

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CORTE IDH) RESUMEN DE FALLOS  
VINCULADOS AL DERECHO A LA SALUD Y LAS OBLIGACIONES DEL ESTADO.

Son conocidas las dificultades que soportan los presos políticos, en sus solicitudes de prisión domiciliaria. Entre las razones evidentes para el no otorgamiento de la misma, podemos establecer las siguientes:

- [1]: Una política de Estado, pergeñada por Néstor Kirchner y la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN), en particular el presidente de la misma en el establecimiento de un principio antijurídico de “leal acatamiento” respecto de los magistrados inferiores.
- [2]: La violación sistemática de principios constitucionales y convencionales.
- [3]: Parcialidad de magistrados y fiscales, entre otros casos las manifestaciones de la ex ministra de la CSJN Dra. Carmen María Argibay, quien figuró como desaparecida; el presidente de la CSJN, Dr. Ricardo Lorenzetti, a quien el libro El señor de la Corte, implica como militante montonero bajo el alias de “el mono”; el juez Miguel Vaca Narvaja, con familiares fallecidos durante el proceso militar; los jueces Juan Ramos Padilla, Alicia Noli y José María Pérez Villalobo, separados en la causa en las que estuvieron involucrados y fallecieron, el 19/09/2016, sin sentencia firme el militar Cayetano Fiorini y el abogado y ex juez Arturo Eduardo Liendo Roca. A esto debe agregarse, lo denunciado en la causa denominada de los cuadernos, de la que surge que se habrían entregados fondos de origen ilícito a la organización “Justicia legítima”.
- [4]: La aplicación sistemática y reitera del instructivo denominado “Programa Verdad y Justicia, «Impunidad Gerontológica», Aportes para abogados querellantes, en causas de crímenes de lesa humanidad”, pergeñado por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, por el cual en un grosero prejuizamiento se considera a los presos políticos que alegan causas médicas, como autores de una ficción de síntomas y dolencias. Esto claramente avala una actividad denegatoria por parte de forenses oficiales, que luego es sostenida por fiscales y jueces.
- [5]: Y, además, el entrenamiento reiterado y sistemático de testigos, la negación a los defensores de repreguntar, la utilización sin comparecencia de testigos de otros juicios, etc.

Por otra parte, el otorgamiento o denegación de las prisiones domiciliarias, es un acto jurisdiccional, en el cual los magistrados pueden resolver con independencia de las indicaciones, informes, pruebas y solicitudes periciales.

Es por ello, que el presente informe aporta jurisprudencia reciente de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), relacionado a los derechos a la salud de todos los individuos, y en especial los sujetos a procesos, es decir bajo el control del Estado. Es evidente que los fallos no hacen referencia a los presos políticos en la Argentina, sobre los cuales la Corte IDH no tiene conocimiento directo, toda vez que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (Comisión IDH), a la fecha ha denegado medidas cautelares, y no ha dado traslado de las numerosas denuncias presentadas ante ella. No obstante, y a pesar de que la citada Corte, nunca previó la aplicación a la defensa de los sometidos a los procesos de la política de Estado de la mal denominada “lesa humanidad”, sus fallos son aplicables en derecho interno y por lo tanto, pueden usarse como fundamento tanto en las solicitudes de medidas cautelares, como en los casos que por acciones u omisiones de los sistemas de detención ocasionen fallecimientos o daños a los sujetos en los procesos, se garanticen los medios probatorios para hacer los reclamos pertinentes al Estado.

Los fallos que consideramos son los siguientes, y de los cuales hemos extractado los párrafos que consideramos pertinentes a los posibles reclamos a realizar, indicando al fin de cada uno el fallo, de esa manera se pueden agregar en los escritos:

[A]: **Fallo: N°. 342**, Pacheco León y ots. vs. Honduras, emitido el 15/11/2017, sobre fondo, reparaciones y costas. La Comisión IDH lo inició ante la Corte IDH, el 13/11/2015, en relación a una petición iniciada el 27/08/2004, vinculado al homicidio de un candidato a diputado, y la situación de impunidad en que se encuentra el caso. La Comisión IDH, emitió informe de admisibilidad N°. 118/2006 el 26/10/2006 y el informe sobre el fondo N°. 49/2015 el 28/07/2015. Reclamó ante la Corte IDH por la violación de los arts. 4, 5, 8, 23 y 25 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH). El trámite ante la Comisión IDH duró 11 años y 3 meses.

[B]: **Fallo: N°. 349**, Poblete Vilches y ots. vs. Chile, emitido 08/03/2018, sobre fondo, reparaciones y costas. La Comisión IDH lo inició ante la Corte IDH el

26/08/2016; en relación a una petición iniciada 15/03/2002, La Comisión concluyó que existen suficientes elementos para considerar que la decisión de dar de alta a Vinicio Antonio Poblete Vilches y la manera en que la misma se realizó, pudo tener incidencia en el rápido deterioro que sufrió en los días inmediatamente posteriores a su salida del hospital y su posterior muerte cuando ingresó nuevamente en grave estado de salud. Asimismo, determinó la responsabilidad estatal por no haberle brindado el tratamiento intensivo que requería en su segundo ingreso al hospital, y que las investigaciones a nivel interno no fueron realizadas con la debida diligencia y en un plazo razonable. La Comisión IDH emitió informe de admisibilidad N°. 13/09 el 19/03/2009 y el informe de fondo N°. 01/16 el 13/04/2016. Aludió a la violación de los arts. 4, 5, 8, 13 25 con relación al 1.1 de la CADH. El trámite ante la Comisión IDH duró 14 años y 5 meses.

**EL DERECHO A LA VIDA:** el mismo se encuentra garantizado por el artículo 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), y a su respecto la Corte IDH ha expresado:

*La Corte ha explicado que: “el derecho a la vida juega un papel fundamental en la Convención Americana, por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de este derecho inalienable y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él. La observancia del artículo 4, relacionado con el artículo 1.1 de la Convención Americana, no solo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva), conforme al deber de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos de todas las personas bajo su jurisdicción<sup>1</sup>”. [CORTE IDH, FALLO 342, 15/11/2017, PACHECO LEÓN Y OTS. VS HONDURAS; VS, §. 144].*

**EL DERECHO A LA SALUD:**

*Así, resulta claro interpretar que la Convención Americana incorporó en su catálogo de derechos protegidos los denominados derechos económicos, sociales, culturales y*

---

<sup>1</sup> Cfr. Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Fondo, párr. 144, y Caso Ortiz Hernández y otros Vs. Venezuela, párrs. 100 y 101.

*ambientales (DESCA)<sup>2</sup>, a través de una derivación de las normas reconocidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos (OEA), así como de las normas de interpretación dispuestas en el propio artículo 29 de la Convención<sup>3</sup>; particularmente, que impide limitar o excluir el goce de los derechos establecidos en la Declaración Americana e inclusive los reconocidos en materia interna (infra párr. 108). Asimismo, de conformidad con una interpretación<sup>4</sup> sistemática, teleológica y evolutiva, la Corte ha recurrido al corpus iuris internacional y nacional en la materia para dar contenido específico al alcance de los derechos tutelados por la Convención<sup>5</sup> (infra párr. 114), a fin de derivar el alcance de las obligaciones específicas de cada derecho. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §. 103].*

<sup>2</sup> Paulatinamente, en el Sistema Interamericano se ha venido consolidando este concepto (DESCA). En 2014, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos adoptó la decisión de crear una “Relatoría Especial para los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales”, que entró en pleno funcionamiento en agosto de 2017. Véanse también: Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Informe sobre pobreza y derechos humanos en las Américas*, OEA/Ser.L/V/II.164, 7 septiembre 2017, párr. 112, y “*Medio ambiente y derechos humanos (obligaciones estatales en relación con el medio ambiente en el marco de la protección y garantía de los derechos a la vida y a la integridad personal - interpretación y alcance de los artículos 4.1 y 5.1, en relación con los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos)*”. *Opinión Consultiva OC-23/17* de 15 de noviembre de 2017. Serie A No. 23, párr. 57.

<sup>3</sup> *Cfr.* En este sentido, el artículo 29 de la Convención, en sus incisos b) y d), establece que “[n]inguna disposición de la presente Convención puede ser interpretada en el sentido de: [...] b) limitar el goce y ejercicio de cualquier derecho o libertad que pueda estar reconocido de acuerdo con las leyes de cualquiera de los Estados Partes o de acuerdo con otra convención en que sea parte uno de dichos Estados; [...] d) excluir o limitar el efecto que puedan producir la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y otros actos internacionales de la misma naturaleza”.

Es así que, conforme al referido artículo 29, el derecho a la salud reconocido por la Constitución de Chile se debe incorporar, para efectos del presente caso, a la interpretación y alcance del derecho tutelado en el artículo 26 de la Convención Americana.

<sup>4</sup> *Cfr. Convención de Viena sobre Derechos de los Tratados de 1969*, U.N. Doc A/CONF.39/27 (1969), 1155 U.N.T.S. 331. Entrada en vigor el 27 de enero de 1980. Véanse también las reglas generales de interpretación establecidas en los *Principios de Limburgo, relativos a la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, anteriores a la Observación General No. 3 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre la índole de las obligaciones de los Estados Partes en general, los cuales en su Principio 4 establecen: “conforme a la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales debería interpretarse de buena fe, teniendo en cuenta el objetivo y propósito, el sentido ordinario, el trabajo preparatorio y la práctica pertinente”.

<sup>5</sup> *Inter alia, Cfr. El derecho a la información sobre la asistencia consular en el marco de las garantías del debido proceso legal*. Opinión Consultiva OC-16/99 de 1 de octubre de 1999. Serie A No. 16, párr. 115; *Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No. 205, párrs. 32, 43 y 59; *Caso Atala Riffo y niñas Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 24 de febrero de 2012. Serie C No. 239, párr. 83; y *“Otros Tratados”. Objeto de la Función Consultiva de la Corte (art. 64 Convención Americana sobre Derechos Humanos)*. Opinión Consultiva OC-1/82 de 24 de setiembre de 1982. Serie A No. 1, párr. 41.

