



Bogotá, 6 de julio del 2015.

Dr. Pablo Saavedra Alessandri  
Secretario Ejecutivo  
Corte Interamericana de Derechos Humanos  
San José de Costa Rica

PRESENTE.

Estimado señor Secretario:

De conformidad con el artículo 44 del Reglamento de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y dentro del plazo establecido para tal efecto, ELEMENTA, Consultoría en Derechos, hace llegar a esa honorable Corte el presente escrito en calidad de *amicus curie* para que se analice y tome en consideración en el caso Chinchilla Sandoval vs. Guatemala.

Sin otro particular, aprovechamos la oportunidad para reiterarle las muestras de nuestra más alta consideración y estima.

ATENTAMENTE

Diana Carolina Moreno Pabón

Marcella Ribeiro d'Avila Lins Torres

Adiana Muro Polo

Manuela Piza Caballero



Escrito ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos

Caso Chinchilla Sandoval Vs. Guatemala

6 de junio de 2015.

## Tabla de Contenidos:

- I. Presentación del escrito en calidad de *amicus curie*.
- II. Obligaciones generales de los Estados a la luz de los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana: las obligaciones de respeto y garantía.
- III. La interseccionalidad: un análisis útil y necesario para el caso Chinchilla Sandoval vs. Guatemala
- IV. Derecho a la salud
  - a. Derecho a la salud de las personas privadas de la libertad
  - b. Derecho a la salud de las mujeres privadas de la libertad
    - b.1 Atención a mujeres privadas de la libertad con enfermedades crónicas o complejas
    - b.2 Atención ginecológica y exámenes de cáncer a mujeres privadas de la libertad
    - b.3 Obligaciones de atención a mujeres privadas de la libertad en condición de discapacidad.
  - c. Tensión entre el derecho a la salud y la obligación de seguridad del Estado
- V. Conclusiones

## **I. Presentación del escrito en calidad de *amicus curie***

ELEMENTA, Consultoría en Derechos, es una firma de consultoría y litigio que se especializa en derecho internacional y constitucional con el fin de ofrecer a nuestros clientes alternativas jurídicas para la efectiva garantía de los derechos humanos en el contexto regional.

Conscientes de las limitaciones actuales del mundo jurídico, ELEMENTA, Consultoría en Derechos, busca demostrar que a través de usos y enfoques creativos del derecho, es posible conciliar la garantía de los derechos humanos con la efectividad de los mismos.

El presente documento tiene como objetivo hacer un análisis desde los estándares internacionales y el derecho comparado, en cuanto al derecho a la vida y a la salud de la señora María Inés Chinchilla, quien se encontraba privada de la libertad, respecto de los hechos relacionados con la presunta violación a su derecho a la salud, la vida y la integridad de la persona.

Este caso resulta ser una oportunidad para que la Corte Interamericana, a la luz del análisis de la responsabilidad del Estado, profundice los estándares sobre la protección a la salud en los establecimientos carcelarios así como para que se pronuncie sobre la situación de las mujeres y de las personas con discapacidad en nuestra región. El presente *amicus curiae*, partiendo del concepto doctrinal de la interseccionalidad y retomando los estándares que en materia internacional existen sobre la atención en salud a las personas privadas de la libertad, busca aportar a la Corte en el estudio de los hechos y el contenido de las obligaciones del Estado en relación a los instrumentos del Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

Para este fin se hará una primera introducción en la que se expondrán las obligaciones generales del Estado frente a los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana. En segundo lugar se expondrá la noción de interseccionalidad y sus efectos jurídicos para el Sistema Interamericano. Posteriormente, se introducirán los estándares generales de atención en salud para la población privada de la libertad y se analizará el contenido específico que este derecho adquiere cuando dichas personas son mujeres. Así mismo, expondremos la manera en la que estas consideraciones de género interactúan cuando hay presencia de enfermedades crónicas o complejas, como la diabetes, o en presencia de condiciones de discapacidad física o mental. Finalmente, analizaremos, en virtud de estos factores, la necesidad y justificación legal de la asignación de penas alternativas para las personas, que como la señora Chinchilla Sandoval, vivían en estas condiciones.

## **II. Obligaciones Generales del Estado a la luz de los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana: las obligaciones de respeto y garantía.**

La Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante, Convención Americana o CADH) es fruto del progresivo desarrollo del Sistema Interamericano de protección de los derechos humanos<sup>1</sup>, que como consagra el Preámbulo de la misma, representa la reafirmación y desarrollo de los principios consagrados en la Carta de la Organización de los Estados Americanos y en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en tanto que la protección internacional de los derechos humanos se encuentra justificada en virtud de ser atributos de la persona.

Conforme a lo anterior, la Corte IDH ha establecido que la Convención, así como otros tratados de derechos humanos, se diferencian de los demás tratados por la naturaleza especial de los mismos en tanto están centrados en la protección del ser humano<sup>2</sup>.

Dicha naturaleza y su mecanismo de implementación colectiva conllevan la necesidad de aplicar e interpretar sus disposiciones de acuerdo a su objeto y fin, de manera que quede asegurado el cumplimiento efectivo de los derechos (*effet utile*) al interior de los Estados. En ese sentido, tanto la Corte Interamericana como el Tribunal Europeo de Derechos Humanos han considerado a los tratados de derechos humanos como “instrumentos vivos, cuya interpretación tiene que acompañar la evolución de los tiempos y las condiciones de vida actuales.”<sup>3</sup> Asimismo, “la Corte debe prestar atención a las particulares necesidades de protección del ser humano, destinatario último de las normas contenidas en el tratado de referencia. En razón del carácter *erga omnes* de las obligaciones convencionales de protección a cargo de los Estados, no resulta posible determinar su alcance en función de una visión centrada en la voluntad soberana de aquéllos y de los efectos de las relaciones meramente interestatales”, por lo que “al interpretar la Convención debe siempre elegirse la alternativa más favorable para la tutela de los derechos protegidos por dicho tratado, según el principio de la norma más favorable al ser humano.”<sup>4</sup>

Ahora bien, es importante enmarcar la interpretación de la Convención Americana y su aplicación a un caso concreto, tomando como referencia las obligaciones contenidas en los

---

<sup>1</sup> P.Nikken, “Los Derechos Humanos en el Sistema Regional Americano”, en *Curso Interdisciplinario en Derechos Humanos*, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 1990, pág. 98.

<sup>2</sup> Cfr. *Caso Ivcher Bronstein. Competencia Sentencia de 24 de septiembre de 1999*. Serie C No. 54, párr. 42; *Caso de Mapiripán Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 15 de septiembre de 2005. Serie C No. 134, párr. 90 y *Caso Baena Ricardo*. Sentencia de 28 de noviembre de 2003. Serie C No. 104, párr. 96.

<sup>3</sup> Cfr. European Court of Human Rights, *Tyrer v. The United Kingdom*, judgment of 25 April 1978, Series A no. 26, par. 31 y Caso de la “Masacre de Mapiripán”, supra nota 2, párr. 106.

<sup>4</sup> Cfr. *Caso Baena Ricardo y otros*, supra nota 2, párr. 189; *Caso de la “Masacre de Mapiripán”*, supra nota 2, párr. 106 y *Caso Ricardo Canese*. Sentencia de 31 de agosto de 2004. Serie C No. 111, párr. 181.

artículos 1.1 y 2 de la Convención, ya que constituyen la base para la determinación de responsabilidad de un Estado por violaciones a la misma.<sup>5</sup>

El artículo 1.1 impone a los Estados los deberes fundamentales de respeto y de garantía.<sup>6</sup> La obligación de “respetar los derechos y libertades” reconocidos en la Convención consiste en imponer al ejercicio de la función pública límites que derivan del hecho de que los derechos humanos son atributos inherentes a la dignidad humana y, en consecuencia, superiores al poder del Estado.<sup>7</sup> En este sentido, la obligación de respetar es de carácter negativo, ya que implica fundamentalmente el deber de abstenerse de interferir con el ejercicio de los derechos.<sup>8</sup>

Por su parte la obligación de “garantizar el libre y pleno ejercicio de los derechos reconocidos por la Convención a toda persona sujeta a su jurisdicción”, implica el deber de organizar todo el aparato estatal y, en general, todas las estructuras a través de las cuales se manifiesta el ejercicio del poder público, de manera que sean capaces de asegurar jurídicamente el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos. Como consecuencia de esta obligación, los Estados deben prevenir, investigar y sancionar toda violación de los derechos reconocidos por la Convención y procurar, además, el restablecimiento, si es posible, del derecho conculcado y, en su caso, la reparación de los daños producidos por la violación de los derechos humanos.<sup>9</sup>

En este sentido, “todo menoscabo a los derechos humanos reconocidos en la Convención que pueda ser atribuido, según las reglas del Derecho Internacional, a la acción u omisión de cualquier autoridad pública, constituye un hecho imputable al Estado que compromete su responsabilidad en los términos previstos por la misma Convención.”<sup>10</sup>

---

<sup>5</sup> Cfr. Caso de la “Masacre de Mapiripán”, supra nota 2, párr. 107.

<sup>6</sup> Cfr. Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Fondo. Sentencia de 29 de julio de 1988. Serie C No. 4, párr.164; Caso Kawas Fernández Vs. Honduras. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 3 de abril de 2009 Serie C No. 19, párr. 72 y, 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 No. 182, párr. 209.

<sup>7</sup> Cfr. Caso Velásquez Rodríguez, supra nota 6, párr. 165; Caso Godínez Cruz Vs. Honduras. Fondo. Sentencia de 20 de enero de 1989. Serie C No. 5 párr. 174.

<sup>8</sup> Faúndez Ledesma Héctor, “El sistema Interamericano e protección de los derechos humanos,” 2004 III Edición, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, pág. 77.

<sup>9</sup> Cfr. Caso Velásquez Rodríguez, supra nota 6, párr. 166; Caso Kawas Fernández, supra nota 6 párr. 190 y, Caso Perozo y otros Vs. Venezuela. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de enero de 2009. Serie C No. 195, párr. 149.

<sup>10</sup> Cfr. Caso Velásquez Rodríguez, supra nota 6, párr. 164; Caso Ríos y otros Vs. Venezuela. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de enero de 2009. Serie C No. 194, párr. 119, y Caso Heliodoro Portugal Vs. Panamá. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 12 de agosto de 2008. Serie C No. 186, párr. 140.

Estos artículos son los que enmarcan las obligaciones de los Estados de respetar los derechos que protege el Sistema Interamericano y de ahí la importancia de entenderlos como punto de partida para el presente *amicus curie*, esto nos permitirá entender como la violación de los derechos que se explicarán a continuación conllevan a la determinación de la responsabilidad por parte del Estado.

### **III. La interseccionalidad: un análisis útil y necesario para el caso Chinchilla Sandoval vs. Guatemala.**

En la presente sección haremos una breve exposición del término interseccionalidad y de su utilidad para el análisis del caso Chinchilla Sandoval vs. Guatemala. Para ello, explicaremos el origen de este concepto en la doctrina de las ciencias sociales y resaltaremos el valor jurídico que tiene para los derechos humanos. Posteriormente, explicaremos por qué este tipo de enfoque es importante para el estudio del caso *sub judice* por parte de la Corte Interamericana, el cual tomaremos como punto de partida para el desarrollo de los estándares de derecho internacional que le son aplicables.

Algunas autoras consideran que el comienzo de lo que hoy llamamos perspectivas interseccionales lo encontramos hace más de dos siglos por personalidades como Olympia de Gouges, quien resaltó de una manera particular la importancia de los derechos de las mujeres mediante La Declaración de los Derechos de la Mujer de 1791. Ya a mediados del siglo XX, feministas como Angela Davis, Audre Lorde o bell hooks, cuestionaron la categoría de mujer empleada hasta el momento por la academia y la sociedad, mostrando que las preocupaciones, las necesidades y las experiencias de las mujeres de color o que no pertenecían a las clases sociales privilegiadas, no tenían cabida en las discusiones y nociones tradicionales sobre las mujeres. En las últimas décadas, la interseccionalidad ha adquirido relevancia en los debates contemporáneos en torno a la diversidad<sup>11</sup>, la administración pública global y los derechos humanos<sup>12</sup>.

