masacre de Ituango; **9.** Masacre de Pueblo Bello; **10.** Masacre de Mapiripán; **11.** Gutiérrez Soler, y; **12.** Diecinueve Comerciantes.

rehabilitación consistente en atención médica y psicológica; pero por efectos metodológicos nos concentraremos en los casos colombianos, a fin de poder aludir a las dificultades de tipo estructural que al interior del País, han impedido que a la fecha se dé cumplimiento cabal a estas medidas.

Lo segundo que debe exponerse, es que las medidas de rehabilitación adoptadas en las 12 sentencias⁴⁸ a las que haremos referencia, como mínimo coinciden en que:

El Estado debe brindar gratuitamente, sin cargo alguno y por medio de las instituciones de salud que designe, el tratamiento adecuado que requieran las víctimas, previa manifestación de su consentimiento, y por el tiempo que sea necesario, incluida la provisión de medicamentos. Al proveer el tratamiento psicológico se deben considerar las circunstancias y necesidades particulares de cada persona, de manera que se les brinden tratamientos colectivos, familiares e individuales, según lo que se acuerde con cada uno de ellos y después de una evaluación individual.

Ahora bien, atendiendo a las particularidades fácticas y jurídicas de cada uno de los casos, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha precisado o extendido los componentes que integran esas medidas de rehabilitación, tal y como a continuación veremos.

*Comunidades Afrodescendientes Desplazadas de la Cuenca del Río Cacarica (operación Génesis) Vs. Colombia*⁴⁹

453. Como se ha constatado que los daños sufridos por las víctimas se refieren no sólo a aspectos de su identidad individual, sino también a la pérdida de sus raíces y vínculos

---

⁴⁸ Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*: Párr. 453, Sentencia del 20 de noviembre de 2013. Serie C Nº270; Párr.309 Sentencia del 30 de noviembre de 2012. Serie C Nº259; Párr.270, Sentencia del 03 de septiembre de 2012. Serie C Nº248; Párr.235, Sentencia del 26 de mayo de 2010. Serie C Nº213; Párr.238, Sentencia del 27 de noviembre de 2008. Serie C Nº192; Párr.172, Sentencia del 04 de julio de 2007. Serie C Nº165; Párr.302, Sentencia del 11 de mayo de 2007. Serie C Nº163; Párr.403, Sentencia del 01 de julio de 2006. Serie C Nº148; Párr.274, Sentencia del 31 de enero de 2006. Serie C Nº140; Párr. 312, Sentencia del 15 de septiembre de 2005. Serie C Nº134; Párr.102 Sentencia del 12 de septiembre de 2005. Serie C Nº132; y Párr.278, Sentencia del 05 de julio de 2004.

⁴⁹ Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia del 20 de noviembre de 2013. Serie C Nº270.

comunitarios, resulta pertinente disponer una medida de reparación que busque reducir padecimientos psicosociales. Con el fin de contribuir a la reparación de estos daños, el Tribunal considera que el Estado debe brindar el tratamiento adecuado y prioritario que requieran {las víctimas} (...) Para estos efectos, el Estado deberá otorgar dicho tratamiento a través de los servicios nacionales de salud, para lo cual las víctimas deberán acudir a los programas internos de reparación a los cuales se remite esta Sentencia (*infra* párrs. 471 a 473), específicamente a los programas dispuestos para hacer efectivas las medidas de rehabilitación. Las víctimas deberán tener acceso inmediato y prioritario a las prestaciones de salud, independientemente de los plazos que la legislación interna haya contemplado para ello, evitando obstáculos de cualquier índole.

Nótese por ejemplo, que en este asunto las víctimas son concebidas desde su identidad individual y desde su pertenencia a un colectivo, y en esa medida, la jurisprudencia interamericana se ve conminada a proponerse como finalidad de rehabilitación, la reducción de los padecimientos psicosociales.

De otra parte se destaca en el caso, que la gravedad de los hechos y la especial vulnerabilidad de las víctimas (comunidad afrodescendiente en condición de desplazamiento) sugieren al Tribunal Interamericano, incluir el elemento de priorización de los tratamientos y de inmediatez en la prestación de los servicios de salud, como herramientas para superar las barreras internas de acceso a los servicios de salud y evadir los plazos que en la legislación interna se encuentran previstos para la garantía de este derecho.

*Masacre de Santo Domingo Vs. Colombia*⁵⁰

307. En primer lugar, la Corte valora las iniciativas estatales de carácter general relacionadas con los sistemas de atención pública de la salud. Sin perjuicio de ello, considera pertinente señalar que no puede confundirse la prestación de los servicios sociales que el Estado brinda a los

---

⁵⁰ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 30 de noviembre de 2012. Serie C N°259.

individuos con las reparaciones a las que tienen derecho las víctimas de violaciones de derechos humanos, en razón del daño específico generado por la violación⁵¹.

308. Por otro lado, el Tribunal considera que, aunque el Estado precisó que a las personas que resultaron heridas a causa de los hechos ocurridos en Santo Domingo el 13 de diciembre de 1998 se les prestó la atención médica necesaria, mediante la red pública hospitalaria colombiana, las historias clínicas aportadas por el Estado no permiten confirmar esta afirmación, puesto que todas se refieren a la atención médica brindada el 13 de diciembre de 1998 o en los días siguientes pero no hacen referencia a un tratamiento que se hubiese prolongado en el tiempo de acuerdo a las particularidades concretas de cada víctima.

309. Por esta razón, y constatando las violaciones y los daños sufridos por las víctimas, la Corte considera necesario ordenar medidas de rehabilitación en el presente caso. En este sentido, el Estado debe brindar (...) a través de sus instituciones de salud especializadas, y de forma adecuada y efectiva, la atención y el tratamiento médico, psicológico o psicosocial a las víctimas y los familiares que así lo soliciten, previo consentimiento informado, incluyendo el suministro gratuito de los medicamentos y exámenes que eventualmente se requieran (...) Asimismo, los tratamientos respectivos deberán prestarse, en la medida de lo posible, en los centros más cercanos a sus lugares de residencia⁵² por el tiempo que sea necesario (...)

En este caso la Corte Interamericana traza una marcada distinción entre la obligación Estatal de prestación de los servicios sociales de salud a la población en general, y el deber específico que ostenta el Estado frente a las víctimas en razón del daño que han sufrido con las violaciones a los derechos humanos. Así las cosas, el Tribunal recalca que debe existir una concepción diferenciada de la prestación de los servicios de salud a las víctimas, respecto de los demás usuarios del sistema de seguridad social.

De otro lado, la jurisprudencia se propone indicar a los Estados que su deber no cesa con la atención inmediata a las víctimas de los hechos atroces, ni con el suministro de los

---

⁵¹ Cfr. *Caso González y otras ("Campo Algodonero") Vs. México*, párr. 529, y *Caso Masacres de El Mozote y lugares aledaños Vs. El Salvador*, párr. 350.

⁵² Cfr. *Caso de la Masacre de las Dos Erres Vs. Guatemala*, párr. 270, y *Caso Masacres de El Mozote y lugares aledaños Vs. El Salvador*, párr. 353.

tratamientos básicos durante los días próximos al hecho, sino que se extiende en el tiempo de acuerdo a los requerimientos particulares de cada víctima y debe ser permanente durante todo el proceso de rehabilitación.

Finalmente la Corte precisa que las atenciones y tratamientos de rehabilitación deben: i) abordar las esferas físicas, psíquicas y psicosociales; ii) ser adecuados y efectivos; iii) suministrados por las instituciones públicas de salud especializadas; iv) antecederse del consentimiento informado de los pacientes; v) incluir el suministro gratuito de exámenes, en los eventos en que sea necesario, y; vi) prestarse, en la medida de lo posible, en los centros más cercanos a los lugares de residencia de las víctimas, y por el tiempo que sea necesario.

*Vélez Restrepo y Familiares Vs. Colombia*⁵³

270. El Tribunal dispone que, en caso de las víctimas manifiesten su voluntad de regresar a residir a Colombia (...) el Estado tendrá la obligación de brindarles atención en salud (...) a través de sus instituciones de salud especializadas, y de forma inmediata, adecuada y efectiva (...) En el caso 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 en Colombia por el tiempo que sea necesario.

271. En caso de que los miembros de la familia Vélez Román decidan no regresar a residir en Colombia, el Tribunal considera adecuado que, con el propósito de contribuir a sufragar los gastos de atención en salud, el Estado entregue, por una sola vez y dentro del plazo de seis meses, contado a partir del vencimiento del plazo de un año dispuesto en el párrafo 265 para que las víctimas manifiesten su voluntad de regresar o no a residir a Colombia, las cantidades de US\$20,000 (veinte mil dólares de los Estados Unidos de América), US\$15,000 (quince mil dólares de los Estados Unidos de América) y US\$15,000 (quince mil dólares de los Estados

---

⁵³ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 03 de septiembre de 2012. Serie C N°248.

Unidos de América), respectivamente, a Luis Gonzalo Vélez Restrepo, Aracelly Román Amariles y Mateo Vélez Román.

El presente asunto tiene como particularidad que las víctimas beneficiarias de las medidas de rehabilitación, al momento de la sentencia residían en el Exterior. Razón por la que la Corte Interamericana formuló dos propuestas de tratamiento y atención médica que directamente dependen de la voluntad de las víctimas de regresar a Colombia o mantener su domicilio en otro país.

Al igual que en el caso de la *Masacre de Santo Domingo Vs. Colombia*, se indica que el tratamiento médico debe prestarse a través de las instituciones públicas de salud especializadas, y en la medida de lo posible, en los centros más cercanos a los lugares de residencia de las víctimas, y por el tiempo que sea necesario. Aunque en esta oportunidad la Corte Interamericana dejó abierta la posibilidad al Estado, para que en el evento de no contar con las instituciones oficiales de salud idóneas para la asistencia o tratamiento a las víctimas, pueda recurrir a los centros de salud privados o de la sociedad civil especializados.

*Manuel Cepeda Vargas Vs. Colombia*⁵⁴

235. (...) El tratamiento psicológico debe brindarse por personal e instituciones especializadas estatales en la atención de víctimas de hechos de violencia como los ocurridos en el presente caso. Si el Estado careciera de ellas deberá recurrir a instituciones privadas o de la sociedad civil especializadas (...) Finalmente, dicho tratamiento se deberá otorgar, en la medida de las posibilidades, en los centros más cercanos a su lugar de residencia.

Aquí la Corte Interamericana se encarga de precisar a los Estados, cuáles son las instituciones habilitadas para brindar tratamientos psicológicos de rehabilitación a las víctimas de violaciones a los derechos humanos. Y al igual que en los casos *Masacre de*

---

⁵⁴ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 26 de mayo de 2010. Serie C N°213.

Santo Domingo Vs. Colombia y Vélez Restrepo y Familiares Vs. Colombia, insiste en la importancia de la cercanía de los centros de salud a los domicilios de las víctimas, como parte de la garantía de acceso a ese derecho (la salud).

*Valle Jaramillo y Otros Vs. Colombia*⁵⁵

238. (...) El tratamiento psicológico y psiquiátrico debe ser brindado por personal e instituciones especializadas en la atención de los trastornos y enfermedades que presentan tales personas, como consecuencia de los hechos del caso. Dicho tratamiento médico y psicológico debe ser prestado a partir de la notificación de la presente Sentencia y por el tiempo que sea necesario.

Tal y como puede advertirse, las medidas de rehabilitación que fueron adoptadas en este caso, son muy similares a las otorgadas en el asunto *Manuel Cepeda Vargas Vs. Colombia*, con el *plus* de que aquí, el Tribunal Interamericano precisa al Estado que los tratamientos médicos y psicológicos deben ser suministrados a las víctimas, de manera inmediata (a partir de la notificación de la sentencia) y por el tiempo que sea necesario.

*Caso Escué Zapata Vs. Colombia*⁵⁶

172. (...) el Tribunal dispone la obligación a cargo del Estado de proveer (...) el tratamiento especializado de carácter médico, psiquiátrico y psicológico adecuado que requieran {las víctimas} (...) Al proveer el tratamiento, se deben considerar las circunstancias y necesidades particulares de cada persona, en especial sus costumbres y tradiciones, de manera que se les brinde el tratamiento adecuado que corresponda.

Si bien en los otros casos a los que hemos hecho referencia, el Tribunal Interamericano es enfático al momento de establecer que el tratamiento médico, psicológico y psiquiátrico debe ser adecuado a las circunstancias y necesidades de cada persona. De manera adicional

---

⁵⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 27 de noviembre de 2008. Serie C N°192.

⁵⁶ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 04 de julio de 2007. Serie C N°165.

en este caso se precisa que el tratamiento debe considerar especialmente las costumbres y tradiciones de las víctimas y su familia, a fin de que sea adecuado.

*Caso Masacre de la Rochela Vs. Colombia*⁵⁷

302. 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 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.

Habíamos establecido en líneas anteriores, que en los casos *Manuel Cepeda Vargas Vs. Colombia* y *Valle Jaramillo Vs. Colombia*, la Corte indicaba –con cierta especificidad- a los Estados, cuáles eran las instituciones habilitadas para brindar tratamientos psicológicos y psiquiátricos de rehabilitación a las víctimas de violaciones a los derechos humanos. Pues bien, en este asunto, de manera complementaria el Tribunal precisa cuáles son los centros de salud física capacitados para brindar el tratamiento médico a las víctimas; enfatizando al respecto que con el objeto de garantizar la efectividad de la atención de salud y tratamiento médico, el Estado debe acudir al personal y las instituciones más especializadas que existan en el abordaje de las patologías de cada una de las personas.

*Caso Masacre de Ituango Vs. Colombia*⁵⁸

403. La Corte estima que es preciso disponer una medida de reparación que busque reducir los padecimientos físicos y psicológicos de todos los familiares de las víctimas ejecutadas (...)

---

⁵⁷ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 11 de mayo de 2007. Serie C N°163.

⁵⁸ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 01 de julio de 2006. Serie C N°148.

*Caso Masacre de Pueblo Bello Vs. Colombia*⁵⁹

274. Es preciso disponer una medida de reparación que busque reducir los padecimientos físicos y psíquicos de los familiares inmediatos de las personas desaparecidas o privadas de su vida.

*Caso Masacre de Mapiripán Vs. Colombia*⁶⁰

312. La Corte estima que es preciso disponer una medida de reparación que busque reducir los padecimientos psicológicos de todos los familiares de las víctimas ejecutadas o desaparecidas.

Nótese en estos eventos, que tal y como lo advertía el Tribunal Interamericano en el *Caso Masacre de Santo Domingo Vs. Colombia*⁶¹, el objetivo de las medidas de rehabilitación consistentes en atención y tratamiento médico, psicológico, psiquiátrico y psicosocial, es propender por la reducción de los daños específicos generados por la violación de los derechos humanos.

De allí que en el *Caso de la Masacre de Ituango* se busque aminorar los padecimientos físicos y psicológicos que dejó en la familia la ejecución de las víctimas, y en los *casos de las Masacres de Mapiripán y Pueblo Bello*, adicionalmente las medidas de rehabilitación pretendan reducir los efectos de la desaparición de los seres queridos.

*Caso Gutiérrez Soler Vs Colombia*⁶²

102. (...) el Tribunal dispone que el Estado debe brindar gratuitamente, a través de las instituciones de salud que designe, el tratamiento psicológico y psiquiátrico que requieran las {víctimas} (...)

---

⁵⁹ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 31 de enero de 2006. Serie C Nº140

⁶⁰ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 15 de septiembre de 2005. Serie C Nº134

⁶¹ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 30 de noviembre de 2012. Serie C Nº259, Párr. 307.

⁶² Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 12 de septiembre de 2005. Serie C Nº132

103. En el caso del tratamiento médico y psicológico del señor Wilson Gutiérrez Soler y de la atención psicológica de su hijo Kevin Daniel Gutiérrez Niño, ya que los dos están exiliados en los Estados Unidos de América, el Estado deberá entregar la cantidad de US \$25.000,00 (veinticinco mil dólares de los Estados Unidos de América) al señor Wilson Gutiérrez Soler para cubrir los gastos razonables al respecto.

De manera similar a lo dispuesto en el *Caso Vélez Restrepo y Familiares Vs. Colombia*, el Tribunal Interamericano concibió en este asunto, dos tipos de medidas de rehabilitación: unas para quienes se domicilian en el país, y otras para quienes residen en el exterior; precisando que en relación con éstos últimos, el Estado ostenta el deber de reconocimiento y pago de un estipendio económico para sufragar sus gastos médicos.

*Caso 19 Comerciantes Vs. Colombia*⁶³

276. En su experticia el señor Beristain se refirió a la necesidad de los familiares de las víctimas de recibir atención para recuperar su salud física y mental. Al respecto, indicó que:

En las entrevistas [...] los familiares manifestaron algunos problemas [...] de consumo excesivo de drogas y alcohol[...] como una manera de tratar de no pensar o tratar de canalizar, a veces, la rabia que produce eso.

[...] hay que buscar maneras de cómo se mitiga el daño producido por la desaparición [...], desde medidas que tienen que ver con el apoyo psicológico, con el acompañamiento en términos de la salud [...].

Hay que buscar formas que tengan una visión desde lo social, que entiendan la desaparición y, a veces, que generen espacios colectivos [...] en la medida en que la gente lo quiera y acepte. [E]videntemente hay formas de apoyo que van a desarrollarse más en términos colectivos, pero también la gente va necesitar, seguramente, formas de acompañamiento o apoyo a sus necesidades en una manera más individualizada. [L]o importante en este caso para que [el programa] sea realmente adecuado a las necesidades

---

⁶³ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 05 de julio de 2004. Serie C N°109

de las víctimas y no sea una cosa pensada desde afuera, [...] es que esté de alguna manera acordado con los propios familiares sobre cuáles son sus necesidades y sus demandas sobre este campo [...].

278.(...) el Tribunal dispone la obligación a cargo del Estado de brindar (...) el tratamiento médico y psicológico requerido por los familiares de las víctimas (...) tomando en consideración que algunos han padecido de drogadicción y alcoholismo. Y Tomando en cuenta la opinión del experto que ha evaluado o tratado a muchos de los familiares de los 19 comerciantes. En el plazo de un año Colombia deberá informar a los familiares de las víctimas en qué establecimientos de salud o institutos especializados recibirán el tratamiento médico y psicológico, los cuales deberán estar totalmente informados sobre esta medida de reparación para que se brinde el tratamiento requerido de la forma anteriormente dispuesta.

En este caso la Corte Interamericana acudió a la experticia del Dr. Carlos Beristain; quien previa valoración y atención a la mayoría de los familiares de los 19 comerciantes, sugirió la adopción de medidas de rehabilitación pensadas desde adentro, es decir, concertadas con las víctimas a fin de ser lo más ajustadas posibles a sus necesidades y requerimientos.

De otra parte, el Tribunal recalca al Estado que debe atender y tratar la situación de alcoholismo y drogadicción que padecen algunas de las víctimas, y por último, le fija un plazo (de un año) para que informe a las personas acerca de los establecimientos de salud e instituciones especializadas a las que pueden concurrir a fin de recibir asistencia y tratamiento.

Expuesto lo anterior, solo resta referir que en la práctica se han evidenciado dificultades de índole estructural que impiden que el Estado Colombiano –a la fecha- cumpla plenamente con las medidas de rehabilitación que le han sido ordenadas en los 12 casos.

Al respecto, Acosta López, J.I. y Bravo Rubio, D. (2008) concluyeron que:

Es posible apreciar que en la mayoría de casos {las medidas consistentes en brindar atención médica y psicológica} se encuentra sin cumplir y en otros su cumplimiento ha sido parcial. En todo caso, respecto a ninguna sentencia ha sido cumplida en su totalidad⁶⁴

En el caso de Colombia, después de una larga discusión con las diferentes organizaciones representantes de las víctimas y familiares, se acordó dividir el tratamiento en una fase de diagnóstico en la cual se identifiquen las necesidades concretas de los familiares y luego, con base en esas necesidades, contratar la atención y tratamiento. En este sentido, el diagnóstico será realizado por instituciones privadas y posteriormente de acuerdo a los requerimientos, se prestará el tratamiento por instituciones públicas o privadas. El plazo establecido para el cumplimiento de esta medida de reparación es de carácter inmediato. Sobre este tipo de plazo, resultaría importante que la Corte IDH en sus sentencias posteriores realizara una ampliación, en el sentido de afirmar que si bien se deben iniciar de inmediato las gestiones para cumplir con la medida, su realización efectiva no puede tener un carácter inmediato, por su misma naturaleza. (Acosta López, Juana Inéz y Bravo Rubio, Diana, 2008, págs. 344, 353 y 354).

Y de la Resolución del Presidente de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, del 08 de febrero de 2012, relacionada con la “supervisión de cumplimiento de las medidas de reparación sobre atención médica y psicológica ordenadas en nueve casos Colombianos⁶⁵”, se infiere que:

---

⁶⁴ Cfr. De 53 casos estudiados, ha sido ordenada en 16 casos, Ver por ejemplo: Corte IDH, Caso 19 Comerciantes. Sentencia de 5 de julio de 2004. Serie C No. 109; Caso «Instituto de Reeducción del Menor» Vs. Paraguay. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de septiembre de 2004. Serie C No. 112; Caso de las Hermanas Serrano Cruz Vs. El Salvador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01 de marzo de 2005. Serie C No. 120; Caso Gutiérrez Soler Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 12 de septiembre de 2005. Serie C No. 132; Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia 17 de junio de 2005. Serie C No. 125; Caso Fermín Ramírez Vs. Guatemala. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de junio de 2005. Serie C No. 126. Se ha declarado cumplida parcialmente en 2 casos: Corte IDH, Caso Cantoral Benavides Vs. Perú. Supervisión de Cumplimiento de Sentencia. Resolución de 07 febrero de 2008 y Caso García Asto y Ramírez Rojas Vs. Perú. Supervisión de Cumplimiento de Sentencia. Resolución de 12 julio de 2007.

⁶⁵ Se refiere a los casos: 19 comerciantes, Gutiérrez Soler, Masacre de Mapiripán, Masacre de Pueblo Bello, Masacre de Ituango, Masacre de La Rochela, Escué Zapata, Valle Jaramillo y Manuel Cepeda Vargas.

a) Por conducto de sus representantes, las víctimas de los 09 casos remitieron escritos a la Corte Interamericana, en los que: i) afirmaban que Colombia no estaba cumpliendo con las medidas de rehabilitación que le habían sido ordenadas; ii) presentaban una propuesta denominada “Programa de reparación de atención en salud integral (tratamiento médico y psicológico) desde la perspectiva psicosocial, en el marco del cumplimiento de las sentencias”, y; iii) ponían de presente el complejo estado de salud de algunos de los familiares y víctimas de la Masacre de la Rochela. (Párrs. 3 y 7, Capítulo “Visto”)

b) El Estado por su parte: i) remitió un informe de propuestas encaminadas a “impulsar el inicio de la atención médica y psicológica de los beneficiarios”; ii) entregó un acta de entendimiento suscrita por las partes, en la que se acuerda un “espacio de concertación” en el cumplimiento de las medidas de reparación; iii) presentó el documento denominado “Propuesta Ruta de Atención Inicial a Víctimas” (Párrs. 4 a 6, Capítulo “Visto”).

c) En el proceso de implementación de la medida de rehabilitación que se surtió en el año 2010:

El Estado Colombiano: i) indicó a la Corte que “en el cumplimiento de la medida de reparación se le han presentado diversos obstáculos; principalmente su novedad, y los ajustes institucionales necesarios para dar cabal cumplimiento a los criterios establecidos por la H. Corte”; ii) reiteró su “disposición y capacidad para iniciar el tratamiento de los beneficiarios de las medidas, a través del contrato interadministrativo suscrito entre el Ministerio de la Protección Social y la EPS-S CAPRECOM”; iii). Propuso “solicitar el acompañamiento de la Organización Panamericana de la Salud, para hacer seguimiento a la fase de atención”; y iv) Sugirió “la elaboración de un manual didáctico sencillo que comprenda los puntos básicos que deben tener en cuenta todos los beneficiarios, autoridades y los operadores de los servicios de salud, en la prestación del servicio”. (Párr. 3 del capítulo I).

Los representantes de las víctimas, manifiestan que el Estado: i) “desconoció que la obligación de reparar implica, garantizar un tratamiento que tenga la capacidad de actuar sobre los daños, no simplemente de brindar acceso a una afiliación al sistema de salud”; ii) “no indica la manera en que el mecanismo de reparación cuenta con las dimensiones de integralidad que demanda la medida ordenada”; iii) “desconoce el consentimiento y concertación con los destinatarios de la medida, lo cual conduce a una revictimización”. (Párr. 5 del capítulo I).

c) En el proceso de implementación de la medida de rehabilitación que se surtió en el año 2011:

El Estado y los representantes de las víctimas suscribieron un acta de entendimiento, de la que se infiere que: i) la medida de reparación constaría de dos fases; 1. Valoración y diagnóstico, y 2. Tratamiento; ii) la implementación de la etapa de tratamiento se definiría por las partes, teniendo en cuenta el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud; iii) hasta tanto se implemente la etapa de tratamiento, los casos urgentes serían atendidos prioritariamente. (Parr. 7, capítulo II).

La Comisión Interamericana manifestó su preocupación porque i) el Estado omite informar cuál sería “el impacto diferenciado de los beneficiarios de la medida, respecto de los demás usuarios de la seguridad social”, ni “cuál sería la ruta de seguimiento para los casos urgentes” y; ii) porque no se evidencia que se esté brindando asistencia rápida e inmediata a las víctimas, ni se puede constatar si en realidad se están tomando en cuenta los diagnósticos previos, o si las personas e instituciones encargadas de los tratamientos cuentan con la especialización que requiere cada víctima (Párrs. 9 y 13 Capítulo II).

Finalmente, los representantes de las víctimas sostuvieron que “los mayores obstáculos para la implementación de las medidas están relacionados con la reticencia y falta de conocimiento de los funcionarios encargados de elaborar la propuesta”. (Párr. 10 del Capítulo II).

Así las cosas, se torna pertinente concluir que en el proceso de cumplimiento de las medidas de rehabilitación en el territorio Colombiano, el Estado ha experimentado dificultades estructurales de ejecución, que desde la óptica de las víctimas son interpretadas como reticencias y falta de compromiso, y desde el punto de vista de la Comisión interamericana, resta eficacia a las medidas de rehabilitación y desdibujan su objetivo, en tanto deja a las víctimas desprovistas de la atención y el tratamiento adecuado, especializado y eficaz para reducir los padecimientos físicos, psicológicos y psicosociales de las violaciones a sus derechos humanos.

CAPÍTULO III. Contaminación Ambiental y Afecciones de Salud en los Pobladores de Territorios Susceptibles de Explotación Metalúrgica y Minera, Aledaños a Zonas Industriales y de Almacenamiento de Residuos Tóxicos.

Kweitel, Juana y Reis, Renata, señalaban que “el respeto a la salud de los individuos y de los pueblos necesariamente pasa por el respeto de derechos yuxtapuestos. El individuo que se ve obligado a vivir en un medio ambiente degradado, tiene su salud y su bienestar comprometidos”⁶⁶.

Así las cosas, se torna pertinente referir, que tanto en el sistema regional interamericano como en el sistema universal de protección de derechos humanos, ha sido reconocido el derecho a un medio ambiente sano, y estipulada la obligación estatal de preservación y mejoramiento del medio ambiente. Observemos:

El artículo 11 del Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos, en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁶⁷, consagra que:

---

⁶⁶ Kweitel, Juana y Reis, Renata. “Prólogo” en Asociación sobre los Derechos Civiles – Programa sobre el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos. “*Estándares del Derecho a la Salud*”. Disponible en: <http://www.adc-sidh.org.ar/la-corte-lista.php?idsec=1&idsub0=12&idsub1=112&idsub2=113>

⁶⁷ Protocolo de San Salvador.

1. Toda Persona tiene derecho a vivir en un medio ambiente sano y a contar con servicios públicos básicos.
2. Los Estados partes promoverán la protección, preservación y mejoramiento del medio ambiente.

En los Párrafos 15, 34 y 36 de la Observación General N°14, adoptada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales durante el 22º periodo de sesiones del 2000, se precisó que:

15. “El mejoramiento de todo los aspectos de la higiene ambiental” (apartado b del párrafo 2 del artículo 12 {del PIDESC}), entraña la necesidad de velar por el suministro adecuado de agua limpia potable y la creación de condiciones sanitarias básicas; la prevención y reducción de la exposición de la población a sustancias químicas nocivas u otros factores ambientales perjudiciales que afectan directa o indirectamente la salud de los seres humanos.

34 (...) Los Estados deben abstenerse de contaminar ilegalmente la atmósfera, el agua y la tierra, por ejemplo mediante los desechos industriales de las instalaciones de propiedad del Estado.