*Asimismo, este Tribunal destaca que del contenido del artículo 26 se desprenden dos tipos de obligaciones. Por un lado, la adopción de medidas generales de manera progresiva y por otro lado la adopción de medidas de carácter inmediato. Respecto de las primeras, a las cuales hizo referencia el Estado en el presente caso, la realización progresiva significa que los Estados partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena efectividad de los DESCAs<sup>6</sup>, ello no debe interpretarse en el sentido que, durante su periodo de implementación, dichas obligaciones se priven de contenido específico, lo cual tampoco implica que los Estados puedan aplazar indefinidamente la adopción de medidas para hacer efectivos los derechos en cuestión, máxime luego de casi cuarenta años de la entrada en vigor del tratado interamericano. Asimismo, se impone por tanto, la obligación de no regresividad frente a la realización de los derechos alcanzados<sup>7</sup>. Respecto de las obligaciones de carácter inmediato, éstas consisten en adoptar medidas eficaces, a fin de garantizar el acceso sin discriminación a las prestaciones reconocidas para cada derecho. Dichas medidas deben ser adecuadas, deliberadas y concretas en aras de la plena realización de tales derechos<sup>8</sup>. En vir-*

---

<sup>6</sup> Cfr. ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 31.

<sup>7</sup> Cfr. *Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") Vs. Perú*, supra, párrs. 102, 103. Véanse también: "Grupo de Trabajo para el Análisis de los Informes Nacionales previstos en el Protocolo de San Salvador". Inicialmente, el Grupo de Trabajo elaboró el Documento "Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador", OEA/Ser.L/XXV.2.1; GT/PSS/doc.2/11 rev.2, de 16 diciembre 2011, realizado con base en las Normas y Lineamientos presentados por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Elevado a consulta a los Estados y la sociedad civil y aprobado por la Asamblea General en su XLII Período de Sesiones Ordinarias celebrado en Cochabamba, Bolivia, en junio de 2012 (AG/RES. 2713 (XLII-O/12)). En dicha ocasión se abordaron los derechos a la seguridad social, a la salud y a la educación (pag. 13). Posteriormente, tras un segundo agrupamiento de derechos, el Grupo de Trabajo emitió los "Indicadores de progreso para la medición de derechos contemplados en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales "Protocolo de San Salvador - Segundo agrupamiento de derechos", OEA/Ser.L/XXV.2.1 GT/PSS/doc.9/13, aprobados por la Asamblea General de la OEA mediante la Resolución AG/RES. 2823 (XLIV-O/14), en la Segunda Sesión Plenaria de 4 de junio de 2014. Finalmente, en 2015, el Grupo de Trabajo incorporó ambos agrupamientos de derechos y fueron publicados bajo el título conjunto: "Indicadores de progreso para la medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador", OEA/Ser.D/XXVI.11 (2015). En esta ocasión se abordaron los derechos al trabajo y derechos sindicales, a la alimentación adecuada, al medio ambiente sano, y a los beneficios de la cultura (pág. 75).

<sup>8</sup> Cfr. ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General No. 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto)*, U.N. Doc. E/1991/23, 14 de diciembre de 1990, párr. 9, y *Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, supra, párr. 30. Particularmente en esta última, el Comité remarcó que "los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de

*tud de lo anterior, las obligaciones convencionales de respeto y garantía, así como de adopción de medidas de derecho interno (artículos 1.1 y 2), resultan fundamentales para alcanzar su efectividad.* [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §. 104].

*Una vez establecido lo anterior, y siendo que esta Corte se pronunciará por primera ocasión respecto el derecho a la salud de manera autónoma, como parte integrante de los DESCAs, el Tribunal procede a verificar la consolidación de éste como derecho justiciable a la luz de la Convención, a través de los siguientes puntos de análisis.* [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §. 105].

*Respecto al derecho a la salud protegido por el artículo 26 de la Convención Americana, la Corte observa que los términos del mismo indican que se trata de aquel derecho que se deriva de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura contenidas en la Carta de la OEA. Ahora bien, el artículo 34.i y 34.l de la Carta establece, entre los objetivos básicos del desarrollo integral, el de la “defensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica”, así como de las condiciones que hagan posible una vida sana, productiva y digna. Por su parte, el artículo 45.h<sup>10</sup> destaca que “la persona solo puede alcanzar la plena realización de sus aspiraciones mediante la aplicación de principios y mecanismos”, entre ellos el: “h) Desarrollo de una política eficiente de seguridad social”. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §.106].*

*Asimismo, la Corte ha reiterado la integración de la Declaración Americana en*

---

que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna y la obligación de adoptar medidas en aras de la plena realización”. En el párrafo 2, el Comité señaló que “en el párrafo 2 del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas “medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho”.

<sup>9</sup> Artículo 34 de la Carta de la OEA. - Los Estados miembros convienen en que la igualdad de oportunidades, la eliminación de la pobreza crítica y la distribución equitativa de la riqueza y del ingreso, así como la plena participación de sus pueblos en las decisiones relativas a su propio desarrollo, son, entre otros, objetivos básicos del desarrollo integral. Para lograrlos, convienen asimismo en dedicar sus máximos esfuerzos a la consecución de las siguientes metas básicas: [...] i) Defensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica y l) Condiciones [...] que hagan posible una vida sana, productiva y digna.

<sup>10</sup> Artículo 45 de la Carta de la OEA. Los Estados miembros, convencidos de que el hombre sólo puede alcanzar la plena realización de sus aspiraciones dentro de un orden social justo, acompañado de desarrollo económico y verdadera paz, convienen en dedicar sus máximos esfuerzos a la aplicación de los siguientes principios y mecanismos:  
[...] h) Desarrollo de una política eficiente de seguridad social [...].

*la interpretación de la Carta de la OEA. Así, desde su Opinión Consultiva OC-10/89, la Corte señaló que: [...] Los Estados Miembros han entendido que la Declaración contiene y define aquellos derechos humanos esenciales a los que la Carta se refiere, de manera que no se puede interpretar y aplicar la Carta de la Organización en materia de derechos humanos, sin integrar las normas pertinentes de ella con las correspondientes disposiciones de la Declaración, como resulta de la práctica seguida por los órganos de la OEA*<sup>11</sup>. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §.107].

*Por su parte, el artículo 29.d de la Convención Americana dispone expresamente que: “ninguna disposición de la presente Convención puede ser interpretada en el sentido de: [...] d) excluir o limitar el efecto que puedan producir la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y otros actos internacionales de la misma naturaleza”.* [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §.108].

*En este sentido, el artículo XI de la Declaración Americana permite identificar el derecho a la salud al referir que toda persona tiene derecho “a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”. Tal disposición resulta relevante para definir el alcance del artículo 26, dado que “la Declaración Americana, constituye, en lo pertinente y en relación con la Carta de la Organización, una fuente de obligaciones internacionales”*<sup>12</sup>. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §.109].

*En vista de lo anterior, la Corte considera que el derecho a la salud es un derecho protegido por el artículo 26 de la Convención. A continuación, este Tribunal procede a verificar el alcance y contenido de este derecho para efectos del presente caso.* [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §.110].

*El artículo 29.b de la Convención Americana dispone expresamente que “ninguna disposición de la presente Convención puede ser interpretada en el sentido de: [...] b)*

---

<sup>11</sup> Cfr. Interpretación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en el marco del artículo 64 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Opinión Consultiva OC-10/89 de 14 de julio de 1989. Serie A No. 10. párr. 43, y Caso Lagos del Campo, supra, párr. 143.

<sup>12</sup> Cfr. Interpretación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en el marco del artículo 64 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Opinión Consultiva OC-10/89, supra, párrs. 43 y 45.

*limitar el goce y ejercicio de cualquier derecho o libertad que pueda estar reconocido de acuerdo con las leyes de cualquiera de los Estados Partes o de acuerdo con otra convención en que sea parte uno de dichos Estados” [...] [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS VS. CHILE, §.111].*

*Además, la Corte observa un amplio consenso regional en la consolidación del derecho a la salud, el cual se encuentra reconocido explícitamente en diversas constituciones y leyes internas de los Estados de la región, entre ellas: Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam, Uruguay y Venezuela<sup>13</sup> [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS VS. CHILE, §.113].*

*Asimismo, el derecho a la salud está consagrado por un vasto corpus iuris internacional; inter alia: el artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos<sup>14</sup>; el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>15</sup>, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>16</sup>. Además, el derecho a la salud se reconoce en el artículo 5*

---

<sup>13</sup> Entre las normas constitucionales de los Estados Partes de la Convención Americana, se encuentran: Argentina (art. 42); Barbados (art. 17.2.A); Bolivia (art. 35); Brasil (art. 196); Colombia (art. 49); Costa Rica (art. 46); Ecuador (art. 32); El Salvador (art. 65); Guatemala (arts. 93 y 94); Haití (art. 19); Honduras (art. 145); México (art. 4); Nicaragua (art. 59); Panamá (art. 109); Paraguay (art. 68); Perú (art. 70); República Dominicana (art. 61); Suriname (art. 36); Uruguay (art. 44), y Venezuela (art. 83).

<sup>14</sup> Adoptada por la Asamblea General de la ONU en su Resolución 217 A (III), el 10 de diciembre de 1948 en París. Artículo 25: 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios [...].

<sup>15</sup> Adoptado por la Asamblea General de la ONU mediante la Resolución 2200A (XXI), de 16 de diciembre de 1966 y en vigor desde el 3 de enero de 1976. Ratificado por Chile el 10 de febrero de 1972. En su artículo 12, “Derecho al más alto nivel posible de salud”, establece la obligación de adoptar medidas para reducir la mortalidad y la mortalidad infantil; asegurar el sano desarrollo de los niños; mejorar la higiene del trabajo y del medio ambiente; prevenir y tratar enfermedades epidémicas, endémicas y profesionales, así como asegurar la asistencia médica a todos.

<sup>16</sup> Adoptado por la Asamblea General de la OEA el 17 de noviembre de 1988 en San Salvador. Entrada en Vigor 16 de noviembre de 1999. Hasta la actualidad no ha sido ratificado por el Estado de Chile. Artículo 10. Derecho a la Salud. 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



*apartado e) de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial<sup>17</sup>; el artículo 12.1 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer<sup>18</sup>; el artículo 24.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño<sup>19</sup>; el artículo 28 de la Convención sobre la Protección de los Trabajadores Migratorios y sus Familiares<sup>20</sup>, y el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad<sup>21</sup>. Este derecho también se encuentra plasmado en varios instrumentos regionales de derechos humanos, como en el artículo 17 de la Carta Social de las Américas<sup>22</sup>; el artículo 11 de la Carta Social Europea de 1961<sup>23</sup>, en su forma*

---

sobre la prevención y 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.

<sup>17</sup> Adoptada por la Asamblea General de la ONU en su Resolución 2106 A (XX), de 21 de diciembre de 1965. Entrada en vigor el 4 de enero de 1969. Entrada en vigor internacional para Chile el 19 de noviembre de 1971. Artículo 5. En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: [...] e) Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular:

[...] iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales [...]

<sup>18</sup> Aprobada por la Asamblea General de la ONU el 18 de diciembre de 1979. Entrada en vigencia el 3 de septiembre de 1981. Artículo 12. 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

<sup>19</sup> Adoptada por la Asamblea General de la ONU en su Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor el 2 de septiembre de 1990. Ratificado por Chile el 14 de agosto de 1990. Artículo 24. 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios [...]

