

OEA/Ser.L/V/II.169
Doc. 128
5 de octubre de 2018
Original: español

INFORME No. 111/18

CASO 12.786

INFORME DE FONDO

LUIS EDUARDO GUACHALÁ CHIMBÓ Y FAMILIA
ECUADOR

Aprobado por la Comisión en su Sesión No. 2137 celebrada el 5 de octubre de 2018
169 Período Ordinario de Sesiones

Citar como: CIDH. Informe No. 111/18. Caso 12.786. Fondo. Luis Eduardo Guachalá
Chimbó y familia. Ecuador. 5 de octubre de 2018.



INFORME No. 111/18
CASO 12.786
 FONDO
 LUIS EDUARDO GUACHALÁ CHIMBÓ Y FAMILIA
 ECUADOR
 5 DE OCTUBRE DE 2018

ÍNDICE

I.	RESUMEN	2
II.	TRÁMITE ANTE LA COMISIÓN	2
III.	POSICIÓN DE LAS PARTES	3
	A. Posición de los peticionarios	3
	B. Posición del Estado	4
IV.	HECHOS PROBADOS.....	5
	A. Sobre la situación de Luis Eduardo Guachalá Chimbó antes de su ingreso al Hospital Psiquiátrico Julio Endara	5
	B. Sobre el ingreso de Luis Guachalá al Hospital Psiquiátrico Julio Endara en mayo de 2003.....	6
	C. Sobre el ingreso de Luis Guachalá al Hospital Psiquiátrico Julio Endara en enero de 2004.....	7
	D. Sobre lo sucedido en el hospital entre el 11 y 16 de enero.....	8
	E. Sobre lo sucedido el 17 de enero de 2004	10
	F. Sobre lo sucedido a partir del 18 de enero de 2004.....	10
	G. Sobre los recursos presentados.....	13
V.	ANÁLISIS DE DERECHO	20
	A. Cuestión previa	20
	B. Derechos al reconocimiento de la personalidad jurídica, a la vida, a la libertad personal, a la integridad personal, a la salud, al acceso a la información (artículos 3, 4, 5.1, 7.1, 7.3, 13.1 y 26 de la Convención Americana	20
	C. Sobre los derechos a las garantías judiciales y protección judicial (artículos 8.1 y 25.1 de la Convención Americana en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento	38
	D. Derecho a la integridad personal de los familiares (artículo 5.1 de la Convención Americana en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento).....	43
VI.	CONCLUSIONES.....	43
VII.	RECOMENDACIONES	43

INFORME No. 111/18

CASO 12.786

FONDO

LUIS EDUARDO GUACHALÁ CHIMBÓ Y FAMILIA

ECUADOR

5 DE OCTUBRE DE 2018

I. RESUMEN

1. El 1 de marzo de 2007 la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante “la Comisión”, “la Comisión Interamericana” o “la CIDH”) recibió una petición presentada por la Clínica de Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, la Fundación Regional de Asesoría en Derechos Humanos y la Comisión Ecuménica de Derechos Humanos (en adelante “los peticionarios”). Los peticionarios alegaron la responsabilidad internacional de la República de Ecuador (en adelante “el Estado”, “el Estado ecuatoriano” o “Ecuador”) por la desaparición de Luis Eduardo Guachalá Chimbó en enero de 2004 mientras se encontraba en un hospital público psiquiátrico en la ciudad de Quito. Indicaron que a la fecha el Estado no ha esclarecido lo sucedido al señor Guachalá ni se ha determinado su paradero.

2. Por su parte, el Estado de Ecuador alegó que el señor Guachalá se habría escapado de la institución por lo que no tendría responsabilidad por su desaparición. Sostuvo que se inició una investigación a efectos de esclarecer lo sucedido y determinar eventuales responsabilidades.

3. Tras analizar la información disponible, la Comisión concluyó que el Estado es responsable por la violación de los derechos al reconocimiento a la personalidad jurídica, vida, integridad personal, libertad personal, garantías judiciales, acceso a la información, igualdad y no discriminación, protección judicial y salud establecidos en los artículos 3, 4.1, 5.1, 7.1, 7.3, 8.1, 13.1, 24, 25.1 y 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante “la Convención Americana”) en relación con las obligaciones establecidas en los artículos 1.1 y 2 del mismo instrumento, en perjuicio de Luis Eduardo Guachalá Chimbó. Asimismo, la Comisión concluyó que el Estado es responsable por la violación de los derechos a la integridad personal, a las garantías judiciales y a la protección judicial de los familiares.