36(...) Los Estados también tienen la obligación de adoptar medidas contra los peligros que para la salud representan la contaminación del medio ambiente... Con tal fin, los Estados deben formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación del aire, agua y el suelo, incluida la contaminación causada con metales pesados tales como el plomo procedente de la gasolina.

Y en la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, la Conferencia de las Naciones Unidas (1992) proclamó veintisiete principios para proteger la integridad del sistema ambiental y el desarrollo mundial. No obstante, sólo nos referiremos aquí a tres de ellos:

15. Con el fin de proteger el medio ambiente, los Estados deberán aplicar ampliamente el criterio de precaución conforme a sus capacidades. Cuando haya peligro de daño grave o irreversible, la

falta de certeza científica absoluta no deberá utilizarse como razón para postergar la adopción de medidas eficaces en función de los costos para impedir la degradación del medio ambiente.

22. Las poblaciones indígenas y sus comunidades, así como otras comunidades locales, desempeñan un papel fundamental en la ordenación del medio ambiente y en el desarrollo debido a sus conocimientos y prácticas tradicionales. Los Estados deberían reconocer y apoyar debidamente su identidad, cultura e intereses y hacer posible su participación efectiva en el logro del desarrollo sostenible.

23. Deben protegerse el medio ambiente y los recursos naturales de los pueblos sometidos a opresión, dominación y ocupación.

Ahora bien, en el periodo que comprende los años 1996 y 2013 han sido develados ante el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos 06 eventos característicos de contaminación ambiental relacionados con afecciones de salud en los pobladores de territorios susceptibles de explotación de recursos minerales, aledaños a zonas industriales y de almacenamiento de residuos tóxicos.

En efecto, nos referiremos a casos en los que la imputación de responsabilidad internacional a los Estados se sustenta en: i) la omisión de control y supervisión de actividades metalúrgicas, industriales, mineras, de almacenamiento y transporte de plomo y de almacenamiento de residuos tóxicos; ii) la inobservancia del principio internacional de precaución y la no realización de estudios previos de impacto ambiental; iii) la no adopción de medidas oportunas para mitigar los efectos de la contaminación metalúrgica, industrial, minera, entre otras; iv) el no suministro de asistencia médica adecuada para los fines de diagnóstico, tratamiento, prevención y recuperación de las poblaciones afectadas en su salud física y psíquica, como consecuencia de la contaminación, y; v) la imposición de cargas contaminantes desproporcionadas a determinados grupos poblacionales dada su raza o etnia (racismo ambiental). Éste último punto, se analizará en detalle una vez abordemos el estudio del *Caso Mossville Environmental Action Now Vs. Estados Unidos* (Informe de admisibilidad N°43/2010). Por ahora sólo expresaremos con gran preocupación, que en tres

de los seis eventos a los que haremos referencia, las presuntas víctimas pertenecen a comunidades indígenas y afrodescendientes.

3.1 En zonas de actividad minera

*Comunidad de San Mateo de Huanchor y sus Miembros Vs. Perú*⁶⁸

Conforme a lo expuesto en la petición: i) la comunidad de San Mateo de Huanchor se encuentra integrada por, alrededor de 5600 habitantes, en su mayoría población indígena; ii) a 50 metros de la localidad de San Mateo, sobre la cuenca del Río Rimac, funciona un depósito de relave de residuos tóxicos provenientes de la actividad minera; iii) dicho depósito es de propiedad de una empresa privada a quien el Ministerio de Energía y Minas, en 1999 le otorgó concesión de explotación minera en área urbana, sin que previamente se presentaran estudios de impacto ambiental; iv) tras una denuncia de las autoridades locales, el Ministerio de Energía y Minas ordenó la suspensión de las actividades en la cancha de relaves, por trasgredir la normatividad interna sobre medio ambiente. No obstante, con posterioridad tal acto administrativo fue nulado por el Consejo Nacional de Minería y la empresa privada fue nuevamente autorizada para operar el depósito de relaves; v) Finalmente en el año 2001 el Ministerio de Energía y Minas ordenó paralizar definitivamente el funcionamiento del depósito. Pero pese a existir tal orden administrativa, el problema se mantiene porque los relaves mineros no han sido trasladados y la población continúa expuesta a afecciones en su salud, toda vez que sus medios de subsistencia (tierras de cultivo y agua para el regadío) están altamente contaminados. (Párrs. 5, 14 a 19, 29 y 30 del Informe de admisibilidad N°69/04)

Es de resaltar que en este asunto: **1.** los peticionarios presentaron ante la Comisión Interamericana una serie de estudios realizados por instituciones oficiales y centros de investigación académica, a fin de dejar en evidencia, tanto los efectos de la contaminación

---

⁶⁸ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Medida Cautelar adoptada el 17 de agosto de 2004, e Informe de Admisibilidad N°69/2004, Petición N°504/03.

ambiental, como los daños en la salud de los pobladores y la crisis de salud pública que se vivía en la localidad de San Mateo; y **2.** que con sustento en tales estudios, la Comisión Interamericana, el 17 de agosto de 2004 otorgó medidas cautelares en favor de la Comunidad Indígena de San Mateo de Huanchor. Observemos:

Según los estudios efectuados por:

a) La Empresa Auditora M&S Especialistas Ambientales y EQUAS S.A. (1999): “se constata presencia de altas concentraciones de contaminantes como plomo, zinc, arsénico, fierro y cobre en el depósito de relaves y en áreas agrícolas de la zona de influencia de depósito de relaves”. (Párr. 20, Informe N°69/04).

b) La Dirección de Salud Ambiental del Ministerio de Salud (2000): Las evaluaciones concluyen que: “el poder acumulativo y el efecto crónico del arsénico, plomo y cadmio en la cancha de relaves, constituye un alto riesgo de exposición de la población”; “el río Rimac que bordea la población, se encuentra contaminado con arsénico y plomo, y que dichas concentraciones en los cultivos agrícolas sobrepasan los límites de riego”; “el nivel de concentración de plomo en la sangre es mayor en los niños de la comunidad”; y que “la contaminación ambiental está afectando la salud de los pobladores”. (Párr. 21, Informe N°69/04).

c) La Dirección de Salud IV de Lima (2001): “La evaluación clínica epidemiológica del 58% de la población de San Mateo, concluye la existencia de problemas físicos y psíquicos, entre los que se encuentran, alteración de la memoria, atención y concentración, síndrome ansioso, trastorno de aprendizaje”; “se demostró que los habitantes de San Mateo de Huanchor fueron contaminados con metales pesados: el 67,8% presentó valores de plomo, el 24,9% presentó valores de cadmio y el 19% presentó valores de mercurio {todos} por encima de los límites permisibles”; “se probó que la proximidad con los relaves incide significativamente en la contaminación con los metales”. (Párrs. 22 y 23, Informe N°69/04).

d) El Instituto de Salud y Trabajo (2002): “La mayoría de los niños de Mayoc sufren dermatitis crónica, disfunción hepática, hipoacusia neurosensorial y desnutrición crónica. En lo psicológico, el 56% de los niños presenta nivel intelectual inferior al término medio”. (Párr. 24, Informe N°69/04).

e) La Universidad de San Marcos de Lima (2003): “En 121 personas {provenientes} del distrito de San Mateo, se encontraron enfermedades dermatológicas de tipo infeccioso, asociadas a la exposición crónica a metales pesados de relaves mineros”; “de no reubicarse los relaves y al aumentar el tiempo de exposición de la población, la aparición de cáncer en la piel será latente”. (Párr. 25, Informe N°69/04).

En la Resolución de adopción de medidas cautelares, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos aludió a los estudios oficiales a los que hemos hecho referencia, a fin de denotar las circunstancias de gravedad, urgencia y riesgo de afectación de los derechos a la vida, salud e integridad de las comunidades campesinas de origen indígena de San Mateo de Huanchor, –alrededor de 5000 familias–; y en consecuencia, solicitó al Estado Peruano:

Ejecutar un programa de asistencia y atención en salubridad a la población, a efectos de identificar a las personas que pudieron haber sido afectadas por las consecuencias de la contaminación y brindarles la atención médica pertinente. E iniciar el traslado del relave de acuerdo a las mejores condiciones técnicas que establezca el correspondiente estudio de impacto ambiental. (CIDH, Resolución de medidas cautelares del 17 de agosto de 2004).

Y al efectuar el estudio de admisibilidad de la petición, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, consideró que: **i)** procedía la excepción de agotamiento a los recursos internos, prevista por el artículo 46 (2) c) de la Convención Americana, toda vez que se encontraba probado que: **a.** las decisiones administrativas adoptadas a nivel interno no habían sido acatadas por la empresa privada ni oportunamente ejecutadas por las autoridades públicas; **b.** aun cuando en sede interamericana se habían adoptado medidas cautelares, persistía la exposición de la comunidad de San Mateo de Huanchor a los metales

pesados y compuestos tóxicos provenientes de la cancha de relaves mineros; y que; **c.** el proceso penal que las autoridades judiciales peruanas estaban adelantando contra los titulares mineros presuntamente responsables de la contaminación, había desbordado la razonabilidad del plazo que el caso ameritaba, dados los daños ambientales y afecciones de salud que de manera prolongada y con efectos irreversibles se estaban produciendo (Párrs. 50, 59, 60 a 63, Informe N°69/04); **ii)** Así mismo, que de ser comprobados los hechos denunciados con relación a los efectos de la contaminación ambiental que han generado una crisis en la salud pública de San Mateo de Huanchor, podrían caracterizarse violaciones a los derechos a la vida, integridad personal, al desarrollo progresivo de los derechos económicos sociales y culturales, entre otros de la Convención Americana (Párr. 69, Informe N°69/04).

Así las cosas, podríamos concluir que en el presente asunto, son diversas las circunstancias fácticas y jurídicas por las que los peticionarios, en sede interamericana, imputan responsabilidad internacional al Estado Peruano: la primera es la concesión de explotación minera en territorios indígenas, que de manera irregular y a través de su Ministerio de Energía y Minas otorgó a una empresa privada; la segunda es la no realización oportuna de los estudios de impacto ambiental que le permitiesen prever los efectos de la explotación minera en el territorio donde habita la comunidad indígena de San Mateo de Huanchor; la tercera es, la connivencia con la que actuó en el año 2000, a través del Consejo Nacional de Minería cuando pese a haber advertido que el sitio de relaves mineros trasgredía normas de medio ambiente, levantó la suspensión de operaciones y volvió a autorizar el funcionamiento del depósito de relaves; la cuarta es, la actitud expectante que asumió al conocer los estudios que sobre contaminación ambiental y efectos en la salud de la población de San Mateo de Huanchor, habían sido realizados por la Dirección de Salud Ambiental del Ministerio de Salud, la Dirección de Salud IV de Lima, y el Instituto de Salud y Trabajo; la quinta, es su conducta omisiva, por no brindarle oportuna asistencia y atención en salubridad a la Población de San Mateo de Huanchor, pese a que los resultados de los estudios oficiales y los realizados por otros centros de investigación académica advertían sobre una crisis de salud pública en esa comunidad; y por último, su actitud

negligente, al permitir que continuará el problema de contaminación ambiental causada por la cancha de relaves y la intoxicación con arsénico, plomo, cadmio y mercurio de los miembros de la comunidad de San Mateo de Huanchor, toda vez que aunque en el año 2001 el Ministerio de Energía y Minas profirió una Resolución de paralización definitiva de funcionamiento de esa cancha de relaves y dispuso su traslado, tal orden administrativa no había sido acatada por la empresa privada ni debidamente ejecutada por las autoridades estatales.

En relación con ese último punto (el de ejecución de las decisiones administrativas), la Comisión Interamericana recordó que de acuerdo con la Jurisprudencia de la Corte Interamericana⁶⁹ “la responsabilidad estatal no termina cuando las autoridades competentes emiten la decisión o sentencia, pues se requiere que el Estado garantice los medios para ejecutar dichas decisiones definitivas”. (Párr. 62, Informe N°69/04).

*Comunidades del Pueblo Maya (Sipakepense y Mam) de los municipios de Sipacapa y San Miguel Ixtahuacán en el Departamento de San Marcos Vs. Guatemala*⁷⁰

El segundo evento al que haremos referencia, fue conocido por la Comisión Interamericana a través de una solicitud de medida cautelar, formulada en favor de 18 comunidades del pueblo indígena Maya; en la que se ponía de presente, que a causa de una explotación minera de oro y plata, que el Estado -de manera inconsulta- había autorizado en territorio indígena, la vida, integridad personal y el medio ambiente del pueblo Maya se encontraba en riesgo de afectación, toda vez que el río Tzálá y sus afluentes hídricos constituían las únicas fuentes de agua para consumo y actividades de subsistencia, y se estarían secando además de estar altamente contaminados con metales nocivos para la salud, que provenían de la actividad minera.

---

⁶⁹ Cfr. Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Baena Ricardo y Otros, Sentencia del 28 de noviembre de 2003, Párr. 79.

⁷⁰ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, (MC 260/07), medida cautelar otorgada el 20 de mayo de 2010.

Tras advertir que el asunto revestía gravedad, urgencia y que existía riesgo de afectación de derechos tanto individuales como colectivos, la Comisión Interamericana protegió de manera cautelar a la comunidad del pueblo indígena Maya, y en consecuencia, solicitó al Estado de Guatemala:

Suspender la explotación minera del proyecto Marlin I y demás actividades relacionadas con la concesión otorgada a la empresa Goldcorp/Montana Exploradora de Guatemala S.A. e implementar medidas efectivas para prevenir la contaminación ambiental.

Adoptar las medidas necesarias para descontaminar en lo posible las fuentes de agua de las 18 comunidades beneficiarias, y asegurar el acceso por sus miembros a agua apta para el consumo humano.

Atender los problemas de salud objeto de estas medidas cautelares, en particular, iniciar un programa de asistencia y atención en salubridad para los beneficiarios, a efectos de identificar a aquellas personas que pudieran haber sido afectadas con las consecuencias de la contaminación para que se les provea de la atención médica pertinente. (CIDH, Medida Cautelar, MC 260/2007).

Nótese, que tanto en el caso *Comunidad de San Mateo de Huanchor y sus Miembros Vs. Perú* como en el asunto *Comunidad del Pueblo Maya Vs. Guatemala*: i) las zonas de explotación minera o de ubicación de los depósitos de relaves mineros, ocupaban de manera inconsulta territorios ancestrales y más concretamente, las laderas de los principales afluentes hídricos de esas comunidades (respectivamente, río Rimac y río Tzálá); ii) los metales pesados provenientes de la actividad minera estaban presentes tanto en el agua que la comunidad consumía, como en el suelo del que –a través de la agricultura y ganadería– derivaban su subsistencia, y; iii) la contaminación ambiental resultante de la actividad minera afectaba no sólo la salud de los pobladores, sino también “valores espirituales relacionados a la tierra y el ambiente”⁷¹.

---

⁷¹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°69/2004, Petición 504/03, Caso Comunidad de San Mateo de Huanchor y sus Miembros, Vs. Perú, Párr. 16.

3.2 En zonas de actividad metalúrgica y de almacenamiento y transporte de plomo

*Comunidad de La Oroya Vs. Perú*⁷²

Según los peticionarios: a) la Comunidad de la Oroya enfrenta una verdadera crisis de salud pública, dada la contaminación ambiental provocada por un complejo metalúrgico que funciona en la localidad y que procesa minerales con altos niveles de plomo, cobre, zinc, plata, oro, azufre, cadmio y arsénico; b) si bien es cierto que el complejo metalúrgico es de propiedad de una empresa privada, no es menos cierto que el Estado ha omitido controlar, fiscalizar y supervisar sus actividades, y en esa medida es responsable de la contaminación en que incurren tales empresas; c) debido a la ausencia de sistemas adecuados para mitigar la contaminación, la población de La Oroya vive expuesta a niveles excesivos de metales pesados (plomo, cobre, zinc, plata, oro, azufre, cadmio y arsénico); d) la contaminación proveniente de la actividad metalúrgica aumenta el riesgo de padecimiento de enfermedades en los habitantes de la Comunidad, y particularmente en los niños y las niñas afecta su capacidad de aprendizaje y conducta; e) el padecimiento constante y simultáneo de enfermedades les impide a las presuntas víctimas el disfrute de su vida, incluso desde el nacimiento; f) además de la afectación física, los pobladores de La Oroya han visto perjudicada su integridad psíquica y moral, por la permanente zozobra y miedo frente a los riesgos de contaminación ambiental que enfrentan diariamente; g) en La Oroya solo existen dos centros de salud, cuyo acceso es limitado y en los cuales no hay instalaciones o equipos especializados que permitan diagnosticar la intoxicación con plomo u otros metales contaminantes, y mucho menos, brindar tratamiento adecuado; h) por último, el Estado no ha puesto a disposición de la población, información clara y suficiente sobre el grado de contaminación de la ciudad, las sustancias que la causan, los posibles impactos para las personas y las medidas que se podrían implementar para mitigar o reparar daños ambientales y en la salud de los habitantes. (Párrs. 10, 11, 15 a 20, 23 a 29, Informe N°76/09).

---

⁷² Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Medida Cautelar adoptada el 31 de agosto de 2007, e Informe de Admisibilidad N°76/2009, Petición N°1473-06

El Estado por su parte, aceptó la existencia de contaminación en la ciudad de La Oroya, pero manifestó haber adoptado medidas eficaces para mitigar esa situación.

El Estado Peruano, en cumplimiento de sus obligaciones internacionales viene realizando acciones progresivas, consistentes, transversales y multisectoriales con la finalidad de alcanzar niveles óptimos en la calidad del aire, contrarrestar los problemas de salud de la población afectada y fiscalizar el actuar de la empresa {propietaria del complejo metalúrgico}. (Párr. 37 Informe N°76/09).

Resaltó que en el marco del Convenio de Cooperación entre el Ministerio de Salud, el Gobierno Regional y la empresa {propietaria del complejo metalúrgico}, se ha priorizado la atención de salud a través de la creación de la estrategia Sanitaria de Atención a Personas Afectadas por la Contaminación con Metales Pesados y Otras Sustancias Químicas. Mencionó la construcción de un centro obstétrico, y en general la mejoría en la infraestructura del Centro de Salud de La Oroya (...) También mencionó la aprobación de la “Guía Práctica Clínica para el manejo de pacientes con intoxicación por plomo” para orientar a los profesionales de la salud en el manejo de este problema. Señaló que debido a que los pobladores de La Oroya se encuentran en situación de pobreza o extrema pobreza, han sido incorporados gratuitamente al seguro integral de salud. (Párr. 39 Informe N°76/09).

Al igual que en el caso *Comunidad de San Mateo de Huanchor y sus Miembros Vs. Perú*, en este asunto, los peticionarios aportaron estudios de los que se infiere que el nivel de plomo en la sangre de los habitantes de la comunidad de La Oroya, es excesivo y preocupante, toda vez que las cantidades superan los parámetros de la Organización Mundial de la Salud. Así mismo, que según el *Center For Disease Control and Prevention*, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia y el Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente, “los niveles excesivos de plomo en la sangre requieren la adopción de acciones recuperadoras, seguimiento médico, investigación y remediación del ambiente, e incluso puede requerirse de tratamientos especializados, en adición al control efectivo de las emisiones y la remoción de los materiales contaminados”. (Párrs. 12 y 13, Informe N°76/09).

Es de resaltar que conforme a lo expuesto por los peticionarios, en este asunto se imputa responsabilidad estatal internacional al Estado Peruano por: i) la falta de control del complejo metalúrgico, ii) la ausencia de supervisión de las actividades metalúrgicas contaminantes, iii) la no adopción de medidas para mitigar los efectos de la contaminación ambiental, iv) las limitaciones de acceso a los servicios de salud y la no adecuación de las instalaciones o equipos médicos a los requerimientos clínicos de la comunidad; v) el no suministro de información a la población sobre las causas de la contaminación, los riesgos de afectación en la salud física y psíquica y las medidas que se podrían implementar para mitigar o reparar los daños. Lo anterior máxime por cuanto, “el Estado ha tenido conocimiento de la grave situación desde por lo menos, 1999 a través de diversas fuentes, incluyendo informes de autoridades estatales y decisiones judiciales” (Párrs.21 y 29, Informe N°76/09).

Y que el 31 de agosto de 2007 la Comisión Interamericana de Derechos Humanos adoptó medidas cautelares en beneficio de 65 moradores de la ciudad de La Oroya que sufrían de afecciones de salud, al parecer como consecuencia de los altos índices de contaminación de aire, suelo y agua en la comunidad, producto de partículas de metales pesados, liberados por el complejo metalúrgico que allí funcionaba, y quienes no contaban con la atención médica adecuada para los fines del diagnóstico, tratamiento y prevención.

En consecuencia, a título de protección cautelar del derecho a la salud de la comunidad de La Oroya, la Comisión Interamericana solicitó al Estado del Perú:

Adoptar las medidas pertinentes para practicar un diagnóstico médico especializado a los beneficiarios, proveer el tratamiento médico especializado y adecuado para aquellas personas cuyo diagnóstico demuestre que se encuentran en una situación de peligro de daño irreparable para su integridad personal o su vida, y coordinar con los solicitantes y beneficiarios la implementación de las medidas cautelares. (CIDH, Resolución de medidas cautelares del 31 de agosto de 2007).

Ahora bien, en el estudio de admisibilidad de la petición, la Comisión interamericana: i) valoró que aunque en la Jurisdicción Constitucional del Perú fueron adoptadas decisiones que conminaban al Ministerio de Salud y a la Dirección General de Salud ambiental del Perú a diseñar e implementar una estrategia de salud pública de emergencia para la ciudad de La Oroya, lo cierto es que tales decisiones no habían sido ejecutadas por el Estado a pesar de tratarse de una situación que reviste especial gravedad y urgencia, y en esa medida debería tenerse por exceptuado el requisito de agotamiento de recursos internos por la causal de retardo injustificado (Párrs. 62, 63, 68 y 69, Informe N°76/09); ii) consideró que de ser probadas “las supuestas muertes y/o afectaciones a la salud de las presuntas víctimas como consecuencia de acciones y omisiones estatales frente a la contaminación ambiental derivada del complejo metalúrgico que funciona en La Oroya”, podría caracterizarse violación de los derechos consagrados en los artículos 4, 5 y 19 de la Convención Americana (Párr. 74 Informe N°76/09); iii) Así mismo, consideró que “la supuesta falta y/o manipulación de información sobre la contaminación ambiental que se vive en La Oroya y los efectos en la salud de sus pobladores, y los alegados actos de hostigamiento contra personas que pretenden difundir información al respecto”, podría caracterizar violación del derecho consagrado en el artículo 13 del mismo instrumento (Párr. 75 Informe N°76/09).

Así las cosas, solo resta destacar que: **1.** En un contexto de medidas cautelares la Comisión Interamericana conminó a un Estado Parte a realizar diagnósticos médicos especializados a la población residente de una zona en la que funcionaba un complejo metalúrgico, a fin de identificar los efectos que en su salud había dejado la contaminación con metales pesados y garantizar la implementación del tratamiento médico más adecuado y especializado a esa comunidad; **2.** El no suministro de información a la población sobre las causas de la contaminación, los riesgos de afectación en la salud física y psíquica y las medidas que se podrían implementar para mitigar o reparar los daños, también puede convocar a los Estados a juicios de responsabilidad internacional; **3.** Al igual que en los casos *Comunidad de San Mateo de Huanchor y sus Miembros Vs. Perú* y *Comunidades del Pueblo Maya Vs. Guatemala*, en el asunto *Comunidad de La Oroya Vs. Perú*, los titulares de la actividad contaminante eran empresas privadas, y no obstante, en sede interamericana se imputó

responsabilidad internacional a los Estados por omisión de control, supervisión y vigilancia de esas actividades mineras o metalúrgicas, por no adopción de medidas oportunas para mitigar los efectos de la contaminación y por limitar el acceso de las personas a la información (sobre las causas y consecuencias de la contaminación ambiental) y los servicios de salud relacionados, y que; **3.** Conforme a lo expuesto por los representantes del Estado, a raíz de este caso, en Perú el Tribunal Constitucional y el Ministerio de Salud han venido promulgando importantes iniciativas de salud enfocadas en la población afectada por la contaminación ambiental derivada de la actividad metalúrgica, estas son: “Estrategia sanitaria de atención a personas afectadas por la contaminación de metales pesados y otras sustancias químicas”; “Guía práctica clínica para el manejo de pacientes con intoxicación por plomo”, y “Plan de mejora de la calidad de aire en la cuenca atmosférica de la oroya”.

*Pobladores de Puerto Nuevo Vs. Perú*⁷³

Los beneficiarios de la medida cautelar adoptada por la Comisión Interamericana en el presente asunto, son trescientos pobladores del Asentamiento Humano de Puerto Nuevo Callao en Perú, quienes refirieron padecer de afecciones de salud relacionadas con los efectos de la contaminación derivada de las actividades de almacenamiento y transporte de plomo que se ejecutan en su zona de residencia.

Al respecto los peticionarios expusieron, que estudios indicaban que los pobladores de puerto nuevo presentaban niveles alarmantes de plomo en la sangre, y que la comunidad no contaba con las instalaciones de salud ni la tecnología adecuada para los fines de diagnóstico, tratamiento y prevención de las afecciones de salud derivadas de la contaminación con plomo.

En consecuencia, las medidas cautelares adoptadas en el presente asunto, por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, involucran: i) al igual que en el caso *Comunidad de*

---

⁷³ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, (MC 199/09-300), Medida Cautelar adoptada el 27 de diciembre de 2010

La Oroya Vs. Perú, la realización de diagnósticos médicos especializados a los pobladores de Puerto Nuevo, y el suministro del tratamiento médico más adecuado y especializado para mitigar los efectos o reparar los daños que la contaminación ambiental ha dejado en su salud, y; ii) de manera análoga a los casos *Comunidades de San Mateo de Huanchor y Sus Miembros Vs. Perú* y *Comunidades del Pueblo Maya Vs. Guatemala*, la suspensión de las actividades contaminantes, hasta que no se adopten medidas que eliminen la contaminación ambiental o se reubique a la población o se cambien de lugar los depósitos de relaves mineros, zonas de almacenamiento y transporte de plomo o de actividades mineras y metalúrgicas.

3.3 En zonas de almacenamiento de desechos tóxicos

*Habitantes del Conjunto Habitacional “Barao de Mauá” Vs. Brasil*⁷⁴

Lo primero que diremos, es que a diferencia de los demás asuntos a los que hemos hecho referencia, la contaminación ambiental y sus efectos en la salud de los residentes del Conjunto Habitacional “Barao De Maua” (CHBM) no se encuentra precedida de concesiones otorgadas por el Estado para la ejecución de actividades mineras o metalúrgicas o de almacenamiento y transporte de metales pesados. Por el contrario, en este caso lo que se denuncia es que sobre un lote de terreno de propiedad de una empresa privada, que durante los años 1973 y 1992 fue utilizado como área de desecho ilegal de sustancias tóxicas; el Estado Brasileño autorizó la construcción de un proyecto de vivienda urbana, pese a tener pleno conocimiento de la situación de contaminación a la que expondría a los residentes, toda vez que durante ese mismo periodo de tiempo (1973 a 1992), su Organismo Ambiental Nacional habría impuesto a la empresa privada, 17 actas de infracción por degradación ambiental (del suelo y de la atmósfera) provocada por basura tóxica.

---

⁷⁴ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°71/2012, Petición P-1073-05

Ahora bien, de los hechos narrados por el peticionario ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, adquiere relevancia traer a colación los siguientes:

7. (...) El 20 de abril de 2000, cuando ya habían personas viviendo en el conjunto habitacional, la contaminación del suelo produjo la explosión de un tanque de agua subterráneo en el CHBM que provocó la muerte de un trabajador de la construcción, Geraldo Julio Rivello, y lesiones graves a otro trabajador, Marcus Vinicius Lazari Ferreira. Después de este incidente (...) quedó de manifiesto públicamente la degradación ambiental de la zona en que se estaba construyendo el CHBM.

8. (...) Tras la explosión, el 15 de agosto de 2001, la Secretaría de Medio Ambiente del Estado de Sao Paulo (...) expidió una alerta en la que señalaba que: (i) ya se habían construido en el CHBM cincuenta edificios del total proyectado de 72; (ii) se calculaba que en el CHBM vivían 5000 personas; y (iii) los estudios ambientales indicaban que el terreno sobre el cual estaba construido el CHBM estaba contaminado por más de 40 compuestos orgánicos volátiles, que incluían, entre otros, benceno, clorobenceno, trimetilbenceno y decano, todos ellos nocivos para el medio ambiente y la salud humana. (...) estos compuestos orgánicos podrían tener efectos dañinos a largo plazo sobre la salud humana e incluso pueden provocar cáncer.