<sup>20</sup> Adoptada por la Asamblea General de la ONU en su Resolución 45/158, de 18 de diciembre de 1990. Ratificado por Chile el 12 de abril de 2005. Artículo 28. Los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo.

<sup>21</sup> Aprobada por la Asamblea General de la ONU el 13 de diciembre de 2006. Entrada en vigor el 3 de mayo de 2008. Ratificada por Chile el 25 de agosto de 2008. Artículo 25. Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud.

<sup>22</sup> Aprobada en la Segunda Sesión Plenaria de la Asamblea General de la OEA, celebrada el 4 de junio de 2012. En su artículo 17 contempla la reafirmación de los Estados de que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin discriminación y su reconocimiento de que la salud es una condición fundamental para la inclusión y cohesión social, el desarrollo integral y el crecimiento económico con equidad. A su vez, por lo que respecta al desarrollo integral, prevé en el artículo 33, segundo párrafo, la mención expresa al campo de la salud.

revisada; el artículo 16 de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos<sup>24</sup>, y recientemente en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores<sup>25</sup> (cabe señalar que, sobre esta última, por razones de temporalidad, no resulta exigible en relación con los hechos del caso en análisis). Además, el derecho a la salud ha sido reconocido en la sección II, apartado 41, de la Declaración y Programa de Acción de Viena<sup>26</sup>, y en otros instrumentos y decisiones internacionales<sup>27</sup>. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS VS. CHILE, §.114].

*Por su parte, el Comité de Derechos, Económicos, Sociales y Culturales de la*

---

<sup>23</sup> Consejo de Europa (Estrasburgo). Aprobada en Turín el 18 de octubre de 1961. Artículo 11: Derecho a la protección de la salud. Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las partes contratantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para entre otros fines: 1) Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente; 2) Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma, [y]. 3) Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras.

<sup>24</sup> Aprobada durante la XVIII Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana, reunida en Nairobi, Kenya, el 27 de julio de 1981. Artículo 16. 1. Todo individuo tendrá derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible, [y] 2. Los Estados firmantes de la presente Carta tomarán las medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y asegurarse de que reciben asistencia médica cuando están enfermos.

<sup>25</sup> Adoptada en el Quinto Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la OEA en Washington, D.C., el 15 de junio de 2015. Entrada en vigencia el 11 de enero de 2017. Ratificada por Chile el 7 de noviembre de 2017. Artículo 19. Derecho a la salud. La persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación. Los Estados Parte deberán diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social [...]. Por lo que al presente análisis atañe, cabe señalar que en el citado dispositivo no resulta exigible al momento de acaecer los hechos del caso.

<sup>26</sup> Conferencia Mundial de Derechos Humanos, aprobados el 25 de junio de 1993, Viena. Apartado 41. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos reconoce la importancia del disfrute por la mujer del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida. En el contexto de la Conferencia Mundial sobre la Mujer y de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, así como de la Proclamación de Teherán de 1968, la Conferencia reafirma, sobre la base de la igualdad entre hombres y mujeres, el derecho de la mujer a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar, así como a la igualdad de acceso a la educación a todos los niveles.

<sup>27</sup> Resulta relevante para el análisis del derecho a la salud, la *Observación General No. 14: "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud"*, del Comité DESC, la cual será abordada *infra*. Revisten también utilidad las Observaciones del Comité de los Derechos del Niño, en particular la *Observación General No. 3: "El VIH/SIDA y los derechos del niño"*, CRC/GC/2003/3 (2003), así como la *Observación General No. 4: "La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño"*, CRC/GC/2003/4 (2003). Asimismo, la *Recomendación General No. 24* del Comité sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, "Artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer - La mujer y la salud" de 2 de febrero de 1999, A/54/38/Rev.1, y los Informes de Relatores Especiales de la Comisión de Derechos Humanos sobre el Derecho a la Salud. ONU. Comisión de Derechos Humanos, "La no Discriminación en la esfera de la Salud", Resolución 1989/11. Aprobada en la 46ª Sesión de 2 de marzo de 1989.

*Organización de las Naciones Unidas (en adelante Comité DESC) se ha pronunciado sobre los deberes de los Estado en materia de salud, principalmente en su Observación General N° 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud<sup>28</sup>. Asimismo, se ha pronunciado sobre componentes del derecho a la salud en sucesivas Observaciones Generales Números: 3<sup>29</sup>, 4<sup>30</sup>, 5<sup>31</sup>, 6<sup>32</sup>, 15<sup>33</sup>, 16<sup>34</sup>, 18<sup>35</sup>, 19<sup>36</sup> y 20<sup>37</sup>. En la región americana, el Grupo de Trabajo de la OEA para el análisis de los Informes Anuales sobre Indicadores de Progreso, también se ha referido al análisis del derecho a la salud<sup>38</sup>. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS VS. CHILE, §.115].*

*Tomando en cuenta lo anterior, la Corte considera que de la consolidación del derecho a la salud se derivan diversos estándares aplicables al presente caso, relativos a prestaciones básicas y específicas de salud, particularmente frente a situaciones de urgencia o emergencia médica. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS VS. CHILE, §.116].*

<sup>28</sup> Cfr. ONU. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), *Observación General (OG) No. 14: "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud"*, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000.

<sup>29</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *OG-No. 3: "La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del art. 2 del Pacto)"* E/1991/23, 14 de diciembre de 1990, párrs. 3 y 10.

<sup>30</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *OG-No. 4: "El derecho a una vivienda adecuada"*, E/1992/23, 13 de diciembre de 1991, párr. 8.

<sup>31</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *OG-5: "Las personas con discapacidad"*, E/C.12/1994/13, 1994, párr. 34.

<sup>32</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *OG-6: "Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores"*, E/1996/22, 8 de diciembre de 2015, párrs. 5 y 34.

<sup>33</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *OG-15: "El derecho al agua"*, E/C.12/2002/11, 20 de enero de 2003, párrs. 3 y 8.

<sup>34</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *OG-16: "La igualdad de derechos del hombre y la mujer al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 3 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)"*, E/C.12/2005/4, 11 de agosto de 2005, párr. 29.

<sup>35</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *OG-18: "El derecho al trabajo (artículo 6 del Pacto)"*, E/C.12/GC/18, 6 de febrero de 2006, párr. 12.

<sup>36</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *OG-19: "El derecho a la seguridad social"*, E/C.12/GC/19, 4 de febrero de 2008, párrs. 13 y 14.

<sup>37</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *OG-20: "La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales"*, E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009, párr. 33.

<sup>38</sup> Cfr. OEA. Grupo de Trabajo para el Análisis de los Informes Nacionales previstos en el Protocolo de San Salvador, *"Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador"*, OEA/Ser.L/XXV.2.1; GT/PSS/doc.2/11 rev.2, de 16 diciembre 2011. *"Indicadores de progreso para la medición de derechos contemplados en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales "Protocolo de San Salvador - Segundo agrupamiento de derechos"*, OEA/Ser.L/XXV.2.1 GT/PSS/doc.9/13, e *"Indicadores de progreso para la medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador"*, OEA/Ser.D/XXVI.11 (2015), págs. 43 a 53. Ver *supra*, nota 133. Este instrumento proporciona evidencias para valorar si los programas y el accionar estatal están alineados con estándares de derechos humanos.

*La Corte estima que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente<sup>39</sup>, entendida la salud<sup>40</sup>, no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también a un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral. El Tribunal ha precisado que la obligación general se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud<sup>41</sup>, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §.118].*

*En primer lugar, la operatividad de dicha obligación comienza con el deber de regulación, por lo que la Corte ha indicado que los Estados son responsables de regular con carácter permanente la prestación de servicios (tanto públicos como privados) y la ejecución de programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de calidad<sup>42</sup>. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §.119].*

*En segundo lugar, tomado en cuenta la Observación General No. 14 del Comité DESC<sup>43</sup>, este Tribunal se ha referido a una serie de elementos esenciales e interrelacio-*

<sup>39</sup> Cfr. ONU, Comité DESC, *OG-14, supra*, párr. 1.

<sup>40</sup> Cfr. *inter alia*, Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Off. Rec. Wld Hlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Las reformas adoptadas por la 26<sup>a</sup>, la 29<sup>a</sup>, la 39<sup>a</sup> y la 51<sup>a</sup> Asambleas Mundiales de la Salud (resoluciones WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 y WHA51.23), que entraron en vigor el 3 de febrero de 1977, el 20 de enero de 1984, el 11 de julio de 1994 y el 15 de septiembre de 2005, respectivamente, se han incorporado sucesivamente a su texto.

<sup>41</sup> Cfr. *Mutatis mutandi*, *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 128.

<sup>42</sup> Cfr. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador, supra*, párr. 134, y *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil, supra*, párr. 99.

<sup>43</sup> ONU, Comité DESC, *OG-14, supra*, párr. 12. A este respecto, dicho Comité señaló que [e]l 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 [...] [E]sos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado [...]

b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte [...];

*nados, que deben satisfacerse en materia de salud. A saber: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad*<sup>44</sup>. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS VS. CHILE, §.120].

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

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

*b-Respecto a la **accesibilidad**<sup>45</sup>, los establecimientos, bienes y servicios de emergencias de salud deben ser accesibles a todas las personas. La accesibilidad entendida desde las dimensiones superpuestas de no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información. Proveyendo de esta forma un sistema de salud inclusivo basado en los derechos humanos<sup>46</sup>.*

*c-Respecto a la **disponibilidad**, se debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas integrales de salud. La coordinación entre establecimientos del sistema resulta relevante para cubrir de manera integrada las necesidades básicas de la población.*

*d-Respecto de la **aceptabilidad**, los establecimientos y servicios de salud deberán respetar la ética médica y los criterios culturalmente apropiados. Además, deberán incluir una perspectiva de género, así como de las condiciones del ciclo de vida del paciente. El pa-*

---

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 de que se trate;

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

<sup>44</sup> Cfr. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador, supra*, párr. 152, y *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador, supra*, párr. 235.

<sup>45</sup> La Corte ha señalado que los Estados tienen el deber de asegurar el acceso de las personas a servicios básicos de salud. Cfr. *Caso Ximenes López Vs. Brasil, supra*, párr. 128.

<sup>46</sup> Al respecto, la perita Alicia Ely Yamin destacó en el documento complementario de su declaración pericial que un enfoque de derechos humanos en las políticas de salud exige que el sistema de salud garantice acceso equitativo y disponibilidad de servicios aceptables, en conjunto con una atención de calidad (expediente de fondo, f. 754).