Desde su origen, la noción de interseccionalidad ha estado asociada a los estudios de la jurisprudencia. La primera vez que se utilizó la analogía de la interseccionalidad, la feminista norteamericana Kimberlé Crenshaw -en su ensayo hito sobre cómo los tribunales norteamericanos separaban las nociones de raza y género en la aplicación de las leyes antidiscriminación y dejaban sin protección legal a las mujeres afroamericanas trabajadoras- explicó:

*“Consider an analogy to traffic in an intersection, coming and going in all four directions. Discrimination, like traffic through an intersection, may flow in one*

---

<sup>11</sup> Viveros, Mara (2010). “Interseccionalidad: Perspectivas sociológicas y políticas”. en Claudia Mayorga, Ju Peruchi & Marco Prado *Olhares diversos: direitos sexuais, feminismos e lesbianidades*

<sup>12</sup> Esguerra, Camila & Bello, Jeisson (2014). “Interseccionalidad y políticas públicas LGBTI en Colombia: usos y desplazamientos de una noción crítica”. *Revista de Estudios Sociales* No. 49. pp. 19-32

*direction and it may flow in another. If an accident happens at an intersection, it can be caused by cars travelling from any number of directions and, sometimes, from all of them. Similarly, if a black woman is harmed because she is in the intersection, her injury could result from sex discrimination or race discrimination.”<sup>13</sup>*

Esta analogía permitiría desarrollar un entendimiento más complejo de las dinámicas de discriminación y de opresión que permiten la afectación de los derechos humanos de distintas personas cuando hay múltiples factores vulnerabilidad. En ese sentido, la interseccionalidad es una forma de análisis que articula la manera en las que tales afectaciones son experimentadas de acuerdo con las características de los grupos sociales, teniendo en cuenta la concurrencia de dinámicas en relación a la raza, la clase, el género, la orientación sexual, la capacidad, la religión y la edad, entre otros<sup>14</sup>.

Un estudio conjunto de estos elementos busca dar cuenta de las formas específicas y diferenciales en que las personas pueden verse vulneradas como consecuencia de un entramado de discursos sociales, yendo más allá de considerar estos factores como propiedades sociales que se suman o se restan en una escala<sup>15</sup>. La apuesta de la interseccionalidad consiste en aprehender las relaciones sociales como construcciones de distintos órdenes de clase, género y raza (entre otros) que interactúan entre ellos formando contextos concretos y particulares.

Pero ¿qué importancia tiene la interseccionalidad para los derechos humanos? En el derecho internacional de los derechos humanos los motivos de discriminación fueron originalmente

---

<sup>13</sup> Ello quiere decir “Consideremos como analogía el tráfico en una intersección que viene y va en las cuatro direcciones. La discriminación, como el tráfico en una intersección, puede fluir en una dirección o en otra. Si un accidente ocurre en una intersección, puede ser causado por carros viniendo en cualquier tipo de dirección y en ocasiones viniendo de todas ellas. Similarmente, si una mujer negra se ve lastimada porque está en una intersección, su daño puede provenir de la discriminación por sexo o de la discriminación por raza”. Crenshaw, Kimberlé (1989). “Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics”. *Chicago Legal Review* 139, pp. 139-167

<sup>14</sup> En términos de sistemas y de organización social “implica el reconocimiento del cruce de las matrices de opresión de género y sexualidad con las matrices y los sistemas de raza/racialización/racismo, clase, modernidad/colonialidad, heterosexualidad obligatoria como régimen político, cisgenerismo, sistema etario, segregación y jerarquización territorial, discapacidad física, mental, sensorial y múltiple”. Esguerra, Camila & Bello, Jeisson (2014). “Interseccionalidad y políticas públicas LGBTI en Colombia: usos y desplazamientos de una noción crítica”. *Revista de Estudios Sociales* No. 49. pp.19-32

<sup>15</sup> Viveros, Mara (2010). “Interseccionalidad: Perspectivas sociológicas y políticas”. en Claudia Mayorga, Ju Peruchi & Marco Prado *Olhares diversos: direitos sexuais, feminismos e lesbianidades*



concebidos como causas separadas, exclusivas o alternativas de discriminación<sup>16</sup>. Sin embargo, en la última década, algunos organismos de Naciones Unidas empezaron a considerar formas de discriminación que combinan dos o más de estos motivos, tal como puede apreciarse en la Declaración de Durban, emitida como fruto de la Conferencia contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y la Intolerancia, en la cual se incorporó el concepto de “discriminación múltiple” para referirse a “motivos conexos” o que “agravan” la discriminación basada en la raza, tales como el sexo, idioma, religión, opinión política, situación económica o de nacimiento<sup>17</sup>. Por su parte, la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad menciona en su preámbulo que las personas con discapacidad son víctimas de “múltiples o agravadas formas de discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional, étnico, indígena o social, patrimonio, nacimiento, edad o cualquier otra condición”<sup>18</sup>.

Asimismo, en el año 2000, el Comité sobre la Eliminación de la Discriminación Racial adoptó la Recomendación General No.25 que reconocía que algunas formas de discriminación racial tienen una forma única y específica de afectar a las mujeres<sup>19</sup> y, en su Recomendación General No.32, mencionó a la interseccionalidad como un concepto que permitía expandir el entendimiento de la discriminación en la práctica<sup>20</sup>. De la misma forma, el Comité CEDAW, en su Recomendación General No. 28, ha determinado que los Estados parte deben

---

<sup>16</sup> Según Góngora, Manuel. “Derecho a la salud y discriminación interseccional: una perspectiva judicial de experiencias latinoamericanas”. Son ejemplos de esto instrumentos como la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial o la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

<sup>17</sup> Góngora, Manuel. “Derecho a la salud y discriminación interseccional: una perspectiva judicial de experiencias latinoamericanas”.

<sup>18</sup> Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Preámbulo, p).

<sup>19</sup> UN Committee on the Elimination of Racial Discrimination, ‘General Recommendation no. 25 on Gender related dimensions of racial discrimination (01 October 2000) UN Doc A/55/18; Curran, Siobhan (2014). “Intersectionality and Human Rights Law: An examination of the Coercive Sterilisations of Romani Women”. University of Ulster.

<sup>20</sup> UN Committee on the Elimination of Racial Discrimination, ‘General Recommendation no. 32 The meaning and scope of special measures in the International Convention on the Elimination of Racial Discrimination’ (24 September 2009) CERD/C/GC/32; Curran, Siobhan (2014). “Intersectionality and Human Rights Law: An examination of the Coercive Sterilisations of Romani Women”. University of Ulster.

reconocer legalmente y prohibir esas formas interseccionales de discriminación y su impacto negativo sobre las mujeres<sup>21</sup>.

Este reconocimiento de cómo distintos factores pueden generar vulnerabilidad en una víctima se ha desarrollado también en el análisis de casos concretos en el derecho internacional. Así, por ejemplo, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en el asunto B.S vs. España estimó que “las decisiones dictadas por los Órganos Jurisdiccionales internos, no tuvieron en cuenta la vulnerabilidad específica de la demandante, inherente a su condición de mujer africana ejerciendo la prostitución”<sup>22</sup> o por el Comité CEDAW quien en el caso Kell vs. Canadá encontró que la víctima había recibido una discriminación interseccional basada en su estatus de mujer aborigen que había experimentado la violencia doméstica<sup>23</sup>. También en el caso Pimentel vs. Brasil sobre mortalidad materna, el Comité CEDAW determinó que la víctima fue discriminada como consecuencia de su género, su raza y su situación socioeconómica<sup>24</sup>.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos también ha conocido de casos en los que las víctimas se han visto afectadas de una manera especial por las diferentes características y relaciones sociales que las rodean, reconociendo la existencia de estos factores y analizando jurídicamente de manera diferencial en estos casos a las obligaciones del Estado, incluso cuando hace referencia a derechos distintos a los de la igualdad y la no discriminación.

Hay al menos dos mecanismos jurídicos que la Corte ha decidido aplicar cuando existen estas circunstancias de mayor vulnerabilidad frente a las violaciones de derechos humanos. En primer lugar, el poner en cabeza del Estado la carga de la prueba de no haber limitado un derecho en virtud de las categorías protegidas bajo la Convención (tales como raza, color,

---

<sup>21</sup> UN Committee for the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, ‘General Recommendation No. 28 on the Core Obligations of States Parties under Article 2 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women’ (19 October 2010) CEDAW/C/2010/47/GC.2; Curran, Siobhan (2014). “Intersectionality and Human Rights Law: An examination of the Coercive Sterilisations of Romani Women”. University of Ulster.

<sup>22</sup> TEDH. Sentencia caso B.S vs. España. App. 47159/08. Sentencia de 24 de julio de 2012; Curran, Siobhan (2014). “Intersectionality and Human Rights Law: An examination of the Coercive Sterilisations of Romani Women”. University of Ulster.

<sup>23</sup> CCEDAW. Comunicación no. 19720/08. CEDAW/C/51/D/19/2008. 27 de Abril de 2012; Curran, Siobhan (2014). “Intersectionality and Human Rights Law: An examination of the Coercive Sterilisations of Romani Women”. University of Ulster.

<sup>24</sup> CCEDAW. Comunicación no. 17/2008. CEDAW/C/49/D/17/2008. 27 de septiembre de 2011; Curran, Siobhan (2014). “Intersectionality and Human Rights Law: An examination of the Coercive Sterilisations of Romani Women”. University of Ulster.

sexo, idioma, religión, opiniones política, entre otras) y por tanto de no haber generado discriminación con sus conductas<sup>25</sup>.

En segundo lugar, en los casos en los que existen algunos de estos factores, la Corte ha entendido que hay una obligación reforzada del Estado de proteger de manera diligente los derechos consagrados en la Convención. Ejemplo de esto es el caso Furlan y otros vs. Argentina en el que la Corte expresó: “que toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, en razón de los deberes especiales cuyo cumplimiento por parte del Estado es necesario para satisfacer las obligaciones generales de respeto y garantía de los derechos humanos. El Tribunal recuerda que no basta con que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre, como la discapacidad”<sup>26</sup>. Así mismo, observando otras condiciones de vulnerabilidad, la Corte ha entendido estas obligaciones reforzadas a la luz del carácter de garante que tiene el Estado frente a aquellas personas que están bajo su custodia o cuidado<sup>27</sup>.

Adicionalmente, vale la pena recordar que la Corte IDH ha reconocido en numerosos fallos que la publicación de sus sentencias hace parte de las medidas de reparación (particularmente como medida de satisfacción)<sup>28</sup>, vocación reparadora del texto a la que sin duda aportaría una descripción de las violaciones de derechos humanos que dé cuenta de las dinámicas complejas de vulneración en virtud a la intersección de las características y contextos sociales mencionados.

Consideramos, por tanto, que una lectura interseccional es primordial para el estudio del caso Chinchilla Sandoval vs. Guatemala, toda vez que la señora Chinchilla era una mujer con discapacidad en situación carcelaria, factores que de ser tenidos en cuenta de una manera

---

<sup>25</sup> De ello es ejemplo el caso Atala Riffo vs. Chile, en el cual la Corte consideró que el Estado es ejemplo el caso Atala Riffo vs. Chile, en el cual la Corte consideró que el Estado había vulnerado el derecho a la igualdad, la prohibición de discriminación, el derecho a la vida privada y el derecho a las garantías judiciales, entre otros, por no haber comprobado que la orientación sexual de la jueza chilena fuera una motivación adecuada para justificar la limitación de la custodia sobre sus hijas.

<sup>26</sup> Corte IDH. Caso Furlan y otros vs. Argentina. Sentencia de Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. 31 de Agosto de 2012.

<sup>27</sup> Muestra de ello, es el caso Ximenes López vs. Brasil, en el cual la Corte determinó que el Estado tenía una obligación positiva de proveer las condiciones necesarias para desarrollar una vida digna, en especial a las personas que se encuentran recibiendo atención médica y cuando a personas con discapacidad de refiere

<sup>28</sup> Ver, por ejemplo, Corte IDH. Caso Cantoral Benavides Vs. Perú. Excepciones Preliminares. 3 de septiembre de 1998. Serie C No. 40 o Corte IDH .Caso Pueblo Indígena Kichwa de Sarayaku Vs. Ecuador.Sentencia de Fondo y Reparaciones. 27 de junio de 2012

conjunta por la Corte, permitirán que estudie a mayor profundidad las siguientes consecuencias:

- i) Que si bien en este caso no ha sido alegado por los representantes de las víctimas o por la Comisión una violación al derecho a la igualdad, sí puede analizarse si existió una garantía adecuada de los derechos a la vida, la integridad o la salud sin discriminación (este último, derecho objeto de este *amicus*). Particularmente, si la señora Chinchilla Sandoval tuvo el mismo acceso a los servicios de salud que tendría una persona que no fuera privada de la libertad o que siendo privada de la libertad no fuera mujer con discapacidad física o mental.