9. (...) El 20 de diciembre de 2001, la CETESB {–*Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental*– organismo ambiental del Estado, encargado del control, los permisos, la supervisión y monitoreo de las actividades potencialmente contaminantes para el medio ambiente} expidió un comunicado de prensa en el cual “reafirmo la gravedad de la contaminación en el CHBM”, además de indicar que los aproximadamente 50 edificios en los que residían aproximadamente 5000 personas, estaban contruidos sobre una zona fuertemente contaminada por diversas sustancias químicas, y que esta contaminación del suelo seguiría generando gases que ponían en riesgo el área y a sus habitantes. Además (...) la Alcaldía también reconoció que el terreno sobre el cual se había construido el CHBM había sido utilizado para el desecho ilegal de sustancias tóxicas y que, a pesar de ello, la Alcaldía –bajo una administración anterior– y el Gobierno del Estado de Sao Paulo habían autorizado el proyecto residencial. No obstante (...) antes de estas declaraciones públicas oficiales, las autoridades estatales ocultaron información crucial a los

habitantes del CHBM con respecto a la degradación ambiental de la zona y los riesgos a los que estaban expuestos”.

Así las cosas, si bien el peticionario reconoce que la actividad de desecho de sustancias tóxicas venía siendo ejecutada de forma ilícita por una empresa privada, considera que el Estado de Brasil es internacionalmente responsable del daño ambiental y las afecciones a la integridad personal, vida y salud tanto de los residentes del conjunto habitacional “Barao de Mauá”, como de los trabajadores que prepararon los cimientos y ayudaron a construir ese conjunto, por: i) omitir adoptar medidas oportunas y eficaces de mitigación de contaminación ambiental; ii) autorizar la construcción de un conjunto habitacional sobre un lote de terreno, del que tenía conocimiento se encontraba seriamente degradado por compuestos orgánicos volátiles y tóxicos, y por; iii) limitar el acceso a la información a la población sobre el grado de contaminación de la zona, sus causas y los riesgos a los que verían expuesta su salud física y psíquica.

El Estado de Brasil por su parte, solicitó a la Comisión Interamericana declarar inadmisibile el caso por no agotamiento de los recursos internos. Al respecto expuso, que existe un fallo de primera instancia a favor de las presuntas víctimas, en el que la autoridad judicial declaró a las empresas privadas responsables del desecho ilegal de basura tóxica en la zona del CHBM y les ordenó “devolver el medio ambiente a su *status quo ante* mediante la demolición del CHBM construido irregularmente y la eliminación total de los desechos tóxicos, seguido por el tratamiento del suelo y la compensación de los afectados”. (Párrs. 13 y 16).

En torno a la excepción formulada por el Estado (la de no agotamiento de los recursos internos), el peticionario manifestó, que si bien es cierto que a nivel interno existe un fallo favorable a los intereses de las presuntas víctimas y contrario al de las empresas privadas contaminantes, no es menos cierto que el recurso no ha sido efectivo, toda vez que la demanda fue interpuesta en el año 2001, la sentencia de primera instancia es del año 2006 y aún no se ha resuelto el recurso de apelación que cursa ante el Tribunal de segunda

instancia. Así mismo, agregó que en sede interna “repetidamente solicitó medidas cautelares con base en el criterio de prevención (o precaución) relacionado con el daño ambiental, reconocido en el principio 15 de la Declaración de Rio de 1992, sin ningún resultado”. (Párr. 11).

Por último, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos al efectuar el análisis de admisibilidad de la petición, consideró que: i) las presuntas víctimas identificadas, son 531 personas con respecto a las cuales el Estado Brasileño se comprometió a respetar y garantizar los derechos consagrados en la Convención Americana (Párr. 17); ii) dadas las circunstancias del caso, una demora de casi once años en la adopción de decisiones judiciales definitivas debe ser interpretada como irrazonable, y en esa medida, los recursos internos, tenidos como ineficaces (Párr. 21); iii) tanto los hechos en los que una de las presuntas víctimas murió como resultado de las lesiones sufridas durante la explosión del 20 de abril de 2000, como los alegatos en los que la contaminación ambiental se describe como una amenaza directa a las vidas de los residentes y de otras personas que han estado cierto tiempo en el Conjunto Habitacional “Barao de Mauá”; de llegar a ser probados, podrían caracterizar violación del artículo 4 (derecho a la vida) de la Convención Americana de Derechos Humanos (Párr. 29); iv) en la etapa de fondo, adicionalmente deberá examinarse, la medida en qué la presunta contaminación podría haber afectado la integridad personal, y el uso y goce de la propiedad de las supuestas víctimas, para así determinar si hubo o no violación de los artículos 5.1, 8, 21 y 25 del Instrumento Regional (Párr. 29); v) y que por último, en la etapa de fondo deberá determinarse si “la supuesta falta o manipulación de la información sobre la degradación ambiental de las áreas en que se construyó el CHBM, así como sobre sus efectos para la salud y la vida de las presuntas víctimas, podrían caracterizar una violación del artículo 13 de la Convención Americana” (Párr. 29).

3.4 En zonas industriales

*Mossville Environmental Action Now Vs. Estados Unidos*⁷⁵

Según los peticionarios: i) Mossville es una ciudad con superficie de cinco millas cuadradas, en la que residen 375 hogares predominantemente afroamericanos, y en la que se registra actividad de 14 plantas de industria química (fabricantes, almacenadoras y vertedoras de sustancias tóxicas y peligrosas), a las que el Estado les ha concedido licencia de funcionamiento; ii) existen estudios oficiales y de instituciones académicas de investigación en las que se deja en evidencia, que la contaminación tóxica proveniente de la actividad industrial, ha elevado de manera alarmante los niveles de sustancias químicas en la sangre de los habitantes de Mossville e incidido en la proliferación de enfermedades respiratorias y demás vinculadas a la liberación de químicos; iii) la comunidad de Mossville ha sido epicentro de una práctica que denominan “racismo ambiental”, y que explican como una carga contaminante desproporcionada que Estados Unidos le impone a las comunidades mayoritariamente pobladas por afrodescendientes, y; iv) El Estado limita el acceso de la población a la información sobre las causas y consecuencias de la contaminación derivada de la actividad industrial en Mossville. (Párrs. 2, 9, 12 y 13).

En relación con los riesgos de afectación a la salud de los residentes de Mossville, los peticionarios aluden a los resultados de los siguientes estudios:

10. {Universidad de Texas. 1998}. Los graves problemas de salud en los residentes de Mossville se asocian a la exposición a contaminación industrial tóxica. El 91% de las personas relevadas reportaron al menos un problema de salud que se sabe relacionado con la exposición a químicos producidos por las plantas industriales tóxicas (...) por ejemplo, el 84% de los residentes de Mossville relevados presentan problemas nerviosos; 71% problemas cardiovasculares, y 57% problemas de piel. Aparte de los problemas físicos, la exposición a tóxicos también afecta la salud mental de algunos residentes (...)

---

⁷⁵ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°43/2010, Petición N°242-05.

11. (...) Todas las presuntas víctimas, cuyas muestras de sangre fueron analizadas por el Organismo de Estados Unidos sobre Sustancias Tóxicas y Registro de Enfermedades (el “ATSDR”) mostraron una concentración media de dioxinas en su sangre tres veces superior a la media nacional (...)

Y en torno a los alegados hechos característicos de racismo ambiental, los peticionarios señalan que:

12. (...) se otorgan permisos a plantas contaminantes en forma desproporcionada en la comunidad afroamericana de Mossville, lo que (...) sigue una modalidad de racismo ambiental en louisiana, donde comunidades históricas no incorporadas establecidas por afroamericanos han sido rodeados por plantas industriales peligrosas. (...) las investigaciones del Estado y de las universidades han documentado las desigualdades raciales que determinan que plantas industriales peligrosas funcionen en estrecha proximidad con comunidades densamente pobladas por afroamericanos y la menor protección ambiental de estas comunidades de color.

13. (...) como la de Mossville no es una comunidad incorporada, a diferencia de sus vecinas, es el gobierno de la parroquia de Calcasieu el que toma las decisiones sobre la aprobación del desarrollo industrial (...) esta parroquia tiene unas 1094 millas cuadradas y comprende alrededor de 72000 hogares, cuya población es en un 73,6% de raza blanca. Comparativamente, Mossville tiene unas 5 millas cuadradas (menos del 1% de la población de la parroquia), de los cuales el 68% son afroamericanos. Sin embargo, de las 27 plantas industriales que operan en la parroquia, 14 están ubicadas en Mossville y alrededores. En consecuencia, la parroquia goza de un medio ambiente general saludable, en tanto el medio ambiente de Mossville es considerado “insalubre”.

14. (...) Las plantas que producen la mayor cantidad de contaminación iniciaron sus actividades en una época en que la discriminación racial era aceptada por los gobiernos del sur de Estados Unidos, en que los afroamericanos que vivían en Mossville no tenían un derecho legal a votar ni a participar en la toma de decisiones. (...) sin embargo, aunque se han abolido las políticas racistas, los residentes de Mossville tienen una protección ambiental inferior y desigual de parte de la ASTDR, la EPA y demás organismos reguladores (...) ello se refleja en la respuesta de estos organismos, que habrían en esencia obstaculizado el avance de los pedidos de los

residentes de Mossville en materia de servicios médicos, estudios de las fuentes emisoras de dioxinas y moratorias al otorgamiento de permisos ambientales.

El gobierno de los Estados Unidos, por su parte: i) negó la existencia de un derecho al medio ambiente saludable, al igual que su relación con los derechos a la vida, salud, vida privada, igualdad y no discriminación (Párr. 18); y ii) solicitó a la Comisión Interamericana declarar inadmisibile la petición por no agotamiento de los recursos internos, y porque los derechos invocados por los peticionarios no se encuentran consagrados en ningún instrumento de derecho internacional que obligue a Estados Unidos (Párrs. 20 y 21).

18 (...) El Estado agrega que, si bien la protección de los derechos humanos y el medio ambiente son importantes, no existe un derecho sustantivo de las personas, de acuerdo con el derecho internacional en derechos humanos, a un medio ambiente seguro y sano, ni en los tratados de los que Estados Unidos es parte, ni en el derecho consuetudinario internacional. Subraya que si bien algunos países pueden optar por crear el derecho a un medio ambiente sano en su legislación interna, ello no crea un derecho consuetudinario internacional en la materia (...)

19 (...) no existe en la Declaración Americana un mandato ejecutable de establecer límites a las emisiones de todas las distintas sustancias liberadas por las plantas industriales; de proteger contra los efectos múltiples, acumulativos y sinérgicos de la contaminación tóxica de las plantas industriales existentes; ni de reducir la excesiva contaminación aérea producida en zonas pequeñas dentro de regiones designadas para el control de la calidad del aire. Análogamente, el Estado argumenta, que a falta de una demostración clara de una discriminación intencional, no existe un mandato ejecutable en la Declaración Americana de impedir la instalación o el agrupamiento de plantas tóxicas y peligrosas en estrecha proximidad geográfica con zonas residenciales; ni de reparar las prácticas que alegadamente imponen cargas contaminantes racialmente desproporcionadas.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos al efectuar el estudio de admisibilidad de la petición, consideró preliminarmente que: i) en el marco del artículo 23 de su reglamento interno, ostentaba competencia para conocer de las denuncias en las que se alegan violaciones de derechos contenidos en la Declaración Americana; y que ii) en virtud

de la ratificación de la Carta de la OEA, Estados Unidos estaba obligado a respetar las disposiciones de la Declaración Americana.

De manera específica, en relación con la excepción formulada por el Estado (de no agotamiento de los recursos internos), el Órgano Interamericano expuso:

31. La CIDH es perfectamente consciente de la distinción entre los actos de las plantas industriales y los del Estado. Como se indica en el presente informe, los peticionarios denuncian que la aprobación y facilitación por el Estado de la explotación de 14 plantas industriales contaminantes en Mossville y alrededores es la consecuencia de políticas que tienen un impacto discriminatorio y son causa de graves problemas de salud para los residentes de esa ciudad, en violación de su derecho a la vida privada y la inviolabilidad del hogar. La Comisión concluye que una solución lograda entre una de las 14 empresas y algunos residentes de Mossville, que terminó con una compensación monetaria y la compra de los inmuebles, no ilustra la existencia de un recurso efectivo contra la conducta del propio Estado en la regulación o la falta de control adecuado de tales actividades.

33. Con respecto a las alegaciones de discriminación, tanto el Estado como los peticionarios convienen que no sería posible iniciar con éxito una acción ante los tribunales internos por un efecto desproporcionado y discriminatorio sin demostrar con claridad la intención de discriminar. Por tanto, la CIDH se manifiesta satisfecha de que las denuncias de los peticionarios sobre la alegada carga contaminante desproporcionada y discriminatoria que soportan los residentes de Mossville y las consecuencias conexas para la comunidad no tendrían perspectivas razonables de éxito en la vía interna. Los peticionarios quedan, pues, eximidos de agotar los recursos internos en cuanto a esta reivindicación, a estar a lo dispuesto en el artículo 31.2.a del Reglamento de la Comisión Interamericana.

35. Sin embargo, la información presentada por los peticionarios no demuestra la inutilidad de impugnar las acciones del EPA o de otros organismos del Estado, si dan lugar a la violación del derecho a la vida y a la integridad personal de los residentes de Mossville. (...) Además, la CIDH no está convencida por el argumento de los peticionarios de que la impugnación de su

conducta no tendría perspectivas razonables de éxito porque los organismos están actuando de acuerdo con la ley.

36. Por tanto, la CIDH no considera que la información presentada por los peticionarios justifique una excepción a la norma del agotamiento de los recursos internos, por lo cual concluye que las denuncias relacionadas con una alegada violación del derecho a la vida y el derecho a la salud son inadmisibles.

Y en lo que concierne al análisis de verosimilitud de los hechos denunciados, no obstante haber declarado inadmisibles las alegaciones relacionadas con violación de los derechos a la vida y a la salud (por no agotamiento de recursos internos), la Comisión Interamericana consideró pertinente continuar con el estudio de fondo del caso, en relación con los hechos característicos de violaciones a los derechos a la libertad y a la protección de la propiedad privada. Observemos:

42. En el caso presente, los peticionarios alegan que el otorgamiento de permisos ambientales a las plantas industriales por parte del gobierno de Estados Unidos y la contaminación ambiental resultante tiene efectos desproporcionados para los residentes de Mossville en su condición de afroamericanos. El Estado argumenta que, en ausencia de una demostración clara de discriminación intencional, no existe en la Declaración Americana un mandato ejecutable de impedir la instalación de plantas tóxicas o peligrosas en la proximidad de zonas residenciales, ni de reparar prácticas que impondrían una carga contaminante racialmente desproporcionada (...) La CIDH recuerda que el derecho a la igual protección en el derecho internacional de derechos humanos ha sido interpretado en el sentido de que prohíbe, no sólo la discriminación intencional, sino también cualquier distinción, exclusión, restricción o preferencia que tenga efecto discriminatorio⁷⁶ y que el concepto de igualdad ante la ley consagrado en la Declaración Americana se relaciona con la aplicación de derechos sustantivos y con la protección que deben merecer en caso de actos del Estado o de terceros⁷⁷. Sin prejuzgar sobre el fondo de la petición,

---

⁷⁶ Cfr. Corte I.D.H., *Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados*. Opinión Consultiva OC-18/03 de 17 de septiembre de 2003. Serie A No. 18, párrs. 83-96.

⁷⁷ Cfr. CIDH, Informe No. 75/02, Caso 11.140, *Mary y Cary Dann* (Estados Unidos), 27 de diciembre de 2002, párr. 143 y CIDH, Informe No. 51/01, Caso 9903, *Ferrer-Mazorra y otros* (Estados Unidos), 4 de abril de 2002, párr. 238.

la Comisión Interamericana concluye que las alegaciones contenidas en la misma, de probarse, podrían caracterizar una violación del derecho a la igualdad ante la ley, conforme lo consagra el artículo II de la Declaración Americana.

43. (...) La Comisión Interamericana ya ha aclarado que, al interpretar y aplicar la Declaración Americana, es necesario considerar sus disposiciones en el contexto de los sistemas internacional e interamericano de derechos humanos en sentido más amplio, a la luz de la evolución en el campo del derecho internacional en materia de derechos humanos desde que el instrumento fue aprobado y con la debida consideración de otras normas relevantes del derecho internacional aplicables a los Estados miembros contra los que se interponen debidamente denuncias de violaciones de la Declaración Americana. Teniendo en cuenta las circunstancias del presente caso y las complejas cuestiones de hecho y de derecho planteadas en la petición, la Comisión Interamericana concluye que las alegaciones vinculadas a la vida privada no pueden considerarse manifiestamente infundadas, dentro del significado del artículo 34 del Reglamento, por lo que requieren un examen del fondo de la cuestión.

Por último, se torna pertinente indicar, que los seis casos a los que hemos hecho referencia en este capítulo, además de tener en común: 1) circunstancias características de contaminación derivada de actividades metalúrgicas, mineras, industriales de almacenamiento de sustancias tóxicas y de metales pesados; y, 2) daños tanto en el medio ambiente como en la salud humana; tienen identidad en cuanto a la colectividad de las presuntas víctimas que en cada caso concurrieron al sistema interamericano, esto es: a) 5600 habitantes de origen indígena de la Comunidad de San Mateo de Huanchor en Perú; b) 18 comunidades indígenas del Pueblo Maya de Guatemala; c) 65 moradores de la Ciudad de La Oroya en Perú; d) 300 pobladores del Asentamiento Humano de Puerto Nuevo Callao en Perú; e) 531 habitantes del Conjunto Habitacional “*Barao de Mauá*” en Brasil, y; f) 375 hogares, cuyos residentes son predominantemente afroamericanos, de la Ciudad de Mossville en Estados Unidos.

CAPÍTULO IV. Prestación de los Servicios de Salud y Responsabilidad Estatal Internacional

Kweitel, Juana y Reis, Renata, manifestaban que:

El nivel de complejidad de un derecho no es una excusa posible para su no ejecución, para la omisión de los Estados en la oferta de políticas eficaces y, sobretodo, para la acción, muchas veces criminal, de agentes públicos y de la iniciativa privada, bajo la connivencia del Estado, en lo que se refiere al Derecho a la salud⁷⁸.

El artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos “Protocolo de San Salvador”, consagra que:

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
  - a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
  - b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
  - c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
  - d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
  - e. la educación de la población sobre la prevención y el tratamiento de los problemas de salud, y
  - f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

---

⁷⁸ Kweitel, Juana y Reis, Renata. “Prólogo” en Asociación sobre los Derechos Civiles – Programa sobre el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos. *“Estándares del Derecho a la Salud”*. Disponible en: <http://www.adc-sidh.org.ar/la-corte-lista.php?idsec=1&idsub0=12&idsub1=112&idsub2=113>

En los Párrafos 12 y 17 de la Observación General N°14, adoptada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales durante el 22º periodo de sesiones del 2000, se precisó que:

12. El derecho a la salud, en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

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 (...)

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: i) no discriminación; ii) accesibilidad física; iii) accesibilidad económica, y; iv) acceso a la información.

c) *Aceptabilidad*. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica, y culturalmente apropiados (...) y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas 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.

17. “La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (apartado d del párrafo 2 del artículo 12), tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental”.

En este capítulo, nos referiremos a los pronunciamientos que la Corte Interamericana de Derechos Humanos y el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas, han efectuado en torno a aspectos e instituciones propias de la atención de salud, esto es: el acto médico, la historia clínica, derechos de los pacientes y cuerpos dictaminadores. Así mismo, analizaremos los casos en los que ante el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos, se ha imputado responsabilidad internacional a algunos estados por el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la prestación de los servicios de salud (física y mental).

4.1 Aspectos e Instituciones Propias de la Atención de Salud

La jurisprudencia que surgió a partir del trámite y resolución de los casos *Albán Cornejo y Otros Vs. Ecuador*⁷⁹, *María Teresa De la Cruz Flores Vs. Perú*⁸⁰ y *Luís William Pollo Rivera Vs. Perú*⁸¹ y los pronunciamientos que el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales efectuó en la *Observación General N°14 del 2000*⁸², son quizás los referentes más ilustrativos que en el sistema interamericano y universal de protección de derechos humanos existen, en torno al contenido y alcance de instituciones propias de la atención de salud, tales como, el acto médico, los deberes de los profesionales de la salud, la historia clínica, derechos de los pacientes y cuerpos dictaminadores.

4.1.1 Acto Médico y Deberes de los Profesionales de la Salud

En el caso *Albán Cornejo y Otros Vs. Ecuador*⁸³ la Corte Interamericana de Derechos Humanos señaló, que “en el ejercicio de su profesión, al médico le concierne la preservación de valores fundamentales del individuo y de la humanidad en su conjunto”

---

⁷⁹ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas del 22 de noviembre de 2007.

⁸⁰ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas del 18 de noviembre de 2004.

⁸¹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°42/07, Petición 156-05

⁸² Adoptada por el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, durante el 22º periodo de sesiones.

⁸³ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas del 22 de noviembre de 2007. Párr. 133.

(Párr. 133), y que desde el punto de vista jurídico, el personal de salud se encuentra obligado no solo a cumplir los deberes que les impone la legislación al interior de sus Estados, sino también aquellos que se derivan de la normatividad internacional⁸⁴.

De otro lado, en los casos *María Teresa De La Cruz Flores Vs. Perú*⁸⁵ y *Luis Williams Pollo Rivera Vs. Perú*⁸⁶, los órganos interamericanos reconocieron el acto médico como un acto esencialmente lícito: a) en torno al cual existe una prohibición internacional de penalización; b) que al ser connatural a los deberes del médico, debe guardar el secreto profesional y proteger el derecho a la confidencialidad del paciente⁸⁷, y; c) que debe prestarse con el debido respeto de la *lex artis* médica respectiva “que marca los deberes de cuidado en la atención médica y psiquiátrica, de la ética específica aplicable al trato de los pacientes en general, y de la asunción de cargas y respuestas con motivo del desempeño y los resultados del servicio”⁸⁸

---

⁸⁴ Cfr. Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial, Deberes de los Médicos hacia los pacientes, octubre de 1949; Principios de Ética Médica de la Asociación Médica Americana, principios I y VIII, versión adoptada en 1847 y modificada el 17 de junio de 2001; Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el VIH/SIDA y la Profesión Médica, artículo 2, octubre de 2006; Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, artículo 21, junio de 1964; Principios de Ética Médica aplicables a la función del Personal de Salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes de la Organización de Naciones Unidas, principio 1, 18 de diciembre de 1982; Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, apartado 5, septiembre de 1948; Carta Médica de La Habana, principio II, diciembre de 1946; Declaración de Tokio de la Asociación Médica Mundial. Normas Directivas para Médicos con respecto a la Tortura y otros Tratos o Castigos crueles, inhumanos o degradantes, impuestos sobre personas detenidas o encarceladas, artículo 5, octubre de 1975; Código de Ética Médica de la Asociación Médica Finlandés, artículo I, 6 de mayo de 1998; y Declaración de Hawái adoptada en el Sexto Congreso Mundial de Psiquiatría, Artículo 7, 1977.

⁸⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Sentencia de fondo, reparaciones y costas del 18 de Noviembre de 2004, párrafo 102.

⁸⁶ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°42/07, Petición 156-05, Párrs. 25 y 53.

⁸⁷ Ver: Parra Vera, Oscar (2013). “La Protección del Derecho a la Salud a través de Casos Contenciosos ante el SIDH” en Clérico, L.; Ronconi, L.; Aldao, M.; *“Tratado de Derecho a la Salud”*. Buenos Aires: Abeledo Perrot. Pags. 31 y 32.

⁸⁸ Ver: Voto razonado que el Juez García Ramírez, Sergio emitió con respecto a la Sentencia dictada el 04 de julio de 2006 por la Corte Interamericana en el caso Damiao Ximenes Lopez Vs. Brasil, Párr. 16.

4.1.2 Historia clínica

El Tribunal Interamericano de Protección de Derechos Humanos, en el caso *Albán Cornejo y Otros Vs. Ecuador*⁸⁹ estableció que:

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.

Y en lo concerniente al derecho de acceso a la información contenida en el historial clínico, señaló que: si bien el expediente médico es personal, reservado, y se encuentra bajo la custodia del médico tratante o los centros de salud en los que el paciente es atendido. La normatividad interna de los Estados debe considerar que existen determinadas circunstancias –por ejemplo, el fallecimiento del paciente–, en las que se debe habilitar el acceso a la información, a los familiares o terceros con interés legítimo (Párr. 67).

De manera complementaria, el Juez García Ramírez, Sergio (2007), expuso en su *voto razonado* a la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos del 22 de noviembre de 2007, *Caso Albán Cornejo y Otros Vs. Ecuador*, que:

9. (...) No sobra destacar la importancia que reviste, para múltiples efectos, este registro amplio y evolutivo de las condiciones en que se halla y la atención que recibe un paciente, registro del que a menudo se carece o que no basta para satisfacer las necesidades para las que ha sido concebido. De ahí las numerosas disposiciones y recomendaciones en torno a la historia clínica: existencia, características, implicaciones, conservación.

---

⁸⁹ Ibídem supra Nota N°71.

10. También es preciso insistir (...) en la necesidad de que el ordenamiento interno contenga puntuales disposiciones, que despejen dudas perturbadoras o alejen soluciones inaceptables, acerca de la comunicación de los datos que contiene el expediente médico, tanto en vida del paciente --cuya capacidad de conocimiento y decisión pudiera hallarse disminuida o suprimida--, como una vez que éste ha fallecido.

11. Por supuesto, es preciso respetar con escrúpulo la intimidad del sujeto, pero también lo es remover obstáculos, con intervención de las autoridades que provean garantías de buen manejo, para los supuestos en que sea legítimo e indispensable (en función de la calidad de los solicitantes, las circunstancias prevalecientes y los fines que se pretende servir) acceder a datos que permiten adoptar decisiones urgentes o precisar responsabilidades insoslayables.

Por último, el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (2000), precisó que:

El acceso a la información 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. (Observación General N°14, adoptada durante el 22° periodo de sesiones. Numeral iv del literal b del párrafo 12).

4.1.3 Derechos de los Pacientes

En su *voto razonado* a la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos del 22 de noviembre de 2007, *Caso Albán Cornejo y Otros Vs. Ecuador*, el Juez García Ramírez, Sergio (2007), manifestó que:

4. (...) a medida que se modifica la relación médico-paciente (...) aumenta y se diversifica la demanda de servicios de salud, cambian los patrones de enfermedad y supervivencia, aparecen prestadores institucionales o empresariales de servicios de salud, etcétera. Es así que han cobrado nueva presencia los derechos del paciente --y también los derechos del profesional de la salud--, inscritos en el marco de los derechos básicos del individuo.

5. Los bienes jurídicos en juego y los derechos del paciente se hallan en la base de la responsabilidad profesional médica, a la que concurren, como elementos primordiales, tanto los principios y las normas de la ética profesional que gobierna el ejercicio de la medicina, como las reglas técnicas que deben observar quienes la practican. Estas devienen cada vez más desarrolladas y exigentes, al paso en que prosperan la ciencia y la técnica. Sobre ambos cimientos se eleva la responsabilidad del profesional de la salud.

Así mismo, adquiere pertinencia desatacar que la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso *Albán Cornejo y Otros Vs. Ecuador*⁹⁰ ordenó al Estado efectuar una campaña sobre los derechos del paciente y formación y capacitación de los operadores de justicia.

162. El Estado deberá llevar a cabo, en un plazo razonable, una amplia difusión de los derechos de los pacientes, utilizando los medios de comunicación adecuados y aplicando la legislación existente en el Ecuador y los estándares internacionales.

163. Al respecto, deberá tomar en cuenta, asimismo, lo dispuesto en el artículo 15 de la Ley de Derechos y Amparo del Paciente emitida el 3 de febrero de 1995: “[l]a obligación de todos los servicios de salud [de] mantener a disposición de los usuarios ejemplares de esta ley y exhibir el texto de los derechos del paciente en lugares visibles para el público”.

164. La Corte también considera necesario que el Estado realice, en un plazo razonable, un programa para la formación y capacitación a los operadores de justicia y profesionales de la salud sobre la normativa que el Ecuador ha implementado relativa a los derechos de los pacientes, y acerca de la sanción por su incumplimiento.

---

⁹⁰ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas del 22 de noviembre de 2007. Párr. 162 a 164.

4.1.4 Cuerpos Dictaminadores

La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso *Albán Cornejo y Otros Vs. Ecuador*⁹¹, refirió que si bien las decisiones que a nivel interno adoptan los Tribunales Médicos, de Ética Médica o de Honor, no condicionan o sustituyen las decisiones judiciales que en sede administrativa, civil o penal se adopten en torno a una alegada mala *praxis* médica; sí influyen de manera significativa el análisis de esas instancias Estatales. (Párrs. 74, 75 y 78).