*ciente debe ser informado sobre su diagnóstico y tratamiento, y frente a ello respetar su voluntad (infra párrs. 161, 162 y 166).* [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §.121]. (el resaltado es nuestro)

*En tercer lugar, y como condición transversal de la accesibilidad<sup>47</sup>, la Corte recuerda que el Estado está obligado a garantizar un trato igualitario a todas las personas que accedan a los servicios de salud, por lo que de conformidad con el artículo 1.1 de la Convención Americana no son permitidos tratos discriminatorios<sup>48</sup>, “por motivos de raza, color, sexo, [...] posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”<sup>49</sup>. Al respecto, los criterios específicos en virtud de los cuales está prohibido discriminar, según el artículo 1.1 de la Convención Americana, no son un listado taxativo o limitativo sino meramente enunciativo. Por el contrario, la redacción de dicho artículo deja abiertos los criterios con la inclusión del término “otra condición social” para incorporar así a otras categorías que no hubiesen sido explícitamente indicadas<sup>50</sup>. Así, la Corte ha señalado que la edad, es también una categoría protegida por esta norma<sup>51</sup>. En este sentido, la prohibición por discriminación relacionada con la edad cuando se trata de las personas mayores,*

---

<sup>47</sup> Véase: ONU. Comité DESC, *Observación General No. 14, supra*, párr. 12. Al respecto, se expresa en la misma que la accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas, una de ellas es la no discriminación, la cual consiste en que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

<sup>48</sup> *Cfr.* Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, *supra*, Preámbulo y artículo 5. Véase también el Preámbulo de la Constitución de la OMS, *supra*, párr. 3, que establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

<sup>49</sup> *Cfr. Inter alia: Caso Veliz Franco y Otros Vs. Guatemala. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 19 de mayo de 2014. Serie C No. 277, párr. 204; *Caso Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador, supra*, párr. 288; *Caso Velásquez Paíz y Otros Vs. Guatemala, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 19 de noviembre de 2015. Serie C No. 307, párrs. 173 y 174; *Caso Duque Vs. Colombia, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 26 de febrero de 2016. Serie C No. 310, párr. 90, *Caso Flor Freire Vs. Ecuador. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 31 de agosto de 2016. Serie C No. 315, párrs. 111 y 112; *Caso Trabajadores de la Hacienda Verde Vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 20 de octubre de 2016. Serie C No. 318, párr. 335, *Caso I.V. Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C N°. 329, párr. 240, e Identidad de género, e igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo. *Opinión Consultiva OC-24/17* de 24 de noviembre de 2017. Serie A No. 24, párr. 67.

<sup>50</sup> *Cfr.* Caso *Atala Rillo y niñas Vs. Chile, supra*, párr. 85.

<sup>51</sup> *Cfr. Condición jurídica y derechos de los migrantes indocumentados. Opinión Consultiva OC-18/03* de 17 de septiembre de 2003. Serie A N°. 18, párr. 101, y Comité DESC. *Observación General N°. 20, supra*, párrs. 27 y 29. Por su parte, el Comité DESC ha encuadrado esta categoría también dentro de la enunciación “otra condición social”.

*se encuentra tutelada por la Convención Americana. Esto comporta, entre otras cosas, la aplicación de políticas inclusivas para la totalidad de la población y un fácil acceso a los servicios públicos*<sup>52</sup>. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §.122].

*Al respecto, la Corte reitera que el derecho a la igualdad y no discriminación abarca dos concepciones: una negativa relacionada con la prohibición de diferencias de trato arbitrarias, y una positiva relacionada con la obligación de los Estados de crear condiciones de igualdad real frente a grupos que han sido históricamente excluidos o que se encuentran en mayor riesgo de ser discriminados*<sup>53</sup>. *En tal sentido, la adopción de medidas positivas se acentúa en relación con la protección de personas en situación de vulnerabilidad o en situación de riesgo, quienes deben tener garantizado el acceso a los servicios médicos de salud en vía de igualdad.* [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §.123].

*En cuarto lugar, la Corte sostuvo en el caso Suárez Peralta que el Estado debe prever mecanismos de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud, tanto públicas como privadas*<sup>54</sup>. *Al respecto, la Corte ha señalado que cuando se trata de competencias esenciales relacionadas con la supervisión y fiscalización de la prestación de servicios de interés público, como la salud, la atribución de responsabilidad puede surgir por la omisión en el cumplimiento del deber de supervisar la prestación del servicio para proteger el bien respectivo*<sup>55</sup>. *La Corte ha sostenido que “una eventual atención médica en instituciones sin la debida habilitación, sin estar aptas en su infraestructura o en su higiene para brindar prestaciones médicas, o por profesionales que no cuenten con la debida calificación para tales actividades, podría conllevar una incidencia trascendental en los derechos a la vida o a la integridad del paciente”*<sup>56</sup>. *De esta forma, dicha obligación de supervisión y fiscalización se debe actualizar de manera constante, particularmente cuan-*

---

<sup>52</sup> Cfr. *Mutatis mutandi*, Caso Comunidad indígena Yakye Axa Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 17 de junio de 2005. Serie C N°. 125, párr. 164; Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek. vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C N° 214, párr. 233.

<sup>53</sup> Cfr. Caso Furlan y familiares Vs. Argentina, *supra*, párr. 267.

<sup>54</sup> Cfr. Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador, *supra*, párr. 149, y Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil, *supra*, párr. 141.

<sup>55</sup> Cfr. Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171, párr. 119.

<sup>56</sup> Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador, *supra*, párr. 149.

*do de los servicios de urgencia médica se trate*<sup>57</sup>. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §.124].

**DERECHO DE PERSONAS MAYORES:** se debe considerar, además, la vigencia de la Ley 27.360 - Aprobación de la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, BO. 31/05/2017.

*La Corte destaca la oportunidad de pronunciarse por primera ocasión de manera específica sobre los derechos de las personas mayores en materia de salud*<sup>58</sup>. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §.125].

*Este Tribunal, verifica el importante desarrollo y consolidación de estándares internacionales en esta materia. Así, el artículo 17 del Protocolo de San Salvador, contempla el derecho a la salud de las personas mayores*<sup>59</sup>; *el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de las Personas de Edad en África*<sup>60</sup>, *y la Carta Social Europea*<sup>61</sup>. Particular atención merece la reciente adopción de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las

---

<sup>57</sup> Cfr. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*, *supra*, párr. 152.

<sup>58</sup> Cabe señalar que en el *Caso Comunidad Indígena Yake Axa Vs. Paraguay*, la sentencia hizo alusión somera con relación a “que las personas de edad avanzada deben tener protegida su salud en caso de enfermedades crónicas y en fase terminal”. Por su parte, en el caso *García Lucero y Otras Vs. Chile*, la Corte reconoció, en el rubro de reparaciones, la situación de vulnerabilidad de la víctima por su condición de adulto mayor. Cfr. *Caso Comunidad Indígena Yake Axa Vs. Paraguay*, *supra*, párr. 175, y *Caso García Lucero y otras Vs. Chile. Excepción Preliminar, Fondo y Reparaciones*. Sentencia de 28 de agosto de 2013. Serie C No. 267, párr. 231.

<sup>59</sup> OEA. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”. Adoptado por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos el 17 de noviembre de 1988 en San Salvador. Entrada en vigor el 16 de noviembre de 1999. Hasta la actualidad no ha sido ratificado por el Estado de Chile. Artículo 17. Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a: a) proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas; b) ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos; c) estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos ∞.

<sup>60</sup> Adoptado en la 26ª Sesión Ordinaria de la Asamblea de la Unión Africana celebrada en Addis Abeba, Etiopía, el 31 de junio de 2016. En su artículo 15.1 dispone la obligación de los Estados africanos de “[...] garantizar los derechos de las personas mayores a acceder a servicios de salud que satisfagan sus necesidades específicas [...]”.

<sup>61</sup> Consejo de Europa (Estrasburgo). *Carta Social Europea*, *supra*. En su artículo 23, dispone el derecho de las personas de edad avanzada a protección social y establece el compromiso de los Estados Partes para adoptar o promover medidas apropiadas orientadas a garantizar el ejercicio efectivo de este derecho.



*Personas Mayores*<sup>62</sup>, la cual reconoce que la persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación, entre otras<sup>63</sup>. Asimismo, observa demás desarrollos en la materia, tales como: los *Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad*<sup>64</sup>, el *Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento*<sup>65</sup>, la *Proclamación sobre el Envejecimiento*<sup>66</sup>, la *Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*<sup>67</sup>, así como otros de carácter regional, tales como: la *Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe*<sup>68</sup>, la *Declaración de Brasilia*<sup>69</sup>, el *Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre la Salud de las Personas Mayores, incluido el Envejecimiento Activo y Saludable*<sup>70</sup>, la *Declaración de Compromiso de Puerto España*<sup>71</sup>, la *Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe*<sup>72</sup>. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §.126].

*Tales instrumentos internacionales reconocen un catálogo mínimo de derechos*

---

<sup>62</sup> OEA. *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, supra. Ratificada por Chile el 7 de noviembre de 2017. supra.

<sup>63</sup> Artículo 19. Derecho a la salud. La persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación [...].

<sup>64</sup> ONU. Asamblea General, *Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad*. Aprobados mediante Resolución 46/91 de 16 de diciembre de 1991.

<sup>65</sup> Adoptado en la “Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento” el 6 de agosto de 1982 y aprobado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas mediante Resolución 37/51.

<sup>66</sup> ONU. Asamblea General, *Proclamación sobre el Envejecimiento*. Aprobada mediante Resolución 47/5 de 16 de octubre de 1992.

<sup>67</sup> ONU. Asamblea General, *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, A/CONF.197/9, 12 de abril de 2002.

<sup>68</sup> ONU. CEPAL, *estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, LC/G.2228. Adoptada en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento el 21 de noviembre de 2003.

<sup>69</sup> ONU. CEPAL, *Declaración de Brasilia*. Adoptada en la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, el 6 de diciembre de 2007, LC/G.2359/Rev.1.

<sup>70</sup> OMS. Organización Panamericana de la Salud, Informe Final del 49º Consejo Directivo en la 61ª Sesión del Comité Regional, Res. CD49.R15, 2 de octubre del 2009.

<sup>71</sup> Adoptada en la Quinta Cumbre de las Américas celebrada en Puerto España, Trinidad y Tobago, el 19 de abril de 2009, OEA/Ser.E CA-V/DEC.1/09.

<sup>72</sup> ONU. CEPAL, *Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe*. Adoptada en la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe el 11 de mayo de 2012, LC/G.2537.