II. TRÁMITE ANTE LA COMISIÓN

4. El 1 de marzo de 2007 la CIDH recibió la petición inicial. El detalle del trámite ante la Comisión hasta la decisión de admisibilidad del caso se encuentra en el informe de admisibilidad No. 141/10 de 1 de noviembre de 2010¹.

5. El 10 de noviembre de 2010 la CIDH notificó a las partes el informe de admisibilidad. En dicha comunicación la Comisión se puso a disposición de las partes a fin de llegar a una solución amistosa. El 25 de mayo de 2011 los peticionarios presentaron una comunicación mediante la cual señalaron que no deseaban iniciar una solución amistosa. En dicho escrito también presentaron sus observaciones de fondo. El 23 de diciembre de 2011 el Estado presentó sus observaciones de fondo.

6. Posteriormente la Comisión recibió comunicaciones de ambas partes, las cuales fueron debidamente trasladadas. Adicionalmente, el 4 de abril de 2016, en el marco de su 157 Período de Sesiones, la CIDH realizó una audiencia pública del caso en la cual participaron ambas partes².

¹ CIDH, Informe No. 141/10, Petición 247-07, Admisibilidad, Luis Eduardo Guachalá Chimbó, Ecuador, 1 de noviembre de 2010. Disponible en:

² CIDH, Audiencia pública, 4 de abril de 2016.

III. POSICIÓN DE LAS PARTES

A. Posición de los peticionarios

7. Los peticionarios indicaron que el Estado es responsable por la desaparición del señor Guachalá. Señalaron que la presunta víctima, quien es una persona con discapacidad mental, desapareció en enero de 2004 mientras se encontraba institucionalizado en un hospital público al cual ingresó el 10 de enero de dicho año. Señalaron que una semana después el personal de dicho hospital le informó a la madre del señor Guachalá que éste habría desaparecido. Indicaron que a pesar de los recursos presentados a la fecha no se ha logrado determinar el paradero del señor Guachalá. El detalle de los hechos y los procesos internos será referido en el análisis fáctico de la Comisión, basado en la información aportada por ambas partes.

8. Los peticionarios alegaron que lo sucedido al señor Guachalá constituye una desaparición forzada debido a que se presentan los tres elementos concurrentes que la configuran: i) la privación de la libertad; ii) la intervención directa de agentes estatales o la aquiescencia de éstos; y iii) la negativa de reconocer la detención y de revelar la suerte o el paradero de la persona interesada. En consecuencia, indicaron que el Estado vulneró sus derechos al reconocimiento de la personalidad jurídica, vida, integridad personal y libertad personal.

9. Respecto del **derecho a la libertad personal**, los peticionarios indicaron que la reclusión en un hospital psiquiátrico es una restricción a dicho derecho. Señalaron que si bien en un principio se consintió el internamiento del señor Guachalá, existió una sistemática negación de su paradero a su madre y, en consecuencia, devino en una privación no consentida e ilegítima de su libertad.

10. En relación con la alegada violación del **derecho al reconocimiento a la personalidad jurídica**, los peticionarios alegaron que la desaparición forzada del señor Guachalá resultó “en un limbo jurídico” sobre su estado legal. Sostuvieron que la desaparición del señor Guachalá le privó de su capacidad de ejercer sus derechos y tener una personalidad jurídica ante el Estado y la sociedad.

11. Respecto de la alegada violación de los **derechos a la vida e integridad personal**, los peticionarios indicaron que el Estado no realizó ninguna acción tendiente a esclarecer lo sucedido al señor Guachalá. Indicaron que de esa manera no se protegieron sus derechos a la vida e integridad personal. Asimismo, señalaron que dicha omisión estatal, así como la presunta fuga del señor Guachalá, constituye un incumplimiento al deber específico y reforzado de cuidado a personas con discapacidad institucionalizadas. Alegaron que por el estado de salud del señor Guachalá el personal médico tenía la obligación de vigilancia.