Esta lectura de la no discriminación, acorde con las disposiciones del artículo 1.1 de la Convención Americana<sup>29</sup>, debe ser entendida también a partir de la igualdad material (en contraposición a la igualdad formal), teniendo en cuenta que el Estado no solamente debe abstenerse de realizar acciones que profundicen la marginación de las personas que tienen estas características, sino además debe adoptar medidas positivas para favorecer su integración a la sociedad y su acceso a bienes sociales<sup>30</sup>. De esta manera, la señora Chinchilla Sandoval pudo haber sido tratada de manera discriminatoria, en relación a su acceso a la salud, no sólo en tanto no se brindara el exacto mismo servicio que tienen otras personas no privadas de la libertad, hombres o personas sin discapacidad, sino además, pudo haber sido tratada de manera discriminatoria en cuanto no se le otorgaron los servicios específicos que sus condiciones requerían y que le hubieran permitido disfrutar su derecho a

---

<sup>29</sup> El artículo 1.1 establece que “*Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.*” (subrayado fuera del texto). El análisis de discriminación indirecta que de esta disposición deriva, en concordancia a factores “como el género, discapacidad y situación económica”, por ejemplo, en el caso Artavia Murillo vs. Costa Rica.

Corte IDH. Caso Artavia Murillo y otros (Fertilización in vitro) Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas Sentencia de 28 noviembre de 2012 Serie C No. 257, Párrafo 287

<sup>30</sup> Gonzales, Marianne & Parra, Oscar. Concepciones y cláusulas de igualdad en la jurisprudencia de la Corte Interamericana. A propósito del Caso Apitz. Revista del Instituto Interamericano de Derechos Humanos 47, Enero-Junio 2008, 127-164.

Vale la pena tener en cuenta que el concepto de igualdad material ha sido ampliamente desarrollado por la Corte Constitucional Colombiana, la cual ha afirmado, por ejemplo, que “*Una de las bases del Estado Social de Derecho es la consagración del principio de igualdad material, es decir, de igualdad real y efectiva, como expresión del designio del poder público de eliminar o reducir las condiciones de inequidad y marginación de las personas o los grupos sociales y lograr unas condiciones de vida acordes con la dignidad del ser humano*” y que “*para corregir desigualdades de hecho, se encarga al Estado de promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva. En este sentido se debe adoptar medidas en favor de grupos discriminados o marginados, y proteger especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en circunstancias de inferioridad manifiesta*” (Sentencia T-387 de 2012. M.P Jorge Ignacio Pretelt)

la salud de manera efectiva. Estas atenciones especiales que eran igualmente obligatorias al Estado para lograr garantizar a cabalidad y sin discriminación el derecho a la salud serán desarrolladas más adelante en el presente texto.

- ii) Que la existencia de un contexto de situación carcelaria da al Estado una condición de garante, reforzando las obligaciones en cabeza suya para la efectiva garantía de los derechos humanos;
- iii) que la existencia de condiciones de género y de discapacidad dan un contenido distinto a las obligaciones del Estado en materia de salud, vida y/o integridad personal, dándoles también un carácter reforzado y particular; y
- iv) que las violaciones de derechos humanos de las cuales la señora Chinchilla fue víctima deben ser narradas en el texto de la sentencia, dando cuenta de la forma en la que articuladamente operaron los factores de género y discapacidad en el contexto carcelario, de manera que pueda darse a la sentencia una vocación realmente reparadora.

A continuación buscaremos mostrar algunos de los contenidos diferenciales de las obligaciones que tenía el Estado, así como de aquellas obligaciones reforzadas para garantizar los derechos a la salud de la señora Chinchilla para este caso.

#### **IV. Derecho a la salud**

El derecho a la salud se encuentra reconocido dentro del Sistema Interamericano de Derechos Humanos en la Declaración Americana, en el Protocolo de San Salvador y en la Convención Americana. Así, el artículo 10 del Protocolo de San Salvador establece que “toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”, lo que está en consonancia con el artículo XI de la Declaración Americana, el cual señala que el mencionado derecho debe ser garantizado por medio de “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”. A su vez, el artículo 26 de la Convención, que ya superó el debate sobre su exigibilidad y justiciabilidad, reconoce la obligación directa de los Estados de promover el desarrollo progresivo y la no regresividad de los derechos económicos, sociales y culturales, a fin de garantizar la plena efectividad de esos derechos, entre ellos, el derecho a la salud.

Asimismo, el derecho a la salud encuentra respaldo en los derechos a la vida y a la integridad, ambos consagrados en los artículos 4 y 5 de la Convención Americana. De esta manera, aunque se le niegue el reconocimiento como derecho fundamental autónomo, es posible que la Corte Interamericana de Derechos Humanos reconozca su vulneración cuando ésta produce una afectación indirecta o por conexidad a un derecho fundamental, tal

como los derechos a la vida y a la integridad ya mencionados<sup>31</sup>.

Siendo evidente la protección normativa del derecho a la salud en el Sistema Interamericano, cabe hacer un análisis de su alcance y forma cuando es aplicado dentro del contexto de privación de libertad a fin de identificar las matrices de las obligaciones estatales y de los derechos de la Sra. Chinchilla.

#### **a. Derecho a la salud de las personas privadas de la libertad**

Primeramente, es necesario que la garantía del derecho a la salud sea acorde al contexto de privación de la libertad, cuyas especificidades son tales que han sido respaldadas por múltiples documentos que se dedican a establecer estándares y principios aplicables a este escenario específico. Como establece el Manual de Buenas Practicas Penitenciarias<sup>32</sup>, los derechos humanos de los reclusos provienen de los derechos humanos universales, e incluyen el derecho a la vida y a la seguridad personal, el derecho de no ser torturado ni maltratado, el derecho a la salud y el derecho al respeto a la dignidad humana, entre otros. Específicamente, el derecho a la salud incluye el derecho a la salud adecuada, a la atención médica y al derecho subyacente a vivir en un ambiente que no genera enfermedades y discapacidad mental.<sup>33</sup> La manutención de este ambiente sano depende de la provisión de los factores determinantes de la salud, como un espacio adecuado, nutrición, agua potable, saneamiento, calefacción, aire fresco, luz natural y artificial.<sup>34</sup>

Según el mencionado Manual, la salud física y mental de los presos es el aspecto más importante, como también el más vulnerable de la vida en la prisión, de manera que demanda atención especial y reforzada del Estado. Eso se deriva del deber de cuidado y

---

<sup>31</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (1982). Resolución No. 3 sobre los Derechos Humanos en el Estado de Cuba. Resolución del 8 de marzo de 1982.

<sup>32</sup> Instituto Interamericano de Derechos Humanos Manual de buena práctica penitenciaria / Instituto Interamericano de Derechos Humanos. --San José, C.R. : Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 1998, Principio 60.

<sup>33</sup> Reporte del Relator Especial del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Paul Hunt, E/CN.4/2005/51, 11 de Febrero de 2005, §45, que determina “así como el derecho a atención médica, el derecho a la salud incluye el tener derecho a determinantes subyacentes de salud, incluyendo salubridad adecuada, agua potable, así como alimentos y refugio adecuados”.

<sup>34</sup> OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO , Manual para Operadores de Establecimientos Penitenciarios y Gestores de Políticas para Mujeres encarceladas – Viena, Italia, 2008.

posición especial de garante<sup>35</sup> que aquel asume cuando priva de la libertad a una persona, creando una obligación positiva de proveer las condiciones necesarias para desarrollar una vida digna de todos los que están bajo su custodia. Así, asume la obligación de mantener la seguridad y bienestar de los reclusos, tal como garantizar procedimientos médicos y de enfermería suficientes y eficientes.

El Estado de Guatemala no ha cumplido las obligaciones mencionadas, lo que se puede identificar del análisis de las condiciones del Centro de Orientación Femenino, donde la Señora Chinchilla se hallaba privada de libertad. Según consta en la Relatoría de Fondo de la CIDH:

*“en el centro había tres doctores, de los cuales uno asistía los lunes y jueves por la tarde, otro los viernes por la mañana y el tercero los sábados por la mañana. En este sentido, la CIDH nota que los médicos acudirían a tiempo parcial y los días martes, miércoles y domingo no había doctor disponible.”*

Es decir que no existían procedimientos médicos y de enfermería suficientes, de manera que la Señora Chinchilla no disponía de la atención necesaria para garantizar su bienestar y el pleno desarrollo de una vida digna. Además, tal como fue notado por la CIDH:

*“i) el sistema penitenciario no proporcionaba a la señora Chinchilla el medicamento que requería para su enfermedad diabetes mellitus y ella misma se lo proporcionaba atendiendo a sus circunstancias económicas o posibilidad de sus familiares de proporcionarla; ii) el COF no contaba con las instalaciones adecuadas ni personal especializado para brindarle su tratamiento médico ni atenderla en una situación de emergencia; iii) el COF no le proporcionaba los alimentos que eran adecuados y necesarios para controlar su enfermedad y ella misma se los suministraba atendiendo a sus propias posibilidades o a través de internas del COF; iv) no existía una estrategia diseñada dentro del COF para proveerle condiciones que previnieran el agravamiento de la enfermedad.”*

Todos los hechos mencionados violan el principio de la normalidad<sup>36</sup>, teniendo en vista que el hecho de la detención o del encarcelamiento no justifica legalmente una limitación al derecho

---

<sup>35</sup> Corte IDH. Caso Mendoza y otros Vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 14 de mayo de 2013 Serie C No. 260, párr. 188. Ver CIDH, *Informe sobre los Derechos Humanos de las Personas Privadas de la Libertad en las Américas*, 31 de diciembre de 2011, párrs. 49 y ss.

<sup>36</sup> Instituto Interamericano de Derechos Humanos Manual de buena práctica penitenciaria / Instituto Interamericano de Derechos Humanos. --San José, C.R.: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 1998, p.30.

al acceso a la salud<sup>37</sup>. Es obligación del Estado y de la autoridad carcelaria<sup>38</sup> garantizar que la persona detenida disfrute de manera equivalente, en mismo grado y calidad, la salud ofrecida a los demás ciudadanos. Esa obligación está relacionada al principio de la equivalencia, previsto en las Reglas Mínimas para el Tratamiento de Reclusos y en las Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos, que fija el entendimiento de que a las personas reclusas se debe brindar un patrón de cuidados de salud equivalente al disponible a la comunidad y que no debe ser sometido a atención inadecuada solamente por su status de detenidos<sup>39</sup>.

De esa manera la persona reclusa tiene el derecho disfrutar de la atención sanitaria brindada a la población en general, y más que eso, la política de salud en los centros de detención debe estar integrada a la política nacional de salud<sup>40</sup>, lo que incluye niveles de promoción y educación en salud y prevención de enfermedades. Esto sólo se puede obtener si “todos en la prisión saben que para un médico, enfermera o para un trabajador de la salud de la institución, el paciente siempre tiene la prioridad por sobre el orden, la disciplina y cualquier otro interés de la institución penal”<sup>41</sup>.

Por último, otro principio esencial a lo cual están vinculados los Estados en términos de obligaciones para garantizar el pleno acceso a la salud de las personas privadas de libertad es el principio de la individualización del tratamiento. Ese concepto incluye el derecho a la salud, de manera que exige al régimen penitenciario que asegure el tratamiento individualizado de los reclusos, utilizando todos los medios curativos, educativos, morales, espirituales y de otra naturaleza, y todas las formas de asistencia de que pueda disponer<sup>42</sup>.

A parte de estos principios guía, el Estado de Guatemala posee obligaciones específicas relacionadas al derecho a la salud proveniente de su ratificación del Protocolo de San

---

<sup>37</sup> Ibidem, §4.

<sup>38</sup> Committee of Ministers of the Council of Europe. Recommendation No. R (2006) 2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules (adopted 11 January 2006). Strasbourg, Council of Europe.

<sup>39</sup> Lines R (2006). From equivalence of standards to equivalence objectives: the entitlement of prisoners to health standards higher than those outside prisons. *International Journal of Prisoner Health*, 2:269–280.

<sup>40</sup> Recomendación REC (2006)2 del Comité de Ministros de los Estados Miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas, adoptado por el Comité de Ministros, el 11 de enero de 2006, en la 952ª Reunión de Delegados de Ministros: SALUD. ASISTENCIA SANITARIA.

<sup>41</sup> Instituto Interamericano de Derechos Humanos Manual de buena práctica penitenciaria / Instituto Interamericano de Derechos Humanos. --San José, C.R. : Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 1998, §5.