*humanos<sup>73</sup>, cuyo respeto es imprescindible para el más alto desarrollo de la persona mayor en todos los aspectos de su vida y en las mejores condiciones posibles, destacando en particular el derecho a la salud. Asimismo, las personas mayores, tienen derecho a una protección reforzada y, por ende, exige la adopción de medidas diferenciadas<sup>74</sup>. Respecto al derecho a la salud, sea en la esfera privada como en la pública, el Estado tiene el deber de asegurar todas las medidas necesarias a su alcance, a fin de garantizar el mayor nivel de salud posible, sin discriminación. Se desprende también un avance en los estándares internacionales en materia de derechos de las personas mayores<sup>75</sup>, al entender y reconocer la vejez de manera digna y por ende el trato frente a ella<sup>76</sup>. Así, resalta en la región diversas agendas de mayor inclusión del adulto mayor en las políticas públicas<sup>77</sup>, a través programas de sensibilización y valorización del adulto mayor en la sociedad, la creación de planes nacionales para abordar el tema de la vejez de manera integral, así como también sus necesidades, la promulgación de leyes y la facilitación del acceso a sistemas de seguri-*

---

<sup>73</sup> Algunos de ellos son el derecho a la salud, a la vida, a la no discriminación basada en la edad, a un trato digno, la prohibición de tratos crueles o degradantes, y el derecho de acceso a la información personal.

<sup>74</sup> La comunidad internacional comenzó a subrayar la situación de las personas de edad en el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento y las siguientes declaraciones siguieron fomentando la concienciación internacional sobre las necesidades esenciales para el bienestar de las personas de edad, entre las medidas diferenciadas que se adoptaron se destacan tanto en el Sistema Universal como en el Sistema Regional. Respecto al Sistema Universal, se mencionan medidas particulares, como promover y proteger los derechos humanos y eliminar la discriminación, el abandono, el abuso y la violencia contra las personas mayores; actividades de promoción de la salud y el acceso universal de las personas de edad a los servicios de salud durante toda la vida como pilar del envejecimiento con salud. Respecto al Sistema Regional, se mencionan medidas tales como, promoción de una cobertura universal de las personas mayores a los servicios de salud, incorporando el envejecimiento como componente esencial de las legislaciones y políticas nacionales de salud; impulsar el acceso equitativo a los servicios de salud integral, oportuna y de calidad, de acuerdo con las políticas públicas de cada país, y fomentar el acceso a los medicamentos básicos de uso continuado para las personas de edad; fortalecimiento de la prevención y el manejo de enfermedades crónicas y otros problemas de salud de las personas mayores.

<sup>75</sup> *Cf.* OEA. *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, *supra*. Ratificada por Chile el 7 de noviembre de 2017.

<sup>76</sup> Se destaca la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que estandariza garantías muy relevantes que ningún otro instrumento internacional vinculante había considerado anteriormente de manera explícita en el caso de las personas mayores, como la conjunción entre el derecho a la vida y la dignidad en la vejez, o el derecho a la independencia y la autonomía.

<sup>77</sup> El Mercado Común del Sur (MERCOSUR) forma parte la Reunión de Altas Autoridades sobre Derechos Humanos y Cancillerías del MERCOSUR y Estados Asociados. En el 2016 el Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos (IPPDH) del MERCOSUR realizó una publicación titulada: "Personas mayores: hacia una agenda regional de derechos", en la cual se puede apreciar los avances de los países miembros en la consolidación de los derechos de los adultos mayores en la región. *Cf.* IPPDH-MERCOSUR, "Personas mayores: hacia una agenda regional de derechos", noviembre de 2016, págs. 55 a 156.

*dad social*. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §.127].

*Por su parte, la Observación General N°6 del Comité de DESC de la ONU<sup>78</sup>, resalta el deber de los Estados Partes del Pacto (PIDESC) de tener presente que mantener medidas de prevención, mediante controles periódicos, adaptados a las necesidades de las mujeres y de los hombres de edad, cumple un papel decisivo; y también la rehabilitación, conservando la funcionalidad de las personas mayores, con la consiguiente disminución de costos en las inversiones dedicadas a la asistencia sanitaria y a los servicios sociales<sup>79</sup>. Al respecto, en la Observación General N° 14 del Comité DESC se detallan las cuestiones sustantivas que se derivan de la aplicación del derecho a la salud y se tratan cuestiones concretas relacionadas con las personas mayores, incluida “la prevención, la curación y la rehabilitación [...] destinadas a mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores [...] y la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad”<sup>80</sup>. Asimismo, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (en adelante TEDH) se ha referido también respecto a la protección de los derechos de las personas mayores<sup>81</sup>. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §.128].*

*En cuanto a la jurisprudencia regional sobre el derecho a la salud de las personas mayores, las decisiones de altas cortes de algunos Estados de la región han desarrollado la tutela de los derechos de las personas mayores en materia interna<sup>82</sup>, destacando la necesi-*

<sup>78</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *Observación General No. 6, supra*.

<sup>79</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *Observación General No. 6, supra*, párr. 35.

<sup>80</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *Observación General No. 14, supra*, párr. 35.

<sup>81</sup> Cfr. TEDH, *Caso Sawoniuk Vs. Reino Unido*, No. 63716/00. Sentencia de 20 de mayo de 2001; *Caso Farbutus Vs. Letonia (Fondo y Satisfacción Equitativa)*, No. 4672/02. Sentencia de 2 de diciembre de 2004, y *Caso Dodov Vs. Bulgaria*, No. 59548/00. Sentencia de 17 de enero de 2008, párrs. 80 y 81.

<sup>82</sup> A manera de ejemplo: Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-149 de 1 de marzo de 2002: “La escasez de recursos ni es un argumento constitucionalmente admisible para negar la atención básica en salud a personas en situación de debilidad manifiesta como los adultos mayores [...]. Existe un deber de protección especial del adulto mayor” [...]; Sentencia T-056 de 12 de febrero de 2015: “En relación con el derecho a la salud de las personas que hacen parte del grupo de los sujetos de especial protección constitucional es preciso considerar que a partir de normas constitucionales se impone mayor celo en el cumplimiento de los deberes de protección y garantía por parte de las autoridades y de los particulares en la atención de las enfermedades o alteraciones de salud que padezcan. Dentro de tales destinatarios se encuentran las personas de la tercera edad [...] dado que las personas de la tercera edad tienen derecho a una protección reforzada en salud y las entidades prestadoras de salud están obligadas a prestarles la atención médica que requieran [...]. En efecto, la protección reforzada se materializa con la garantía de una prestación continua, permanente y eficiente de los servicios de salud que el usuario requiera, lo cual implica, de ser necesario el suministro de medicamentos, insumos o prestación de servicios excluidos del Plan

*dad de brindar una protección especial para el adulto mayor.* [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §.129].

*En este sentido, esta Corte destaca como un hecho ineludible que la población está envejeciendo<sup>83</sup> de manera constante y considerable<sup>84</sup>. El cambio vertiginoso del escenario demográfico en los países de la región<sup>85</sup> presenta retos y desafíos, por lo cual este impacto en los derechos humanos hace necesario que los Estados se involucren para dar respuesta de manera integral, a fin de que las personas mayores sean reconocidas como sujetos de derechos especiales desde la prevención y promoción de salud. Para ello, resulta necesario también el involucramiento por parte de la sociedad a fin de brindar a las personas adultas mayores de calidad de vida. Al respecto, el perito Dr. Javier Santos, pre-*

---

Obligatorio de Salud”. Corte Suprema de Justicia de Costa Rica. Sala Constitucional. Exp: 15-016089-0007-CO. Res.Nº: 2015017512. Sentencia de 6 de noviembre de 2015; Exp: 15-001311-0007-CO. Res.Nº: 2015002392. Sentencia de 20 de febrero de 2015, y Exp: 15-015890-0007-CO. Res. Nº: 2015018610. Sentencia de 27 de noviembre de 2015.

*Cfr. Mutatis mutandi*, Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-716/17. En ésta, al resolver una tutela sobre el mínimo vital de un adulto mayor que fue retirado del programa de asistencia ‘Colombia Mayor’, la Corte Constitucional ordenó verificar las condiciones reales de vulnerabilidad para determinar la afectación de la medida. Asimismo, en casos análogos se destacan: Sentencia T- 010/17; Sentencia T-025/16, y Sentencia T-348/09, en las cuales la Corte hizo énfasis en que “por la disminución de sus capacidades físicas, la reducción de las expectativas de vida y la mayor afectación en sus condiciones de salud, [los adultos mayores] constituyen uno de los grupos de especial protección constitucional”.

*Cfr.* Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina. Fallos: 329:1638. Sentencia de 16 de mayo de 2006.

Por su parte, en México, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la sentencia de amparo directo en revisión 1399/2013, determinó que “las personas mayores debido a su vulnerabilidad merecen una especial protección, lo cual incluso se ve robustecido por el hecho de que los instrumentos internacionales y los regímenes jurídicos modernos han venido marcando una línea para su protección, con el objeto de procurarles mejores condiciones en el entramado social, lo que pretende lograrse garantizándoles el derecho a: [...] iii) la no discriminación tratándose de empleo, acceso a vivienda, cuidado de la salud y servicios sociales; iv) servicios de salud” [...]. *Cfr.* Suprema Corte de Justicia de la Nación (México), Tesis 1ª. CXXXIV/2016, Décima Época, Libro 29, Tomo II, abril de 2016.

<sup>83</sup> *Cfr.* ONU. Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos, “Estándares normativos en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos en relación con las personas de edad”, A/HRC/18/37, agosto de 2012, párr. 9. Al respecto, el Relator Especial destaca que el problema más importante que plantea el envejecimiento mundial es el de garantizar el ejercicio de los derechos humanos a las personas mayores, para lo cual es imprescindible que se tomen medidas para erradicar su discriminación y exclusión.

<sup>84</sup> *Cfr.* OMS, “Social Development and Ageing: Crisis or Opportunity”. Panel especial sobre envejecimiento y desarrollo social dentro del Foro 2000 celebrado en Ginebra, pág. 4, y ONU. Comité DESC, OG- 6, *supra*, párr. 1.

<sup>85</sup> *Cfr.* ONU. División de Población, “World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables”, Working Paper, Nº 241. ESA/P/WP.241, 2015. Disponible en: <http://esa.un.org/unpd/wpp/>

Asimismo: ONU. CEPAL, “Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía”, LC/CRE.4/3, 2017, págs. 15 a 50.