12. Respecto de la alegada violación de los **derechos a las garantías judiciales y protección judicial**, los peticionarios explicaron que a pesar de que conforme a la versión del Estado el señor Guachalá se escapó del hospital el 17 de enero de 2004, recién dos días después informaron de lo sucedido a la policía. Los peticionarios manifestaron que ninguno de los recursos presentados (una denuncia penal, una denuncia ante la Defensoría del Pueblo y una acción de hábeas corpus) esclareció lo sucedido con el señor Guachalá ni determinó su paradero. Señalaron que las diversas autoridades no adoptaron mayores diligencias para localizar al señor Guachalá, por lo que los recursos no resultaron adecuados ni efectivos.

13. Agregaron que a la fecha no se ha iniciado una investigación bajo el delito de desaparición forzada. Indicaron que ello conlleva a la falta de esclarecimiento de la verdad histórica respecto a los hechos que permitan identificar a los funcionarios responsables de su cuidado. Sostuvieron que actualmente el Estado investiga todos los casos de desaparición de personas, incluyendo el del señor Guachalá bajo un procedimiento administrativo. Indicaron que el procedimiento administrativo de búsqueda del paradero del señor Guachalá se mantiene abierto a la fecha. Sostuvieron que dicho procedimiento no puede ser considerado como un recurso idóneo en tanto en el presente caso se está frente a una situación específica de desaparición de una persona que se encontraba bajo la protección y custodia del Estado.

14. Los peticionarios también alegaron que el Estado incumplió su **deber de adoptar disposiciones de derecho interno**. Ello debido a la inexistencia de una norma que permita exigir el cumplimiento de la resolución del Tribunal Constitucional en el marco del recurso de hábeas corpus presentado. Señalaron que la acción por incumplimiento de las sentencias y dictámenes constitucionales establecida en la Ley de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional no es adecuada ni efectiva. Ello debido a que “iniciar una acción ante el mismo organismo que emitió la sentencia sería darle una carga desproporcionada a la víctima”.

15. Finalmente, los peticionarios alegaron la violación del **derecho a la integridad personal** en perjuicio de los familiares del señor Guachalá: su madre, Zoila Rosario Chimbó Jarro, sus tres hermanas, Martha, Nancy y Alexandra, y su hermano Ángel. Ello como consecuencia de las afectaciones producidas por la desaparición forzada de su hijo, así como por la falta de esclarecimiento de lo sucedido.

B. Posición del Estado

16. El Estado alegó que no es responsable de la desaparición del señor Guachalá del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Explicó que cuando el señor Guachalá ingresó al hospital, su madre Zoila Chimbó firmó un documento donde se indicó que en caso de “fuga (...) no se hace responsable de las consecuencias”.

17. Asimismo, el Estado sostuvo que las dos veces que ingresó al hospital se le brindó al señor Guachalá todos los servicios de salud correspondientes. Sostuvo que la hospitalización del señor Guachalá cumplió con los estándares establecidos en los “Principios y buenas prácticas de las personas privadas de libertad en las Américas” adoptados por la CIDH. Ello debido a que el internamiento del señor Guachalá se dio luego de un minucioso análisis de su estado de salud, así como de los riesgos que tal estado generaba para él mismo y para terceras personas. Sostuvo que en su segundo ingreso, el señor Guachalá estuvo sedado “para poder controlar su estado de salud, motivo por el cual su madre (...) firmó la autorización médica como su representante legal”. Agregó que se informó periódicamente a la señora Chimbó sobre el estado de su hijo.

18. El Estado indicó que el 17 de enero de 2004 el señor Guachalá “se escapó del centro psiquiátrico mientras el auxiliar de enfermería atendía a otro paciente”. Al respecto, sostuvo que, a pesar de contar con guardias de seguridad, dicho centro “es diseñado de manera tal que los internos no sientan encierro por lo que poseía espacios abiertos”. El Estado indicó que la “fuga de pacientes en centros psiquiátricos constituyen un reto mayor de salud pública en varios países del mundo”. Sostuvo que en consecuencia, “personas con factores psiquiátricos, internadas en instituciones especializadas son propensas a fugarse (...) por lo que resulta imposible evitar por completo el riesgo de fuga, debido a las condiciones de este tipo de pacientes”.