<sup>42</sup> Resolución 45/110, Asamblea General de las Naciones Unidas, Principio 59.



Salvador<sup>43</sup>. Estas obligaciones clarifican la conducta esperada por parte del Estado, no habiendo posibilidad de argumentar el desconocimiento de tales.

Tal como ya fue reconocido por la Corte<sup>44</sup>, la situación y condiciones en la prisión requieren de disposiciones y medidas específicas y detalladas, las cuales desarrollaremos a seguir dentro de los límites del caso, con énfasis en la situación de la Sra. Chinchilla como mujer encarcelada con enfermedad crónica o compleja.

#### **b. Derecho a la salud de las mujeres privadas de la libertad.**

Los estándares internacionales en materia de salud para la población carcelaria buscan establecer parámetros mínimos para que se proteja la dignidad, integridad y vida de este grupo en general, siendo necesario el análisis de la situación específica de la mujer dentro del contexto mencionado. Los instrumentos de protección fueron pensados para todos los reclusos sin discriminación, de manera que en el momento de su creación no fue dedicada suficiente atención a las necesidades de las mujeres. Por esta razón, en la actualidad se ha hecho urgente que al aplicar esas reglas se tenga en cuenta las necesidades y realidades específicas de todos los detenidos, especialmente de las reclusas<sup>45</sup>.

---

<sup>43</sup> “2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

- a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
- b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- e. la educación de la población sobre la prevención y 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>44</sup>Corte IDH. Caso del Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2006. Serie C No. 160

<sup>45</sup> Al respecto las observaciones preliminares de las Reglas de Bangkok establecen: *“Las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos<sup>1</sup> se aplican a todos ellos sin discriminación, por lo que en su aplicación se deben tener en cuenta las necesidades y la situación concretas de todas las personas privadas de libertad, incluidas las mujeres. Sin embargo, en esas reglas aprobadas hace más de 50 años no se hacía suficiente hincapié en las necesidades especiales de las mujeres. Al haber aumentado la población penal femenina en todo el mundo, ha adquirido importancia y urgencia la necesidad de aportar más claridad a las consideraciones que deben aplicarse al tratamiento de las reclusas”.*

Como fue establecido en apartes anteriores, todos los privados de libertad, hombres o mujeres, tienen el derecho de disfrutar cuidados médicos según sus necesidades. Esto conlleva también que las vulnerabilidades específicas de las mujeres en detención exigen que las instituciones carcelarias del Estado provean mejoras inmediatas a sus condiciones de encarcelamiento, partiendo del reconocimiento de que los sistemas carcelarios fueron pensados para abastecer la gran mayoría de reclusos del sexo masculino, de manera que las necesidades específicas de las mujeres son reiteradamente desatendidas<sup>46</sup>.

La Oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas (UNODC) identificó en su manual para administradores de prisiones y creadores de política pública, que aunque existen variaciones entre los países se han podido identificar problemáticas comunes a las mujeres privadas de la libertad, a saber, la falta de acceso a la justicia en condiciones de igualdad, una desproporcionada tendencia a sufrir abuso físico y sexual antes y durante su aprehensión, un alto nivel de necesidades de atención en salud mental, la tendencia a tener a su cargo labores de cuidado como el de los niños o familiares, así como una alta susceptibilidad a sufrir de estigmatización y abandono con posterioridad a su salida<sup>47</sup>. Muchas de estas mujeres, además, provienen de contextos de pobreza, abuso físico y emocional, dependencia al alcohol o a las drogas y enfermedades mentales que deben ser tenidos en cuenta para brindar una adecuada atención en el contexto carcelario<sup>48</sup>. Dicha desatención acompañada de la falta de higiene, la inadecuada nutrición y el hacinamiento carcelario puede llevar a que empeoren sus condiciones de salud una vez en la cárcel<sup>49</sup>.

La obligación general de garantizar el derecho a la salud sin discriminación está consagrado, entre otros, en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el cual establece que los Estados reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental<sup>50</sup> y en los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos, los cuales en su principio 9, establecen que los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud disponibles en el país, sin discriminación por

---

<sup>46</sup> UNODC (2008). Handbook for prison managers and policymakers on Women and Imprisonment. Criminal Justice Handbook Series. United Nations, New York.

<sup>47</sup> UNODC (2008). Handbook for prison managers and policymakers on Women and Imprisonment. Criminal Justice Handbook Series. United Nations, New York.

<sup>48</sup> Ashdown, Julie & Mel, James (2010). Women in Detention. International Review of the Red Cross Vol. 92 No.877, pp. 123-141

<sup>49</sup> UNODC (2008). Handbook for prison managers and policymakers on Women and Imprisonment. Criminal Justice Handbook Series. United Nations, New York.

<sup>50</sup> Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Artículo 12. Este artículo establece textualmente: “*Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*”.

razón de su situación jurídica<sup>51</sup>. Así mismo, la obligación de garantizar a las mujeres el acceso a la atención médica sin discriminación puede encontrarse en la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer<sup>52</sup>. Por su parte, es posible tener en cuenta las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de Los Reclusos<sup>53</sup> en lo que refiere a la salud, como reglas que deben ser aplicables tanto a hombres como a mujeres.

El reconocimiento de necesidades particulares de las mujeres en el marco internacional se ha dado en las Reglas de Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (o Reglas de Bangkok), las cuales entre otras cosas tienen en cuenta la aplicación particular que debe darse a las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos antes mencionadas. En especial, las Reglas de Bangkok incluyen disposiciones sobre el “gender-specific health care” o servicios de atención en salud para las mujeres reclusas y sobre la forma mínima en que debe brindarse tal atención<sup>54</sup>.

---

<sup>51</sup> Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos, Principio 9. Este principio establece textualmente: *“Los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud disponibles en el país, sin discriminación por razón de su situación jurídica”*. Así mismo, este instrumento consagra en el Principio 24, lo siguiente: *“Un examen médico apropiado, se ofrecerá a toda persona detenida o presa tan pronto como sea posible después de su ingreso en el lugar de detención o prisión, tanto la atención médica como el tratamiento, a partir de entonces cada vez que sea necesario. Esa atención y ese tratamiento serán gratuitos”*.

<sup>52</sup> Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), Artículo 12 1. Este artículo establece textualmente *“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>53</sup> En ese sentido, pueden verse por ejemplo, las reglas 24, 25 y 52, las cuales establecen lo siguiente: *“Regla 24. El médico deberá examinar a cada recluso tan pronto sea posible después de su ingreso y ulteriormente tan a menudo como sea necesario, en particular para determinar la existencia de una enfermedad física o mental, tomar en su caso las medidas necesarias; asegurar el aislamiento de los reclusos sospechosos de sufrir enfermedades infecciosas o contagiosas; señalar las deficiencias físicas y mentales que puedan constituir un obstáculo para la readaptación, y determinar la capacidad física de cada recluso para el trabajo”*; *“Regla 25. (1) El médico estará de velar por la salud física y mental de los reclusos. Deberá visitar diariamente a todos los reclusos enfermos, a todos los que se quejen de estar enfermos y a todos aquellos sobre los cuales se llame su atención. (2) El médico presentará un informe al director cada vez que estime que la salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser afectada por la prolongación, o por una modalidad cualquiera de la reclusión.”*; *“Regla 52. (1) En los establecimientos cuya importancia exija el servicio continuo de uno o varios médicos, uno de ellos por lo menos residirá en el establecimiento o en su cercanía inmediata. 2) En los demás establecimientos, el médico visitará diariamente a los reclusos y habitará lo bastante cerca del establecimiento a fin de que pueda acudir sin dilación cada vez que se presente un caso urgente”*

<sup>54</sup> UN Economic and Social Council. Resolution 2010/16. United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules). Point 6, Health Services.

Así, estas reglas establecen la obligatoriedad de los exámenes médicos de ingreso y la necesidad de tener en cuenta factores como la existencia de dependencia a las drogas, el historial reproductivo de la reclusa y la existencia de formas de violencia (incluyendo la sexual) previas al ingreso<sup>55</sup>. De igual manera, mencionan el derecho de las mujeres a la confidencialidad médica, la posibilidad de solicitar que su atención médica sea brindada por una mujer profesional de la salud, el derecho a que sólo el personal médico esté presente durante las consultas y a que el personal brinde un apoyo adecuado para las reclusas que pueden encontrarse en situaciones de angustia. Además incluye menciones especiales a los cuidados que deben darse en presencia de VIH, abuso de drogas, prevención del suicidio y cuidados preventivos de salud<sup>56</sup>.

Partiendo de estas y otras fuentes, desarrollaremos a continuación tres puntos esenciales a tener en cuenta en este caso en relación a la atención de las mujeres privadas de la libertad: la atención de enfermedades crónicas o complejas, la atención ginecológica y los exámenes gineco-oncológicos y la atención a las mujeres en situación de discapacidad física y mental.

### **b.1 Atención a mujeres privadas de la libertad con enfermedades crónicas o complejas**

Como se ha dicho anteriormente, las malas instalaciones y condiciones del sistema carcelario, el aislamiento de la política de salud en cárcel de los servicios nacionales de salud y los desafíos en la garantía de servicios médicos básicos adecuados<sup>57</sup> afectan hombres y mujeres. No obstante, las mujeres son particularmente vulnerables a las mencionadas deficiencias ya que disponen de menos chances de disfrutar del cuidado médico con enfoque de género que les es urgente<sup>58</sup>. Es decir que aunque las condiciones de detención no sean en sí mismas discriminatorias, no tener en cuenta la necesidades especiales de las mujeres en un sistema pensado primariamente para hombres si podría tener este impacto<sup>59</sup>. La posición correcta a ser tomada por un Estado para evitar incurrir en discriminación, según

---

<sup>55</sup> UN Economic and Social Council. Resolution 2010/16. United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules). Rule 6

<sup>56</sup> UN Economic and Social Council. Resolution 2010/16. United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules). Rule 7-18.

<sup>57</sup> UNODC (2008). Handbook for prison managers and policymakers on Women and Imprisonment. Criminal Justice Handbook Series. United Nations, New York.

<sup>58</sup> UNODC (2008). Handbook for prison managers and policymakers on Women and Imprisonment. Criminal Justice Handbook Series. United Nations, New York.

<sup>59</sup> Julie Ashdown and Mel James. Women in Detention, International Review of the Red Cross, 2010. Disponible en: <https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/irrc-877-ashdown-james.pdf>.

la Organización Mundial de la Salud, sería aplicar los estándares internacionales con sensibilidad de género, tal actitud tiene el potencial de garantizar a las mujeres un tratamiento apropiado y en condiciones aceptables de encarcelamiento.

Como ha sido resaltado, tales condiciones deben tener en cuenta que las mujeres poseen necesidades complejas, que incluyen además de los problemas de salud mental, de comportamiento suicida, de abuso de sustancias y de salud reproductiva, el tratamiento de las enfermedades crónicas y complejas que podrían afectarles de una manera particular, tal como es el caso de la diabetes, enfermedad diagnosticada a la Sra. Chinchilla Sandoval, y el motivo primario de su muerte.

Es primordial que se reconozca la diabetes como enfermedad crónica, así como la hipertensión, el cáncer, el Alzheimer, la úlcera, el Parkinson y una serie de discapacidades físicas<sup>60</sup>. Durante la estadía en la prisión muchas de las necesidades críticas de salud que generan esas enfermedades no son atendidas, de manera que la condición de las reclusas empeora rápidamente, poniendo en riesgo su vida<sup>61</sup>. Frente a estas situaciones, el principio guía es el principio de la equivalencia del cuidado, el cual significa que el cuidado y tratamiento para enfermedades crónicas, tal como la diabetes y el cáncer, poseen elementos clave que deben ser proveídos en el medio penitenciario<sup>62</sup>. Esos elementos son tres: los exámenes y cuidados primarios, el estímulo al auto cuidado y la garantía de acceso a cuidado secundario.

Así, uno de los estándares internacionales más importantes en relación a la salud de la mujer se relaciona con la atención primaria. Considerando que la gran mayoría de mujeres encarceladas vienen de contextos de pobreza, ellas pueden no tener las condiciones para cubrir los costos del diagnóstico o del tratamiento, o puede que hayan experimentado discriminación y barreras en el acceso al servicio de cuidados médicos por cuenta de su género. En consecuencia, las mujeres reclusas tienen más necesidades de atención médica primaria en comparación a los hombres. Ese contexto hace que sea vital que esas mujeres tengan el adecuado chequeo de salud cuando ingresen en el establecimiento carcelario, y continúen teniendo acceso a servicios médicos y de salud en general durante su detención.<sup>63</sup>

La atención de salud primaria incluye los exámenes médicos y de salud en el momento de

---

<sup>60</sup>World Health Organization, Regional Office for Europe, Prisons and Health, 2014, Cap. 17.