*cisó en audiencia que: El adulto mayor es un paciente vulnerable en general; es un paciente que va a necesitar no solamente del médico sino de la sociedad para llevarlo adelante. Ya no se habla más de expectativa de vida se habla de años de vida libre de enfermedad por eso es que necesita el apoyo de todo el Estado. Nos tenemos que involucrar todos para que tengamos la mayor cantidad de años de vida de calidad<sup>86</sup> [...] todos vamos a envejecer si tenemos suerte [...]. Lo que tenemos que hacer es formar gente y formar el medio, la sociedad para que tengamos el lugar correcto para ser tratados<sup>87</sup>. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS VS. CHILE, §. 130].*

*La Corte nota que, en muchas situaciones, se presenta una particular vulnerabilidad de las personas mayores frente al acceso a la salud. Sobre el particular, resalta la existencia de diversos factores como las limitaciones físicas, de movilidad, la condición económica o la gravedad de la enfermedad y posibilidades de recuperación. Asimismo, en determinadas situaciones, dicha vulnerabilidad se encuentra incrementada en razón del desequilibrio de poder que existe en la relación médico - paciente<sup>88</sup>, por lo que resulta indispensable que se garantice al paciente, de manera clara y accesible, la información necesaria y el entendimiento de su diagnóstico o situación particular, así como de las medidas o tratamientos para enfrentar tal situación (infra párr. 162). [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS VS. CHILE, §. 131].*

*En vista de lo anterior, la Corte resalta la importancia de visibilizar a las personas mayores como sujetos de derechos con especial protección y por ende de cuidado integral, con el respeto de su autonomía e independencia<sup>89</sup>. El Tribunal ha sostenido que, al*

---

<sup>86</sup> Declaración rendida por el perito, Dr. Javier Alejandro Santos, especialista en geriatría y gerontología, ante la Corte en la audiencia pública del *Caso Poblete Vilches Vs. Chile*, el 19 de octubre de 2017 (Transcripción de audiencia pública, pág. 96).

<sup>87</sup> Declaración rendida por el perito, Dr. Javier Alejandro Santos, *supra*, págs. 55 y 60.

<sup>88</sup> *Cfr.* Documento complementario a la declaración pericial de la perita Alicia Ely Yamin, *supra* (expediente de fondo, f. 762). En el mismo, la especialista destacó que “[...] la relación desigual de poder entre el médico y el paciente puede verse exacerbada por las relaciones desiguales de poder que históricamente han contribuido a la marginalización, exclusión y/o discriminación de grupos vulnerables en virtud de la condición o situación social o económica. Estas relaciones estructurales de poder tienen el potencial de exacerbar la posición dominante y persistente, que constituye de forma consciente o inconsciente la base de prácticas que refuerzan la posición de los pacientes como dependientes y subordinadas, en lugar de seres humanos con autonomía y dignidad [...]”. Véase también *Caso I.V. Vs. Bolivia*, *supra*, párr. 160.

<sup>89</sup> *Cfr.* MERCOSUR. Comisión Permanente sobre Personas Adultas Mayores, “*Campaña Regional: Vivir con dignidad y derechos a todas las edades*”, Acta de Plenario XXX, MERCOSUR/RAADH/ACTA N° 02/17.

menos, estos “deben tener protegida su salud en caso de enfermedades crónicas y en fase terminal”<sup>90</sup>. Por lo tanto, esta Corte considera que, respecto de las personas adultas mayores, como grupo en situación de vulnerabilidad, existe una obligación reforzada de respeto y garantía de su derecho a la salud<sup>91</sup>. Lo anterior se traduce en la obligación de brindarles las prestaciones de salud que sean necesarias de manera eficiente y continua. En consecuencia, el incumplimiento de dicha obligación surge cuando se les niega el acceso a la salud o no se garantiza su protección, pudiendo también ocasionar una vulneración de otros derechos. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §. 132].

Esta Corte ha sostenido que el Estado debe implementar medidas positivas para proteger la vida de las personas bajo su jurisdicción y velar por la calidad de los servicios de atención a la salud y asegurar que los profesionales reúnan las condiciones necesarias para su ejercicio a fin de proteger la vida de sus pacientes<sup>92</sup>. En este sentido se han pronunciado también el Comité DESC<sup>93</sup> y el Tribunal Europeo de Derechos Humanos<sup>94</sup>. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §. 146].

#### **RESPONSABILIDAD DEL ESTADO POR FALLECIMIENTO:**

Para efectos de determinar la responsabilidad internacional del Estado en casos de muerte en el contexto médico, es preciso acreditar los siguientes elementos: a) cuando por actos u omisiones se niegue a un paciente el acceso a la salud en situaciones de ur-

<sup>90</sup> Caso Comunidad Indígena Yake Axa Vs. Paraguay, *supra*, párr. 175.

<sup>91</sup> Cfr. *Mutatis mutandi*, Caso Furlan y familiares Vs. Argentina, *supra*, párr. 201, y Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador, *supra*, párr. 311.

<sup>92</sup> Caso Suarez Peralta Vs. Ecuador, *supra*, párr. 135.

<sup>93</sup> ONU, Consejo Económico y Social, Comité DESC. OG-14, *supra*, párrs. 35 y 51: “[l]as obligaciones de proteger incluyen [...] adoptar leyes u otras medidas para velar por [...] la calidad de los servicios de atención de la salud [...] y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología”. “Las violaciones de las obligaciones de proteger dimanar del hecho de que un Estado no adopte las medidas necesarias para proteger, dentro de su jurisdicción, a las personas contra las violaciones del derecho a la salud por terceros”, se incluyen como ejemplo de las mismas las “omisiones tales como la no regulación de las actividades de particulares, grupos o empresas con objeto de impedir que esos particulares, grupos o empresas violen el derecho a la salud de los demás”.

<sup>94</sup> El TEDH ha señalado que: “entre las disposiciones fundamentales de la Convención se exige a los Estados la obligación de adoptar las medidas necesarias para proteger la vida de las personas bajo su jurisdicción [...]. Estos principios también se aplican en el ámbito de la salud pública, en donde las obligaciones positivas [...] implican el establecimiento, por parte del Estado, de un marco de entidades reguladas, sean públicas o privadas, adoptando las medidas requeridas para proteger la vida de sus pacientes. “Véase además Caso Lazar, *supra*, párr. 66; Caso Z Vs. Polonia, *supra*, párr. 76, Caso Calvelli y Ciglio Vs. Italia. N.º 32967/96. Sentencia de 17 de enero de 2002, párr. 49, Caso Byrzykowski Vs. Polonia. No 11562/05. Sección 40 Cuarta. Sentencia de 27 de junio de 2006, párr. 104, y Caso Silih Vs. Eslovenia. N.º 71463/014. Sentencia de 9 de abril de 2009, párr. 192.

*gencia médica o tratamientos médicos esenciales, a pesar de ser previsible el riesgo que implica dicha denegación para la vida del paciente; o bien, b) se acredite una negligencia médica grave<sup>95</sup>; y c) la existencia de un nexo causal, entre el acto acreditado y el daño sufrido por el paciente<sup>96</sup>. Cuando la atribución de responsabilidad proviene de una omisión, se requiere verificar la probabilidad de que la conducta omitida hubiese interrumpido el proceso causal que desembocó en el resultado dañoso. Dichas verificaciones deberá tomar en consideración la posible situación de especial vulnerabilidad del afectado<sup>97</sup>, y frente a ello las medidas adoptadas para garantizar su situación<sup>98</sup>. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS VS. CHILE, §. 148].*

*En relación con el artículo 5.1 de la Convención, la Corte ha establecido que la integridad personal se halla directa e inmediatamente vinculada con la atención a la salud humana<sup>99</sup>, y que la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración del artículo 5.1 de la Convención<sup>100</sup>. En este sentido, la Corte ha sostenido que la protección del derecho a la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación<sup>101</sup> (supra párr. 124). Por tanto, esta Corte ha señalado que, a los efectos de dar cumplimiento a la obligación de garantizar el derecho a la integridad personal y en el marco de la salud, los Estados deben establecer un marco normativo adecuado que regule la prestación de servicios de salud, estableciendo estándares de calidad para las instituciones públicas y privadas, que permita prevenir cualquier*

<sup>95</sup> *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil, supra*, párrs. 120 a 122, 146 y 150. y *Caso Vera Vera y otra Vs. Ecuador, supra*, párrs. 54 y 65.

<sup>96</sup> *Cfr. Mutatis mutandi, TEDH, Caso Lopes de Sousa Fernandes vs. Portugal, supra*, párr. 195.

<sup>97</sup> *Cfr. Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214*, párr. 227, y *Caso Furlan y familiares Vs. Argentina, supra*, párr. 134.

<sup>98</sup> *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil, supra*, párr. 125.

<sup>99</sup> *Cfr. Caso Albán Cornejo y otros, supra*, párr. 117, y *Caso Vera Vera y otra Vs. Ecuador, supra*, párr. 43.

<sup>100</sup> *Cfr. Caso Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) Vs. Venezuela (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas)*. Sentencia de 5 de julio de 2006. Serie C N°. 150, párr. 103, y *Caso Vera Vera y otra, supra*, párr. 44.

<sup>101</sup> *Cfr. Caso Gonzales Lluy Vs. Ecuador, supra*, párrs. 171, y *Caso Albán Cornejo y otros, supra*, párr. 121; Véase también: TEDH *Caso Lazar Vs. Rumania*, No. 32146/05. Sección Tercera. Sentencia de 16 de mayo de 2010, párr. 66; *Caso Z Vs. Polonia*, No. 46132/08. Sección Cuarta. Sentencia de 13 de noviembre de 2012, párr. 76, y ONU, Comité DESC, OG- 14, *supra*, párr. 12, 33, 35, 36 y 51.

*amenaza de vulneración a la integridad personal en dichas prestaciones*<sup>102</sup>. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §. 152].

*Tomando en cuenta las consideraciones expuestas, esta Corte verificó que: i) el derecho a la salud es un derecho autónomo protegido por el artículo 26 de la Convención Americana; ii) este derecho en situaciones de urgencia exige a los Estados velar por una adecuada regulación de los servicios de salud, brindando los servicios necesarios de conformidad con los elementos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad, en condiciones de igualdad y sin discriminación, pero también brindando medidas positivas respecto de grupos en situación de vulnerabilidad; iii) las personas mayores gozan de un nivel reforzado de protección respecto de servicios de salud de prevención y urgencia; iv) a fin de que se impute la responsabilidad del Estado por muertes médicas es necesario que se acredite la negación de un servicio esencial o tratamiento pese a la previsibilidad del riesgo que enfrenta el paciente, o bien una negligencia médica grave, y que se corrobore un nexo causal entre la acción y el daño. Cuando se trata de una omisión se debe verificar la probabilidad de que la conducta omitida hubiese interrumpido el proceso causal que desembocó en el resultado dañoso; v) la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración de la integridad personal; y vi) el consentimiento informado es una obligación a cargo de las instituciones de salud, las personas mayores ostentan la titularidad de éste derecho, sin embargo, se puede transferir bajo ciertas circunstancias a sus familiares o representantes. Asimismo, persiste el deber de informar a los pacientes o, en su caso cuando proceda, a sus representantes sobre los procedimientos y condición del paciente.* [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §. 174].