Lo anterior, según el Tribunal Interamericano, se explica por:

“la labor que realizan los órganos de supervisión profesional médica, la trascendencia social de las tareas asumidas por los colegios profesionales y sus órganos disciplinarios, la expectativa social que esto genera y el deseable examen del ejercicio de los profesionales de la salud desde la perspectiva de la bioética” (Párrs. 76).

En ese sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, consideró pertinente recabar sobre i) las funciones que al interior de los Estados, estarían llamados a ostentar los Tribunales Médicos, y; ii) los criterios y principios que deberían observar esos órganos colegiados en el cumplimiento de su labor.

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

---

⁹¹ Ibídem supra Nota N°71.

el desempeño profesional, guiándose por los lineamientos generalmente aceptados de la ética, la bioética, la ciencia y la técnica.

El Juez García Ramírez, Sergio (2007), expuso en su voto razonado a la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos del 22 de noviembre de 2007 (Corte IDH, *Caso Albán Cornejo y Otros Vs. Ecuador*) que:

17. Tómese en cuenta que {los pronunciamientos de los cuerpos colegiados sobre cuestiones éticas o técnicas} pudieran ser jurídicamente relevantes para los miembros del colegio respectivo, para terceros que invocan una responsabilidad profesional o un derecho al conocimiento (certificado profesionalmente) acerca de determinados hechos, y en definitiva para la formación de criterios más o menos decisivos acerca de la prestación de servicios de gran importancia (como la protección de la vida y la integridad, a través de la atención de la salud) y las expectativas que al respecto puede abrigar una sociedad.

22. En todos estos supuestos, el quehacer de los cuerpos dictaminadores --cuyos acuerdos poseen diversa incidencia sobre la marcha de las instituciones a las que pertenecen y la conducta de las autoridades públicas-- se halla inmerso en una normativa nacional e internacional, general y sectorial, ética y jurídica, además de científica y técnica, que debieran conocer y aplicar adecuadamente. Es indispensable tomar en cuenta que sus decisiones, sugerencias y orientaciones ejercerán notable influencia sobre la definición y el ejercicio de los derechos y la comprensión y el cumplimiento de las obligaciones de quienes participan, bajo diversos conceptos, en la cotidiana relación entre los prestadores y los demandantes de servicios que comprometen la vida y la integridad de las personas.

4.2 Responsabilidad Estatal Internacional por el Incumplimiento de las Obligaciones Derivadas de la Prestación de los Servicios de Salud.

Comiéncese por traer a colación los pronunciamientos que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales efectuó en su Observación General N°14⁹², en torno a

---

⁹² Adoptada durante el 22º periodo de sesiones del 2000.

las obligaciones generales y específicas que ostentan los Estados Partes respecto al derecho a la salud.

33. Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones de los estados Partes: la obligación de *respetar*, *proteger* y *cumplir*. A su vez, la obligación de *cumplir* comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover. La obligación de *respetar* exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de *proteger* requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas en el artículo 12. Por último, la obligación de *cumplir* requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

35. Las obligaciones de *proteger* incluyen, entre otras, las obligaciones de los Estados de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar porque la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad de los servicios de atención de la salud; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología (...) Los Estados deben velar asimismo porque terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios relacionados con la salud.

Ahora bien, en lo que concierne a los casos y peticiones que han sido tramitados en el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos, durante los años 1996 a 2013, y en los que se ha imputado responsabilidad internacional a algunos Estados por indebida prestación de los servicios de salud física y mental (*mala praxis* médica), deben efectuarse las siguientes consideraciones previas: i) los titulares de la conducta profesional presuntamente negligente, han sido médicos y personal de salud adscritos a instituciones públicas y privadas de salud (hospitales, clínicas, bancos de sangre, casas de reposo de ancianos y casas de reposo para enfermos mentales); ii) las circunstancias fácticas de los

casos, bien pueden resumirse en: a) omisión de monitoreo en unidades de sangre transfundidas; b) mala praxis en procedimiento de gineco-obstétrico; c) negligencia en atención y tratamiento médico a pacientes de hospital psiquiátrico, clínica pediátrica y casa de reposo de adultos mayores; d) omisión de adopción de medidas para preservar la vida e integridad del paciente; e) omisión de monitoreo en pos operatorio; f) negligencia en procedimiento quirúrgico; g) omisión al deber de supervisar la prestación de los servicios de salud, e; f) inobservancia de medidas básicas de atención médica – eventos característicos de infección hospitalaria en Unidad de Tratamiento Intensivo Neonatal.

Por efectos metodológicos, abordaremos el estudio de los casos y peticiones –a los que hemos hecho referencia- en subdivisiones que atienden a la naturaleza de las instituciones prestadoras de los servicios de salud en las que presuntamente acaecieron las negligencias médicas que son alegadas por los peticionarios, esto es: i) entidades privadas de salud, ii) entidades públicas de salud, y; iii) bancos de sangre.

4.2.1 Mala praxis médica en instituciones privadas de prestación de servicios de salud.

*Albán Cornejo y Otros Vs. Ecuador*⁹³

El alegato principal de los peticionarios, guarda relación con el no otorgamiento de garantías y protección judicial a los familiares de una víctima de mala *praxis* médica, toda vez que –según manifiestan-, el personal de salud presuntamente responsable de la conducta médica negligente que derivó en la muerte de Laura Albán Cornejo, no habría sido eficazmente judicializado ni condenado por el Estado.

No obstante, es pertinente traer a colación el caso, toda vez que la Corte Interamericana de Derechos Humanos al efectuar el estudio de fondo del asunto, se pronuncia en torno a las obligaciones que surgen para los Estados, en el marco de la prestación de los servicios de

---

⁹³ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°69 de 2002 e Informe de Fondo N°7 de 2006; Corte Interamericana de Derechos Humanos, Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas del 22 de noviembre de 2007 y Voto razonado del Juez Sergio García Ramírez.

salud y la responsabilidad internacional que eventualmente podría enfrentar si omite cumplir tales deberes.

Así las cosas, comenzaremos por aludir a las circunstancias fácticas del caso, luego traeremos a colación y analizaremos la jurisprudencia que en ese contexto fue desarrollada por la Corte Interamericana, y finalmente haremos alusión al voto razonado del Juez Sergio García Ramírez.

En cuanto a los hechos, se infiere de la petición que: i) el 13 de diciembre de 1987, Laura Albán Cornejo refería intensos dolores de cabeza y por tal razón acudió al servicio médico del Hospital Metropolitano de Quito (institución privada); ii) allí le diagnosticaron meningitis bacteriana y le suministraron tratamiento, primero en la Unidad de Cuidados Intensivos y luego en una sala de observación; iii) el 18 de diciembre de 1987, en ausencia del especialista tratante (neurólogo), un médico residente de manera negligente le suministró morfina; medicamento que al ser contraindicado para los pacientes con meningitis, le causó la muerte; iv) con posterioridad al fallecimiento, los padres de Laura Albán Cornejo solicitaron la historia clínica a las autoridades del hospital. No obstante, les fue obstruido el acceso al expediente médico; v) por último los familiares de Laura Albán interpusieron denuncias por mala *praxis* médica ante los organismos judiciales y Tribunales de ética médica, pero el caso se mantuvo en la impunidad, al igual que otros procesos de negligencias médicas (Párrs. 2, 5, 7 a 10, 17. Informe de admisibilidad N°69/02. CIDH).

Por su parte, el Estado de Ecuador: primero solicitó a la Comisión Interamericana inadmitir el caso, tras considerar que no se le puede imputar responsabilidad por un delito que no fue cometido por sus agentes, y que la alegada negligencia médica le es atribuible a funcionarios de un hospital privado (Párr. 26 Informe de admisibilidad N°69/02. CIDH); luego ante la Corte Interamericana, aceptó parcialmente su responsabilidad por vulneración a las garantías judiciales de los peticionarios, y reconoció haber inobservado su deber de adoptar disposiciones de derecho interno, al no incorporar un tipo penal más adecuado para sancionar a los médicos que incurren en indebida práctica; y en sus alegatos finales ante el

Tribunal Interamericano negó haber violado los derechos a la vida, e integridad personal de Laura Albán Cornejo. En ese sentido argumentó que no es jurídicamente viable tener por responsable al Estado, de unos hechos patrocinados por un particular (Párrs. 10, 11 y 40 Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH).

Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos: **a)** aceptó el reconocimiento parcial de responsabilidad del Estado de Ecuador y destacó la decisión que el Estado adoptó *motu proprio* 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 ese ámbito” (Párrs. 21 y 137 Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH); **b)** consideró que “el Estado no es inmediatamente responsable de la actuación del personal de la institución privada {donde murió Laura Albán}, no obstante le corresponde supervisar el desempeño de la institución para alcanzar {una efectiva protección de los derechos a la vida y la integridad personal}” (Párrs. 121 y 122, Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH), y; **c)** manifestó, en torno a la prestación de los servicios en materia de salud y la responsabilidad internacional de los Estados Partes, que:

Los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana.

La responsabilidad estatal puede surgir cuando un órgano o funcionario del Estado o de una institución de carácter público afecte indebidamente, por acción u omisión⁹⁴, algunos de los bienes jurídicos protegidos por la Convención Americana. También puede provenir de actos realizados por particulares, como ocurre cuando el Estado omite prevenir o impedir conductas de terceros que vulneren los referidos bienes jurídicos⁹⁵. En este orden de consideraciones, cuando

---

⁹⁴Cfr. Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Última Tentación de Cristo (Olmedo Bustos y otros) Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 5 de febrero de 2001. Serie C No. 73, párr. 72; *Caso Masacre de Pueblo Bello Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 31 de enero de 2006. Serie C No. 140, párrs. 111 y 112; y *Caso de la Masacre de Mapiripán Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 15 de septiembre de 2005. Serie C No. 134, párr. 110.

⁹⁵Cfr. Corte Interamericana de Derechos Humanos, Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas del 04 de julio de 2006, *Caso Ximenes Lopes*, párr. 85.

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.

La Corte ha manifestado que los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud⁹⁶ 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 (Párrs. 117, 119 y 121, Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH).

Por último, el Tribunal Interamericano ordenó al Estado Ecuatoriano adoptar las siguientes medidas de satisfacción y garantías de no repetición: i) adecuar su legislación acerca de la práctica médica en general, a fin de que sea más efectiva y acorde con los fines de la justicia; ii) realizar campañas para dar a conocer a la población, los derechos de los pacientes previstos en la legislación interna e internacional; iii) llevar a cabo jornadas de capacitación a los operadores de justicia y profesionales de la salud, sobre los derechos de los pacientes y las sanciones que se derivan de su vulneración. (Párrs. 155 y 162 a 164, Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH).

De manera complementaria, el Juez García Ramírez, Sergio, expuso en su voto razonado a la sentencia proferida por la Corte en este caso, lo siguiente:

1. En el examen y la resolución final del *Caso Albán Cornejo y otros* (Ecuador), {se} avanza nuevamente en las reflexiones sobre la protección de {la} vida y la integridad, que se proyectan en la atención de la salud, derecho de los individuos, y el deber de proveer a ésta por diversos medios, obligación del Estado.

---

⁹⁶ Cfr. Corte Interamericana de Derechos Humanos, Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas del 04 de julio de 2006, *Caso Ximenes Lopes*, párr. 99.

2. La protección de la salud no constituye, por ahora, un derecho inmediatamente justiciable, al amparo del Protocolo de San Salvador. Empero, es posible y debido --examinar el tema, como lo ha hecho la Corte en el presente caso, desde la perspectiva de la preservación de los derechos a la vida y a la integridad, e incluso desde el ángulo del acceso a la justicia cuando la vulneración de aquellos bienes jurídicos --entraña de los correspondientes derechos-- traiga consigo una reclamación de justicia.

3. En estos supuestos, como en otros, el deber estatal no se reduce a las hipótesis en que el Estado mismo, a través de sus propias unidades, órganos o funcionarios, provee servicios de salud --esto es, atiende en forma inmediata la protección de la vida y de la integridad personal-- (...) Aquella obligación de respeto y garantía comprende (...) tanto las situaciones en que se ha delegado un servicio, que los particulares brindan por encargo y cuenta del Estado, como la indispensable supervisión de servicios privados relativos a bienes del más alto interés social, que es el caso de la salud, cuya vigilancia compete inexcusablemente al poder público. A la hora de resolver sobre violación de derechos humanos y responsabilidades del Estado no se puede perder de vista la naturaleza privada de la institución y de los empleados, funcionarios o profesionales que actúan en ella; pero tampoco la relevancia pública y/o social de la función que aquéllos y ésta han asumido, a la que no pueden ser ajenos el interés, el deber y la supervisión del Estado.

*Aura de las Mercedes Pacheco Briceño y Balbina Francisca Rodríguez Pacheco Vs. Venezuela*⁹⁷

Al igual que en el *caso Albán Cornejo y Otros Vs. Ecuador*, el alegato principal de la peticionaria en este asunto, versa sobre la presunta denegación de justicia para remediar una mala *praxis* médica y la apariencia de impunidad patrocinada por el Estado en ese tipo de delitos atentatorios de la salud e integridad personal.

No obstante, es pertinente traer a colación el caso, toda vez que tal y como se evidenció en *Albán Cornejo y Otros Vs. Ecuador*: en la actualidad, la jurisprudencia interamericana tiene una marcada tendencia a examinar en este tipo de eventos (de negligencias médicas e

---

⁹⁷ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°20/2012, Petición N°1119-02

impunidad), el tema de la atención de la salud, los derechos de los pacientes y las obligaciones que ostentan los Estados en relación con la adopción de disposiciones de derecho interno, adecuación de la legislación de mala *praxis* médica, y cumplimiento de los deberes de supervisión, fiscalización y regulación de la prestación de los servicios de salud.

Así las cosas, conforme a los hechos descritos por la peticionaria ante la Comisión Interamericana, la señora Balbina Rodríguez, de 32 años de edad fue víctima de una serie de negligencias médicas durante un procedimiento gineco-obstetra (cesárea) que le fue practicado en una clínica privada (centro materno infantil).

8. La peticionaria (...) Indica que el primero de {los actos de mala *praxis* médica} consistió en una cesárea realizada el 13 de agosto de 1998, durante la cual presentó complicaciones ya que “la placenta no se desprendió espontáneamente” y los médicos procedieron a extraérsela “a tirones, rota y a pedazos”, lo que le produjo una “intensa hemorragia”, por lo que su hija quedó en “estado agonizante”. Indica que el segundo acto se realizó el mismo día en horas de la tarde, al practicársele una “histerectomía parcial”, luego de la cual la señora Balbina fue llevada a la Unidad de Terapia Intensiva “en sumo estado de gravedad” ya que presentó “hemorragia interna [...] ligadura y perforación de ambos uréteres”, por lo que tuvo que ser sometida a una tercera operación en horas de la madrugada del 14 de agosto, en la que se le realizó “resección de cuello uterino [...], desligamiento de ambos uréteres, ureterotomía con paso de catéteres uretrales y ligadura de ambas arterias hipogástricas”.

9. Manifiesta que el tercer acto se realizó el día 19 de agosto de 1998, cuando se procedió a retirarle los catéteres uretrales que le habían sido previamente colocados, sin que hubiese transcurrido el tiempo necesario para que “el tejido uretral dañado se regenerara”. La peticionaria indica que, como consecuencia de este último acto, el 20 de agosto de 1998, la señora Balbina tuvo que ser sometida a una cuarta intervención para colocarle nuevos catéteres uretrales, sin embargo el tejido uretral “no logr[ó] regenerarse en su totalidad”, por lo que fue sometida a una quinta operación el día 8 de febrero de 1999, en la cual se le practicó una “aplasia”, reconstrucción de los uréteres, cierre de fistula en un riñón y fijación de la vejiga a músculo PSOAS de la pierna izquierda.

10. Alega que los hechos descritos provocaron consecuencias permanentes en la vida diaria de su hija, que implicaron varias intervenciones quirúrgicas y constante atención médica. Señala que la señora Balbina Rodríguez tuvo que permanecer “casi un año completamente inválida y reducida a silla de ruedas”, y que si bien había recobrado la habilidad de caminar, debido a las “secuelas gravísimas, tanto físicas como psicológicas” que sufrió, su capacidad laboral se habría limitado de forma permanente.

Según la peticionaria, por el delito de lesiones personales causadas por mala *praxis* médica, fue radicada denuncia penal ante los estamentos judiciales de Venezuela. No obstante, el retardo injustificado en la resolución del proceso, derivó en impunidad y denegación de justicia para su hija (Párrs. 11 a 15). Lo anterior, máxime cuando en Venezuela opera la prejudicialidad penal para establecer responsabilidad civil, es decir, que la desafortunada prescripción del proceso penal, excluía de contera la posibilidad de ejercicio de la acción civil indemnizatoria a la señora Balbina Rodríguez (Párr. 17).

Tras efectuar el estudio de admisibilidad de la petición, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos consideró que de llegar a ser ciertos los hechos allí descritos, podrían caracterizar vulneración de los derechos a la integridad personal, garantías judiciales y protección judicial de la señora Balbina Rodríguez Pacheco y de su madre Aura Mercedes Pacheco Briceño (quien funge como peticionaria). Lo anterior, tanto en relación con el deber de respeto y garantía, como el de adopción de disposiciones de derecho interno.

*Analía Verónica Tapia y Familia Vs. Argentina*⁹⁸

Este caso fue analizado *in extenso* en el acápite 2.1 (ver *supra*). Razón por la que aquí solo traeremos a colación, que: a) el alegato principal de las víctimas giraba en torno a la presunta falta de garantías y protección judicial en la determinación de los responsables de las negligencias médicas ocurridas en procedimiento gineco-obstetra practicado en un Hospital Privado de la Ciudad del Rosario de Argentina; como consecuencia del cual,

---

⁹⁸ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°6/2012. Petición N°P-93-05

Analía Verónica Tapia, al nacer, sufrió una atrofia cerebral irreversible que le derivó en atraso mental, y que; b) en el trámite de la petición ante la Comisión Interamericana, si bien el Estado hizo un ofrecimiento de solución amistosa consistente en el suministro de acompañamiento médico y auxilio social a la víctima directa, se negó a conciliar las pretensiones resarcitorias del daño.

*Ivete Jordani Demeneck y Otros Vs. Brasil*⁹⁹

En este asunto, los peticionarios expusieron ante la Comisión Interamericana, que su señora madre (adulta mayor) fue víctima de negligencia y tratamiento médico inadecuado, mientras se encontraba recluida en una clínica privada “hogar de ancianos”. Así mismo, que las autoridades judiciales del estado Brasileño omitieron llevar a cabo una investigación efectiva para sancionar a los responsables (Párrs. 1 y 6).

7. El peticionario asevera que su madre tenía 66 años de edad y sufría de un “avanzado trastorno neurológico”, de manera que tuvo que ser internada en el hogar de ancianos privado “Casa de Repouso Curitiba Park S/C” (...) alega que la señora Demeneck falleció {por} (...) una negligencia obvia en su atención diaria y asistencia de emergencia (...) De acuerdo al peticionario, la causa de la muerte fue determinada como embolismo pulmonar, lo cual él caracteriza como algo extraño porque la familia había suministrado supuestamente equipo de oxígeno al hogar de ancianos porque la señora Demeneck necesitaba hacer inhalaciones diarias de oxígeno debido a problemas pulmonares.

11. El peticionario alega que algún tiempo después, descubrió que el Ministerio Público había iniciado una acción civil colectiva (...) antes del fallecimiento de la señora Demeneck, debido a irregularidades observadas en el funcionamiento del hogar de ancianos (...) No obstante, concluye el peticionario que {el propietario del hogar de ancianos} permanece impune a pesar de todos sus crímenes.

---

⁹⁹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de admisibilidad N°79/2012, Petición N°342-07

Al efectuar el estudio de admisibilidad de la petición, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, manifestó que toda vez que las negligencias médicas alegadas habían tenido lugar en una institución privada de atención de salud, y que las presuntas víctimas no habrían presentado una base suficiente que sugiriese del examen de responsabilidad del Estado en relación con la vulneración de los derechos a la vida y a la integridad personal de la víctima directa, sólo serían analizados en el fondo del asunto los hechos característicos de violación a los derechos a las garantías judiciales, protección judicial e integridad de los familiares de la señora Demeneck (Párrs. 33 a 35).

Al respecto permítasenos hacer énfasis en, que en este tipo de casos, en los que las negligencias médicas alegadas, al parecer tuvieron lugar en instituciones privada de salud, la Comisión Interamericana es más rigurosa en el estudio de admisibilidad de la petición, toda vez que le exige a quien alega vulneración de los derechos a la vida e integridad personal, presentar una base suficiente (carga argumentativa y probatoria) que justifique de la realización de un examen de responsabilidad estatal internacional.

Nótese como, por ejemplo en este caso, si bien el peticionario se refirió a la existencia – previa a la muerte de su señora madre- de una acción civil colectiva que había sido radicada por el Ministerio Público por irregularidades en el funcionamiento del hogar de ancianos, (Párr. 11), no indicó cuál fue la conducta que adoptó el Estado frente a esa situación denunciada, ni el nexo de causalidad existente entre tal conducta (acción y omisión) y el tratamiento médico negligente suministrado a la señora Demeneck.

*Melba del Carmen Suárez Peralta Vs. Ecuador*¹⁰⁰

Según el recuento de hechos efectuado por los peticionarios: i) la señora Melba del Carmen Suárez Peralta fue operada de la apéndice en una clínica privada de la Ciudad de Guayaquil; ii) cuando ya había sido dada de alta, la paciente comenzó a referir dolores abdominales internos, cefaleas, episodios eméticos, entre otras sintomatologías que

---

¹⁰⁰ Comisión interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°85/2008, Petición N°162-06

sugerían complicaciones posquirúrgicas; iii) tras acudir a consulta externa, le fue diagnosticado “abdomen agudo post-quirúrgico deshicencia de muñón apendicular, a consecuencia de mala práctica médica”; iv) en consecuencia, debió ser sometida a nuevas intervenciones quirúrgicas, en las que le encontraron décimas de suturas, “líquido intestinal, material purulento, contenido fecal y vísceras abdominal cubiertas con nata de fibrina”, le efectuaron lavado y drenaje de cavidad abdominal pélvica, y le realizaron extracción de parte de su intestino a fin de evitar la contaminación total de su organismo (por derrame parcial de heces); v) pese al transcurso del tiempo aún persisten secuelas de la mala práctica, en la salud de Melba del Carmen Suárez; vi) los familiares de la víctima directa, interpusieron denuncia penal contra el médico que incurrió en la mala práctica profesional, toda vez que además se constató que éste se encontraba ejerciendo la medicina de manera ilegal; vii) habiendo transcurrido un término más que prudencial, el Estado omitió brindar las garantías judiciales suficientes para sancionar a los responsables de la conducta médica negligente. Circunstancia que según los peticionarios, ha repercutido en perjuicios en la salud de Melba del Carmen Suárez Peralta. (Párrs. 6 a 9 y 18).

De manera análoga al caso *Ivete Jordani Demeneck y Otros Vs. Brasil* la Comisión Interamericana admitió la petición y circunscribió el estudio de fondo a los hechos relacionados con vulneración de los derechos a la protección judicial y las garantías judiciales.

*Clínica Pediátrica de la Región de Los Lagos Vs. Brasil*¹⁰¹

Prima facie, los peticionarios describieron a la Comisión Interamericana, el contexto general de los servicios de salud para infantes en Brasil, en los siguientes términos:

8. En la época en que ocurrieron los hechos, en Brasil era frecuente que la prensa denunciara casos de muertes de niños y niñas como resultado de infecciones contraídas en los centros de salud y que a su vez, era casi una práctica constante que tales casos quedasen en total impunidad

---

¹⁰¹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°70/2008, Petición N°12242.

(...) Así mismo, mencionan que entre junio de 1996 hasta marzo de 1997, 82 bebés habrían muerto en la CLIPEL {*Clínica Pediátrica de Regiao dos Lagos*}.

Paso seguido, los peticionarios identificaron como presuntas víctimas a diez (10) niños recién nacidos que fallecieron a causa de negligencias médicas (inobservancia de medidas básicas de atención médica / infección por bacteria hospitalaria) en la Unidad de Tratamiento Intensivo Neonatal “UTI” de la *Clínica Pediátrica de Regiao dos Lagos* “CLIPEL” (institución privada), y a sus familiares. Así mismo, precisaron que la imputación de responsabilidad internacional al Estado por los hechos que rodearon sus muertes, se edifica sobre la omisión de inspección y evaluación periódica de los centros de atención de salud y el incumplimiento del deber de supervisar el funcionamiento específico de la Clínica pediátrica (Párrs. 2 y 9).

14 (...) Las madres y padres que aparecen como peticionarios iniciaron una investigación de los hechos en el *Cartório do Registro Civil de Cabo Frio* y en el *Laboratorio Osmane Sobral Rezende*, en donde obtuvieron pruebas de la existencia de varios brotes infecciosos en la CLIPEL (...)

15. Los peticionarios afirman que la contaminación de la UTI neonatal de la CLIPEL fue denunciada ante las Secretarías de Salud Estadual y Municipal, y el Ministerio de Salud. Sin embargo, señalan los peticionarios que luego de que realizaran varias inspecciones en la CLIPEL y a pesar de tener bajo su consideración los informes y documentos presentados por familiares y especialistas, dicha institución habría emitido un oficio en el que concluyó que no fue posible constatar infracciones que explicasen las muertes ocurridas en la UTI. Además, los peticionarios indican que presentaron denuncias ante el Departamento de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y ante la Secretaría de Justicia y Derechos Humanos de Rio de Janeiro.

Finalmente los familiares de las presuntas víctimas señalaron a la Comisión que por los hechos habría radicado una serie de denuncias civiles y penales ante las autoridades judiciales de Brasil, pero que todos los intentos fueron infructuosos, en tanto les eran trasgredidas sus garantías judiciales (Párrs. 16 a 23).

El Estado Brasileño por su parte, argumentó que los hechos de la denuncia no le eran jurídicamente imputables, toda vez que “las presuntas violaciones a los derechos humanos no fueron cometidas por agentes del Estado” (Párr. 25); que a los familiares de las presuntas víctimas se les había garantizado el acceso a la administración de justicia y; que tanto el Ministerio Público como el Departamento de Fiscalización Sanitario del Estado de Rio de Janeiro, oportunamente habrían llevado a cabo las investigaciones por el alegado brote de infección en la Clínica Pediátrica (Párrs. 26 a 30).

27. Brasil informó que el 21 de diciembre de 1999, el Ministerio Público denunció a ocho médicos de la CLIPEL por homicidio culposo, agravado por la inobservancia de las reglas técnicas de su profesión. En su denuncia, el Ministerio Público consideró que entre mayo de 1996 y abril de 1997, 52 recién nacidos internados en la UTI neonatal de la CLIPEL murieron de infección, debido a la contaminación de bacterias y gérmenes que existían en ese centro hospitalario (...)

28. Respecto a la contaminación de la UTI, el Estado afirma que ocurrió como resultado de la superación de su capacidad para internar pacientes y las irregularidades que fueron constatadas por el Departamento de Fiscalización Sanitaria del Estado de Rio de Janeiro.

Al efectuar el estudio de admisibilidad, la Comisión Interamericana consideró que de llegar a ser probada la veracidad de los hechos descritos por los peticionarios, podrían configurarse violaciones a los derechos a las garantías judiciales, protección judicial, integridad personal, vida y derechos de los niños.

Adquiere importancia traer a colación, que de manera específica, en torno a las alegadas vulneraciones de los derechos a la vida e integridad personal, el Órgano Interamericano manifestó:

50. La Comisión Interamericana estima pertinente tomar en consideración que las muertes de las presuntas víctimas, en virtud de la presunta omisión del Estado en el cumplimiento del deber de supervisar la prestación de los servicios por parte de la CLIPEL, podrían caracterizar la

violación del derecho a la vida previsto en el artículo 4.1 de la Convención vinculado con el incumplimiento de las obligaciones del Estado previstas en los artículos 1.1. En este sentido, en la etapa de fondo, la CIDH analizará el deber del Estado de prevenir violaciones al derecho a la vida, a través de una debida supervisión de los servicios de la CLIPEL, y de responder a dichas muertes a través de una investigación diligente con arreglo al debido proceso.

51. Asimismo, en aplicación del principio *iura novit curia*, la CIDH estima que los hechos alegados por los peticionarios, podrían caracterizar violaciones al artículo 5.1 de la Convención Americana, en perjuicio de los familiares de las presuntas víctimas, debido al sufrimiento que las circunstancias de las muertes de los 10 niños y niñas y la impunidad por tales actos pudiera haberles producido.

Adicionalmente la Comisión Interamericana señaló, que dada la naturaleza de las presuntas víctimas (infantes), las normas de interpretación de la Convención Americana (artículo 29), los criterios establecidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos respecto a la tendencia de integrar el sistema regional y el sistema universal¹⁰², y el *corpus juris* en materia de niñez:

52 (...) interpretará el alcance y el contenido de los derechos que se alega habrían sido violados en perjuicio de los niños indicados como presuntas víctimas en este informe, a la luz de lo dispuesto en la Convención sobre los Derechos del niño de las Naciones Unidas.