<sup>61</sup>UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *Handbook on Prisoners with special needs*. CRIMINAL JUSTICE HANDBOOK SERIES. New York, 2009.

<sup>62</sup>World Health Organization, Regional Office for Europe, Prisons and Health, 2014, Cap. 10.

<sup>63</sup> Julie Ashdown and Mel James. *Women in Detention*, International Review of the Red Cross, 2010. Disponible en: <https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/irrc-877-ashdown-james.pdf>.

ingreso de la reclusa, sobre una base individual. Conforme a la UNODC:

“Esto es importante (a) para asegurar que el recluso empieza a recibir el tratamiento adecuado para las condiciones de salud de inmediato, (b) identificar cualquier signo de malos tratos durante la detención anterior o custodia y tomar las medidas oportunas.”

Es en el examen inicial que el personal de salud tiene la oportunidad de diagnosticar las condiciones de salud existentes desde el comienzo del encarcelamiento, pudiendo detectar enfermedades hasta el momento no diagnosticadas, como la diabetes a través de un análisis úrico<sup>64</sup>, así como proporcionar el tratamiento adecuado para una serie de enfermedades crónicas<sup>65</sup> y/o no contagiosas<sup>66</sup>, con el fin de evitar el deterioro de los problemas médicos durante el encarcelamiento. El mencionado procedimiento es particularmente importante para reclusos que no tenían, en la comunidad, contacto con los servicios de salud adecuados<sup>67</sup>.

Además, los exámenes de salud a la entrada permiten identificar cuales reclusas requieren atención especializada, de manera que se hagan los arreglos para proveer los medicamentos adecuados y coordinar las visitas regulares de los profesionales sanitarios civiles a los establecimientos penitenciarios, así como brindar la oportunidad a los reclusos de informar al personal de salud sobre su condición de salud previamente conocida y la medicación recomendada<sup>68</sup>. Como las instituciones de detención están obligadas a proteger la salud física y mental de los reclusos, el principio de la continuidad del cuidado debe ser aplicado y el tratamiento proveído fuera de la prisión continuado, teniendo siempre en cuenta cualquier resultado del chequeo realizado en la admisión<sup>69</sup>.

La señora Chinchilla fue detenida el 30 de mayo de 1995. Asimismo, el primer registro de acompañamiento de su salud data de 1997, lo que insinúa que no hubo ningún cuidado médico de ingreso a pesar de la situación previa de diabetes. Además, fue reconocido que la señora Chichilla no contaba con el auxilio del Centro para proveer los medicamentos necesarios para la manutención de su cuadro de diabetes. Por el contrario, la familia de la señora estaba encargada de llevarle los medicamentos obtenidos con sus propios recursos. Por último, no hubo una preocupación de la autoridad judicial en coordinar visitas regulares del personal médico a la señora o de la señora al hospital. Al decidir sobre tales permisos, el

---

<sup>64</sup>World Health Organization, Regional Office for Europe, Prisons and Health, 2014, Cap. 10.

<sup>65</sup>, incluyendo enfermedades del sistema reproductivo de la mujer.<sup>65</sup>

<sup>66</sup> World Health Organization, Regional Office for Europe, Prisons and Health, 2014, Cap. 10.

<sup>67</sup>World Health Organization, Regional Office for Europe, Prisons and Health, 2014, Cap. 10.

<sup>68</sup>World Health Organization, Regional Office for Europe, Prisons and Health, 2014, Cap. 10.

<sup>69</sup> World Health Organization, Regional Office for Europe, Prisons and Health, 2014, Cap. 17.

Juez desconocía la urgencia de cuidados médicos de la reclusa y exigía que toda solicitud fuera enviada con el tiempo necesario para que se procediera con los procesos burocráticos que le eran exigidos. Por lo tanto, es evidente que el Estado no cumplió con obligaciones básicas relativas a garantías del derecho a la salud de las reclusas del COF.

Las enfermedades no contagiosas son un problema grave cuando se trata de salud pública en las prisiones, habiéndose comprobado que los detenidos tienen una mayor tendencia a desarrollar enfermedades crónicas y complejas como hipertensión, diabetes, asma y cáncer, que adultos no encarcelados de edad y género similar.<sup>70</sup> La diabetes también es más común en mujeres encarceladas, encontrada en 6.2% en mujeres detenidas comparados a 0.3% de mujeres de edad entre 25-34 años en la población general<sup>71</sup>.

Esa situación puede ser controlada y revertida por medio de la planeación para el mejoramiento de las condiciones de la cárcel, como la prestación de dieta adecuada y promoción de actividad física<sup>72</sup>. Aun cuando no existan problemas de salud específicos los requerimientos nutricionales cambian según los distintos grupos de edad, y esa debe ser una preocupación del establecimiento carcelario<sup>73</sup>. Además, las autoridades carcelarias poseen la responsabilidad de garantizar un menú que incluya dietas especiales a los que la necesiten, con el fin de mantener la salud de los detenidos y evitar complicaciones serias de salud.<sup>74</sup>

Fue el caso de la Señora Chinchilla, que debido a una dieta inadecuada fue diagnosticada con Desnutrición Crónica del Adulto en el 2003 y tuvo su condición como diabética agravada. En su declaración, la paciente declaró:

“[...]estando así amputada tengo yo que preparar mis alimentos, porque yo no puedo consumir los que el centro me proporciona, no puedo consumir azúcar, grasa, ni condimentos, a veces tengo y a veces no para proporcionármelos, a veces cuento con mi familia y a veces no.”

El Estado, al no garantizar una dieta adecuada y balanceada acompañada de equipos responsables por hacer el control periódico del desarrollo de la enfermedad de la reclusa, así como no poseer ningún programa de promoción de salud por medio de actividades físicas, permitió el deterioro de la diabetes de la señora Chinchilla. De esa manera, y considerando que un importante número de las enfermedades y padecimientos sufridos por la reclusa

---

<sup>70</sup>World Health Organization, Regional Office for Europe, Prisons and Health, 2014, Cap. 10.

<sup>71</sup>World Health Organization, Regional Office for Europe, Prisons and Health, 2014, Cap. 10.

<sup>72</sup>World Health Organization, Regional Office for Europe, Prisons and Health, 2014, Cap. 10.

<sup>73</sup>UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *Handbook on Prisoners with special needs*. CRIMINAL JUSTICE HANDBOOK SERIES. New York, 2009.

<sup>74</sup> World Health Organization, Regional Office for Europe, Prisons and Health, 2014.

tenían relación con la evolución de la enfermedad de diabetes mellitus, podemos concluir que el Estado no cumplió con la obligación de asegurar la vida y la integridad personal de la señora Chinchilla.

En relación al auto cuidado y la promoción de la salud, como el segundo elemento esencial para el tratamiento de enfermedades no contagiosas y crónicas en la cárcel, uno de sus pilares fundamentales es el apoderamiento y estímulo al individuo para que este haga las decisiones más sanas. Debido a las limitaciones que impone el contexto del cárcel, una área de crucial importancia es la de proveer información a los reclusos. Es responsabilidad del Estado construir y distribuir cartillas o promover otras actividades informativas, especialmente a los reclusos que sufren de enfermedades crónicas como diabetes, explicando cuáles son los servicios de salud que son ofrecidos en el establecimiento y proporcionando asesoría sobre cómo el recluso puede colaborar con tal enfermedad en la prisión<sup>75</sup>.

De los hechos del caso no se puede averiguar ninguna actitud seria tomada por el Estado en el sentido de mantener a la señora Chinchilla informada sobre su condición de salud y motivada para actuar de manera sana. Al contrario, el Informe de Fondo evidencia que la negligencia del Estado era constante, siendo motivo para la confusión de diagnósticos, la falta de equipo permanente en el COF, la falta de disponibilidad de medicamentos y la falta de adaptación de la cárcel y de los medios de transportes a la condición de discapacidad de la señora Chinchilla.

Aunque la mayoría de los presos con enfermedades no transmisibles pueden ser tratados por medio atención primaria en las cárceles en la mayoría de los casos, muchos tendrán que visitar los hospitales para la atención especializada en régimen ambulatorio, lo que es llamado de atención o cuidados secundarios, el tercer elemento esencial para el tratamiento de enfermedades no contagiosas.

Estas visitas pueden plantear problemas particulares como el arreglo del transporte adecuado y disposición de los escoltas necesarios. Las restricciones en el uso de los recursos pueden hacer difícil la ejecución de ese proceso para muchas cárceles, pero es importante reconocer y dar prioridad a esta necesidad de salud en particular. En algunos países, desarrollos innovadores para superar esas dificultades han abarcado el uso de la tele-medicina o iniciativas para traer los especialistas a las prisiones para visitar a los pacientes. Sin embargo, para algunos aspectos de la atención secundaria de las enfermedades no transmisibles, tales como el uso de procedimientos de escaneos médicos sofisticados, se debe necesariamente acceder a los hospitales y en consecuencia los regímenes penitenciarios deben adaptarse<sup>76</sup>.

---

<sup>75</sup>World Health Organization , Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health, eds. (2007), Copenhagen .

<sup>76</sup>World Health Organization, Regional Office for Europe, Prisons and Health, 2014.



De igual manera la localización geográfica de un establecimiento carcelario afecta la salud de las personas privadas de libertad, pudiendo esta representar por sí misma un factor de riesgo para la salud de los internos<sup>77</sup>. Así, el aislamiento de la cárcel en relación a los hospitales o puestos de atención médico puede ser considerado un factor de riesgo.

Según consta en el Informe de la CIDH, la distancia entre el centro penitenciario y el hospital era un riesgo para la vida de la Señora Chinchilla, habiendo el médico del COF hecho un análisis de riesgo preocupante:

*“para que un enfermo diabético pudiera fallecer tendría que llegar a niveles de azúcar mayores de 600 por lo que una persona que tiene 500 o 600 podría llegar a la emergencia del hospital.”*

Más contundente fue el médico del organismo judicial, en la audiencia de 21 de abril de 2004, en la que dejó expreso el riesgo de muerte en que la señora Chinchilla podría venir a pasar

*“si la paciente entrara en un cuadro de cetoacidosis diabética y en un coma secundario tendría un “chance” pero el tiempo en ser trasladada sería determinante”*

Asimismo, y frente a la incapacidad del COF de garantizar un nivel adecuado de atención, sus pedidos de libertad anticipada o extraordinaria nunca fueron atendidos.

Según el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión, los detenidos “recibirán atención y tratamiento médico cada vez que sea necesario. Esa atención y ese tratamiento serán gratuitos.” Ese estándar sugiere que las instituciones carcelarias poseen la obligación de cuidar la salud de los reclusos mientras esos estén privados de su libertad de manera gratuita, no siendo una excusa plausible la de que el tratamiento es demasiado costoso o por razones de la propia situación de detención<sup>78</sup>.

En la imposibilidad de proveer un tratamiento médico secundario suficiente para garantizar la vida e integridad de la persona privada de libertad, debe el Estado considerar la liberación del detenido antes del término de cumplimiento de la pena o liberación por compasión. Ese tipo de liberación es aplicable a aquellos reclusos que están en las últimas etapas de la enfermedad crónica o terminal y que requieren cuidado especial. Las cárceles están generalmente mal equipadas para proveer tal cuidado, el cual es único y demanda entrenamiento y recursos no disponibles en este contexto, por lo cual el ambiente de la

---

<sup>77</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas, Washington, 2011, parr. 555.

<sup>78</sup> PRISONERS ABROAD, Factsheet Medical and Health Treatment, Disponible en: [http://www.prisonersabroad.org.uk/uploads/documents/prisoners/Right\\_to\\_health.pdf](http://www.prisonersabroad.org.uk/uploads/documents/prisoners/Right_to_health.pdf).

cárcel en sí mismo crea barreras al bienestar necesario para los enfermos terminales.<sup>79</sup>

Según el Tribunal Europeo, en el caso *Farbtuhs v. Latvia*<sup>80</sup>, al tomar en custodia una persona que sufre de una serie de enfermedades serias, y en su mayoría crónicas e incurables, las autoridades nacionales deben tener el cuidado particular de garantizar que las condiciones de la detención sean consistentes con las necesidades específicas advenidas de las debilidades del recluso. Al fallar con esa obligación, el Estado incurre en violaciones de derechos humanos, ya que expone la persona privada de libertad a un estado de ansiedad, sensación de inferioridad y humillación tan agudos que son comparables con tratamiento degradante.