#### **PRESERVACIÓN DE LA PRUEBA:**

*Por otra parte, la Corte recuerda que en cuanto al tratamiento del cadáver de la víctima, deben realizarse algunas diligencias mínimas e indispensables para la conservación de los elementos de prueba y evidencias que puedan contribuir al éxito de la investigación, tales como la autopsia*<sup>103</sup>. *En este sentido, la Corte ha establecido que las autopsias*

<sup>102</sup> Cfr. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*, supra, párr. 132.

<sup>103</sup> Cfr. *Caso Luna López Vs. Honduras. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 10 de octubre de 2013. Serie C No. 269, párr. 164, y *Caso Hermanos Landaeta Mejías y otros Vs. Venezuela. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 27 de agosto de 2014. Serie C No. 281, párr. 227.



*y análisis de restos humanos deben realizarse en forma rigurosa, por profesionales competentes y empleando los procedimientos más apropiados*<sup>104</sup>. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS Vs. CHILE, §. 187].

*La Corte ha establecido que la eficiente determinación de la verdad en el marco de la obligación de investigar una posible muerte, debe mostrarse desde las primeras diligencias con toda acuciosidad*<sup>105</sup>. Ha especificado este Tribunal que las autoridades estatales que conducen una investigación de este tipo deben intentar como mínimo, inter alia: i) identificar a la víctima; ii) recuperar y preservar el material probatorio relacionado con la muerte, con el fin de ayudar en cualquier potencial investigación penal de los responsables; iii) identificar posibles testigos y obtener sus declaraciones en relación con la muerte que se investiga; iv) determinar la causa, forma, lugar y momento de la muerte, así como cualquier patrón o práctica que pueda haber causado la muerte, y v) distinguir entre muerte natural, muerte accidental, suicidio y homicidio. Además, es necesario investigar exhaustivamente la escena del delito, se deben realizar autopsias y análisis de restos humanos, en forma rigurosa, por profesionales competentes y empleando los procedimientos más apropiados<sup>106</sup>. [CORTE IDH, FALLO 342, 15/11/2017, PACHECO LEÓN Y OTS. VS HONDURAS; VS, §. 79].

*Además, los estándares internacionales señalan que, en relación con la escena del delito, los investigadores deben, como mínimo: i) fotografiar dicha escena, cualquier otra evidencia física y el cuerpo como se encontró y después de moverlo; ii) recoger y conservar todas las muestras de sangre, cabello, fibras, hilos u otras pistas; iii) examinar el área en busca de huellas de zapatos o cualquier otra que tenga naturaleza de evidencia, y iv) hacer un informe detallando cualquier observación de la escena, las acciones de los inves-*

---

<sup>104</sup> Cfr. *Caso Hermanos Landaeta Mejías y otros Vs. Venezuela. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 27 de agosto de 2014. Serie C No. 281, párr. 227.

<sup>105</sup> Cfr. *Caso Servellón García y otros Vs. Honduras. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 21 de septiembre de 2006. Serie C No. 152, párr. 120 y *Caso Ortiz Hernández y otros Vs. Venezuela*, párr. 157.

<sup>106</sup> Cfr. *Caso Juan Humberto Sánchez Vs. Honduras. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 7 de junio de 2003. Serie C No. 99, párr. 127; *Caso Ortiz Hernández y otros Vs. Venezuela*, párr. 157, y ONU, Manual sobre la Prevención e Investigación Efectiva de Ejecuciones Extrajudiciales, Arbitrarias y Sumarias de Naciones Unidas (“Protocolo de Minnesota”), Doc. E/ST/CSDHA/12 (1991).

*tigadores y la disposición de toda la evidencia coleccionada*<sup>107</sup>. La Corte también ha establecido que al investigar una escena del delito ésta se debe preservar con el fin de proteger toda evidencia<sup>108</sup>. [CORTE IDH, FALLO 342, 15/11/2017, PACHECO LEÓN Y OTS. VS HONDURAS; VS, §. 80].

*Igualmente, la debida diligencia en una investigación médico-legal de una muerte exige el mantenimiento de la cadena de custodia de todo elemento de prueba forense*<sup>109</sup>. La Corte ha señalado que ello consiste en llevar un registro escrito preciso, complementado, según corresponda, por fotografías y demás elementos gráficos, para documentar la historia del elemento de prueba a medida que pasa por las manos de diversos investigadores encargados del caso<sup>110</sup> [CORTE IDH, FALLO 342, 15/11/2017, PACHECO LEÓN Y OTS. VS HONDURAS; VS, §. 81].

#### **IMPARCIALIDAD DE MAGISTRADOS:**

*La Corte resalta que el derecho a ser juzgado por un juez o tribunal imparcial es una garantía fundamental del debido proceso, debiéndose garantizar que el juez o tribunal en el ejercicio de su función como juzgador cuente con la mayor objetividad para enfrentar el juicio*<sup>111</sup>. Este Tribunal ha establecido que la imparcialidad exige que el juez que interviene en una contienda particular se aproxime a los hechos de la causa careciendo, de manera subjetiva, de todo prejuicio y, asimismo, ofreciendo garantías suficientes de índole objetiva que inspiren la confianza necesaria a las partes en el caso, así como a los ciudadanos en una sociedad democrática<sup>112</sup>. La imparcialidad del tribunal implica que sus integrantes no tengan un interés directo, una posición tomada, una preferencia por alguna

---

<sup>107</sup> Cfr. *Caso González y otras ("Campo Algodonero") Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No. 205, párr. 301; *Caso Ortiz Hernández y otros Vs. Venezuela*, párr. 159, y "Protocolo de Minnesota".

<sup>108</sup> Cfr. *Caso Hermanos Landaeta Mejías y otros Vs. Venezuela. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 27 de agosto de 2014. Serie C No. 281, párr. 254 y *Caso Ortiz Hernández y otros Vs. Venezuela*, párr. 160. En el mismo sentido, *Caso González y otras ("Campo Algodonero") Vs. México*, párr. 301, citando "Protocolo de Minnesota".

<sup>109</sup> Cfr. *Caso González y otras ("Campo Algodonero") Vs. México*, párr. 305, citando ONU, "Protocolo de Minnesota", y *Caso Ortiz Hernández y otros Vs. Venezuela*, párr 161.

<sup>110</sup> Cfr. *Caso González y otras ("Campo Algodonero") Vs. México*, párr. 305, y *Caso Favela Nova Brasília Vs. Brasil*, párr. 182.

<sup>111</sup> Cfr. *Caso Herrera Ulloa Vs. Costa Rica*, párr. 171, y *Caso Duque Vs. Colombia*, supra, párr. 162.

<sup>112</sup> Cfr. *Caso Herrera Ulloa Vs. Costa Rica*, párr. 171, y *Caso Duque Vs. Colombia*, supra, párr. 162.

*de las partes y que no se encuentren involucrados en la controversia*<sup>113</sup>. *Ello puesto que el juez debe aparecer como actuando sin estar sujeto a influencia, aliciente, presión, amenaza o intromisión, directa o indirecta*<sup>114</sup>, *sino única y exclusivamente conforme a -y movido por- el Derecho*<sup>115</sup>. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS VS. CHILE, §. 195].

*Asimismo, el Tribunal reitera que la imparcialidad personal de un juez debe ser presumida, salvo prueba en contrario. Para el análisis de la imparcialidad subjetiva, el Tribunal debe intentar averiguar los intereses o motivaciones personales del juez en un determinado caso. En cuanto al tipo de evidencia que se necesita para probar la imparcialidad subjetiva, se debe tratar de determinar si el juez ha manifestado hostilidad o si ha hecho que el caso sea asignado a él por razones personales*<sup>116</sup>. [CORTE IDH, FALLO 349, 08/03/18; POBLETE VILCHES Y OTS VS. CHILE, §. 196].

Como ya hemos sostenido en otros informes, incluidos los presentados ante la Comisión IDH, es notoria la violación a uno de los principios basales de la protección de los derechos humanos, como lo es el de igualdad ante la ley. Si bien el Sistema Interamericano de Protección a los Derechos Humanos, lo establece en forma palmaria, los órganos de aplicación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, lo omite en forma reiterada y sistemática en ciertos casos, fundamentalmente en el de los procesados por la política de Estado mal denominada de lesa humanidad.

En nuestras presentaciones a la Comisión IDH, por presos políticos (alrededor de 300), hemos sostenido, además de las ilegalidades del proceso, la necesidad del otorgamiento de medidas cautelares, en razón de la edad, estado de salud, y la falta de recursos del sistema penitenciario para el adecuado y eficiente tratamiento de adultos mayores. Para reforzar la necesidad del otorgamiento de medidas cautelares y en su caso la elevación a la Corte IDH, por medidas provisionales, iniciamos una petición (P-2581/16) en su momento por los 385 fallecidos a esa fecha, así como la solicitud de medidas cautela-

---

<sup>113</sup> *Cfr. Caso Palamara Iribarne Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2005. Serie C No. 135, párr. 146, y Caso Duque Vs. Colombia, supra, párr. 162.*

<sup>114</sup> Principio 2 de los Principios Básicos de la ONU relativos a la Independencia de la Judicatura.

<sup>115</sup> *Cfr. Caso Apitz Barbera y otros ("Corte Primera de lo Contencioso Administrativo") Vs. Venezuela. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 5 de agosto de 2008. Serie C N°. 182, párr. 56, y Caso Duque Vs. Colombia, supra, párr. 162.*

<sup>116</sup> *Cfr. Caso Atala Riffo y niñas Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de febrero de 2012. Serie C No. 239, párr. 234.*

res (MC-1049/16), luego no otorgada. A esta última hemos anexado, al portal de la Comisión IDH, los datos de los nuevos fallecimientos acaecidos, que a la fecha ascienden a 459, de los cuales 118 ocurrieron durante el actual Gobierno y 108 desde el inicio de nuestras presentaciones a la Comisión IDH. Es evidente que el elevado número de fallecimientos es prueba más que evidente de la necesidad del otorgamiento de medidas cautelares, no obstante, las mismas no han sido otorgadas, y mucho menos elevadas a la Corte IDH por medidas provisionales.