*Damiao Ximenes Lopes Vs. Brasil*¹⁰³

Permítasenos en principio citar algunos apartes del *voto razonado* que el Juez García Ramírez, Sergio emitió con respecto a la Sentencia dictada el 04 de julio de 2006 por la Corte Interamericana en el caso *Damiao Ximenes Lopez Vs. Brasil*.

---

¹⁰² Se refiere a la Opinión Consultiva OC-1/82 del 24 de septiembre de 1982. Serie A Nº1 Párr. 41.

¹⁰³ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad Nº38/2002, Petición Nº12.237; Corte Interamericana de Derechos Humanos, Sentencia de fondo, reparaciones y costas del 04 de julio de 2006 y voto razonado del Juez García Ramírez, Sergio.

8 (...) El deber de cuidado del Estado varía (...) en calidad e intensidad, conforme a las características del bien garantizado y de los titulares de ese bien. En este orden, difícilmente podría haber mayor exigencia que la que se presenta en la prestación de servicios médicos.

15 (...) El enfermo mental interno en una institución del Estado suele ser el sujeto peor provisto, el más desvalido, el marginado por partida doble --por la exclusión social en que se le tiene y por la extrañeza que trae consigo la enfermedad que le aqueja--, el menos competente para ejercer una enrarecida autonomía --que en ocasiones carece de rumbo y sentido y puede naufragar en circunstancias de daño y peligro--, y por todo ello suscita una acrecentada condición de garante a cargo del Estado, que se despliega hasta en los menesteres más elementales.

16. En el caso *Ximenes Lopes*, el Tribunal explora por primera vez la situación del enfermo mental interno, que se halla bajo la garantía (...) del Estado: sea directa, sea a través de la subrogación de un servicio, que en todo caso sustituye las manos que lo proveen, pero no cancela la responsabilidad pública por la prestación eficaz y respetuosa de la *lex artis* respectiva --que marca los deberes de cuidado en la atención psiquiátrica--, de la ética específica aplicable al trato de los pacientes en general y de los pacientes psiquiátricos en particular, y de la asunción de cargas y respuestas con motivo del desempeño y los resultados del servicio.

21. Entre el ser humano privado de razón y el Estado dotado de poder --no apenas la fuerza física del guardián, sino la fuerza científica del tratante-- sólo existe la línea divisoria de los derechos humanos y la voluntad del Estado de cumplir la encomienda de garante que le atribuye la Constitución.

27 (...) cuando el Estado resuelve trasladar a otras manos la prestación de un servicio que naturalmente le corresponde --porque forma parte del acervo de derechos sociales a los que corresponden deberes estatales--, no queda desvinculado en absoluto --es decir, “excluido de su responsabilidad estricta”-- de la atención que se brinda a la persona cuyo cuidado confía a un tercero. La encomienda es pública y la relación entre el Estado que delega y el tratante delegado existe en el marco del orden público. El tratante privado sólo es el brazo del Estado para llevar adelante una acción que corresponde a éste y por la que el propio Estado conserva íntegra responsabilidad; es decir, “responde por ella”, sin perjuicio de que la entidad o el sujeto delegados también respondan ante el Estado.

28. Es posible distinguir entre la mera supervisión --que no es, sin embargo, distancia total e indiferencia institucional-- por parte del Estado, con respecto a los entes privados, tanto facultativos como empresas médicas, que actúan sobre los usuarios del servicio (pacientes) con apoyo en una relación de derecho privado, aunque reviste interés público o social; y la responsabilidad material que conserva el Estado cuando interviene, por acuerdo de éste y con él, un ente privado que opera en una relación de derecho público con el Estado del que recibe su encargo, relación que trasciende hacia el usuario del servicio convertido en beneficiario de esa relación.

Lo anterior con el ánimo de denotar --desde ahora- las principales temáticas que fueron abordadas por la Jurisprudencia Interamericana, en torno al emblemático¹⁰⁴ caso de *Damiao Ximenes Lopes Vs. Brasil*; esto es: i) el exigente deber de cuidado que --en términos de calidad e intensidad- ostentan los Estados en torno a la prestación de los servicios de salud en general, y la atención psiquiátrica en particular; ii) la especial posición de garante que tienen los Estados respecto a los enfermos mentales en condiciones de internación; iii) así mismo, la acentuada situación de vulnerabilidad que ostenta el enfermo mental --privado de razón- en relación con un Estado que se encuentra dotado tanto del poderío físico de guardián, como de la fuerza científica de tratante, y; iv) el binomio en que se edifica la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud que naturalmente corresponden al Estado, pero que son delegados en terceros. Esto es: 1. el Estado conserva integra su responsabilidad ante el usuario del servicio, aun cuando haya subrogado su prestación en un sujeto o entidad privada; 2. los terceros delegados tienen la responsabilidad pública de prestación eficaz de los servicios de salud y respetuosa de la *lex artis*. Y en esa medida responden ante el Estado que les encomendó la labor.

Ahora bien, en cuanto a las circunstancias fácticas del caso se infiere de lo descrito por los peticionarios ante la Comisión Interamericana, que: a) el 04 de octubre de 1999, el Señor Damiao Ximenes Lopes, de 30 años de edad, fue internado en la *Casa de Repouso*

---

¹⁰⁴ Decimos emblemático, no sólo en razón de los pronunciamientos jurisprudenciales que este asunto motivó en el sistema interamericano, sino también en correspondencia a los cambios estructurales que el caso gestó al interior de Brasil (reformulación de políticas de salud mental).

Guararapes (institución privada contratada por el Estado para prestar servicios de atención psiquiátrica, bajo la dirección del Sistema Único de Salud / único centro de internación de personas con discapacidades mentales en la región donde residía la presunta víctima), con el objeto de recibir el tratamiento psiquiátrico que le había sido prescrito, dado su padecimiento de enfermedad mental; b) el 06 de octubre de 1999, el paciente Damiao Ximenes Lopes falleció mientras se encontraba en custodia y tratamiento del personal médico y asistencial de dicha casa de reposo. Lo anterior por presuntas torturas, atención médica no idónea y tratamiento médico negligente; y que c) pese a las denuncias que fueron radicadas por los familiares de la víctima ante las autoridades administrativas y judiciales competentes, la casa de reposo seguía funcionando y el asunto se mantenía en total impunidad. (CIDH, Informe de admisibilidad N°38/2002, Párrs. 2, 7 a 13).

Por su parte, el Estado Brasileño ante la Corte Interamericana reconoció parcialmente su responsabilidad internacional, aceptando como ciertos los hechos descritos por los peticionarios en relación con la muerte del señor Ximenes Lopes, las condiciones de hospitalización inhumanas y degradantes a las que fue sometido y la falta de fiscalización y prevención por parte del Estado “puesto que en aquel momento era precario el sistema de atención mental” (Corte IDH, Sentencia del 04 de julio de 2006, Párrs. 63 y 67).

En efecto, en el trámite del caso, el Tribunal Interamericano valoró entre otras, las siguientes pruebas: i) los relatos efectuados por la madre y hermana de Damiao Ximenes en torno a las precarias condiciones de internación de su familiar en la casa de reposo; ii) el informe médico legal de inspección técnica a cadáver; iii) los testimonios de pacientes ex internados en la casa de reposo, relacionados con la forma inhumana en que allí se les impartía tratamiento psiquiátrico; iv) los informes emitidos por entidades oficiales en relación con las deficientes condiciones de funcionamiento del centro psiquiátrico, y; v) los peritajes presentados por la Comisión Interamericana y los representantes de los peticionarios, en torno a los derechos de las personas con enfermedades mentales, y los patrones nacionales e internacionales sobre las formas apropiadas de tratamiento de personas con enfermedades mentales y de mejoramiento de la asistencia a la salud.

Con sustento en las anteriores probanzas y en el reconocimiento parcial de responsabilidad efectuado por el Estado, el Tribunal Interamericano, en su sentencia de fondo reparaciones y costas del 04 de julio de 2006, se refirió a la existencia de un nexo causal entre la muerte del señor Ximenes Lopes y las condiciones inhumanas y degradantes de hospitalización, además de la tortura y el tratamiento cruel e inhumano al que éste fue sometido por parte del personal médico, asistencial y de seguridad de la casa de reposo.

Así mismo aclaró que en el sistema internacional e interamericano de protección de derechos humanos, los Estados no solo están llamados a responder por las acciones u omisiones de sus agentes, sino también por los actos de terceros que le son atribuibles en razón de la omisión de prevención y el deber de protección a los bienes jurídicos.

86. Los supuestos de responsabilidad estatal por violación a los derechos consagrados en la Convención, pueden ser tanto las acciones u omisiones atribuibles a órganos o funcionarios del Estado, como la omisión del Estado en prevenir que terceros vulneren los bienes jurídicos que protegen los derechos humanos. No obstante, entre esos dos extremos de responsabilidad, se encuentra la conducta descrita en la Resolución de la Comisión de Derecho Internacional¹⁰⁵, de una persona o entidad, que si bien no es un órgano estatal, está autorizada por la legislación del Estado para ejercer atribuciones de autoridad gubernamental. Dicha conducta, ya sea de persona física o jurídica, debe ser considerada un acto de Estado, siempre y cuando estuviere actuando en dicha capacidad.

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.

---

¹⁰⁵ *Cfr.* Responsabilidad del Estado por hechos internacionalmente ilícitos. Comisión de Derecho Internacional 53° Sesión, 2001. Documento de la ONU A/56/10.

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 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.

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.

Adicionalmente, el Tribunal Interamericano se refirió a: 1. la especial condición de vulnerabilidad que tienen las personas enfermas mentales que reciben tratamiento psiquiátrico en circunstancias de internación (Párrs. 103 a 108); 2. la vigilancia y supervisión estricta que el Estado se encuentra llamado a ejercer en toda institución psiquiátrica, a fin de que “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” (Párr. 108); 3. Los principios mínimos que deben ser observados en todo tratamiento de salud mental: el mejor interés del paciente, la preservación de su dignidad y su autonomía, reducir el impacto de la enfermedad y mejorar su calidad de vida (Párr. 109), y; 4. Los estándares que en el derecho internacional han sido concebidos en la atención de salud mental (Párr. 111).

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.

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.

Por último, la Corte Interamericana: i) destacó la determinación del Estado Brasileño, quien *motu proprio* adoptó medidas internas tendientes a mejorar las condiciones de la atención psiquiátrica, su regulación y fiscalización en el marco del Sistema Único de Salud (Párrs. 242 a 244), y ii) ordenó la siguiente medida de satisfacción y garantía de no repetición:

250. Quedó probado en el presente caso que al momento de los hechos no existía una adecuada atención para el tratamiento e internación de personas con discapacidad mental, como en el caso de la Casa de Reposo Guararapes, institución que brindaba ese servicio dentro del Sistema Único de Salud. Si bien se destaca el hecho de que el Estado ha adoptado diversas medidas destinadas a mejorar esa atención, este Tribunal considera que el Estado debe continuar desarrollando un programa de formación y capacitación para el personal médico, psiquiátrico, psicológico, de enfermería, auxiliares de enfermería y para todas aquellas personas vinculadas con la atención de Salud Mental, en particular, sobre los principios que deben regir el trato a ser ofrecido a las personas que padecen de discapacidad mental, conforme a los estándares internacionales en la materia y aquellos establecidos en la presente Sentencia.

Como habrá podido observarse, los siete casos a los que hemos hecho referencia en este capítulo (*Albán Cornejo y Otros Vs. Ecuador*; *Aura de las Mercedes Pacheco Briceño y Balbina Francisca Rodríguez Pacheco Vs. Venezuela*; *Analia Verónica Tapia y Familia Vs. Argentina*; *Ivete Jordani Demeneck y Otros Vs. Brasil*; *Melba del Carmen Suárez Peralta Vs. Ecuador*; *Clínica Pediátrica de la Región de Los Lagos Vs. Brasil*; *Damiao Ximenes Lopes Vs. Brasil*), tienen en común eventos característicos de mala *praxis* médica en instituciones privadas de prestación de servicios de salud y presunta impunidad de los

mismos; y aunque en tres de los casos (*Albán Cornejo y Otros Vs. Ecuador*; *Ivete Jordani Demeneck y Otros Vs. Brasil* y *Melba del Carmen Suárez Peralta Vs. Ecuador*) sólo fueron admitidas las alegaciones que guardaban relación con vulneración de los derechos a las garantías judiciales y protección judicial, lo importante es que la jurisprudencia interamericana en este tipo de asuntos tiene una marcada tendencia a abordar temáticas propias de: a) la atención de salud (física y mental), b) los deberes de cuidado, regulación, supervisión, fiscalización, respeto y garantía que ostenta el Estado en la prestación de los servicios de salud, c) la no cesación de responsabilidad pública cuando el Estado delega la prestación de los servicios de salud en terceros, y, d) la adopción de medidas internas de regulación en materia de mala praxis médica. Finalmente, adquiere pertinencia denotar que la principal razón por la que en esos tres casos no fueron aceptadas las alegaciones relacionadas con vulneración de los derechos a la integridad personal y la vida, radica en la no presentación –por parte de los peticionarios- de bases suficiente (argumentos y pruebas) que justificasen el examen de responsabilidad internacional del Estado en sede interamericana.

4.2.2 Mala praxis médica en instituciones públicas de prestación de servicios de salud.

En el periodo de tiempo que comprende los años 1996 a 2013, han sido tramitados ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, seis (06) casos con circunstancias fácticas características de presuntas negligencias médicas en entidades públicas de salud.

Específicamente los hechos descritos por los peticionarios, guardan relación con: 1. Deficiencias en tratamiento médico a infante, realización de intervención quirúrgica sin previo consentimiento de sus padres y omisión de monitoreo en pos operatorio; 2. Intervención quirúrgica no consentida practicada a adulto mayor y conducta médica negligente tanto en la cirugía como en el pos operatorio; 3. Esterilización forzosa a mujer y omisión de monitoreo en pos operatorio; 4. Mala praxis en procedimiento gineco-obstétrico (Inadecuado suministro de anestesia – secuelas incapacitantes); 5. Malos tratos y

negligencia médica en hospital psiquiátrico, y; 6. Omisión de adopción de medidas necesarias para preservar la vida e integridad personal del paciente en centro psiquiátrico.

*Carlos Andrés Rodríguez Cárdenas y Familia Vs. Ecuador*¹⁰⁶

De conformidad con el recuento de hechos efectuado por los peticionarios ante la Comisión Interamericana: i) el 14 de noviembre de 2002, el infante Carlos Andrés Rodríguez (de un año y once meses de edad) sufrió un accidente doméstico que le derivó en lesión en la nariz; ii) inmediatamente, el menor fue conducido por sus familiares al hospital público de Guayaquil, con el ánimo de ser valorado y recibir tratamiento; iii) al llegar allí los médicos le indicaron a los padres que sólo sería necesario realizar un procedimiento ambulatorio de sutura a fin de evitar hemorragias; iv) tres horas después los mismos médicos informaron a los familiares del infante, que mientras practicaban la sutura habían advertido la necesidad clínica de someter al paciente a cirugía, que en el procedimiento quirúrgico el menor sufrió paro cardiorrespiratorio, y que se encontraba en estado de coma; v) lo cierto es que Carlos Andres Rodríguez Cárdenas nunca pudo recuperarse del estado de coma al que ingresó – justo después de haberle sido practicada una cirugía que no fue previamente informada por los galenos tratantes, ni consentida por sus padres-, y que el 04 de diciembre de 2002 falleció en el hospital público de Guayaquil (Párrs. 1, 6 a 9).

De otro lado, se infiere de lo expuesto por los peticionarios ante el Órgano Interamericano, que “mientras la presunta víctima estuvo en estado de coma, su madre recibió malos tratos por parte del personal del hospital público” (Párr. 10), y que pese a que las denuncias interpuestas por los familiares del menor contra el anestesiólogo y cirujano fueron sobreseídas; el Tribunal Penal que al interior del Estado tramitó y falló el caso, reconoció que:

12 (...) la crisis pulmonar {que} ocurrió 30 minutos después de la administración de la anestesia (...) pudo ser revertida si hubiera sido advertida oportunamente, y que (...) no lo fue por una

---

¹⁰⁶ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°14/2012, Petición N°670-06

negligencia y descuido imputable a la administración hospitalaria, que no previó monitorizar a la víctima, ni asignó personal médico, en el área de observación y recuperación.

Adquiere importancia denotar que para los peticionarios, el Estado Ecuatoriano es internacionalmente responsable por los hechos que derivaron en la muerte de Carlos Andrés, dado que el personal médico y administrativo que no tomó las precauciones elementales para proteger a la presunta víctima, pertenecía a un hospital público (Párrs. 15 y 44).

En efecto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos admitió la petición y consideró que en el estudio de fondo del asunto debería analizarse: a) si la alegada falta de investigación efectiva, encaminada al juzgamiento y sanción de los responsables de omitir monitorear el estado de salud del niño Carlos Andrés después de la intervención quirúrgica, caracteriza vulneración de los artículos 5, 8 y 25 de la Convención (Párr. 43); b) si las circunstancias fácticas relacionadas con la presunta responsabilidad estatal por la muerte del infante Rodríguez Cárdenas, caracterizan violación de los artículo 4 y 19 del mismo instrumento (Párr. 44); c) si la alegada falta de información sobre el tratamiento médico y, más específicamente, para consentir si el menor Carlos Andrés debía o no ser intervenido en el quirófano y serle administrada anestesia general, constituye afectación del artículo 13 de la Convención (Párr. 45), y; d) si en el marco del artículo 2 del citado instrumento, la legislación existente en el Estado de Ecuador para la fecha de los hechos, permitía investigar adecuadamente o no las conductas constitutivas de mala *praxis* médica (Párr. 46).

*Vinicio Poblete Vilches Vs. Chile*¹⁰⁷

De manera análoga al caso *Carlos Andrés Rodríguez Cárdenas y Familia Vs. Ecuador*, en este asunto, los peticionarios denuncian ante la Comisión Interamericana que el Estado Chileno es internacionalmente responsable por la conducta médica negligente en que

---

¹⁰⁷ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°13/2009, Petición N°339-02.

presuntamente incurrieron sus agentes, cuando a causa de deficiencias en procedimiento quirúrgico no consentido y omisión de monitoreo en pos-operatorio, el señor Vinicio Poblete Vilches (de 76 años de edad) falleció en un Hospital Público de la Ciudad de Santiago.

Adicionalmente los peticionarios expusieron, que: i) durante el tiempo en que permaneció internado en el hospital, el señor Vinicio Poblete y su familia fueron víctimas de tratos denigrantes por parte del personal médico y asistencial; ii) luego fue dado de alta, aun cuando se encontraba en precarias condiciones de salud; iii) a los familiares les fue negado el acceso al historial clínico del paciente, e información acerca de su estado de salud; iv) dada su difícil situación clínica, debió ser atendido en casa por un médico privado que había sido contratado por la familia, y luego reingresado al hospital por referir shock séptico y bronconeumonía. En esa oportunidad, pese a que los galenos tratantes advirtieron la no disponibilidad de respiradores artificiales en la Unidad de Cuidados Intensivos, las autoridades administrativas del hospital no realizaron gestión alguna para trasladar al paciente a otra institución de salud en la que sí le fuese posible acceder a tales respiradores; v) el 07 de febrero de 2001, la presunta víctima falleció en el Hospital; vi) pese a que sus familiares solicitaron le fuese practicada autopsia al señor Vinicio Poblete, ésta no les fue autorizada, y por el contrario les dieron conceptos contradictorios acerca de la causa de su muerte; vii) los peticionarios interpusieron querellas penales al interior de su país por estos hechos, pero las autoridades judiciales han omitido brindarles garantías, mientras que los inculpados continúan trabajando como funcionarios públicos en el Hospital (Párrs. 13 a 25).

En efecto, la Comisión Interamericana encontró declaró admisible la petición, tras advertir que de llegar a ser probados los hechos alegados por las presuntas víctimas, podría caracterizarse vulneración de los derechos a la vida, integridad personal, garantías y protección judicial.

Por último se echa de menos que siendo éste caso análogo al de *Carlos Andrés Rodríguez Cárdenas y Familia Vs. Ecuador*, el Órgano Interamericano no hubiese considerado

prudente estudiar en el fondo, si la alegada falta de información sobre 1. el tratamiento médico y, más específicamente, para consentir si el adulto mayor Vinicio Poblete Vilches debía o no ser intervenido en el quirófano, y; 2. Las causas clínicas de su muerte; constituye afectación del artículo 13 de la Convención Americana.

*María Mamérita Mestanza Chávez Vs. Perú*¹⁰⁸

La presentación del caso ante la Comisión Interamericana, se encuentra precedida de la descripción de un contexto de prácticas sistemáticas y masivas de esterilización forzosa en el Perú, que encontraba sustento en una política gubernamental de modificación rápida del comportamiento reproductivo de la población, especialmente de mujeres pobres, indígenas y de zonas rurales (Informe de admisibilidad N°66/00, Párr. 3).

Ahora bien, en lo que concierne a las circunstancias fácticas específicas del asunto, se tiene que: i) la señora María Mamérita Mestanza, tenía 33 años de edad era madre de siete hijos y residía en el campo; ii) fue persuadida por el personal médico y asistencial de una Institución Pública de Salud, para que se esterilizara so pena de ser sancionada por el Gobierno, por incumplir las leyes de comportamiento reproductivo de la población; iii) una vez obtenido –de manera coaccionada- el consentimiento de la paciente para el procedimiento de ligadura de trompas, fue intervenida quirúrgicamente el 27 de marzo de 1998 en el Hospital Regional de Cajamarca, y dada de alta al día siguiente, aun cuando refería serias afecciones de salud; iv) durante los días de pos operatorio, el esposo de la paciente acudió en múltiples ocasiones a la institución pública de salud, informando de la grave sintomatología que refería Maria Mamérita, pero el personal médico y asistencial -en todos los eventos- le indico que solo se trataba de efectos colaterales de la anestesia; v) el 05 de abril de 1998 la señora Mestanza Chávez falleció mientras se encontraba en su casa; luego, con el certificado de defunción quedo en evidencia que la causa directa de muerte fue “sepsis” y que la causa antecedente fue “bloqueo tubárico bilateral”; vi) pese a las

---

¹⁰⁸ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°66/2000, Petición 12191; Informe de Solución Amistosa N°71/2003.

querellas interpuestas por los familiares ante las autoridades judiciales de Perú, el caso de mala *praxis* médica continúa en la impunidad. (Informe de admisibilidad N°66/00, Párrs. 3 a 7).

Es de resaltar que en el trámite del asunto ante la Comisión Interamericana, el Estado del Perú, de un lado reconoció la veracidad de los hechos relacionados con la “consejería inadecuada a la señora María y la omisión de adopción de medidas de monitoreo en la fase posquirúrgica” (Informe de admisibilidad N°66/00, Párrs. 8 a 10); y de otro, se comprometió a propiciar una solución amistosa del caso.

En efecto, el 26 de agosto de 2003, las partes suscribieron acuerdo de solución amistosa, en el que el Estado: 1. admitió su responsabilidad internacional por los hechos; 2. se comprometió a adoptar medidas de reparación material y moral por el daño sufrido; 3. garantizó impulsar una investigación exhaustiva a fin de sancionar a los responsables de la práctica profesional negligente, y; 4. Se comprometió a adoptar medidas de prevención para la no repetición. El 10 de octubre de 2003 la Comisión Interamericana ratificó el contenido del texto conciliatorio.

Por último, adquiere pertinencia describir algunos de los puntos más relevantes del acuerdo de solución amistosa al que hemos venido haciendo referencia:

Reconocimiento de Responsabilidad: el Estado Peruano admitió haber vulnerado los artículos 1.1, 4, 5 y 24 de la Convención Americana.

Investigación y Sanción: el Estado Peruano se comprometió a realizar las investigaciones administrativas y penales que fuesen necesarias contra: i) los responsables de la vulneración del derecho al libre consentimiento de la señora Mestanza Chávez, ii) el personal de salud que omitió monitorear el pos operatorio de la paciente, iii) los responsables de la muerte de la señora Mestanza Chávez, iv) la Comisión Investigadora delegada por el Ministerio de Salud y los médicos del Hospital Regional, por encubrir las conductas profesionales

negligentes y las circunstancias del deceso de la víctima, y, v) las autoridades judiciales que durante prolongado tiempo permitieron que el caso quedase en la impunidad. Así mismo, el Estado se propuso remitir el caso a los Órganos Dictaminadores de Ética Médica, a fin de que se sancione la conducta del personal médico y asistencial involucrado.

Prestaciones de Salud: A fin de garantizar el tratamiento de rehabilitación psicológica de los familiares de la señora María Mamérita Mestanza, el Estado se comprometió a otorgar a los beneficiarios un estipendio económico por una única vez. Así mismo, garantizó otorgar un seguro permanente de salud público al cónyuge supérstite.

Modificaciones Legislativas y de Políticas Públicas sobre Salud Reproductiva y Planificación Familiar: Al respecto, el Estado se comprometió a eliminar los enfoques discriminatorios y a efectuar las reformas normativas que fuesen necesarias para respetar la autonomía de las mujeres y sus derechos sexuales y reproductivos.

*Angélica Jerónimo Juárez Vs. Guatemala*¹⁰⁹

En sede Interamericana, la señora Angélica Jerónimo Juárez refirió haber sufrido secuelas incapacitantes como consecuencia del indebido suministro de anestesia durante el procedimiento de cesárea que le fue practicado en el Hospital Nacional. Adicionalmente precisó que debió permanecer hospitalizada más de un año con el propósito de revertir los efectos de la anestesia, pero pese al tratamiento médico recibido, no pudo recuperar la movilidad en sus piernas ni su agudeza visual y auditiva.

20. {El peticionario} expresó que la víctima, Angélica Jerónimo Juárez, tiene seis hijos y que no volverá a caminar como consecuencia de la cesárea que se le practicó en el Hospital Nacional de Salamá. Señaló que su familia carece de recursos económicos para asumir los gastos de la terapia y que el Estado no habría intervenido en brindarle la asistencia médica que necesita.

---

¹⁰⁹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Solución Amistosa N°123/2012, Caso 12591

Por su parte el Estado se comprometió ante los peticionarios y la Comisión ha propiciar una solución amistosa para el caso.

En efecto, el 13 de noviembre de 2012, la Comisión Interamericana aprobó el documento conciliatorio suscrito por las partes en los siguientes términos:

Reconocimiento de responsabilidad: el Estado Guatemalteco admitió haber vulnerado los artículos I, VI, VII y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (vida, libertad, seguridad e integridad personal; a la constitución de la familia; a la protección de la maternidad y a la infancia; preservación de la salud y el bienestar). Asimismo, reconoció haber violado los artículos 5 y 17 de la Convención Americana (integridad personal y protección de la familia).

Reparación: Además de entregar una suma de dinero que satisfacía la pretensión indemnizatoria de las víctimas; el Estado se comprometió a brindar a la señora Ágelica Jerónimo Juárez las terapias de rehabilitación que ésta requiere de acuerdo a su condición clínica y a garantizar el acceso a las misma, mediante el suministro de traslado gratuito.

Se echa de menos en este acuerdo de solución amistosa, el componente de garantía de investigación y sanción de las conductas características de mala *praxis* médica. No obstante, se destaca el compromiso asumido por el Estado Guatemalteco, en torno a la prestación de los servicios de salud necesarios, para que la víctima alcance la mayor rehabilitación posible.

*Pacientes del Servicio de Psiquiatría del Hospital Santo Tomás Vs. Panamá*¹¹⁰

Comiéncese por referir, que quien funge como peticionario en este asunto, es un médico psiquiatra que mientras estuvo trabajando en el Hospital Santo Tomás de Panamá, presenció una serie de conductas constitutivas de malos tratos, negligencia médica y

---

¹¹⁰ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°94/2013, Petición N°790-05

homicidios culposos cometidos por personal médico y asistencial con pacientes de la Sala 25 del Servicio de Psiquiatría de la Institución Pública.