En el presente caso, diferente del fallo del Tribunal Europeo, en el caso *Sakkopoulos v. Grecia*<sup>81</sup>, resulta evidente que el estado de salud de la reclusa era incompatible con la continuidad de su detención, ya que el cortejo probatorio evidencia que la deterioración de la salud de la señora Chinchilla durante su detención era atribuible a las autoridades carcelarias. Siendo así, frente a la incapacidad de las autoridades guatemaltecas en proteger la integridad física de la víctima, en particular la incapacidad de proveer cuidados médicos apropiados, las condiciones de la detención concurren en un tratamiento inhumano o degradante.

Para evitar incurrir en tal violación de derechos humanos, muchos sistemas penitenciarios adoptaron el sistema de liberación anticipada recomendado por la OMS<sup>82</sup>, lo cual cumple un papel de compasión, ya que permite al recluso enfrentar la muerte con dignidad y libertad, pero también reconoce que la expectativa de vida del recluso con enfermedad terminal puede ser prolongada debido a la atención que irá recibir una vez esté reinserto en la comunidad<sup>83</sup>.

Además, en la práctica, muchos factores afectan la velocidad en que una enfermedad común puede tornarse terminal, tales como la alimentación, las condiciones de detención como temperatura y humedad y el estrés mental. Así, determinar objetivamente el riesgo y tiempo de la muerte es prácticamente imposible. De la misma manera, algunos factores médicos pueden sugerir una predisposición a una rápida y fatal evolución, entre esos se

---

<sup>79</sup> UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *Handbook on Prisoners with special needs*. CRIMINAL JUSTICE HANDBOOK SERIES. New York, 2009.

<sup>80</sup> Corte Europea de Derechos Humanos, caso *Farbtuhs v. Latvia*, 2 de Diciembre de 2004.

<sup>81</sup> Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Sakkopoulos v. Greece* (application no. [61828/00](#)), 15 de Enero de 2004.

<sup>82</sup> World Health Organization, *Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons*. World Health Organization, 1993/1999.

<sup>83</sup> World Health Organization, *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, eds. (2007), Copenhagen .

incluye la diabetes, especialmente si el paciente es dependiente de insulina<sup>84</sup>.

Las enfermedades no contagiosas y crónicas son reconocidas cada vez más como un considerable problema de salud global, siendo responsables por un creciente número de muertos anuales<sup>85</sup>.

En el caso concreto, la Sra. Chinchilla sufría de crónicos y múltiples problemas de salud, incluyendo diabetes mellitus<sup>86</sup>, tal como registra la CIDH:

*“desde el 4 de marzo de 1997 por diagnóstico de insuficiencia venosa de miembro inferior, con antecedentes de “sanefectomia izquierda”. En mayo de 1997 la señora Chinchilla tuvo “diagnóstico de MASA VAGINAL ANTERIOR”; en junio y julio del mismo año fue vista por “diagnóstico de DIABETES MELLITUS COMPENSADA” y en julio se “reconsultó por MASA PARAURETRAL”<sup>87</sup>. Manifestó también disuria y sensación de tener una “masa” en la región vaginal y “un prolapso uterino G I-II”<sup>88</sup>. Se informó también que padecía “caries, espacios desdentados, movilidad dentaria, periodontitis”*

Ya en el año 1998, se identificó que la señora Chinchilla padecía de “problemas de leucemia” y “osteoporosis”; en el año de 2001 “Uretrocele”; en el año de 2003 “desnutrición Crónica del Adulto” y “depresión severa con riesgo suicida” y en el año de 2004 “anasarca”.

Es flagrante que el agravo del estado de salud de la señora Chinchilla se dio progresivamente debido a la situación de su detención, demostrando que el Estado falló en tratar la reclusa de una manera segura, apropiada y consistente con su grave enfermedad crónica, la diabetes mellitus. Tal como ya fue comentado anteriormente, la diabetes es una enfermedad que, siendo debidamente tratada puede ser controlada, pero no siendo el caso, puede llevar a complicaciones generalizadas y a la muerte, razón por la cual se hacía apremiante el otorgamiento de una liberación anticipada. La clasificación de esa enfermedad no-

---

<sup>84</sup>World Health Organization , Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health, eds. (2007), Copenhagen .

constituyendo el 68% de todas las muertes globales en 2012, el 63% en 2010 y más que el 60% en 2000, siendo tres cuartos de esas muertes ocurridas en países de bajos o medios ingresos. Las cuatro principales enfermedades no contagiosas responsables por estos números son enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades crónicas de pulmones y diabetes<sup>85</sup>, la cual representa el 2.7% de las causas de muerte en 2012, un total de 1.5 millones de personas y 4% de las muertes causadas por las enfermedades no contagiosas, según.

<sup>86</sup> WHO Regional Office for Europe, Prisons and Health, 2014.

<sup>87</sup> Anexo 1 Certificación de Ejecutoria 429-96. Hospital General “San Juan de Dios” Oficio No. 375, 22 de septiembre de 1997. Folio 190. Anexo 8 a la petición inicial.

<sup>88</sup> Anexo 1. Certificación de Ejecutoria 429-96. Oficio No, 006-97 Comunicación del Médico de Turno del COF a la Sub-Directora del CODF de 8 de febrero de 1997. Folio 51. Anexo 8 a la petición inicial.

comunicable como fatal posee correlación directa con las condiciones y tratamiento proveídos. De esa manera la necesidad de la liberación anticipada en el caso de la señora Chinchilla debería haber observado estos factores interdependientes que inciden en la fatalidad de la enfermedad con los cuidados hechos disponibles por el Estado.

Tal necesidad fue reconocida por el TEDH en un caso similar al caso Chinchilla Sandoval. En *Arutyunyan v. Rusia*<sup>89</sup>, el Tribunal tomó en consideración la condición del recluso, como diabético y dependiente de una silla de ruedas, a quién al cumplir una pena privativa de libertad en un establecimiento que no disponía de los componentes básicos para garantizar sus necesidades de salud, se le estaba imponiendo un sufrimiento innecesario y exponiéndolo a un riesgo irrazonable de agravar seriamente su situación. Al considerar la obligación de liberar al detenido, el Tribunal concluyó que si bien el artículo 3 del Convenio Europeo no podía ser interpretado como una obligación general de liberar a estas personas siempre que existieran dificultades para el tratamiento, existía para los Estados una obligación clara de proteger el bienestar físico de las personas privadas de la libertad y en algunos casos, la libertad condicional u otras medidas alternativas son las medidas idóneas para proteger su salud e integridad personal.

Las consideraciones específicas que conectan esta situación con la necesidad de penas alternativas para el caso sub judice serán explicadas con mayor profundidad al final del presente texto.

## **b.2 Atención ginecológica y exámenes de cáncer a mujeres privadas de la libertad**

Una adecuada atención ginecológica resulta vital para atender varias de las necesidades particulares de las mujeres reclusas. Se resaltan entre los cuidados específicos necesarios, el cuidado pre-natal y posnatal, el cuidado frente al abuso sexual y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual<sup>90</sup>. En este contexto, la UNODC ha identificado que deben brindarse a las mujeres servicios preventivos de salud relativos a las temáticas mencionadas, así como otras medidas educativas. De igual manera, señala la importancia de permitir a las mujeres acceder a medidas de salud preventivas que están disponibles para la comunidad en general en la sociedad como lo son las citologías, las pruebas de Papanicolaou y las ecografías de seno y cérvix para la identificación del cáncer, servicio que se encuentra en concordancia con el principio de permitir a los reclusos acceder a la misma atención en salud que reciben las personas que no están privadas de la libertad antes mencionado.

Similarmente, las Reglas de Bangkok, en su regla 18, establecen dentro de los marcos mínimos para el tratamiento de las reclusas que "Las reclusas tendrán el mismo acceso que

---

<sup>89</sup> Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Arutyunyan v. Russia*, no. 48977/09, 10 Enero 2012.

<sup>90</sup> Ashdown, Julie & Mel, James (2010). *Women in Detention*. *International Review of the Red Cross* Vol. 92 No.877, pp. 123-141

las mujeres de su edad no privadas de libertad a intervenciones de atención preventiva de la salud pertinentes a su género, como pruebas de Papanicolau y exámenes para la detección de cáncer de mama y otros tipos de cáncer que afecten a la mujer.” Además de lo anterior, es claro que de ser detectado algún tipo de cáncer se hace urgente los servicios de atención primaria y secundaria que le son correspondientes para garantizar el derecho a la salud y a la vida, conforme al artículo 4 de la Convención Americana y el artículo 10 del Protocolo de San Salvador.

En el caso que está siendo estudiado por la Corte, la señora Chinchilla Sandoval tuvo desde mayo de 1997 “diagnóstico de MASA VAGINAL ANTERIOR”; la cual fue posteriormente consultada como “MASA PARAURETRAL”<sup>91</sup>. En 1998, el Médico Forense del Organismo Judicial informó que existía un “quiste uretral” así como problemas ginecológicos. En el año<sup>92</sup> 2000, la directora del COF había determinado que debía revisarse a la señora Chinchilla porque tenía una masa en el abdomen dura y dolorosa de más de 8\*10 cms que estaba creciendo, la cual el médico identificó como una “masa móvil no fija a planos profundos por arriba del vello pubiano”<sup>93</sup>. En el año 2003, el Médico del Organismo Judicial informó que la interna era conocida por problemas de cáncer de cérvix<sup>94</sup>.

Pese a lo anterior, durante el proceso para solicitar la libertad anticipada en el año 2003, la señora Chinchilla expresó que para el momento no sabía si el cáncer detectado en la vagina era benigno o maligno<sup>95</sup> y en el incidente de libertad extraordinaria por enfermedad terminal, el médico forense declaró que no tenía conocimiento sobre el cáncer cervical de la señora Chinchilla por cuanto no se encontraba en el expediente clínico, lo que era parte del análisis judicial sobre si existía una enfermedad terminal<sup>96</sup>. Por su parte, el médico del COF señaló en tal proceso que tenía conocimiento del cáncer cervical pero no de su grado<sup>97</sup>. En el cuarto

---

<sup>91</sup> CIDH. Informe de Fondo No.7/14. Caso 12.739.María Inés Chinchilla Sandoval y Otros. Guatemala. 2 de abril de 2014, párr.19

<sup>92</sup> CIDH. Informe de Fondo No.7/14. Caso 12.739.María Inés Chinchilla Sandoval y Otros. Guatemala. 2 de abril de 2014, párr.26

<sup>93</sup> CIDH. Informe de Fondo No.7/14. Caso 12.739.María Inés Chinchilla Sandoval y Otros. Guatemala. 2 de abril de 2014, párr.33

<sup>94</sup> CIDH. Informe de Fondo No.7/14. Caso 12.739.María Inés Chinchilla Sandoval y Otros. Guatemala. 2 de abril de 2014, párr.54

<sup>95</sup> CIDH. Informe de Fondo No.7/14. Caso 12.739.María Inés Chinchilla Sandoval y Otros. Guatemala. 2 de abril de 2014, párr.78

<sup>96</sup> CIDH. Informe de Fondo No.7/14. Caso 12.739.María Inés Chinchilla Sandoval y Otros. Guatemala. 2 de abril de 2014, párr.87

<sup>97</sup> CIDH. Informe de Fondo No.7/14. Caso 12.739.María Inés Chinchilla Sandoval y Otros. Guatemala. 2 de abril de 2014, párr.78

incidente por cuarto incidente de “libertad anticipada por redención de penas extraordinaria”, el médico forense del organismo judicial afirmó que no había nada con respecto al cáncer de cerviz, que solamente había un temor o lesión cerviz y era la señora Chinchilla quien aseguraba que tenía cáncer de cerviz<sup>98</sup>, mientras que el médico tratante del HSJD declaró que no tenía conocimiento de que la señora Chinchilla tuviera un cáncer de cerviz o vaginal<sup>99</sup>.

Lo anterior como lo ha descrito la Comisión Interamericana en su informe de fondo<sup>100</sup> muestra que el Estado tenía una debida diligencia en la realización de los diagnósticos completos para determinar la totalidad de las enfermedades y padecimientos de la señora Chinchilla y que ni las autoridades del centro penitenciario ni la autoridad judicial a cargo de la ejecución de la pena, adoptaron medida alguna para entender la situación de salud de la señora Chinchilla en su integridad ni, consecuentemente, para determinar cuáles eran las reales necesidades de tratamiento y darles el adecuado seguimiento.