Es por ello, y a efectos de resaltar la palmaria discriminación que el órgano de la CADH, hace entre amigos y enemigos (a los cuales ni justicia) que transcribimos algunos párrafos de la solicitud de Medidas Provisionales respecto de Argentina: Asunto Milagro Sala, del 23/11/2017:

*La Comisión informó que el 27 de julio de 2017, mediante Resolución 23/17<sup>117</sup>, otorgó medidas cautelares a la señora Milagro Sala, para garantizar su vida e integridad personal en el contexto de la detención preventiva que actualmente se encuentra. Sin embargo, de acuerdo a la Comisión, el Estado incumplió estas medidas cautelares y agudizó la situación de riesgo para la señora Sala. Explicó que Argentina adoptó provisiones que profundizan su situación de hostigamiento y estigmatización y que pondrían en serio riesgo su integridad personal y su vida, teniendo en cuenta el delicado estado de salud de la beneficiaria, quien recientemente se causó una nueva lesión por la presión que le causó el reciente retorno a la Penitenciaría de “Alto Comedero”. [CORTE IDH; MEDIDAS PROVISIONALES S/MILAGRO SALA, 23/11/2017, §. 7]. (el resaltado es nuestro)*

*En cuanto a la gravedad, para efectos de la adopción de medidas provisionales, la Convención requiere que aquella sea “extrema”, es decir, que se encuentre en su grado más intenso o elevado. El carácter urgente implica que el riesgo o amenaza involucrados sean inminentes, lo cual requiere que la respuesta para remediarlos sea inmediata. Finalmente, en cuanto al daño, debe existir una probabilidad razonable de que se materialice y no debe recaer en bienes o intereses jurídicos que puedan ser reparables<sup>118</sup>. [CORTE*

---

<sup>117</sup> CIDH, Resolución 23/2017, MC 25-16 - Milagro Amalia Ángela Sala, Argentina, 27 de julio de 2017. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/2017/23-17MC25-16-AR.pdf>.

<sup>118</sup> Cfr. *Asunto del Internado Judicial de Monagas (“La Pica”) respecto Venezuela. Medidas Provisionales*. Resolución de la Corte de 24 de noviembre de 2009, Considerando 3, y *Caso Gutiérrez Soler Vs. Co-*

IDH; MEDIDAS PROVISIONALES S/MILAGRO SALA, 23/11/2017, §. 25]. (El resaltado es nuestro).

La Comisión IDH, en las solicitudes por presos políticos no ha considerado que las reiteradas muertes, y los daños físicos y psicológicos que los afectan “no representan riesgos o amenazas inminentes”.

*Respecto de tales requisitos, la Corte toma nota que, de acuerdo a varios informes médicos y psicológicos, la señora Milagro Sala se encuentra atravesando una grave crisis psicológica, atada a los diversos procesos judiciales que se le siguen y a su internamiento en la penitenciaría, lo cual ha causado en dos ocasiones que **la señora Sala se autolesione**. Esto, a su vez, ha generado retrasos en los procesos judiciales, pues debido a estas crisis, al menos en dos oportunidades, los médicos o psicólogos tratantes han dejado constancia y recomendado que **la señora Sala no asista a audiencias u otras diligencias judiciales**.* [CORTE IDH; MEDIDAS PROVISIONALES S/MILAGRO SALA, 23/11/2017, §. 26]. (el resaltado en nuestro).

Es evidente que el mayor riesgo es el que ocasiona “**para sí**” la señora Sala. Ni que decir de la comparencia a audiencias, algo que a los presos políticos les fue y le es obligado a realizar, en muchos casos en graves estados de salud, con trasladados en medios totalmente inadecuados para enfermos y adultos mayores.

*Esta Corte ha señalado previamente, respecto de personas privadas de libertad, que el Estado debe asegurar que una persona esté detenida en condiciones que sean compatibles con el respeto a su dignidad humana, que la manera y el método de ejercer la medida no le someta a angustia o dificultad que exceda el nivel inevitable de sufrimiento intrínseco a la detención, y que, dadas las exigencias prácticas del encarcelamiento, su salud y bienestar estén asegurados adecuadamente<sup>119</sup>. Asimismo, este Tribunal ha indicado que las autoridades deben asegurarse de que, cuando lo requiera la naturaleza de una condición médica, la supervisión sea periódica y sistemática dirigida a la curación de enfermedades del detenido o a prevenir su agravamiento, en lugar de tratarlos de forma*

---

*lombia. Solicitud de Medidas Provisionales. Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 22 de agosto de 2017, Considerando 4.*

<sup>119</sup> *Asunto del Instituto Penal Plácido de Sá Carvalho respecto de Brasil. Medidas Provisionales. Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 31 de agosto de 2017, considerando 51, citando TEDH, Caso Kudła Vs. Polonia, No. 30210/96. Sentencia de 26 de octubre de 2000, párr. 94.*

meramente sintomática<sup>120</sup>. Al respecto, las Reglas Nelson Mandela establecen que “la prisión y demás medidas cuyo efecto es separar a una persona del mundo exterior son aflictivas por el hecho mismo de que despojan a esa persona de su derecho a la autodeterminación al privarla de su libertad. Por lo tanto, a excepción de las medidas de separación justificadas y de las que sean necesarias para el mantenimiento de la disciplina, el sistema penitenciario no deberá agravar los sufrimientos inherentes a tal situación”<sup>121</sup>. Adicionalmente, de acuerdo al Manual sobre Reclusos con Necesidades Especiales de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito “el derecho a la salud de las personas privadas de libertad] incluye [...] el derecho fundamental de vivir en un entorno que no genere o exacerbe enfermedades o deficiencias mentales”<sup>122</sup>. Específicamente, con respecto al riesgo de suicidio y autolesión, dicho Manual recomienda que “cada incidente de autolesión e intento de suicidio deber ser manejado como algo serio en lugar de ser considerado como ‘manipulador’. Los reclusos que realizan tales actos deberán recibir tratamiento inmediato para cualquier herida física y tener acceso inmediato a asesorías y terapia especializadas”<sup>123</sup>. [CORTE IDH; MEDIDAS PROVISIONALES S/MILAGRO SALA, 23/11/2017, §. 27].

Adicionalmente, la Corte nota que, con base en este potencial riesgo, los informes médicos han recomendado que la señora Sala permaneciera acompañada de manera permanente por sus familiares, mientras estaba en el inmueble de La Ciénaga, o “bajo supervisión permanente” en el lugar donde se le mantenga detenida (supra Considerando **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia. ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia., ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia., ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). Al respecto, la Corte resalta la necesidad de seguir las recomendaciones médicas<sup>124</sup>. Sin embargo, toma

---

<sup>120</sup> Cfr. Caso Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016. Serie C No. 312, párr. 189.

<sup>121</sup> Asamblea General de las Naciones Unidas, Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela), Resolución aprobada el 17 de diciembre de 2015, UN Doc. A/RES/70/175, regla 3.

<sup>122</sup> Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Manual sobre Reclusos con necesidades especiales, Nueva York 2009, p. 13.

<sup>123</sup> Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Manual sobre Reclusos con necesidades especiales, Nueva York 2009, p. 33.

<sup>124</sup> Las Reglas Nelson Mandela expresamente establecen la necesidad de que las autoridades estatales sigan los consejos y recomendaciones que consten en los informes médicos. Al respecto, la regla 33 establece que “el médico informará al director del establecimiento penitenciario cada vez que estime que la

*nota de que, conforme ha sido denunciado por los representantes y está siendo investigado por el Estado, la señora Sala habría sido objeto de una serie de presuntos actos de hostigamiento durante su primer período en el centro penitenciario. Si bien el Estado ha adoptado medidas frente a estos hechos<sup>125</sup>, la Corte estima razonable lo alegado por los representantes en el sentido de que esta circunstancia hace que un régimen de vigilancia extrema o supervisión permanente de la señora Sala dentro del centro penitenciario posiblemente exacerbaría su condición de salud mental. Además, observa que la salud mental de la señora Sala se beneficia del contacto permanente con sus familiares y de su estancia fuera de la penitenciaría, mientras que el reinternamiento en el centro penitenciario agudizó sus crisis.* [CORTE IDH; MEDIDAS PROVISIONALES S/MILAGRO SALA, 23/11/2017, §. 29].

*Requerir que el Estado de Argentina adopte, de manera inmediata, las medidas de protección que sean necesarias y efectivas para garantizar la vida, integridad personal y salud de la señora Milagro Sala. En particular, el Estado debe sustituir la prisión preventiva de la señora Sala por la medida alternativa de arresto domiciliario que deberá llevarse a cabo en su residencia o lugar donde habitualmente vive, o por cualquier otra medida alternativa a la prisión preventiva que sea menos restrictiva de sus derechos que el arresto domiciliario, de conformidad con lo establecido en el Considerando **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.*** [CORTE IDH; MEDIDAS PROVISIONALES S/MILAGRO SALA, 23/11/2017, RESUELVE §. 1].

*Requerir al Estado que realice las gestiones pertinentes para que la atención médica y psicológica que se brinde a la señora Sala se planifique e implemente con la participación de la beneficiaria o sus representantes, a efectos de garantizar su autonomía respecto a su salud y la obtención de su consentimiento informado para la realización de los exámenes y tratamientos que los médicos o psicólogos tratantes determinen necesarios,*

---

salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser perjudicada por su reclusión continuada o por determinadas condiciones de reclusión”. A su vez, la regla 35, apartado 2 establece que “el director del establecimiento penitenciario tendrá en cuenta el asesoramiento y los informes presentados conforme a [...] la regla 33 y adoptará inmediatamente las medidas necesarias para que se sigan los consejos y recomendaciones que consten en los informes”. Asamblea General de las Naciones Unidas, *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos* (Reglas Nelson Mandela), Resolución aprobada el 17 de diciembre de 2015, UN Doc. A/RES/70/175, reglas 33 y 35.

<sup>125</sup> Quien era la subdirectora ya no labora en dicho centro y el juez de control ordenó a las autoridades penitenciarias la “generación de un lugar o espacio físico dentro de la dependencia, en el cual, la Sra. Sala pueda permanecer con un mínimo de contacto con el resto de la población carcelaria, así como con atención médica y psiquiátrica permanente” (expediente de prueba, folio 242).

*de conformidad con lo establecido en el Considerando **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** de la presente Resolución.* [CORTE IDH; MEDIDAS PROVISIONALES S/MILAGRO SALA, 23/11/2017, RESUELVE §. 2].

Finalmente cabe reiterar la consideración de que la atención médica que no cumpla con los requisitos de “calidad”, “accesibilidad”, “disponibilidad” y “acceptabilidad”, implica para las víctimas la aplicación de tratos crueles inhumanos y degradantes, los que necesariamente afectan también a los familiares y allegados.

BUENOS AIRES, 02/OCTUBRE/2018.

PrisioneroEnArgentina.com