8. {El peticionario} en particular informa que Wendolyne Hooper Tapiero habría recibido un permiso de salida otorgado supuestamente en forma negligente por un médico del hospital, a consecuencia del cual su vida habría corrido peligro. A Anayansi Sánchez le habrían cambiado su médico tratante cuando su vida se encontraba en peligro. En relación con Jessica Mendoza, señala el peticionario que habría sido víctima de “experimentos nazis” y de supuesta suspensión de medicamentos de manera negligente. Sandra C. Morris, debido a la negligente atención médica, habría sufrido efectos negativos en su salud, y posteriormente, se habría arrojado desde un cuarto piso. Rubén Darío Phillips habría recibido negligente atención médica. Denis Uriel Requenez habría sido víctima de irregularidades y negligencia en el tratamiento médico recibido, terminando en un estado de depresión que lo habría conducido al suicidio. Indica que Amalfi López y Uribíades Algandona Jaén habrían recibido una atención médica negligente. De acuerdo con un informe del propio Hospital Santo Tomás, Carlos A. Bazán Collado se interna en el mismo, el 2 de julio de 1998 con motivo de intento autolítico, es decir, intento de suicidio. A los seis días de su ingreso, y derivado de la supuesta atención médica negligente, se habría suicidado. Asimismo, alega el peticionario que todos estos hechos fueron denunciados ante las autoridades nacionales, pero las investigaciones habrían sido conducidas de forma negligente y con múltiples irregularidades.

9. Respecto a Melany Narváez Victoria, informa el peticionario que la presunta víctima fue condenada por el delito de homicidio agravado a la pena de 28 años de prisión. Sostiene que si bien en la sentencia de condena se señala que la presunta víctima tendría la capacidad de comprender la ilicitud de sus actos, de acuerdo al informe pericial psiquiátrico por él elaborado no se podría inferir dicha conclusión.

14. La información presentada incluye una solicitud de amparo ante la Defensoría del Pueblo, recibida el 30 de junio de 20117, en la que se le solicita a la referida institución, interceder ante distintas autoridades para que se verifique y determine el grave estado de salud mental que padece la colombiana Melany Narváez, quien, de acuerdo con la referida solicitud, y debido a

que no se le presta atención médica, presentaría graves traumatismos y dolores que la hacen golpearse contra las paredes.

El Estado Panameño, por su parte, solicitó a la Comisión Interamericana declarar inadmisibile la petición “por carecer de fundamento y ser improcedente” (Párr. 16). Así mismo, advirtió que lo que en realidad pretendía el peticionario era “constituir a la CIDH en una cuarta instancia” (Párr. 16) no siendo esto jurídicamente procedente en el Sistema Interamericano.

Al efectuar el estudio de admisibilidad de la petición, la Comisión Interamericana encontró aplicable la excepción de agotamiento de los recursos internos, por retardo injustificado y por ser en determinados casos ineficaces.

Nótese cómo por ejemplo, en relación con la víctima de nacionalidad colombiana, Melany Narváez Victoria, manifestó:

29. De acuerdo con lo que obra en el expediente, el 30 de junio de 2011 se presenta ante la Defensoría del Pueblo una solicitud de amparo a favor de Melany Narváez. En ésta, se le solicita interceder ante distintas autoridades para que se verifique y se determine el grave estado de salud mental en que se encuentra la presunta víctima derivada de la falta de atención médica. Sobre esta alegación, el Estado no ha manifestado –ni obra en el expediente– que haya realizado algún tipo de acción para verificar su estado de salud, y en su oportunidad, tomar alguna medida al respecto. Para efectos de esta admisibilidad, y considerando que el presente reclamo involucra daños a derechos fundamentales de una persona con discapacidad mental que está bajo la custodia y cuidado del Estado, una investigación penal es el recurso idóneo para esclarecer los hechos y establecer la responsabilidad del personal médico que pudiera estar involucrado. De hecho, en casos en donde los delitos cometidos pudieran involucrar a agentes estatales, es obligación del Estado iniciar sin dilación las investigaciones respectivas¹¹¹. Asimismo, la CIDH ha fijado un estándar más alto respecto al deber de investigar del Estado en relación con las

---

¹¹¹ Cfr. Corte IDH, Caso Campo Algodonero Vs. México. Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas, sentencia del 16 de noviembre de 2009, serie C N°205, Párr. 290.

personas privadas de libertad, condición que tienen las presuntas víctimas¹¹². A pesar de que el Estado tenía conocimiento desde hace más de dos años de que Melany Narváez pudiera recibir una negligente atención médica que habría afectado gravemente su salud, el Estado no ha manifestado que hubiera realizado una investigación al respecto –lo anterior tampoco consta en el expediente. Por ello, la Comisión considera prima facie que existe un retardo injustificado, y le es aplicable la excepción al agotamiento de los recursos internos.

En efecto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos decidió admitir el caso, tras considerar que “los alegatos del peticionario sobre el alcance de la presunta responsabilidad estatal respecto de los hechos materia del reclamo podrían caracterizar en la etapa de fondo posibles violaciones a los derechos contenidos en los artículos 4, 5, 8 y 25 en perjuicio de las presuntas víctimas” (Párr. 36).

*Luis Eduardo Guachalá Chimbó Vs. Ecuador*¹¹³

Las conductas por la que los peticionarios imputan responsabilidad estatal internacional al Estado de Ecuador en este asunto, bien pueden resumirse en: a) omisión de adoptar medidas necesarias para preservar la vida e integridad personal de un paciente psiquiátrico en un hospital público (Párr.2), b) haber faltado a su posición de garante frente a quien (dada su internación y enfermedad) se encontraba bajo su custodia y cuidado, y; c) haber incumplido el deber de protección, permitiendo la desaparición del enfermo mental.

14. Los peticionarios alegan que al estar recluso en un hospital público, como lo es el Hospital “Julio Endara” que depende directamente del Ministerio de Salud Pública, el Estado se encuentra en una posición de garante frente a las personas allí internadas. Por lo tanto, aquel tenía el deber fundamental de proteger la vida e integridad personal de la alegada víctima. Deber de protección que habría incumplido al permitir la desaparición del Sr. Guachalá Chimbó, quien como paciente de un hospital público, se hallaba bajo su custodia inmediata.

---

¹¹² Cfr. CIDH, Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de la libertad en las Américas.

¹¹³ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de admisibilidad N°141/2010, Petición N°247-07

Se infiere del recuento de hechos efectuado por los peticionarios ante la Comisión que: i) Luis Eduardo Guachalá, de 24 años de edad padecía de una serie de enfermedades mentales (agresividad, impulsividad, conducta discordante, insomnio, mutismo, actitudes alucinatorias y crisis convulsivas), razón por la que el 10 de enero de 2004 fue internado en el Hospital Julio Endara de la ciudad de Quito; ii) el 18 de enero de 2004 los galenos del instituto de salud notificaron a la familia de Luis Eduardo Guachalá que éste habría desaparecido el día anterior; iii) existían serios indicios que llevaban a los peticionarios al convencimiento de que el señor Luis Eduardo Guachalá no salió por sus propios medios del hospital, sino que habría sido víctima de una mala práctica u otro tratamiento indebido y que los presuntos hechos habrían sido objeto de encubrimiento; iv) y que las denuncias por desaparición forzada que la familia habría interpuesto ante las autoridades judiciales, no habrían dado ningún resultado, por lo que los recursos internos deberían considerarse ineficaces (Párrs. 8 a 13, 15 y 16).

El Estado por su parte se opuso a las pretensiones de las presuntas víctimas y manifestó:

17. (...) el internamiento de una persona en una institución de salud mental no puede equipararse a su reclusión en una institución penitenciaria. Por lo tanto, no surgirían para el Estado las mismas obligaciones, que en su posición de garante, sí tendría frente a las personas privadas de la libertad en centros penitenciarios.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos consideró que de llegar a ser probada la veracidad de los hechos alegados, podría configurarse vulneración de los derechos a la vida, al reconocimiento de la personalidad jurídica, integridad y libertad personal, garantías y protección judicial, en perjuicio de la víctima directa (Luis Eduardo Guachalá Chimbó), y de los derechos a la integridad personal y garantías judiciales de su señora madre (Zoila Rosario Chimbó).

Permítasenos referir, que es de esperarse que en el estudio de fondo del asunto, tanto la Comisión como la Corte Interamericana, acudan a los estándares fijados en el Caso *Damiao*

*Ximenes López Vs. Brasil*¹¹⁴, en particular en lo que respecta a la atención de salud de los pacientes psiquiátricos y el deber reforzado de protección (acrecentada posición de garante) que ostentan los Estados respecto de quienes de un lado sufren los padecimientos de su enfermedad, y de otro, (dadas las circunstancias de internación y el debilitamiento de la autonomía), se ven sometidos al poder del Estado (poder físico de guardián y poder científico de tratante).

4.2.3 Mala praxis médica en bancos de sangre

En el periodo de tiempo que comprende los años 1996 a 2013, han sido tramitado dos (02) casos en los que los peticionarios imputan responsabilidad internacional a los Estados por negligencia en el monitoreo de unidades de sangre trasfundidas en entidades de salud pública.

Desde ahora señalaremos que ambos casos tienen en común, que las víctimas: a) son niñas (de 3 y 15 años de edad), b) ambas fueron contagiadas de Sida por conducto de transfusiones de sangre infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), c) tienen dificultades de acceso al tratamiento médico antirretroviral, y que d) desde entonces sus proyectos de vida se vieron gravemente afectados, al punto de repercutir sobre sus futuras posibilidades de formación académica y constitución de familia.

*TGGL Vs. Ecuador*¹¹⁵

A fin de proteger la identidad de la menor, para los efectos del trámite de la petición la Comisión Interamericana le atribuyó el nombre de TGGL.

Ahora bien, en cuanto a las circunstancias fácticas del caso, se infiere de la petición que: i) TGGL tenía 03 años de edad cuando fue diagnosticada de “enfermedad púrpura

---

¹¹⁴ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Sentencia de fondo, reparaciones y costas 04 de julio de 2006.

¹¹⁵ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de admisibilidad N°89/2009, Petición N°663-06

trombositopénica”, razón por la que fue internada, primero en un Hospital Universitario y luego en una Clínica Humanitaria; ii) los médicos que se encontraban atendiendo a la menor en la Clínica Humanitaria, advirtieron la necesidad de efectuarle una transfusión de sangre de urgencia, por lo que solicitaron a la Cruz Roja Provincial del Azuay, el suministro de dos pintas de sangre y dos plaquetas; iii) ya cuando en el centro médico había sido practicada la transfusión de sangre a la niña, la Cruz Roja advirtió que los resultados de los exámenes efectuados a los donantes de esa sangre habían arrojado positivo para VIH; iv) razón por la que el Director del Banco de Sangre ordenó practicar un examen de VIH a la menor, que también dio como resultado positivo, descartándose otras vías de contagio distintas a la transfusión de productos sanguíneos contaminados; v) pese a que los familiares de la menor interpusieron denuncias penales, los recursos no han sido efectivos, toda vez que los responsables de la negligencia y falta de precaución no habrían sido sancionados (Párrs. 06 a 10).

11. Los peticionarios alegan que por causa de la infección con el virus VIH/SIDA la niña TGGL ha sufrido graves perjuicios a su salud y a su vida. Alegan que carece de acceso al tratamiento médico y alimentación que su estado de salud requieren. Mencionan que el rechazo social y la discriminación le impedirían asistir a la escuela primaria de su elección. Alegan que el Estado es responsable por el aprovisionamiento de bancos de “sangre segura” a través de entes tales como la Cruz Roja Ecuatoriana y que por lo tanto el Estado ecuatoriano habría incumplido con su obligación de garantizar el derecho a la vida protegido en la Convención Americana. Los peticionarios alegan que la acción penal contra la única persona llamada a juicio prescribió por la inacción de los jueces. Alegan que al no contar con una sentencia penal condenatoria el juicio civil se declaró nulo y por lo tanto, no se habría logrado obtener la reparación de daño causado a la niña TGGL.

El Estado por su parte, consideró que los hechos a que hace referencia la petición, no le son imputables a agentes oficiales, y que en esa medida “el lamentable contagio que sufrió la menor TGGL del virus de VIH-SIDA no es atribuible o imputable al Estado Ecuatoriano como tal a través de sus diferentes órganos e instituciones” (Párr. 13). Adicionalmente considera que según lo declarado por los peticionarios, el presunto culpable de la

negligencia médica sería la Cruz Roja, y que “tanto la CICR como la Cruz Roja del Ecuador gozan de personalidad jurídica internacional o de un estatuto aparte” (Párr. 14).

Pues bien, al efectuar el estudio de admisibilidad del asunto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos consideró:

31. El Estado ha cuestionado la atribución de responsabilidad de los hechos que rodearon la infección de la niña TGGL con el virus VIH/SIDA. Cuestiona su vinculación con el empleo de los bancos de sangre de la Cruz Roja Ecuatoriana y alega ser ajeno a toda responsabilidad por los actos de dicha institución.

32. Al respecto, la Comisión observa que TGGL habría sido infectada con el virus de VIH/SIDA por conducto de una transfusión de sangre proveniente de la Cruz Roja Provincial de la ciudad Cuenca, provincia del Azuay. La legislación vigente al momento de los hechos establecía la responsabilidad exclusiva de la Cruz Roja Ecuatoriana en el aprovisionamiento, utilización y manejo de sangre y sus derivados e incluso en el control reglamentario y la coordinación sobre los Bancos y Depósitos de Sangre del Ministerio de Salud y otras instituciones del Estado. Esta responsabilidad de organizar el aprovisionamiento de sangre en el país, y de que los bancos de sangre practiquen, bajo su responsabilidad, a todas y cada una de las unidades recolectadas distintas pruebas entre las cuales se encuentra “el rastreo de componentes irregulares”, fue delegada en la Cruz Roja Nacional por el Estado. Asimismo, la Corte Suprema del Ecuador ha dejado en claro en su jurisprudencia que la Cruz Roja Ecuatoriana presta un servicio público y que sus actuaciones hacen fe pública, tal y como aquellas que provienen de instituciones del Estado. En vista de las competencias delegadas y directas de órganos del Estado sobre la supervisión y fiscalización de la prestación de un servicio por parte de la Cruz Roja Ecuatoriana y su relación con el reclamo materia del presente caso, la Comisión encuentra que es competente para examinar la posible responsabilidad del Estado en la etapa sobre el fondo.

En consecuencia, consideró admisibles los hechos alegados por los peticionarios, en relación con las presuntas vulneraciones a los derechos a la integridad personal, a la vida y los derechos de los niños.

*IVNR Vs. Panamá*¹¹⁶

Al igual que en el caso *TGGL Vs. Ecuador*, en el presente asunto la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sustituyó el nombre de la menor para efectos de preservar su identidad.

Ahora bien, en cuanto a las circunstancias fácticas descritas por los peticionarios a la Comisión, se tiene que: i) cuando IVNR tenía 15 años de edad presentó dolor abdominal agudo y peritonitis generalizada, siendo atendida en el Complejo Hospitalario Metropolitano, perteneciente a la Caja del Seguro Social de Panamá, lugar donde le fue realizada transfusión de sangre; ii) 03 años después cuando acudió a esa misma institución a consulta por referir neumonía bilateral difusa, le fue practicada prueba serológica por VIH que dio resultado positivo, descartándose otras vías de contagio distintas a la transfusión de productos sanguíneos contaminados (Párrs. 6 y 7); iii) en consecuencia la Unidad de Investigación Epidemiológica del mismo hospital indagó acerca del caso e informó que:

8. (...) de acuerdo a la investigación, uno de los donantes utilizados en la transfusión resultó con VIH positivo. Ello condujo a la revisión de los registros primarios impresos por el equipo de laboratorio utilizado para el tamizaje de los donantes del banco de sangre del Hospital Dr. Arnulfo Arias. Sostienen que el equipo reportó reactivo en la muestra correspondiente a la Unidad No. 22-623, la cual no fue retirada para su estudio y confirmación de diagnóstico, conforme a lo establecido en el procedimiento operativo estandarizado para el manejo de prueba positiva de donantes, y quedó a disposición para su empleo clínico, siendo utilizada en la transfusión de sangre que le hicieron a I.V.N.R.

En efecto, los peticionarios señalan que existe un nexo causal directo entre la negligencia del banco de sangre “porque no siguió el procedimiento operativo estandarizado para el manejo de prueba positiva en donantes, dejando la sangre contaminada a disposición de uso

---

¹¹⁶ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de admisibilidad N°160/2011, Petición N°13-08

clínico” (Párr. 9) y los graves daños que padece IVNR desde el momento en que fue infectada con los fluidos sanguíneos contaminados.

13. En particular, alegan que la infección con el VIH afecta el derecho de la presunta víctima a una “vida normal” debido a las secuelas de carácter emocional y psicológico, unido a que la patología podría acabar con su vida. En concreto, indican los perjuicios causados debido al contagio del VIH por negligencia hospitalaria refieren a 1) Peligro inminente de su vida; 2) Daño irreparable a la salud; 3) Limitación para contraer matrimonio y formar una familia, por cuanto para contraer matrimonio se requiere certificación médica que acredite no padecer de una enfermedad de transmisión sexual o infecto contagiosa; 4) Perjuicios económicos y sociales; 5) Desamparo por parte del Estado al no contar con un tratamiento permanente, ya que sus derechos como beneficiaria del Servicio de Seguro Social dependen de que esté afiliada en calidad de trabajadora.

El Estado Panameño si bien reconoció la veracidad de los hechos descritos por los peticionarios acerca de las causas del evento causal que derivó en la infección con VIH de la menor IVNR, se opone a la prosperidad de las pretensiones, tras considerar que el Estado no es responsable.

19. Con posterioridad al diagnóstico del contagio, {el Estado} señala que se cumplió con la obligación de tratamiento informado. Informa que la comunicación formal fue confidencial, interdisciplinaria y con el otorgamiento de plena información a la presunta víctima los días 23 de marzo, 26 de abril y 25 de julio del año 2005. Adiciona que el fin de la reserva o confidencialidad, es proteger a la persona o al grupo familiar, de cualquier situación que le pueda causar una condición de exclusión o marginación de su vida social, laboral o cultural.

20. En cuanto a la naturaleza del evento causal, el Estado alega que se trata de un hecho administrativo, entendido como toda actividad material ejecutada en ejercicio de la función administrativa, productora de efectos jurídicos independientes de la voluntad del Estado, por lo que la responsabilidad directa no se sustenta en el caso de los entes públicos en los niveles o grados de culpa personal.

23. En cuanto al derecho a la salud y la vida, el Estado alega que en todo momento a la presunta víctima se le otorgaron los servicios médicos como a cualquier otro paciente institucional, por tratarse de una obligación legal de la Caja del Seguro Social de Panamá, sin que se incurriera ni en privilegios, ni estigmatizaciones, sino en forma igualitaria (...)

24. En su nota de fecha 29 de marzo de 2011, el Estado insiste en que “se han prodigado y adoptado todas las medidas de reparación de beneficio a la víctima en el evento adverso sanitario que origina su inconformidad” y, agrega, “Los procesos hemoterapéuticos representan vulnerabilidad y ventanas de riesgo que hacen imposible garantizar la plena certeza y seguridad de productos libres de contaminación del proceso”.

En efecto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos: 1) identificó como alegato principal de los peticionarios, el relacionado con “la presunta responsabilidad del Estado frente al supuesto actuar negligente de su servicio médico, lo cual habría derivado en la infección de la presunta víctima con VIH, así como profundas consecuencias en su vida y condición médica” (Párr. 29); 2) consideró que una vez advertida la irregularidad acaecida en el banco de sangre del hospital público, correspondía al Estado llevar a cabo investigaciones oficiosas para determinar responsabilidades penales, disciplinarias y administrativas “tanto en relación con la situación de la presunta víctima, como en relación con el rol que tenía y tiene el Estado respecto a la supervisión y control de los procedimientos realizados en los centros de salud para mantener la seguridad de las transfusiones” (Párr. 31), y en esa medida declaró aplicable la excepción de agotamiento de los recursos internos; 3) analizó que los hechos descritos, de ser probados podrían caracterizar violación a los derechos a la vida, integridad personal, protección a la familia, derechos de los niños, garantías y protección judicial (Párrs. 39 a 41) ; 4) por último consideró que “teniendo presente los estereotipos y estigmas que acarrear la propia enfermedad, (...) analizará en la etapa de fondo las alegaciones respecto del artículo 24 y 26 de la Convención Americana¹¹⁷, en relación con el artículo 1.1 y 2 del mismo instrumento internacional” (Párr. 41).

---

¹¹⁷ Se refiere a los derechos a la igualdad ante la ley y al desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales.

Nótese cómo los casos *IVNR Vs. Panamá* y *TGGL Vs Ecuador* si bien tienen circunstancias fácticas generalmente análogas, también reúnen particularidades -como las descritas por los peticionarios en el caso *IVNR Vs. Panamá*- que incitan a la Comisión Interamericana a pronunciarse en torno al deber que ostenta el Estado de investigación oficiosa de los hechos (dado su rol supervisor y de control para mantener la seguridad de las transfusiones); y a valorar los estereotipos y estigmas que acarrear la enfermedad de VIH, a la luz de los derechos a la igualdad y el desarrollo progresivo de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

CONCLUSIONES

1. Los pronunciamientos interamericanos existentes en torno al derecho a la salud, hoy permiten a las víctimas de la salud en Latinoamérica reconocer en el sistema regional una alternativa de protección cautelar o definitiva de su derecho; y a los Estados, reflexionar acerca de las obligaciones que ostentan en torno a la salud y las prácticas internas que —en ese contexto— podrían convocarles a juicios de responsabilidad internacional.
2. En torno a la afectación del derecho a la salud y a la seguridad social en contextos laborales ha sido imputada responsabilidad internacional a algunos Estados ante el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos, bajo el título de Omisión: a. de supervisión de condiciones de trabajo y adopción de políticas integrales de seguridad y salud pública en el trabajo; b. de asistencia médica y confidencialidad sobre el estado de salud de las víctimas; c. de realización de exámenes médicos de aptitud de salud para la prestación del servicio militar obligatorio, y; d. de adopción de medidas de protección a la maternidad no biológica y al desarrollo saludable del infante.
3. Dada la complejidad técnica que involucran algunos de los eventos relacionados con afectación del derecho a la salud (orígenes de patologías, efectos de no asistencia y tratamiento oportuno, nexos de causalidad entre el daño y los presuntos hechos dañosos, etc), la Comisión y la Corte Interamericana, en el trámite y resolución de algunos casos, han considerado pertinente acudir a conceptos especializados, estándares de la Organización Mundial de la Salud, e incluso a peritajes internacionales como el de la Organización Panamericana de la Salud.
4. El componente de rehabilitación no sólo ha venido siendo abordado por los Órganos Interamericanos en los casos relacionados con afectación del derecho a la salud, sino también en los eventos en que la gravedad de los hechos sugiere de la adopción de medidas de reparación, consistente en asistencia médica y psicológica a las víctimas.

5. En algunos de los casos que han sido develados ante el Sistema Regional Interamericano, se ha puesto en evidencia que existe una relación inversamente proporcional entre el transcurso del tiempo y la probabilidad de rehabilitación física y psicológica de las víctimas; es decir, a mayor demora en la determinación de responsabilidad, reparación de perjuicios, asistencia y tratamiento médico, menor probabilidad de rehabilitación física y psíquica de las y los perjudicados

6. Dada la especial relación de sujeción que ostentan las personas privadas de la libertad frente al Estado, en el Sistema Interamericano ha tenido connotación el estudio de los casos en los que el acceso a la asistencia médica y los tratamientos de rehabilitación se ven obstruidos, bien sea por restricciones de orden legal al interior de los Estados, o por las acciones u omisiones en que éstos incurren mientras tiene a los detenidos bajo su custodia y protección.

7. A título de protección cautelar del derecho a la salud y a la integridad personal, la Comisión y la Corte Interamericana han ordenado a los Estados la actualización del diagnóstico de los beneficiarios de las medidas, previa ejecución de los tratamientos médicos que se encontraban pendientes a la fecha de solicitud de las misma; lo anterior con el objeto de constatar si el transcurso del tiempo (entre la prescripción médica y la adopción de la medida cautelar o provisional) ha derivado o no en agravamiento de las circunstancias clínicas del paciente o en alteración de su patología.

8. En torno a la contaminación ambiental y sus efectos en la salud humana, en el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos se ha imputado responsabilidad internacional a algunos Estados por: i) la omisión de control y supervisión de actividades metalúrgicas, industriales, mineras, de almacenamiento y transporte de plomo y de almacenamiento de residuos tóxicos; ii) la inobservancia del principio internacional de precaución y la no realización de estudios previos de impacto ambiental; iii) la no adopción de medidas oportunas para mitigar los efectos de la contaminación metalúrgica, industrial, minera, entre otras; iv) el no suministro de asistencia médica adecuada para los fines de

diagnóstico, tratamiento, prevención y recuperación de las poblaciones afectadas en su salud física y psíquica, como consecuencia de la contaminación, y; v) la imposición de cargas contaminantes desproporcionadas a determinados grupos poblacionales dada su raza o etnia (racismo ambiental).

9. En la Jurisprudencia interamericana se han desarrollado importantes estándares de protección del derecho a la salud, en torno a aspectos e instituciones propias de la atención de salud (acto médico, historia clínica, derechos de los pacientes y cuerpos dictaminadores) y a eventos de responsabilidad estatal internacional por el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la prestación de los servicios de salud física y mental (en instituciones públicas, privadas y bancos de sangre).

10. En el trámite y resolución de los eventos característicos de mala *praxis* médica y presunta impunidad de los mismos, la jurisprudencia interamericana tiene una marcada tendencia a abordar temáticas propias de: a) la atención de salud (física y mental), b) los deberes de cuidado, regulación, supervisión, fiscalización, respeto y garantía que ostenta el Estado en la prestación de los servicios de salud, c) la no cesación de responsabilidad pública cuando el Estado delega la prestación de los servicios de salud en terceros, y, d) la adopción de medidas internas de regulación en materia de mala *praxis* médica, entre otros.

11. Existen sujetos y grupos especialmente salvaguardados por los Instrumentos Internacionales e Interamericanos, en torno a los cuales la CIDH y la Corte IDH han desarrollado importantes líneas de protección y estándares de salud diferencial; y en torno a los cuales, los Estados Partes deben proponerse adoptar medidas internas (eficaces y diferenciales) de amparo del derecho a la salud.

ANEXOS

TABLA N°1. Compilación de los Instrumentos Jurídicos y No Contractuales de Derecho Internacional más Relevantes, que guardan relación con el Derecho a la Salud.

El Derecho a la Salud en el Sistema Universal de Protección de Derechos Humanos <i>Tratados, Convenios, Declaraciones, Reglas, Principios, Observaciones, entre otros Instrumentos Internacionales relacionadas con el derecho humano a la salud</i> a. 1945. Carta de las Naciones Unidas b. 1948. Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea General, mediante Resolución 217ª(III) c. 1966. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado por la Asamblea General, mediante Resolución 2000ª(XXI) d. 1966. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General, mediante Resolución 2000ª(XXI) e. 1966. Protocolo I Adicional al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. f. 1989. Protocolo II adicional al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. g. 1993. Declaración de Viena, adoptada por la II Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, Viena: Declaración y Programa de acción *Nota: La Declaración de Viena concluye que los DESC tienen la misma categoría, importancia, origen, titular y destinatario que los demás; pertenecen a todos los miembros de la familia humana (universales) y son reclamables al Estado, obligado a su promoción y protección. h. 1998. Declaración referida a la Globalización y los DESC. i. 1999. Declaración sobre el Derecho y el deber de los individuos, los grupos y las instituciones de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales universalmente reconocidas, aprobada por la Asamblea General en su Resolución 53/144. j. 2000. Observación General N° 14 relativa al Disfrute del más alto nivel posible de salud (Art. 12 PIDESC). Comité DESC.	
La Salud en un Contexto de Guerra. a. 1949. Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña. Aprobados por la Conferencia Diplomática. b. 1949. Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar. Aprobados por la Conferencia Diplomática. c. 1949. Convenio de Ginebra relativo al trato debido a los prisioneros de guerra. Aprobados por la Conferencia Diplomática. d. 1949. Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra. Aprobados por la Conferencia Diplomática. e. 1977. Protocolo I Adicional a los Convenios de	El Derecho a la Salud de los Refugiados a. 1951. Convención sobre el Estatuto de Refugiado. Adoptada por una Conferencia de Plenipotenciarios. b. 1966. Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados, adoptado por la Asamblea General, mediante Resolución 2198 (XXI). Referencia al Derecho a la Salud en los Instrumentos Jurídicos para la Prevención, Sanción y Abolición de la Tortura y el Delito de Genocidio. a. 1948. Convención para la prevención y sanción del delito de genocidio. Adoptada por la Asamblea General mediante Resolución 260ª (III) b. 1984. Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Adoptado por la Asamblea General, mediante Resolución 34/46.