Pero además, desde una mirada interseccional, se hace evidente que esta falta de diligencia en el diagnóstico, la falta de conocimiento tanto de los médicos tratantes, como de los médicos testigos frente a los jueces de ejecuciones de pena, así como las versiones contradictorias entre las autoridades carcelarias muestra que no existieron adecuados procesos ginecológicos que respondieran a las necesidades de la señora Chinchilla como mujer, que le permitieran acceder a los debidos exámenes gineco-oncológicos que le permitirán conocer si tenía algún tipo de cáncer asociado a las mujeres como aquel de cerviz o vaginal y tratarlo adecuadamente, aliviando su dolor y su enfermedad, exámenes y

---

<sup>98</sup> CIDH. Informe de Fondo No.7/14. Caso 12.739.María Inés Chinchilla Sandoval y Otros. Guatemala. 2 de abril de 2014, párr.99

<sup>99</sup> CIDH. Informe de Fondo No.7/14. Caso 12.739.María Inés Chinchilla Sandoval y Otros. Guatemala. 2 de abril de 2014, párr.101

<sup>100</sup> Algunos de los hechos mencionados fueron reseñados en el párrafo 140 del informe de fondo de la siguiente manera: “Así, en la audiencia de 29 de agosto de 2003 el médico forense del organismo judicial indicó que refiere “como algo asociado un cáncer de cerviz”, sin embargo, el médico tratante del Hospital “San Juan de Dios” indicó que “no te[n]ía conocimiento” de tal enfermedad, mientras que el médico del Ministerio Público indicó que “no constaba dicha patología” y el médico del COF indicó que sí tenía conocimiento de cáncer cervical pero “no de su grado” o si es “o no terminal”. Posteriormente, en la audiencia de 21 de abril de 2004 el médico forense del organismo judicial señaló que “[...]no hay nada con respecto al cáncer solamente [se] habla de un tumor o lesión cerviz”; por su parte, el médico tratante del hospital San Juan de Dios señaló que “[...]no ten[ía] conocimiento médico de [...]que [...]tenga cáncer de cerviz o vaginal” y el médico del forense del Ministerio Público señaló que en el expediente se “describe un tumor en la vagina en marzo de mil novecientos noventa y siete, sin embargo, no describe alguna otra nota de evolución médica relacionada con esta enfermedad”. La enfermedad “cáncer de cerviz” está registrada como tal en certificaciones del médico forense del organismo judicial de 7 de agosto de 2003 y 14 de octubre de 2003 tras identificarse una “masa vaginal anterior”, así como en el año de 2000 una “masa móvil no fija a planos profundos por arriba del vello pubiano”. Para el año 2003 la propia señora Chinchilla indicó que no “no s[ab]ía si el cáncer detectado [en la vagina] es benigno o maligno”.”

procedimientos a los cuales las mujeres que no estuvieran privadas de la libertad si tienen y deben tener acceso.

### **b.3 Obligaciones de atención a mujeres privadas de la libertad en condición de discapacidad**

Según los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas<sup>101</sup>, uno de los temas que mayor preocupación causó, fue la "crítica situación de violencia, hacinamientos y la falta de condiciones dignas de vida en distintos lugares de privación de libertad en las Américas; así como la particular situación de vulnerabilidad de las personas con discapacidad mental privadas de libertad en hospitales psiquiátricos y en instituciones penitenciarias".

Adicionalmente, el principio II prescribe la discriminación a las personas privadas de la libertad por razones de sexo o de discapacidad física, mental o sensorial, y aclara que no se consideraran como discriminatorias, las medidas destinadas a proteger a las personas con discapacidad. Por último se reitera que todas las personas privadas de la libertad gozan del derecho a la salud<sup>102</sup>, según el principio X, la Resolución 1/08.

#### **i. Atención en casos de discapacidad mental**

Con relación a la discapacidad mental, los Estados Parte deben garantizar una atención psiquiátrica integral, continua, preventiva y comunitaria<sup>103</sup>, con el fin de evitar la privación de la libertad en establecimientos hospitalarios o de otra índole.

En la Resolución 1/08, se establecen los estándares que deben cumplirse para la atención médica a personas privadas de la libertad. Al respecto se ha dicho que toda persona privada de la libertad tiene el derecho a que se le practique un examen médico o psicológico, imparcial y confidencial, practicado por personal idóneo inmediatamente después de su ingreso al establecimiento de reclusión o internamiento. Dicho examen tiene como finalidad establecer o constatar el estado de salud físico y mental, así como la identificación de cualquier problema significativo de salud y del respectivo tratamiento.

---

<sup>101</sup> Documento aprobado por la Comisión en su 131 período ordinario de sesiones, celebrado del 3 al 14 de marzo de 2008.

<sup>102</sup> Entendido, como se dijo anteriormente como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social para lo cual se les debe brindar la adecuada atención médica, psiquiátrica y odontológica.

<sup>103</sup> Principio III.3 de los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas.

El Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre la Prevención del Delito y Tratamiento del delincuente de 1955, adoptó las Reglas mínimas para el Tratamiento de Reclusos, los artículos 82 y 83 hablan sobre los reclusos alienados y enfermos mentales. En dichos artículos se establece que aquellos reclusos que sufran de enfermedades o anomalías mentales deben ser observados y tratados en instituciones especializadas dirigidas por médicos<sup>104</sup> y que durante la permanencia de estas personas en las prisiones, deberán estar bajo la vigilancia especial de un médico<sup>105</sup>. Por último, dicho artículo en su numeral 4, establece que "el servicio médico o psiquiátrico de los establecimientos penitenciarios deberá asegurar el tratamiento psiquiátrico de todos los demás reclusos que necesiten dicho tratamiento". Este tratamiento psiquiátrico debe continuar, de ser necesario, luego de la liberación, como lo establece el artículo 83 del mismo instrumento.

De acuerdo con lo anterior y con los Principios de Ética Médica aplicables a la Función del Personal de Salud, especialmente los médicos, en la Protección de Personas Presas y Detenidas contra la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes adoptados por la Asamblea General en su resolución 37/194, de 18 de diciembre de 1982, el personal de salud que se encargue de la atención médica de las personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental con el mismo nivel de calidad que brindan a personas que no se encuentren en esta condición<sup>106</sup>.

Por último, los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991, estableció las libertades fundamentales y los derechos básicos de los enfermos mentales en el Principio 1. En el numeral primero de dicho principio se menciona el derecho que tienen todas las personas a la mejor atención disponible en materia de salud mental y en el numeral segundo el derecho que tienen todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, a ser tratadas con humanidad y respeto a la dignidad inherente de la persona humana. Por lo tanto, la señora Chinchilla tenía el derecho a que el Estado le garantizara el adecuado tratamiento por los síntomas de depresión que estaba presentando. Así mismo, en el centro de reclusión se debían garantizar la no violación del derecho a un tratamiento que respetara la dignidad de la señora Chinchilla.

Respecto a las mujeres privadas de la libertad en centros penitenciarios, se ha hecho un especial énfasis en cuanto a los efectos de la integridad psíquica de las mismas durante su reclusión. Al respecto la directriz 13 de las Directrices para el tratamiento de mujeres

---

<sup>104</sup> Reglas mínimas para el Tratamiento de los Reclusos. Artículo 82, numeral 2.

<sup>105</sup> Reglas mínimas para el tratamiento de los Reclusos. Artículo 83, numeral 3.

<sup>106</sup> Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura o penas crueles, inhumanos y degradantes. Principio 1.



condenadas a penas privativas de la libertad, no privativas de la libertad y medidas para mujeres delincuentes señala que:

*“Las mujeres son particularmente susceptibles a la depresión y a la angustia mental en ciertos momentos, por ejemplo el ingreso en la cárcel, dado que generalmente son las principales cuidadoras de los niños, y frecuentemente además tienen otras responsabilidades de cuidado. Muchas mujeres experimentan serias dificultades físicas y psicológicas durante la menopausia. Esta regla alienta la atención y entrenamiento por parte del personal penitenciario para reconocer los síntomas de angustia mental y para responder a estas necesidades de forma adecuada”.*

De lo anterior es plausible concluir que existen estándares internacionales que obligan a los Estados a tratar con máxima cautela a aquellos reclusos o reclusas que presenten síntomas de enfermedades mentales, para lo cual se debe realizar el adecuado diagnóstico y el posterior tratamiento indicado. A pesar de que por los hechos del caso se indica que la señora Chinchilla estaba presentando síntomas de depresión y que incluso tenía ideas suicidas, no se le brindó el adecuado acompañamiento médico ni se le trasladó a un centro de reclusión dirigido por médicos como lo indican las normas internacionales.

## **ii. Atención de personas con discapacidad física**

El principio X de la resolución 1/08 establece la garantía de medidas especiales para satisfacer necesidades particulares como de salud de aquellas personas que pertenecen a grupos vulnerables o de alto riesgo como las mujeres y las personas con discapacidad. Adicionalmente, según el Principio XIX, las personas privadas de libertad pertenecientes a diversas categorías deberán ser alojadas en diferentes lugares de privación de libertad o en distintas secciones dentro de dichos establecimientos, sin embargo esta separación por categorías nunca podrá ser usada para justificar la discriminación o los tratos o penas crueles e inhumanos o degradantes. Esto último va en concordancia con lo establecido por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad donde se establece que se entenderán por "ajustes razonables" todas las "modificaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales". Una de estas libertades, establecida como tal por la misma Convención<sup>107</sup>, es la movilidad personal que debe ser garantizada por los Estados Partes para que las personas con discapacidad tengan la mayor independencia posible. Para este se deben adoptar medidas efectivas como "facilitar el acceso de las personas con discapacidad a formas de asistencia humana o animal e intermediarios, tecnologías de apoyo, dispositivos técnicos y ayudas para la movilidad de calidad, incluso poniéndolos a su disposición a un costo asequible".

---

<sup>107</sup> Artículo 20 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

De lo anterior se deriva la obligación del estado de respetar los derechos de la Señora Chinchilla como perteneciente a un grupo vulnerable por su situación de discapacidad. El Estado tenía la obligación de garantizarle los derechos a la señora Chinchilla en cuanto a su salud física y en cuanto a las condiciones para que pudiera gozar de los derechos básicos sin perjuicio de encontrarse en una silla de ruedas, y en caso de existir barreras arquitectónicas o sociales, el Estado y el centro penitenciario tenían la obligación de realizar los ajustes necesarios para eliminarlas. A partir de los hechos del caso, no se comprueba que haya existido un esfuerzo en este sentido. De hecho, el día de la muerte de la señora Chinchilla, afirman los testimonios que la reclusa se encontraba en un espacio que tenía gradas<sup>108</sup> y por lo tanto violaba el derecho a la movilidad de una persona que se encontraba en una silla de ruedas.

Adicionalmente nunca se le brindó la atención médica requerida ya que la señora Chinchilla se quejaba de constantes dolores y todas estas condiciones de salud física que la aquejaban terminaron, según los hecho, por afectar también su salud mental.

### **c. Tensiones entre el derecho a la salud y el peligro de fuga de personas privadas de la libertad.**

El derecho a la salud física y mental constituye una prerrogativa que no admite restricción o suspensión alguna. Como se señaló anteriormente dicho derecho no debe entenderse como un derecho a estar sano, toda vez que éste entraña libertades y derechos, entre las cuales figura el derecho de las personas a controlar su salud y su cuerpo.<sup>109</sup> En ese sentido, la protección al derecho a la salud por parte de los Estados se extiende a las personas que se encuentran privadas de la libertad en centro penitenciarios por la comisión de un delito.

Asimismo, el Comité DESC ha incluido entre las medidas para garantizar el derecho a la salud, a la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; así como la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.<sup>110</sup>

Respecto de las personas privadas de la libertad, es importante resaltar que éstas conservan su derecho fundamental de gozar de una buena salud, tanto física como mental, así como a una atención médica cuyo nivel sea, como mínimo, el mismo que goza la población en general. Es por ello que los Estados tienen el deber de cuidar de su salud, no solo en lo que

---

<sup>108</sup> El anexo 11. Declaración juramentada de Claudia Fedora Quintana ante notario público. “Dicen las compañeras que como a las seis de la mañana [la señora Chinchilla] estaba en su silla de ruedas sentada en la puerta del hogar maternal, donde vivía, como había grada no podía bajar[...].”

<sup>109</sup> *Cfr.* Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Párr. 8.