19. Sostuvo que sin perjuicio de ello, el personal del hospital adoptó diversas medidas de búsqueda a efectos de localizar al señor Guachalá. Indicó que a pesar de dichas acciones, no fue posible encontrarlo.

20. El Estado también señaló que luego de recibida la denuncia por parte de la señora Chimbó, la Fiscalía General realizó diversas diligencias a efectos de localizar al señor Guachalá, tales como la toma de declaraciones, el reconocimiento del lugar de los hechos, solicitud de movimientos migratorios, entre otros. Respecto del hábeas corpus presentado, el Estado indicó que se cumplió con la resolución de la Corte Constitucional en tanto se decidió continuar con las investigaciones. El Estado también indicó que desde el 2012 cuenta con un “Protocolo de actuación para la búsqueda, investigación y localización de personas desaparecidas, perdidas o extraviadas” y que en el 2015 el Ministerio de Salud Pública expidió el “Reglamento para brindar atención integral en salud a víctimas de desaparición, sus familiares y personas en condición de no referir su identidad”.

21. El Estado sostuvo que el deber de investigar es una obligación de medios y no de resultado. Indicó que, en consecuencia, no se le puede atribuir responsabilidad internacional en tanto adoptó todas las medidas a su alcance para ubicar al señor Guachalá.

22. Adicionalmente, el Estado alegó que lo sucedido con el señor Guachalá no puede caracterizarse como una desaparición forzada puesto que: i) no existió detención en su contra por parte del Estado o persona bajo apoyo estatal; ii) si bien el señor Guachalá estaba internado en el hospital, fue una restricción legal de su libertad debido a las condiciones físicas y mentales en las que se encontraba cuando fue institucionalizado, conforme al artículo 82 del entonces vigente Código de la Salud; iii) no existió negativa de dar información sobre la situación del señor Guachalá luego de escaparse del hospital; y iv) la señora Chimbó tuvo acceso para presentar un recurso de hábeas corpus.

IV. HECHOS PROBADOS

A. Sobre la situación de Luis Eduardo Guachalá Chimbó antes de su ingreso al Hospital Psiquiátrico Julio Endara

23. Luis Eduardo Guachalá Chimbó nació el 27 de febrero de 1980³. Tenía 23 años al momento de ocurridos los hechos. Asimismo, su familia está compuesta por su madre, Zoila Rosario Chimbó Jarro, sus tres hermanas, Martha, Nancy y Alexandra, y su hermano Ángel⁴. Conforme a un informe médico de 21 de enero de 2004, el señor Guachalá fue diagnosticado con “trastorno mental y del comportamiento por disfunción cerebral, epilepsia”⁵. De acuerdo a la Dirección Nacional de Discapacidades el señor Guachalá no estaba registrado como “persona con discapacidad” en su cédula de ciudadanía⁶.

24. La información disponible indica que la familia se encontraba en situación de pobreza, la señora Chimbó manifestó que el padre del señor Guachalá abandonó a su familia cuando sus hijos eran muy pequeños⁷. Señaló que ella se dedicaba al “oficio de lavandería en casas particulares” durante el día y a la venta ambulante de rosas en la calle durante la noche⁸.

25. El señor Guachalá completó la educación primaria⁹. Su madre señaló que no pudo completar sus estudios secundarios puesto que “presentó una enfermedad de epilepsia” que no le permitía concentrarse para estudiar¹⁰. La señora Chimbó también sostuvo que no contaba con los recursos financieros para comprarle los libros de estudio y los útiles escolares¹¹.

26. La señora Chimbó explicó que desde los trece años su hijo empezó a sufrir de ataques de epilepsia¹². Indicó que lo llevaba a diversos hospitales, donde le daban medicamentos para evitar dichos ataques¹³. La señora Chimbó sostuvo que cada cierto tiempo su hijo volvía a sufrir ataques de epilepsia por lo que le tenían que cambiar de medicamentos¹⁴. Sostuvo que las pastillas que le recetaban a su hijo costaban mucho por lo que a veces no podía comprarlas¹⁵. Indicó que debido a ello le daba remedios caseros basados en hierbas medicinales¹⁶. Sostuvo que la falta de un tratamiento médico continuo y adecuado generó que los ataques que sufría se mantuvieran¹⁷.

³ Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016, p. 15.

⁴ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial. Asimismo, véase: Comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

⁵ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁶ Anexo 15. Oficio del Ministerio de Salud Pública, 6 de mayo de 2016. Anexo 10 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

⁷ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁸ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁹ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

¹⁰ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

¹¹ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

¹² Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

¹³ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

¹⁴ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

¹⁵ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

¹⁶ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

¹⁷ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

27. Indicó que debido a su situación de pobreza, su hijo Luis Guachalá empezó a trabajar como albañil¹⁸. Señaló que ganaba muy poco, “sólo para su subsistencia diaria y a veces le alcanzaba para ayudar(la) algo en la casa”¹⁹. La señora Chimbó manifestó que en ocasiones la llamaban para decirle que su hijo había sufrido una crisis mientras trabajaba, por lo que tenía que ir a donde él se encontraba, y tenía que “acomoda(rlo) con almohaditas (...) en el suelo, para que se duerma y le pase todo eso hasta que despierte”²⁰. La señora Guachalá señaló que “cuando él estaba solito, se caía donde quiera, a veces en los carros de transporte público”²¹.

B. Sobre el ingreso de Luis Guachalá al Hospital Psiquiátrico Julio Endara en mayo de 2003

28. La señora Chimbó declaró que en mayo de 2003 llevó a su hijo al Hospital Psiquiátrico Julio Endara²². Dicho hospital es una dependencia del Ministerio de Salud Pública del Ecuador²³. El Estado detalló que dicho hospital constituye una institución pública de Tercer Nivel de Atención Especializada en Salud Mental²⁴. De acuerdo a un oficio de dicho hospital, tiene un área de 303,897 metros cuadrados “con extensos jardines y áreas verdes”²⁵. Asimismo, se indica que el hospital tiene como objetivo “dar una mejor asistencia a los pacientes que padecen enfermedades mentales”²⁶.

Los detalles que se describen a continuación sobre este primer ingreso al hospital y lo sucedido posteriormente, resultan de la declaración jurada de la madre del señor Luis Guachalá²⁷.

29. La señora Chimbó indicó que un vecino le recomendó dicho hospital puesto que él mismo estuvo en esa institución durante un tiempo, y que ahí “podía(n) curar a (su) hijo”. Sostuvo que decidió llevarlo al hospital en tanto su hijo “se puso ya malito, ya se puso agresivo”. Indicó que al llegar, Luis Guachalá fue examinado por un médico del hospital, quien le dijo que su hijo “debía quedar internado” y que comprara medicamentos para él. La señora Chimbó manifestó que firmó algunos documentos a efectos de autorizar que su hijo se quede en el hospital por un mes.

30. Sostuvo que Luis Guachalá se quedó durante todo el mes de mayo de 2003 en el hospital. Indicó que lo visitaba una vez cada dos días durante tres horas aproximadamente y que nunca tuvo ningún problema para ingresar y conversar con su hijo. También señaló que conversaba regularmente con el personal médico del hospital, quienes le indicaban cómo se encontraba el estado de salud de su hijo.

31. Indicó que en la primera conversación que tuvo con su hijo, éste le preguntó por qué lo había dejado en el hospital. Ella manifestó que le dijo que era para que se cure. Sostuvo que una semana después de haber sido internado, su hijo Luis le indicó que “qu(ería) ir a la casa”. Manifestó que le dijo que “no, que debía salir sanito de allí”. Sostuvo que después de ello “él se quedó tranquilo”.

32. La señora Chimbó sostuvo que en una ocasión su hijo le manifestó preocupado que en el hospital le pegaban a “los enfermos que están (...) más malitos”. Indicó que a él no lo habían golpeado. También señaló que su hijo le indicó que “uno de los enfermos era grosero (...), le quitaba las manzanas, las mandarinas que (...) le dejaba”.

¹⁸ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

¹⁹ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

²⁰ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

²¹ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

²² Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

²³ Anexo 13. Resolución del Tribunal Constitucional, 6 de julio de 2006. Anexo 10 a la petición inicial.