Ginebra relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales. f. 1977. Protocolo II Adicional a los Convenios de Ginebra relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional.	c. 1992. Observación General N° 20, relativa a la prohibición de la tortura y los tratos o penas crueles (art. 7 del PIDCP). Comité DDHH. Referencia al Derecho a la salud en el Convenio para la Represión de la Trata de Personas y de la Explotación de la Prostitución Ajena. 1949
El Derecho a la Salud de los Trabajadores a. 1947. Convenio 81 de la OIT sobre la inspección del trabajo e higiene industrial. b. 1952. Convenio 102 de la OIT sobre seguridad social. c. 1964. Convenio 121 de la OIT sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. d. 1990. Convención Internacional N° 182 sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, adoptado por la Asamblea General, mediante Resolución 45/158. e. 1998. Declaración relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo.	Reconocimiento del Derecho a la Salud en Convenios Relativos al Trabajo Forzoso y su Abolición. a. 1930. Convenio N° 29 relativo al trabajo forzoso u obligatorio, de la OIT. b. 1957. Convenio N° 105 sobre la abolición del trabajo forzoso.
Reconocimiento del Derecho a la Salud en Convenios Relativos a la Abolición del Racismo a. 1965. Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial, adoptada por la Asamblea General mediante Resolución 2106^a(XX) b. 2001. Conferencia mundial contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia (Declaración y Programas de Acción de Durban).	El Derecho a la Salud de las Minorías Nacionales, Étnicas, Religiosas y Lingüísticas a. 1989. Convenio N° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. b. 1992. Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas, aprobada por la Asamblea General en su Resolución 47/135
El Derecho a la Salud en los Instrumentos Relativos a los Derechos de la Mujer. a. 1979. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptado por la Asamblea General, mediante Resolución 34/180 b. 1990. Recomendación General N° 14, relativa a la Circuncisión femenina. (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer) c. 1990. Recomendación General N° 15, relativa a la necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el SIDA (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer) d. 1991. Recomendación N° 18, relativa a las Mujeres discapacitadas (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer) e. 1992. Recomendación N° 19, relativa a la	El Derecho a la Salud en los Instrumentos Relativos a los Derechos de los Niños. a. 1959. Declaración de los Derechos del Niño, proclamada por la Asamblea General en su Resolución 1386(XIV). b. 1989. Convención sobre los derechos del niño, aprobada por la Asamblea General, mediante Resolución 44/25. c. 1989. Observación General N° 17, relativa a los derechos del niño (art. 24 PIDCP) d. 1990. Cumbre mundial en favor de la infancia, Nueva York: Declaración Mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño y Plan de acción para la aplicación de la Declaración Mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño. e. 1990. Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad, adoptados por la Asamblea General de N.U. Res. 45/113

violencia contra la Mujer (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer) f. 1993. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer g. 1995. IV Conferencia Mundial sobre la mujer, Beijing: Declaración y Plataforma de acción de Beijing. h. 1999. Protocolo adicional a la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer i. 1999. Recomendación General N° 24, relativa a la Mujer y la Salud (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer) j. 2000. Convenio N° 183 sobre la protección de la maternidad. k. 2000. Beijing más 5. l. 2000. Observación General N° 28, relativa a la igualdad de derechos entre hombres y mujeres (Art. 3 del PIDCP), Comité DDHH	f. 1999. Convenio N° 182 sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación. g. 2002. Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre la Infancia: Un mundo apropiado para los niños.
El Derecho a la Salud de la Población Desplazada a. 1977. Protocolo II Adicional a los Convenios de Ginebra relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional. (Art. 17) b. 1998. Principios rectores aplicables a los desplazamientos internos. (Principio 18). E/CN.4/1998/53/Add.2	El Derecho a la Salud de los Adultos Mayores a. 1991. Principios a favor de las personas de edad, adoptados por la Asamblea General en su Resolución 46/91 (Principios 1 y 2) b. 2002. II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento: Declaración política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento. c. 1995. Observación General N° 6, relativa a los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores. Comité DESC.
La Protección de la Salud en los Asentamientos Humanos a. 1996. II Conferencia de las Naciones Unidas sobre los asentamientos humanos (Hábitat II), Estambul: Declaración de Estambul sobre los asentamientos humanos.	El Derecho a la Salud de las Personas Privadas de la Libertad en Prisiones, Hospitales –en particular hospitales psiquiátricos-, Campos de Detención, Correccionales, entre otras Instituciones. a. 1955 y 1977. Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos. Adoptadas en 1955 en el I Congreso de las N.U. sobre prevención del Delito y tratamiento del Delincuente y aprobadas por el Consejo Económico y Social en 1977. b. 1979. Código de Conducta para Funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, adoptado por la asamblea General en su Resolución 34/169. c. 1982. Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes. Adoptados por la Asamblea General en su Resolución 37/194.
El Derecho a la Salud de las Personas con Discapacidad y Enfermos Mentales. a. 1971. Declaración sobre los Derechos del Retrasado Mental, proclamada por la Asamblea General en su Resolución 2856(XXVI) b. 1975. Declaración de los Derechos de los Impedidos, proclamada por la Asamblea General en su Resolución 3447(XXX) c. 1982. Programa de Acción Mundial para los impedidos. Resolución 37/52. d. 1991. Principios sobre la Protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, Adoptados por la Asamblea	d. 1984. Salvaguardias para garantizar la protección de los Derechos de los Condenados a la pena de muerte, adoptadas por el Consejo Económico y Social en su Resolución 1984/50. e. 1985. Reglas de las Naciones Unidas para la administración de justicia de menores (Reglas de Beijing). Adoptadas por la Asamblea General en su resolución 40/33. f. 1988. Conjunto de principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión, adoptado por la Asamblea General en su Resolución 43/173 g. 1990. Principios básicos para el tratamiento de los reclusos, adoptados por la Asamblea General en su

General en su Resolución 46/119 e. 1991. Recomendación N° 18, relativa a las Mujeres discapacitadas (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer) f. 1993. Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. g. 1994. Observación General N° 5, relativa a los derechos de las personas con discapacidad. Comité DESC.	Resolución 45/111 h. 1990. Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad, adoptados por la Asamblea General en su Resolución 45/113 i. 1992. Observación General N° 21 relativa al trato humano de las personas privadas de su libertad (art. 10 del PIDCP) j. 1992. Observación General N° 20, relativa a la prohibición de la tortura y los tratos o penas crueles (art. 7 del PIDCP)
El Derecho a la Salud de la Población VIH a. 1990. Recomendación General N° 15, relativa a la necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el SIDA (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer) b. 2001. Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas dedicado al SIDA: Declaración de compromiso de lucha contra el VIH/SIDA “Crisis mundial – Acción mundial.	La Salud en el marco del Derecho al Desarrollo y al Progreso Científico y Tecnológico. a. 1975. Declaración sobre la utilización del progreso científico y tecnológico en interés de la paz y en beneficio de la humanidad. b. 1986. Declaración sobre el derecho al desarrollo c. 1994. Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo, El Cairo: Programa de acción cumbre mundial sobre desarrollo social. d. 1995. Copenhague: Declaración de Copenhague sobre desarrollo social y programa de acción de la cumbre mundial sobre desarrollo social e. 1997. Declaración Universal sobre el Genoma Humanos y los Derechos Humanos f. 2000. Copenhague más 5
El Derecho a la Alimentación como Componente y extensión del Derecho a la Salud. a. 1996. Cumbre Mundial sobre la Alimentación, Roma: Declaración de Roma sobre la seguridad alimentaria mundial y Plan de acción de la cumbre mundial sobre la alimentación. b. 1999. Observación General N° 12, relativa al Derecho a una Alimentación adecuada. (Art. 11 PIDESC). Comité DESC. c. 2002. Declaración de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación: cinco años después y Alianza Internacional contra el hambre.	El Derecho al Medio ambiente como componente y extensión del Derecho a la Salud. a. 1992. Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, Río de Janeiro: Declaración de Río sobre el medio ambiente y el desarrollo y programa 21 El Derecho a una Vivienda Digna como componente y extensión del Derecho a la Salud. a. 1991. Observación General N° 4, relativa al derecho a una Vivienda adecuada (Art. 11 PIDESC). Comité DESC b. 1997. Observación General N° 7, El Derecho a una Vivienda adecuada: Los Desalojos forzosos. (Art. 11 PIDESC). Comité DESC.

**TABLA N°2. Sistematización y Caracterización de Eventos Relacionados con el Derecho a la Salud que han sido
develados ante el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos**

-Datos Extraídos de los Informes Anuales de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (1996 a 2013)-

A. AÑO 1996

*Informe publicado el 14 de marzo de 1997

Medidas Cautelares Otorgadas y Extendidas	Medidas Provisionales Solicitadas a la Corte IDH	Informes de Admisibilidad	Informes de Fondo	Soluciones Amistosas
▪ Totalidad Otorgadas: 29 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 01 1. Menores Privados de la Libertad en Condiciones precarias (insalubres)	▪ Total Vigentes: 04 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 01 1. Agravamiento injustificado de condiciones de detención de una Mujer.	▪ Total Casos Admitidos: 08 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 01 1. Enfermo Mental Privado de la Libertad Muere por maltrato policial y no atención médica.	▪ Total Decisiones de Fondo Emitidas: 16 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 03 1. Inspección vaginal que expone a riesgos de salud a mujeres familiares de Detenidos. 2. Persona privada de la libertad muere por no atención médica. 3. Lesiones a Líder sindical – Omisión de socorro por parte de los agentes policiales y obstrucción de acceso a servicio de salud.	▪ Total Casos: 01 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 00

B. AÑO 1997

*Informe publicado el 17 de febrero de 1998

Medidas Cautelares Otorgadas y Extendidas	Medidas Provisionales Solicitadas a la Corte IDH	Informes de Admisibilidad	Informes de Fondo	Soluciones Amistosas
▪ Totalidad Otorgadas: 57 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 02 1. Población desplazada sobreviviente de masacre, a quien el Estado ha omitido brindarle atención médica adecuada - Medidas para prevenir la afectación de su Salud y Vida 2. Mujer privada de la Libertad, que padecía de cáncer, a quien no se le brindaba atención médica adecuada.	▪ Total Vigentes: 06 ▪ Relacionadas con el Derecho la Salud: 01 1. Persona Privada de la Libertad en delicado estado de salud – Derecho a la libertad y a ser atendido por un médico de confianza (tratamiento médico de elección).	▪ Total Casos Admitidos: 22 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 00	▪ Total Decisiones de Fondo Emitidas: 23 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 01 1. Persona Privada de la Libertad quien padecía de afección gastrointestinal, y fue sometida a incomunicación, encierro y prácticas de inanición.	▪ Total Casos: 01 ▪ Relacionados con el Derecho a la salud: 00

C. AÑO 1998

*Informe publicado el 16 de abril de 1999

Medidas Cautelares Otorgadas y Extendidas	Medidas Provisionales Solicitadas a la Corte IDH	Informes de Admisibilidad	Informes de Fondo	Soluciones Amistosas
▪ Totalidad Otorgadas: 54 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 02 1. Personas Privadas de la Libertad, enfermas y sometidas a condiciones insalubres de detención. 2. Persona Privada de la Libertad - enferma y sin tratamiento médico adecuado.	▪ Total Vigentes: 09 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 00	▪ Total Casos Admitidos: 35 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 02 1. Joven Privado de la Libertad y víctima de agresión policial, quien fue trasladado al hospital tardíamente y falleció a causa de traumatismo craneano. 2. Personas Privadas de la Libertad y Víctimas de tortura y agresión policial, quienes fueron tardíamente trasladados al hospital - uno falleció por trauma severo de tórax y otras lesiones y el otro tiene fractura en pie y otras lesiones.	▪ Total Decisiones de Fondo Emitidas: 25 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 04 1. Persona privada de la libertad, víctima de agresión policial, quien padecía de hemorragia intracraneana y no recibía atención médica. 2. Enfermo Mental Privado de la Libertad, víctima de agresión policial y a quien no se le estaba prestando atención médica. 3. Personas Privadas de la Libertad y Víctimas de tortura y agresión policial, quienes tardíamente recibieron atención médica; 01 de ellos fallece en el hospital 4. Menores privados de la libertad en centros penitenciarios para adultos, víctimas de violencia y abuso sexual; sometidos a condiciones precarias de detención; quienes padecen enfermedades infecto-contagiosas y sin atención médica.	▪ Total Casos: 02 ▪ Relacionados con el Derecho a la salud: 00

D. AÑO 1999

*Informe publicado el 13 de abril de 2000

Medidas Cautelares Otorgadas y Extendidas	Medidas Provisionales Solicitadas a la Corte IDH	Informes de Admisibilidad	Informes de Fondo	Soluciones Amistosas
▪ Totalidad Otorgadas: 52 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 02 1. Enfermos VIH - Tratamiento Médico y Antirretroviral. 2. Persona Privada de la Libertad, enferma y sin tratamiento médico adecuado.	▪ Total Vigentes: 08 ▪ Relacionadas con el Derecho la Salud: 00	▪ Total Casos Admitidos: 26 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 00	▪ Total Decisiones de Fondo Emitidas: 30 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 02 1. Condenados a muerte y privados de la libertad en condiciones insalubres, víctimas de agresión policial y enfermos, a quienes no se les presta atención médica. 2. Condenado a muerte y Privado de la Libertad en condiciones insalubres, en centro penitenciario donde la atención médica es deficiente.	▪ Total Casos: 04 ▪ Relacionados con el Derecho a la salud: 00

E. AÑO 2000

*Informe publicado el 16 de abril de 2001

Medidas Cautelares Otorgadas y Extendidas	Medidas Provisionales Solicitadas a la Corte IDH	Informes de Admisibilidad	Informes de Fondo	Soluciones Amistosas
▪ Totalidad Otorgadas: 52 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 01 1. Enfermos VIH - Tratamiento Médico y Antirretroviral.	▪ Total Vigentes: 13 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 00	▪ Total Casos Admitidos: 35 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 07 1, 2 y 3. Personas Privadas de la Libertad, sometidas a tortura y agresión policial, a quienes se les negó atención médica. 4. Enfermos VIH - Tratamiento Médico y Antirretroviral. 5. Jóvenes privados de la libertad en precarias condiciones y cárcel para adultos; algunos padecen enfermedades y no reciben permanente atención médica. 6. Mujer sometida a esterilización forzosa, quien luego fallece por mala <i>praxis</i> en el procedimiento quirúrgico. 7. Personas privadas de la libertad en condiciones precarias, sin asistencia médica y con insuficientes alimentos.	▪ Total Decisiones de Fondo Emitidas: 22 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 05 1. Persona Privadas de la Libertad, sometida a tortura y agresión policial, a quien se les negó atención médica. 2. Detención ilegal, Violación y Tortura a Mujeres Indígenas – Posterior falta de investigación, reparación y rehabilitación / Referencia a los principios que deben ser tenidos en cuenta por los profesionales médicos en la investigación de denuncias sobre tortura. 3 a 5. Condenados a muerte y Privados de la Libertad en condiciones insalubres, en centro penitenciario donde la atención médica es deficiente.	▪ Total Casos: 13 ▪ Relacionados con el Derecho a la salud: 01 - Persona privada de la libertad, víctima de tortura, a quien se le impidió ser atendida por el médico familiar.

F. AÑO 2001

*Informe publicado el 16 de abril de 2002

Medidas Cautelares Otorgadas y Extendidas	Medidas Provisionales Solicitadas a la Corte IDH	Informes de Admisibilidad	Informes de Fondo	Soluciones Amistosas
▪ Totalidad Otorgadas: 50 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 06 1. Enfermos de VIH - Tratamiento Médico y Antirretroviral. 2. Traslado y asistencia médica Especializada a Persona privada de la libertad a quien le detectaron tumor. 3. Atención Médica de Urgencia a sobrevivientes de una Masacre. 4. Salud psíquica y sexual a Niña víctima de violación, a quien le fue suspendido tratamiento psicológico. 5. Comunidad indígena en vulnerabilidad alimenticia, médica y	▪ Total Vigentes: 17 ▪ Relacionadas con el Derecho la Salud: 00	▪ Total Casos Admitidos: 36 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 04 1. Persona privada de la libertad, víctima de agresión policial e incendio al interior de la celda, quien fue tardíamente trasladado al hospital y murió a causa de las lesiones propinadas. 2. Persona Privada de la libertad, víctima de agresión policial, a quien se le impidió acceder a atención médica adecuada y murió a causa de las lesiones propinadas. 3. Persona privada de la libertad, Condenado a cadena perpetua, quien padece de tuberculosis y hemorroides	▪ Total Decisiones de Fondo Emitidas: 04 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 01 1. Condenado a muerte y Privado de la Libertad en condiciones insalubres, en centro penitenciario donde la atención médica es deficiente.	▪ Total Casos: 08 ▪ Relacionados con el Derecho a la salud: 00

sanitaria a causa de la demora en el proceso de reivindicación de sus tierras – Derecho a la propiedad ancestral. 6. Tratamiento médico y exámenes a mujer privada de la libertad, quien padecía de nódulos en seno.		encontrándose detenido en precarias condiciones. 4. Persona privada de la libertad, Condenado a muerte, víctima de agresión policial, a quien se le negó asistencia médica y se encuentra detenido en condiciones precarias.		

G. AÑO 2002

*Informe publicado el 07 de marzo de 2003

Medidas Cautelares Otorgadas y Extendidas	Medidas Provisionales Solicitadas a la Corte IDH	Informes de Admisibilidad	Informes de Fondo	Soluciones Amistosas
▪ Totalidad Otorgadas: 91 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 11 1 a 8. Enfermos VIH - Tratamiento Médico y Antirretroviral. 9. Asistencia médica especializada a Persona privada de la libertad quien padece de múltiples afecciones de salud. 10. Tratamiento médico adecuado y remisión hospitalaria a quien sufre de grave afección hemorrágica y se encuentra pendiente de cirugía. 11. Persona Privada de la libertad, con afección de próstata y sin asistencia médica adecuada.	▪ Total Vigentes: 20 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 01 1. Personas privadas de la libertad en condiciones inseguras e insalubres.	▪ Total Casos Admitidos: 38 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 06 1. Persona con discapacidad mental en condiciones inhumanas y degradantes de hospitalización. Quien fallece a causa de las lesiones irrogadas por el personal médico y asistencial del centro psiquiátrico y por mala praxis. 2. Jóvenes privados de la libertad en condiciones precarias, algunos con graves problemas de salud y casi todos con enfermedades infecciosas en la piel, a quienes no se les brindaba asistencia médica ni psicosocial. 3. Mujer quien padecía de meningitis y se encontraba hospitalizada en una clínica privada, lugar donde fallece a causa de mala <i>praxis</i> médica. 4. Comunidad indígena en vulnerabilidad alimenticia, médica y sanitaria a causa de demora en proceso de reivindicación de territorios – Derecho a la propiedad ancestral. – 04 de sus miembros han muerto de enfermedades bronco-respiratorias. 5 y 6. Condenado a muerte y Privado de la Libertad en condiciones insalubres, en centro penitenciario donde la atención médica es deficiente.	▪ Total Decisiones de Fondo Emitidas: 11 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 02 1 y 2. Condenados a muerte y Privados de la Libertad en condiciones insalubres, en centro penitenciario donde la atención médica es deficiente.	▪ Total Casos: 02 ▪ Relacionados con el Derecho a la salud: 00

H. AÑO 2003

*Informe publicado el 29 de diciembre de 2003

Medidas Cautelares Otorgadas y Extendidas	Medidas Provisionales Solicitadas a la Corte IDH	Informes de Admisibilidad	Informes de Fondo	Soluciones Amistosas
▪ Totalidad Otorgadas: 59 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 05 1. Adopción de Medidas Sanitarias - Jóvenes Privados de la Libertad en Condiciones Insalubres. 2. Tratamiento Médico Especializado a Niño Víctima de Abuso Sexual, a quien no se le había suministrado asistencia pese a padecer stress postraumático y otros desordenes de comportamiento. 3. Adulto Mayor privado de la libertad, quien sufre de diabetes y a quien no se le está suministrando tratamiento médico adecuado. 4. Pacientes internados en el Hospital Neuropsiquiátrico, en situaciones insalubres; algunos incluso han sido Víctimas de violación. 5. Atención médica para quien padece enfermedad prostática y hepatitis B.	▪ Total Vigentes: 23 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 00	▪ Total Casos Admitidos: 38 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 04 1. 87 familias de Comunidad Indígena en vulnerabilidad alimenticia, médica y sanitaria a causa de la no restitución de sus territorios – Derecho a la propiedad ancestral; se han registrado muertes por epidemias y enfermedades que en condiciones de asistencia serían curables. 2. Esquizofrénico privado de la libertad, víctima de agresión policial, a quien se le brindo tardía atención médica y falleció a causa de las lesiones. 3. Obstrucción de acceso al servicio de salud a heridos de explosión ocasionada por agentes de la fuerza aérea. 4. Derecho de los pueblos indígenas a desarrollar sus formas de vida en su propio hábitat – Reivindicación territorio ancestral.	▪ Total Decisiones de Fondo Emitidas: 06 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 00	▪ Total Casos: 11 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 02 1. Persona privada de la libertad, víctima de agresión policial e incendio, quien fue tardíamente trasladado al hospital y murió. 2. Mujer sometida a esterilización forzosa, quien luego fallece por mala praxis en el procedimiento quirúrgico.

I. AÑO 2004

*Informe publicado el 23 de febrero de 2005

Medidas Cautelares Otorgadas y Extendidas	Medidas Provisionales Solicitadas a la Corte IDH	Informes de Admisibilidad	Informes de Fondo	Soluciones Amistosas
▪ Totalidad Otorgadas: 42 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 07 1 y 2. Niños Privados de la Libertad en condiciones de insalubridad. 3. Personas privadas de la libertad en condiciones insalubres, en centro penitenciario donde la atención médica es deficiente. 4. Garantía de Subsistencia y albergue a Desplazados víctimas de desalojo forzoso.	▪ Total Vigentes: 34 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 01 1. Personas Privadas de la Libertad en condiciones insalubres, en centro penitenciario donde la atención médica es deficiente.	▪ Total Casos Admitidos: 45 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 08 1. Salud sexual y reproductiva - Derecho a acceder a práctica de fecundación <i>in vitro</i>. 2. Disidentes políticos privados de la libertad en condiciones insalubres, con afecciones de salud (displasia mamaria, asma, diabetes, problemas estomacales y renales) y sin atención médica adecuada. 3. Activistas de DH privados de la libertad en condiciones insalubres, con afecciones	▪ Total Decisiones de Fondo Emitidas: 04 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 01 1. Comunidad indígena en vulnerabilidad alimenticia, médica y sanitaria a causa de la explosión petrolera y maderera de la que viene siendo objeto sus territorios – Derecho a la propiedad ancestral.	▪ Total Casos: 03 ▪ Relacionados con el Derecho a la salud: 00

5. Comunidad indígena campesina víctima de contaminación ambiental y afecciones de salud. 6. Persona privada de la libertad, quien padece de gangrena y otras dolencias de salud, y no ha recibido tratamiento médico adecuado. 7. Comunidad indígena víctima de desplazamiento forzado, quien atraviesa por condiciones indignas de subsistencia.		de salud (Hipertensión, asma, trastornos digestivos, enfermedades cardíacas y hepáticas. 4. Comunidad indígena en vulnerabilidad alimenticia, médica y sanitaria a causa de la explosión petrolera de la que viene siendo objeto sus territorios – Derecho a la propiedad ancestral. 5. Enfermo mental, privado de la libertad y condenado a pena capital, a quien no se le brinda atención médica. 6. Comunidad Indígena campesina víctima de contaminación ambiental (residuos tóxicos provenientes de una cancha de relaves - exposición a residuos de plomo y otros minerales) y afecciones de salud. 7. Discapacitada privada de la libertad, quien aduce no haber recibido tratamiento médico especializado durante su detención y por tal razón presento deterioro de salud y dificultades de rehabilitación. 8. Personas Privadas de la Libertad en condiciones insalubres, en centro penitenciario donde la atención médica y odontológica es deficiente.		

J. AÑO 2005

*Informe publicado el 27 de febrero de 2006

Medidas Cautelares Otorgadas y Extendidas	Medidas Provisionales Solicitadas a la Corte IDH	Informes de Admisibilidad	Informes de Fondo	Soluciones Amistosas
▪ Totalidad Otorgadas: 33 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 04 1. Mujer inmigrante portadora de VIH - privada de la libertad y en riesgo de deportación a Jamaica (lugar donde al parecer escasean los medicamentos antirretrovirales y la asistencia médica no es especializada). 2. Personas Privadas de la Libertad en condiciones precarias de detención. 3. Médico privado de la libertad, quien se encuentra enfermo y no ha recibido tratamiento médico especializado / Acto	▪ Total Vigentes: 38 ▪ Relacionadas con el Derecho la Salud: 00	▪ Total Casos Admitidos: 53 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 01 1. Personas Privadas de la Libertad en condiciones insalubres, en centro penitenciario donde la atención médica es deficiente.	▪ Total Decisiones de Fondo Emitidas: 07 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 01 1. Esquizofrénico privado de la libertad, víctima de agresión policial, a quien se le brindo tardía atención médica y falleció a causa de las lesiones.	▪ Total Casos: 08 ▪ Relacionados con el Derecho a la salud: 00

Médico y Confidencialidad. 4. Tratamiento médico a persona privada de la libertad en condiciones insalubres – Traslado.				

K. AÑO 2006

*Informe publicado el 03 de Marzo de 2007

Medidas Cautelares Otorgadas y Extendidas	Medidas Provisionales Solicitadas a la Corte IDH	Informes de Admisibilidad	Informes de Fondo	Soluciones Amistosas
▪ Totalidad Otorgadas: 37 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 03 1. Personas Privadas de la Libertad en condiciones insalubres y sin asistencia médica. 2. Persona Privada de la Libertad, sometida a tortura, detención precaria y sin atención médica. 3. Menores Privados de la Libertad – Condiciones precarias de Detención.	▪ Total Vigentes: 45 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 01 1. Personas Privadas de la Libertad en condiciones insalubres.	▪ Total Casos Admitidos: 56 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 04 1. Personas privadas de la libertad en condiciones insalubres e inseguras – En el penal son recurrentes las enfermedades infecto-contagiosas e incluso han muerto personas por tuberculosis. 2. Mujer víctima de violación sexual, a quien inicialmente le negaron atención médica y luego se la prestaron deficientemente. 3. Persona privada de la libertad víctima de tortura y sin asistencia médica para tratar las secuelas de tales tratos inhumanos. 4. Niño víctima de accidente con secuelas incapacitantes - Demora injustificada en la adopción de decisiones judiciales internas y medidas de rehabilitación.	▪ Total Decisiones de Fondo Emitidas: 08 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 01 1. Disidentes políticos privados de la libertad en condiciones insalubres, con afecciones de salud (displasia mamaria, asma, diabetes, problemas estomacales y renales) y sin atención médica adecuada.	▪ Total Casos: 10 ▪ Relacionados con el Derecho a la salud: 00

L. AÑO 2007

*Informe publicado el 29 de diciembre de 2007

Medidas Cautelares Otorgadas y Extendidas	Medidas Provisionales Solicitadas a la Corte IDH	Informes de Admisibilidad	Informes de Fondo	Soluciones Amistosas
▪ Totalidad Otorgadas: 40 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 05 1. Persona Privada de la Libertad a quien se le ha negado acceso a asistencia psiquiátrica. 2. Jóvenes Privados de la Libertad en	▪ Total Vigentes: 48 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 00	▪ Total Casos Admitidos: 51 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 04 1. Personas Privadas de la Libertad en condiciones indignas e insalubres; sin atención médica y con exposición a bacterias y proliferación de enfermedades	▪ Total Decisiones de Fondo Emitidas: 04 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 00	▪ Total Casos: 05 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 01 Derechos sexuales y reproductivos de mujer víctima de

Condiciones Insalubres – Atención Médica y Psicológica Inmediata y Traslados. 3. Persona Privada de la Libertad, víctima de atentado al interior del penal, quien se encuentra recluso en condiciones insalubres. 4. Traslado y Asistencia Médica Especializada a Persona Privada de la Libertad, quien padece de tumor pulmonar y es sometido precarias condiciones de detención. 5. Diagnóstico y Tratamiento Médico Especializado a 65 Moradores de la ciudad de La Oroya, Víctimas de Contaminación Ambiental por exposición a plomo y actividad de complejo metalúrgico.		infectocontagiosas. 2. Mujeres en estado de embarazo y privadas de la libertad – Condiciones carcelarias inadecuadas para la gestación, parto y crianza de sus hijos. 3. Médico privado de la libertad, quien se encuentra muy enfermo y no ha recibido tratamiento médico especializado / Acto Médico y Confidencialidad. 4. Comunidad indígena víctima de desplazamiento forzado, quien atraviesa por condiciones indignas de subsistencia.		violación a quien le obstruyeron el acceso a servicios médicos y práctica de aborto.