<sup>110</sup> *Cfr. Ibidem.*

respecta a las condiciones de detención, sino también al tratamiento individual que pueda ser necesario como consecuencia de dichas condiciones.<sup>111</sup>

El estándar de protección del derecho a salud se encuentra contenido en el *corpus iuris* internacional y regional de las personas privadas de la libertad. Al respecto, los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, establecen en su principio 1 que:

*“El personal de salud, especialmente los médicos, encargados de la atención médica de personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección a la salud física o mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas.”*

Por su parte, dentro del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, la CIDH se ha pronunciado sobre la necesidad de garantizar el derecho a la salud para las personas privadas de libertad, las cuales se encuentran en una posición de subordinación frente al Estado, del que dependen jurídicamente y de hecho para la satisfacción de todas sus necesidades. Por tanto el Estado adquiere un nivel especial de responsabilidad y se constituye en garante de sus derechos fundamentales, en particular de sus derechos a la vida y a la integridad personal, de donde se deriva su deber de salvaguardar la salud de los reclusos brindándoles, entre otras cosas, la asistencia médica requerida.<sup>112</sup>

Lo anterior, implica que la provisión de atención médica adecuada es un requisito material mínimo e indispensable que debe ser cumplido por el Estado para garantizar un trato humano a las personas bajo su custodia.<sup>113</sup> Es decir, la pérdida de libertad no debe representar jamás la pérdida del derecho a la salud. Del mismo modo, tampoco es tolerable que el encarcelamiento agregue enfermedad y padecimientos físicos y mentales adicionales a la privación de libertad.<sup>114</sup>

La Corte IDH ha establecido que el encarcelamiento genera un estado de vulnerabilidad en el cual es más factible que se verifiquen afectaciones a la integridad personal y habilita a examinar en forma exhaustiva si las condiciones de encierro de una persona ocasionan un

---

<sup>111</sup> *Cfr.*

<http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/descargas/publicaciones/mujeresyprisionencolombia.pdf>

<sup>112</sup> CIDH. Informe sobre los Derechos Humanos de las Personas Privadas de la Libertad en las Américas. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 64, 31 diciembre 2011. Párr. 525.

<sup>113</sup> *Ibidem*. Párr. 526. CorteIDH. Caso Vélez Loor Vs. Panamá. Sentencia de Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de noviembre de 2010. Serie C. No. 218, párr. 198. Véase también, CIDH, Informe No. 67/06, Caso 12.476, Fondo, Oscar Elías Biscet y otros, Cuba, 21 de octubre de 2006, párr. 155.

<sup>114</sup> Corte IDH. Caso García Asto y Ramírez Rojas Vs. Perú. Sentencia de 25 de noviembre de 2005. Párr. 126.

deterioro en su integridad física, psíquica o moral. Para el Tribunal es importante que los Estados extremen los recaudos para que la privación de la libertad no afecte el derecho a la salud.<sup>115</sup>

De igual forma, la Corte IDH considera en su jurisprudencia sobre personas privadas de la libertad, que la falta de atención médica adecuada a una persona que se encuentra privada de la libertad y bajo custodia del Estado podría considerarse violatoria del artículo 5.1 y 5.2 de la Convención dependiendo de las circunstancias concretas de la persona en particular, tales como su estado de salud o el tipo de dolencia que padece, el lapso transcurrido sin atención, sus efectos físicos y mentales acumulativos y, en algunos casos, el sexo y la edad de la misma, entre otros.<sup>116</sup>

Asimismo, la Corte Interamericana ha utilizado jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en la materia, donde este Tribunal ha tomado en cuenta factores tales como la falta de asistencia médica de emergencia y especializada pertinente, deterioro excesivo de la salud física y mental de la persona privada de la libertad y exposición a dolor severo o prolongado a consecuencia de la falta de atención médica oportuna y diligente, las condiciones excesivas de seguridad a las que se ha sometido a la persona a pesar de su evidente estado de salud grave y sin existir fundamentos o evidencias que las hicieran necesarias, entre otros, para valorar si se ha dado un tratamiento inhumano o degradante a la persona privada de la libertad.<sup>117</sup>

El debate sobre la necesidad de buscar medidas alternativas de personas privadas de la libertad, de personas que sufren enfermedades crónicas o terminales y el peligro de fuga que puede argumentar el Estado para negar la atención médica fuera de los centros penitenciarios, ha generado un debate jurisprudencial en el derecho comparado de la región.

En Perú, el Tribunal Constitucional ha declarado, como *dictum*, que por medio del *habeas corpus* correctivo “puede efectuarse el control constitucional de las condiciones en las que se desarrolla la restricción del ejercicio de la libertad individual, en todos aquellos casos en que ésta se haya decretado judicialmente.”<sup>118</sup> Bajo esta doctrina, el Tribunal ha ordenado que las personas detenidas enfermas tengan derecho a recibir atención médica aún fuera del penal, “pues las personas recluidas en ejecución de una pena privativa de la libertad o

---

<sup>115</sup> Al respecto, la Corte IDH sostuvo: “La restricción de otros derechos, por el contrario –como la vida, la integridad personal, la libertad religiosa y el debido proceso– no solo no tiene justificación fundada en la privación de libertad, sino que también está prohibida por el derecho internacional”. Conf., Corte IDH, caso Instituto de Reeducación del Menor vs. Paraguay, sentencia del 2 de septiembre de 2004.

<sup>116</sup> CorteIDH. Caso Vera Vera y otra Vs. Ecuador. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011. Serie C no. 226. Párr. 44.

<sup>117</sup> C.E.D.H., Caso Sarban Vs. Moldova, (No. 3456/05), Sentencia de 4 de octubre de 2005. Final, 4 de enero de 2006, párrs. 75 y 76 y Caso Paladi Vs. Moldova, (No. 39806/05), G.C., Sentencia de 10 de marzo de 2009.

<sup>118</sup> Pag. 37

detenidas como consecuencia de una medida cautelar de detención, se hallan bajo una especial relación de sujeción tuitiva.”<sup>119</sup>

Por su parte, la Corte Constitucional colombiana ha desarrollado jurisprudencia relevante en la materia, tomando en cuenta el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad que se encuentran enfermas. Específicamente respecto a que las personas que se encuentran recluidas no pierden por el hecho de cometer un delito el derecho a la atención médica de calidad. Al respecto ha señalado que “la situación en que se encuentran las personas recluidas en centros carcelarios se conecta con el problema general de la pérdida de libertad. El recluso se ve privado de su libertad y de una serie de derechos y posibilidades que transforman por entero su modo de vida y el entorno de su familia y amigos. Así las cosas, aun cuando la idea de sanción por el delito no deja de estar presente y tampoco se margina del ambiente que tiene que vivir el recluso, el propósito fundamental no puede ser el de vengar con la pena la acción cometida por el recluso.”<sup>120</sup>

Sin pretender negar que la pena privativa de la libertad implica, como lo ha dicho la Corte Constitucional, “una drástica limitación de los derechos fundamentales[4],” la Corte colombiana resalta la importancia de entender que esa limitación debe proceder dentro de los términos estrictamente necesarios para lograr el fin propuesto, de manera tal, que cualquier limitación adicional ha de ser tenida como:

*“un exceso y, por lo tanto, como una violación de [los derechos del recluso]. La órbita de los derechos del preso cuya limitación resulta innecesaria, es tan digna de respeto y su protección constitucional es tan fuerte y efectiva como la de cualquier persona no sometida a las condiciones carcelarias. Los derechos no limitados del sindicado o del condenado, son derechos en el sentido pleno del término, esto es, son derechos dotados de poder para demandar del Estado su protección.”*

De igual forma, en la sentencia T-958 de 2002, subrayó la mencionada Corte Constitucional la necesidad que tiene el custodio de adoptar las medidas necesarias a fin de “garantizar el mayor disfrute posible de los derechos constitucionales de la persona privada de la libertad.” Esto supone, dijo la Corte en aquella ocasión, la obligación por parte del Estado de garantizar al interno, de modo real y efectivo condiciones de reclusión dignas.

No basta, según la Corte “la adopción de medidas programáticas, sino que [tales medidas] han de traducirse en realidad...no puede escudarse el Estado en disculpas de tipo presupuestal para evadir sus responsabilidades e incurrir en prácticas no razonables y discriminatorias.[E]l Estado tiene la obligación de realizar el trato digno. Se trata pues, de una obligación de respeto.”

---

<sup>119</sup> *Ibíd.*

<sup>120</sup> Corte Constitucional colombiana. Sentencia 1326 de 2005. Magistrado Ponente: Humberto Antonio Sierra Porto.

En el mismo sentido, la Corte colombiana en la sentencia T-150 de 2000 enfatizó que:

*"cuando la vida y la salud de las personas se encuentren grave y directamente comprometidas a causa de operaciones no realizadas, tratamientos inacabados, diagnósticos dilatados, drogas no suministradas, etc., bajo pretextos puramente económicos contemplados en normas legales o reglamentarias que están supeditadas a la Constitución, cabe inaplicarlas en el caso concreto en cuanto obstaculicen la protección solicitada. En su lugar el juez debe amparar los derechos a la salud y a la vida teniendo en cuenta la prevalencia de los preceptos superiores, que los hacen inviolables."*

Como ya se ha mencionado con anterioridad, la situación de salud de la señora Chinchilla era bastante grave no sólo en cuanto a su salud física sino también mental. Como se mencionó en algunos de los informes médicos tenía "entre otras enfermedades: i) Diabetes Melitus tipo 2 descompensada; ii) Hipertensión arterial; iii) Ceguera por diabetes; iv) Anasarca; v) descartar fallo renal; vi) desnutrición crónica en el adulto y vi) Agresividad". Todas estas enfermedades y las demás que se indican que la señora Chinchilla padecía a partir de los hechos, debían ser tratada con el mayor grado de diligencia por el centro penitenciario, se indicó que no contaban con las herramientas adecuadas para ello: "El coordinador de Servicios Médicos del Sistema Penitenciario informó que "(e)l penal cuenta con medicina para tratar problemas de tipo infeccioso, así como medicamentos orales para tratar la diabetes, Osteomielitis y la Hipertensión Arterial, sin embargo la reclusa Chinchilla Sandoval requiere de Insulina Sub-cutánea para su problema diabético que es la causa de todo el problema metabólico (...)" "el centro no cuenta con el equipo médico Hospitalario Especializado para atender crisis de esa magnitud".

A pesar de lo anterior a la señora Chinchilla se le negó el beneficio de libertad anticipada por considerarse que no cumplía con los requisitos y que no era un beneficio creado para la muerte digna de los reclusos. En este caso hubo una violación a los derechos de la señora Chinchilla ya que no se le garantizó el derecho a la salud dentro del centro penitenciario ni se le dio la posibilidad de recibirlo por fuera de él.

## **V. Conclusiones**

Conforme a todo lo anteriormente expuesto, consideramos que la Corte, en su rol de primera interprete de la Convención Americana y principal garante de los derechos humanos en América Latina, debe hacer uso de un análisis interseccional del caso para dar contenido a las obligaciones del Estado, dar cuenta de la efectiva violación de los derechos vulnerados y dar una plena reparación, en memoria de la señora Chinchilla, a sus descendientes.

La Corte está frente a la oportunidad para sentar precedente sobre la garantía del derecho a la salud en el contexto carcelario, considerando también la situación particular de las mujeres y las personas con discapacidad. Como ya fue explicado, la situación de privación de la libertad, sitúa en posición de garante al Estado, el cual debía brindar una atención en igualdad de condiciones a las que recibirían aquellas personas en libertad. Así mismo, el

Estado debía contar con la atención primaria, el estímulo al autocuidado y la atención secundaria correspondiente, teniendo en cuenta las necesidades particulares que tienen las mujeres con discapacidad física y mental en tales espacios, como el cuidado ginecológico y oncológico preventivo, los ajustes razonables y el cuidado del bienestar psicológico.

Finalmente, es claro que en este caso concreto existían motivos suficientes para que fuera considerado de una manera seria por parte de los tribunales nacionales, la posibilidad de que la señora Chinchilla tuviera una pena alternativa a la prisión, teniendo en cuenta que mantenerla privada de la libertad, acto contrario a la dignidad humana, agravó su situación de salud llevándola a la muerte. Estas condiciones en la atención no se presentaron en el caso de la señora Chinchilla Sandoval por lo que es adecuado que la Corte condene al Estado por la vulneración del derecho a la salud, de conformidad con el artículo 26 de la Convención Americana en conjunto con el artículo 1.1 de la misma, vulneración que a su vez refleja afectaciones a los derechos a la vida y a la integridad personal de la señora Chinchilla Sandoval.