M. AÑO 2008

*Informe publicado el 25 de febrero de 2009

Medidas Cautelares Otorgadas y Extendidas	Medidas Provisionales Solicitadas a la Corte IDH	Informes de Admisibilidad	Informes de Fondo	Soluciones Amistosas
▪ Totalidad Otorgadas: 27 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 03 1. Atención Médica Adecuada para Menor Privado de la Libertad, en condiciones precarias de detención. 2. Proveer de Alimentos, atención médica e instalaciones sanitarias adecuadas a Menores, Adultos y Pacientes VIH Privados de la Libertad en condiciones Precarias de Detención. 3. Actos de Violencia Física y Sexual contra pacientes al interior de Hospital Neuropsiquiátrico.	▪ Total Vigentes: 47 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 00	▪ Total Casos Admitidos: 49 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 07 1. Mujer privada de la libertad, quien por padecer de psicosis esquizofrénica y no recibir tratamiento médico durante el periodo de detención, vio su estado de salud mental gravemente deteriorado. 2. Derechos reproductivos de una mujer sometida a práctica de esterilización no consentida – mala <i>praxis</i> médica. 3. Personas privadas de la libertad en condiciones insalubres y sin atención médica; abundan enfermedades infecto contagiosas en el penal. 4. Muerte de niño@s en Clínica pediátrica, presuntamente por infección hospitalaria y mala <i>praxis</i> médica. 5. Niña víctima de violencia sexual al interior del colegio, quien al sentirse agobiada por tal causa, atento contra su	▪ Total Decisiones de Fondo Emitidas: 07 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 01 1. Mujer inmigrante portadora de VIH - privada de la libertad y en riesgo de deportación a Jamaica (allí escasean medicamentos antirretrovirales y asistencia médica).	▪ Total Casos: 04 ▪ Relacionados con el Derecho a la salud: 00

		vida, no recibiendo asistencia médica en la enfermería del plantel educativo. 6. Obstrucción de acceso al servicio de salud a Migrantes heridos por agentes de la fuerza Pública – Omisión de socorro y asistencia médica. 7. Falta de juzgamiento de profesionales de la salud que incurrieron en mala praxis médica (Cirugía de apendicitis mal practicada a una mujer).		

N. AÑO 2009

*Informe publicado el 30 de diciembre de 2009

Medidas Cautelares Otorgadas y Extendidas	Medidas Provisionales Solicitadas a la Corte IDH	Informes de Admisibilidad	Informes de Fondo	Soluciones Amistosas
▪ Totalidad Otorgadas: 34 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 04 1. Personas Privadas de la Libertad en precarias condiciones de detención y expuestas a riesgos de contagio de enfermedades (tuberculosis entre otras). 2. Tratamiento Médico Adecuado para una Menor víctima de violencia sexual que la condujo a embarazo riesgoso. 3. Tratamiento Médico Adecuado a Persona Privada de la Libertad víctima de violencia al interior del penal y precarias condiciones de detención. 4. Atención médica adecuada a quien se encuentra privado de la libertad y ha visto progresivamente deteriorada su salud a raíz de las condiciones de detención.	▪ Total Vigentes: 43 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 00	▪ Total Casos Admitidos: 62 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 08 1. Muerte de adulto mayor con ocasión de mala <i>praxis</i> médica. 2. Enfermo mental privado de la libertad y sin atención médica especializada. 3. Niña contagiada de VIH por transfusión de sangre en Hospital público. 4. Jóvenes militares desvinculados del servicio activo por ser portadores de VIH a quienes se les desvinculó de seguridad social, encontrándose en riesgo su salud dada la suspensión del tratamiento. 5. Salud ocupacional en actividades de pesca en pueblo indígena. 6. Comunidad indígena en vulnerabilidad alimenticia, médica y sanitaria a causa de construcción de hidroeléctrica – Enfermedades respiratorias. 7. Moradores de una ciudad, quienes son víctimas de Contaminación ambiental derivada de actividad metalúrgica y enfermedades por exposición a plomo. 8. Niño víctima de accidente con secuelas incapacitantes - Demora injustificada en la adopción de decisiones judiciales internas y medidas de rehabilitación.	▪ Total Decisiones de Fondo Emitidas: 13 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 04 1. Enfermos VIH - Tratamiento Médico y Antirretroviral. 2. Personas privadas de la libertad, condenadas a muerte y en condiciones precarias de detención – uno de ellos sufre enfermedad renal y no ha recibido tratamiento médico idóneo en tanto los funcionarios de la cárcel desatienden las prescripciones médicas. 3. Joven que se encontraba prestando el servicio militar obligatorio y murió súbitamente en entrenamiento físico a causa de una enfermedad que padecía al momento de la reclusión (no obstante fue declarado apto). 4. Persona sometida a pena privativa de la libertad de 75 años de trabajo forzoso, en condiciones precarias de detención y sin asistencia médica adecuada.	▪ Total Casos: 04 ▪ Relacionados con el Derecho a la salud: 00

O. AÑO 2010

*Informe publicado el 07 de marzo de 2011

Medidas Cautelares Otorgadas y Extendidas	Medidas Provisionales Solicitadas a la Corte IDH	Informes de Admisibilidad	Informes de Fondo	Soluciones Amistosas
▪ Totalidad Otorgadas: 67 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 11 1. Personas Privadas de la Libertad en condiciones de hacinamiento extremo – 02 Personas Enfermas sin tratamiento médico adecuado 2. Personas Privadas de la Libertad, sin atención médica en condiciones precarias y expuestas a la transmisión y contagio de enfermedades. 3 y 4 Atención Médica Adecuada a Persona Privada de la Libertad quien padece de enfermedad y no recibe asistencia médica. 5. Acceso a tratamiento médico a Pacientes Renales, a quienes por su naturaleza de inmigrantes indocumentados el Hospital les había suspendido el tratamiento. 6. Diagnóstico y Tratamiento Médico a Población Indígena, Víctima de Contaminación ambiental, quienes han sufrido serias afectaciones en su salud. 7. Servicios Médicos y Sicológicos para Mujeres y Niñas Desplazadas, Víctimas de Violencia Sexual y residentes en 22 Campamentos. 8. Acceso a tratamiento médico necesario para tratar Cáncer metastático a una mujer en estado de embarazo, a quien por tal causa y el riesgo de aborto que la terapia provoca se le ha negado el tratamiento. 9. Diagnóstico y Tratamiento Médico a Pobladores Víctimas de Contaminación ambiental, quienes han sufrido serias afectaciones en su salud. 10. Protestante, quien como consecuencia de huelga de hambre había sido trasladado contra su voluntad	▪ Total Vigentes: 50 ▪ Relacionadas con el Derecho la Salud: 02 1. Mujer privada de la libertad, quien padece de enfermedades físicas y psicológicas y no ha recibido atención médica adecuada y especializada. 2. Niños y adolescentes privados de la libertad en condiciones insalubres.	▪ Total Casos Admitidos: 73 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 10 1. Extranjero víctima de accidente automovilístico a quien se le negó tratamiento médico y hospitalario dada su condición de “no nacional”. 2. Salud sexual y reproductiva - Derecho a acceder a práctica de fecundación in vitro. 3. Desaparición de enfermo mental que se encontraba recluso en hospital psiquiátrico – Omisión del deber de preservar la vida e integridad del paciente. 4. Enferma mental privada de la libertad en establecimiento carcelario, a quien se le negó atención médica especializada y la posibilidad de ser trasladada a hospital psiquiátrico, pese a que así había sido ordenado por sus médicos tratantes. 5. Persona privada de la libertad y condenada a muerte, quien padece enfermedades cutáneas, pulmonares y trastornos mentales, sin que se le brinde tratamiento médico y psicológico adecuado. 6. Comunidad (en su mayoría afroamericanos) víctima de contaminación ambiental por industrias tóxicas, y problemas de salud concomitantes – Crisis sanitaria de la ciudad y racismo ambiental. 7. Comunidad indígena sometida a política de persecución y exterminio – Falta de atención y omisión de auxilio. 8. Población desplazada sobreviviente de masacre, a quien el Estado ha omitido brindarle atención médica adecuada. 9. Protección a la maternidad no biológica y al desarrollo saludable del infante. 10. Médico privado de la libertad por haberle brindado asistencia médica a presuntos integrantes de organización	▪ Total Decisiones de Fondo Emitidas: 04 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 00	▪ Total Casos: 11 ▪ Relacionados con el Derecho a la salud: 00

al Hospital Militar, impidiéndosele el acceso a tratamiento y asistencia de un Médico de Confianza. 11. Traslado de los Desplazados Residentes en Campamentos y Víctimas de expulsión, a lugares con condiciones mínimas de salubridad y seguridad.		terrorista – Acto médico y secreto profesional.		

P. AÑO 2011

*Informe publicado el 30 de diciembre de 2011

Medidas Cautelares Otorgadas y Extendidas	Medidas Provisionales Solicitadas a la Corte IDH	Informes de Admisibilidad	Informes de Fondo	Soluciones Amistosas
▪ Totalidad Otorgadas: 56 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 14 1. Garantía de condiciones médicas necesarias para que un niño que padece de encefalopatía crónica pueda desarrollar una vida con calidad y dignidad. 2. Atención Médica a Comunidad Indígena desplazada y Garantía de acceso a Territorio ancestral. 3. Atención Médica Adecuada a Personas Privadas de la Libertad en Condiciones Precarias y que han sido víctimas de tortura al interior del penal. 4. Prevenir impacto ambiental y la diseminación de enfermedades y epidemias entre los miembros de Comunidades Indígenas en riesgo por la Construcción de una Hidroeléctrica en su territorio. 5. Asistencia Humanitaria y Atención médica a Comunidad Indígena en situación de desplazamiento. 6. Líder de Movimiento Feminista, quien padece de trauma cervical y otras dolencias derivadas de agresiones por parte de Agentes del Estado y quien no ha recibido asistencia médica. 7. Líder de Movimiento Feminista, quien ha visto agravada su salud como consecuencia de la detención de que fue	▪ Total Vigentes: NR ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: NR	▪ Total Casos Admitidos: 66 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 07 1. Persona privada de la libertad en condiciones de insalubridad, a quien se le diagnóstico meningitis sin recibir atención médica adecuada – secuelas físicas y mentales (incapacidad parcial permanente) 2. Persona privada de la libertad sometida a incomunicación y aislamiento, quien por tal razón ha referido grave deterioro de salud física y mental. 3. Niña contagiada de VIH por transfusión de sangre en Hospital público - manejo inadecuado y negligencia en Banco de sangre /Tratamiento médico inadecuado – Valoración de los estigmas y estereotipos que acarrear la enfermedad de VIH. 4. Persona privada de la libertad en condiciones insalubres que le han derivado en lesiones cervicales y padecimientos hepáticos entre otras dolencias físicas indebidamente tratadas por el servicio asistencial del penal. 5. Persona privada de la libertad en condiciones insalubres que le han derivado en múltiples dolencias, incluso cuadro cancerígeno (leucemia linfática) indebidamente tratadas por el servicio asistencial del penal – negativa de indulto humanitario para que en fase terminal se le suministrara tratamiento médico en	▪ Total Decisiones de Fondo Emitidas: 05 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 00	▪ Total Casos: 08 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 01 1. Personas privadas de la libertad en condiciones insalubres, en centro penitenciario donde la atención médica es deficiente.

objeto en un periodo de tiempo y quien ha sido víctima de hostigamientos cuando ha acudido a recibir atención médica en hospitales públicos. 8. Acceso, tratamiento y monitoreo de salud por parte de un médico de confianza a Persona Privada de la Libertad, quien sufrió quemaduras por la aplicación de gas pimienta al momento de la detención. 9. Continuidad de Tratamiento médico a Paciente Renal, quien iba a ser deportado a El Salvador (donde la hemodiálisis es de disponibilidad limitada). 10. Inmigrantes en riesgo de deportación a Haití (donde serían detenidos sin acceso a alimentación, agua potable y tratamiento médico). 11. Inmigrante quien padece de “esophageal displasia”, por lo cual depende de un tubo para alimentarse con sustancias líquidas, y se encuentra en riesgo de deportación a Haití. 12. Persona Privada de la Libertad, a quien se le ha negado Atención Médica para atender su afección de Diabetes y ayuda psiquiátrica o psicológica. 13. Persona Privada de la Libertad, quien padece de enfermedad lumbar que amerita intervención quirúrgica urgente a fin de evitar daños neurológicos severos. 14. Vida e Integridad Física de Miembros de Comunidad Indígena – Víctimas de Desalojo y en riesgos nutricionales.		libertad. 6. Persona privada de la libertad en condiciones insalubres que le han derivado en múltiples dolencias, indebidamente tratadas por el servicio asistencial del penal – Derecho a la atención médica oportuna y especializada. 7. Mujer privada de la libertad en cárcel para hombres, víctima de violación y abusos sexuales, a quien no se le brinda atención médica y psicológica adecuada, siendo nuevamente recluida en tal penal.		

Q. AÑO 2012

*Informe publicado el 05 de marzo de 2013

Medidas Cautelares Otorgadas y Extendidas	Medidas Provisionales Solicitadas a la Corte IDH	Informes de Admisibilidad	Informes de Fondo	Soluciones Amistosas
▪ Totalidad Otorgadas: 35 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 06 1. Persona Privada de la Libertad, quien Padece de varias Enfermedades y se encuentra en Riesgo de Inanición. 2. Paciente con Epilepsia a quien no se le ha proporcionado tratamiento médico ni medicamentos. 3. Defensor de DH - Privado de la Libertad, quien fue agredido por agentes estatales y a quien se niegan a prestarle atención médica. 4. Pacientes de Hospital Psiquiátrico con tratamiento no apto para sus patologías, sometidos a aislamiento, víctimas de violencia física y sexual. 5. Persona Privada de la Libertad y muy enferma, a quien no le han realizado los exámenes médicos necesarios para diagnóstico y tratamiento. 6. Persona Privada de la Libertad, quien se encuentra enfermo y padece de glaucoma, encontrándose en riesgo de perder la visión.	▪ Total Vigentes: NR ▪ Relacionadas con el Derecho la Salud: NR	▪ Total Casos Admitidos: 42 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 06 1. <i>Mala praxis</i> médica en hospital privado - Responsabilidad obstétrica en el proceso de nacimiento de una niña, a quien dejaron caer, ocasionándole atrofia cerebral irreversible que le derivo en atraso mental – Rehabilitación no oportuna. 2. Contaminación ambiental y riesgos en la salud de habitantes de urbanización construida sobre terreno contaminado por más de 40 compuestos orgánicos volátiles. 3. <i>Mala praxis</i> médica en clínica privada (casa de reposo y hogar de ancianos) – Muerte de mujer adulta mayor y quien padecía de avanzado trastorno neurológico. 4. <i>Mala praxis</i> médica en hospital público (Indebido monitoreo y deficiencias en pos operatorio / trato a los familiares del paciente y consentimiento informado) – Muerte de infante. 5. Persona privada de la libertad y condenado a pena capital, a quien se le privo de asistencia médica y quien padecía de reumatismo. 6. <i>Mala praxis</i> médica en clínica privada – Responsabilidad obstétrica y negligencia en pos operatorio de mujer (médica cirujana de profesión), quien refirió discapacidad temporal incapacitante.	▪ Total Decisiones de Fondo Emitidas: 01 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 00	▪ Total Casos: 08 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 03 1. Joven estudiante herido por policía, en protesta, quien recibió asistencia médica tardía. 2. <i>Mala praxis</i> médica en hospital público (Indebido suministro de anestesia - cesárea y negligencia en pos operatorio). 3. Muerte de joven por Deficiente y tardía asistencia médica en cárcel.

R. AÑO 2013

*Informe publicado el 23 de abril de 2014

Medidas Cautelares Otorgadas y Extendidas	Medidas Provisionales Solicitadas a la Corte IDH	Informes de Admisibilidad	Informes de Fondo	Soluciones Amistosas
▪ Totalidad Otorgadas: 26 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 03 1. Persona Privada de la Libertad con discapacidad mental, a quien no se le ha suministrado la atención médica especializada que requiere. 2. Tratamiento médico especializado a mujer en estado de gravidez quien se encuentra internada en hospital y su embarazo es de alto riesgo/ feto es anencefálico. 3. Obstrucción al acceso de servicios de salud de inmigrantes. 4. Derecho a la Vida e Integridad Personal – Hacinamiento Carcelario.	▪ Total Vigentes ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 01 1. Tratamiento médico para mujer gestante, quien padece de cáncer y debe ser sometida a quimioterapias.	▪ Total Casos Admitidos: 44 ▪ Relacionados con el Derecho a la Salud: 04 1. Omisión de socorro a miembros de comunidad indígena víctima de agresión policial y violación. 2. Persona privada de la libertad, quien padece de enfermedad degenerativa y drogadicción y no recibe atención ni tratamiento médica. 3. Protección a la maternidad (Mujer Indígena en estado de gravidez) - Desarrollo saludable del infante- Custodia Temporal. 4. Mala <i>praxis</i> médica, maltrato y muerte de pacientes, homicidios culposos en clínica privada (Institución mental).	▪ Total Decisiones de Fondo Emitidas: 03 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 00	▪ Total Decisiones de Fondo Emitidas: 06 ▪ Relacionadas con el Derecho a la Salud: 02 1. Mujeres, niños y persona de la tercera edad que fueron expuestos a condiciones peligrosas para su salud al haber estado en cautiverio sin recibir la atención médica especializada, acceso a medicinas, ni un ambiente adecuado para su adecuado desarrollo. 2. Protección a la maternidad y Desarrollo saludable del infante – Suspensión de lactancia por privación de la libertad.

BIBLIOGRAFÍA

Abramovich, Víctor y Courtis, Christian (2002) *“Los Derechos Sociales como Derechos Exigibles”*, Prólogo de Luigi Ferrajoli. Madrid: Trotta S.A.

Acosta López, Juana Inéz y Bravo Rubio, Diana. *El cumplimiento de los fines de la reparación integral de las medidas ordenadas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Énfasis en la experiencia colombiana*. Revista Colombiana de Derecho Internacional N°13:323-362, Bogotá, Noviembre de 2008. Pags.344,353 y 354. Recuperado el 21 de octubre de 2014 de: http://javeriana.edu.co/juridicas/pub_rev/documents/9AcostayBravo_000.pdf

Alcedo, Carlos Iván Fuentes (2006). “Protegiendo el Derecho a la Salud en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos: Estudio Comparativo sobre su Justiciabilidad desde un Punto de Vista Sustantivo y Procesal”. *American University International Law Review*. Volumen 22, N°1.

Asociación Médica Mundial. Código Internacional de Ética Médica (1949)

Asociación Médica Americana. Principios de Ética Médica (adoptada en 1847 y modificada en el 2001)

Asociación Médica Mundial. Declaración sobre el VIH/SIDA y la Profesión Médica (2006)

Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos” (1964)

Asociación Médica Mundial. Declaración de Ginebra (1948)

Asociación Médica Mundial. Declaración de Tokio “Normas Directivas para Médicos con respecto a la Tortura y otros Tratos o Castigos crueles, inhumanos o degradantes, impuestos sobre personas detenidas o encarceladas” (1975)

Carta de la Organización de los Estados Americanos (suscrita en 1948 y reformada en 1967, 1985, 1992 y 1993)

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N°14, adoptada durante el 22° periodo de sesiones (2000)

Comisión de Derecho Internacional 53° Sesión, 2001. Responsabilidad del Estado por hechos internacionalmente ilícitos. Documento de la ONU A/56/10.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de admisibilidad N°121/2009. Petición 1186-04. *Opario Lemoth Morris y Otros –Buzos Miskitos- Vs. Honduras.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de admisibilidad N°02/2009. Peticiones 302 y 386-04. *J.S.C.H. y M.G.S. Vs. México.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de fondo N°85/2009 – Acuerdo de Cumplimiento Solución Amistosa. Caso 11607. *Víctor Hugo Maciel Vs. Paraguay.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°7/2010, Petición 12378. *Fátima Regina Nascimento de Oliveira Vs. Brasil.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°6/2012, Petición P-93-05. *Analía Verónica Tapia y Familia Vs. Argentina.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°120/2009, Petición 270-01. *Raúl Morales Catalán y Otros Vs. Guatemala.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Petición 531-01, Informe de Admisibilidad N°17/2006 e Informe de Fondo N°111/2010. *Sebastián Claus Furlan y Familia Vs. Argentina.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, (MC 393.10 RD) Medida Cautelar otorgada el 15 de diciembre de 2011. *Luis Álvarez Renta Vs. República Dominicana.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, (MC 77/12) Medida Cautelar otorgada el 24 de mayo de 2012. *Alberto Patishtán Gómez Vs. México.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Caso 11.426, Informe de Admisibilidad N°8/2008. *Marcela Alejandra Porco Vs. Bolivia.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Petición 616-98, Informe de Admisibilidad N°82/2011. *José Luis Hernández Vs. Argentina.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Petición 828-01, Informe de Admisibilidad N°35/2013. *Posadas y Otros Vs. Argentina.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Petición 12316, Informe de Admisibilidad N°60/2004. *Marcela Irene Rodríguez Valdivieso Vs. Chile.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Medida Cautelar adoptada el 22 de septiembre de 2003. *Michael Roberts” Vs. Jamaica.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, (MC 423/10) Medida Cautelar adoptada el 24 de octubre de 2011. *“X” Vs. Argentina.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, (MC 114/2013), Medida Cautelar adoptada el 29 de abril de 2013. *“B” Vs. El Salvador.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, (MC 43/2010), Medida Cautelar adoptada el 26 de febrero de 2010. *“Amelia” Vs. Nicaragua*.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Medida Cautelar adoptada el 17 de agosto de 2004, e Informe de Admisibilidad N°69/2004, Petición N°504/03. *Comunidad de San Mateo de Huanchor y sus Miembros Vs. Perú*.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, (MC 260/07), medida cautelar otorgada el 20 de mayo de 2010. *Comunidades del Pueblo Maya (Sipakepense y Mam) de los municipios de Sipacapa y San Miguel Ixtahuacán en el Departamento de San Marcos Vs. Guatemala*.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Medida Cautelar adoptada el 31 de agosto de 2007, e Informe de Admisibilidad N°76/2009, Petición N°1473-06. *Comunidad de La Oroya Vs. Perú*.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, (MC 199/09-300), Medida Cautelar adoptada el 27 de diciembre de 2010. *Pobladores de Puerto Nuevo Vs. Perú*.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°71/2012, Petición P-1073-05. *Habitantes del Conjunto Habitacional “Barao de Mauá” Vs. Brasil*.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°43/2010, Petición N°242-05. *Mossville Environmental Action Now Vs. Estados Unidos*.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°69 de 2002 e Informe de Fondo N°7 de 2006, *Albán Cornejo y Otros Vs. Ecuador*.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°42/07, Petición 156-05. *Luis Williams Pollo Rivera Vs. Perú.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°20/2012, Petición N°1119-02, *Aura de las Mercedes Pacheco Briceño y Balbina Francisca Rodríguez Pacheco Vs. Venezuela.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de admisibilidad N°79/2012, Petición N°342-07, *Ivete Jordani Demeneck y Otros Vs. Brasil.*

Comisión interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°85/2008, Petición N°162-06, *Melba del Carmen Suárez Peralta Vs. Ecuador.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°70/2008, Petición N°12242, *Clínica Pediátrica de la Región de Los Lagos Vs. Brasil.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°38/2002, Petición N°12.237, *Damiao Ximenes Lopez Vs. Brasil.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°14/2012, Petición N°670-06. *Carlos Andrés Rodríguez Cárdenas y Familia Vs. Ecuador.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°13/2009, Petición N°339-02. *Vinicio Poblete Vilches Vs. Chile.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°66/2000, Petición 12191 e Informe de Solución Amistosa N°71/2003. *María Mamérita Mestanza Chávez Vs. Perú.*

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Solución Amistosa N°123/2012, Caso 12591. *Angélica Jerónimo Juárez Vs. Guatemala*.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Admisibilidad N°94/2013, Petición N°790-05, *Pacientes del Servicio de Psiquiatría del Hospital Santo Tomás Vs. Panamá*.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de admisibilidad N°141/2010, Petición N°247-07, *Luis Eduardo Guachalá Chimbó Vs. Ecuador*.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de admisibilidad N°89/2009, Petición N°663-06, *TGGL Vs. Ecuador*.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de admisibilidad N°160/2011, Petición N°13-08, *IVNR Vs. Panamá*.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Comunicado de Prensa 144/12 del 07 de diciembre de 2012, emitido al culminar la visita in loco a Colombia “*Observaciones Preliminares de la CIDH Sobre La Visita In Loco a Colombia*”. Recuperado el 17 de enero de 2013 de: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2012/144A.asp>

Corte Interamericana de Derechos Humanos, Sentencia de excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, del 31 de agosto de 2012, Serie C N°246 y Voto concurrente de la Jueza Margarette May Macaulay. *Sebastián Claus Furlan y Familia Vs. Argentina*.

Corte Interamericana de Derechos Humanos, Resolución de Medidas Provisionales otorgadas el 29 de mayo de 2013. “*B*” Vs. *El Salvador*.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 20 de noviembre de 2013. Serie C N°270.

Comunidades Afrodescendientes Desplazadas de la Cuenca del Rio Cacarica (operación Génesis) Vs. Colombia.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 30 de noviembre de 2012. Serie C N°259. *Masacre de Santo Domingo Vs. Colombia.*

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 03 de septiembre de 2012. Serie C N°248. *Vélez Restrepo y Familiares Vs. Colombia*

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 26 de mayo de 2010. Serie C N°213. *Manuel Cepeda Vargas Vs. Colombia.*

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 27 de noviembre de 2008. Serie C N°192. *Valle Jaramillo y Otros Vs. Colombia.*

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 04 de julio de 2007. Serie C N°165. *Caso Escué Zapata Vs. Colombia.*

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 11 de mayo de 2007. Serie C N°163. *Caso Masacre de la Rochela Vs. Colombia.*

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 01 de julio de 2006. Serie C N°148. *Caso Masacre de Ituango Vs. Colombia.*

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 31 de enero de 2006. Serie C N°140. *Caso Masacre de Pueblo Bello Vs. Colombia.*

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 15 de septiembre de 2005. Serie C N°134. *Caso Masacre de Mapiripán Vs. Colombia.*

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 12 de septiembre de 2005. Serie C N°132. *Caso Gutiérrez Soler Vs Colombia.*

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 05 de julio de 2004. Serie C N°109. *Caso 19 Comerciantes Vs. Colombia.*

Corte Interamericana de Derechos Humanos, Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas del 22 de noviembre de 2007 y Voto concurrente del Juez Sergio García Ramírez. *Caso Albán Cornejo y Otros Vs. Ecuador*

Corte Interamericana de Derechos Humanos, Sentencia de fondo, reparaciones y costas del 18 de Noviembre de 2004, párrafo 102. *María Teresa De La Cruz Flores Vs. Perú.*

Corte Interamericana de Derechos Humanos, Sentencia de fondo, reparaciones y costas del 04 de julio de 2006 y voto razonado del Juez García Ramírez, Sergio. *Damiao Ximenes Lopez Vs. Brasil.*

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Resolución del 08 de febrero de 2012, *“Supervisión de Cumplimiento de las Medidas de Reparación sobre Atención Médica y*

Psicológica Ordenadas en Nueve Casos Colombianos”. Recuperado el 17 de enero de 2013 de: http://www.corteidh.or.cr/docs/supervisiones/escue_08_02_12.pdf

Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (1992)

Convención Americana de Derechos Humanos (1969)

Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999)

Courtis, Christian y Ávila Santamaria, Ramiro –Editores- (2009) *“La Protección Judicial de los Derechos Sociales”*. Quito, Ecuador: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

Asamblea General de Naciones Unidas, Resolución 46/119 “Principios sobre la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental” (1991)

Declaración de Hawai adoptada en el Sexto Congreso Mundial de Psiquiatría (1977)

Kweitel, Juana y Reis, Renata. “Prólogo” en Asociación sobre los Derechos Civiles – Programa sobre el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos. *“Estándares del Derecho a la Salud”*. Recuperado el 18 de mayo de 2013 de: <http://www.adc-sidh.org.ar/la-corte-lista.php?idsec=1&idsub0=12&idsub1=112&idsub2=113>

Mejía Rivera, Joaquín (2009) *“Análisis de la Protección de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos Desde la Teoría y la Filosofía del Derecho”*, Tesis Doctoral, Universidad Carlos III de Madrid, Getafe.

Organización Internacional del Trabajo, Convenio 155 “sobre seguridad y salud de los trabajadores” (1983)

Organización de Naciones Unidas. Principios de Ética Médica aplicables a la función del Personal de Salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (1982)

Parra Vera, Oscar (2013). “La Protección del Derecho a la Salud a través de Casos Contenciosos ante el SIDH” en Clérico, L.; Ronconi, L; Aldao, M.; *“Tratado de Derecho a la Salud”*. Buenos Aires: Abeledo Perrot.

Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador” (1988)

Rodríguez Rescia, Víctor. *“Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el marco del Sistema Interamericano: Mecanismos para su protección”*. Recuperado el 14 de febrero de 2013; de <http://www.oda-alc.org/documentos/1366924736.pdf>