²⁴ Comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

²⁵ Oficio No. 202-G-HJE-2016, 21 de marzo de 2016. Anexo 11 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

²⁶ Oficio No. 202-G-HJE-2016, 21 de marzo de 2016. Anexo 10 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

²⁷ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

33. La señora Chimbó indicó que a fines de mayo, la doctora del hospital, Erika Quimbuilco, le dijo que Luis sería dado de alta. Señaló que debía llevar a su hijo en junio de ese mismo año para que le hagan un nuevo examen pero que no pudo llevarlo por falta de dinero. Indicó que no hubo seguimiento por parte del personal médico ni de trabajo social del hospital.

34. La señora Chimbó manifestó que para diciembre de 2003 las crisis de su hijo regresaron y se agravaron. Sostuvo que a inicios de enero de 2004 sucedió lo siguiente con su hijo Luis:

(...) empezó a reírse solo, a mirar al techo, cogía las cosas y se les quedaba mirando, como ido, como ausente, no se daba cuenta de que estaba con otras personas, se hacía sus necesidades en el pantalón, no avisaba, yo debía bañarle (...). Se puso agresivo también y desde el siete de enero ya no comía nada más (...). Las crisis epilépticas le daban cada media hora desde el ocho de enero (...). El nueve de enero amaneció más mal, ya no reconocía a nadie, las crisis continuaban, estaba agresivo, en un momento que me empujó a mí, parece que se dio cuenta, se quedó quieto y le salieron lágrimas, no comió nada.

C. Sobre el ingreso de Luis Guachalá al Hospital Psiquiátrico Julio Endara en enero de 2004

35. El 10 de enero de 2004 la señora Chimbó llevó nuevamente a su hijo al Hospital Psiquiátrico Julio Endara²⁸. El señor Guachalá fue recibido por el médico residente de turno y personal de enfermería²⁹. De acuerdo al informe de la institución, el motivo de su ingreso se debió a los siguientes factores: “agresividad física y verbal, impulsividad, conducta discordante, insomnio, mutismo, actitudes alucinatorias, crisis convulsivas (...) generalizadas”³⁰. Se indicó que desde hacía una semana el señor Guachalá suspendió la toma de los medicamentos prescritos por lo que hubo una “reaparición del cuadro psicopatológico”³¹.

36. La señora Chimbó indicó que firmó un documento a efectos de responsabilizarse en la compra de medicamentos³². También sostuvo que pagó la suma de \$10.00³³. El documento firmado por la señora Chimbó señala lo siguiente:

Los suscritos (...) Rosario Chimbó (...) autorizamos a los médicos del hospital realizar los tratamientos que creyeren convenientes en la persona de Luis Eduardo Guachalá Chimbó de cuyos riesgos estamos enterados.

Nos comprometemos a colaborar con los medicamentos que fueren necesarios, además velaremos por el paciente durante el tiempo de permanencia en esta casa de salud, visitándolo de acuerdo a la frecuencia que aconsejen los médicos tratantes y dotándole de los elementos indispensables para su vestuario y cuidado personal.

Conocemos que el hospital prevee (sic) toda la posibilidad de fuga y accidente, pero que en caso de llegarse a suceder no se hace responsable de las consecuencias³⁴.

37. La señora Chimbó indicó que ella acompañó a su hijo a una sala donde había seis camas³⁵. Manifestó que sólo una estaba ocupada por una persona “que estaba como muertito”³⁶. Sostuvo que el médico le ordenó a un enfermero que inyecte un calmante al señor Guachalá³⁷. Agregó que el enfermero que estaba en la sala tenía olor “como que había tomado alcohol recién”³⁸. Sostuvo que dicho enfermero estaba

²⁸ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

²⁹ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

³⁰ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

³¹ Anexo 5. Hoja de ingreso de Luis Guachalá, Hospital Psiquiátrico Julio Endara, 10 de enero de 2004. Anexo 2 a la petición inicial.

³² Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

³³ Anexo 7. Declaración de Zoila Chimbó ante la Policía Judicial de Pichincha, 3 de febrero de 2004. Anexo 4 a la petición inicial.

³⁴ Autorización del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, 10 de enero de 2004. Anexo a la comunicación del Estado de 7 de enero de 2015.

³⁵ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

³⁶ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

³⁷ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

³⁸ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

temblando y “pinchó (a su hijo) más de seis veces en un brazo (...) (porque) no encontraba la vena”³⁹. Sostuvo que una vez que lo inyectó correctamente su hijo Luis “se quedó ya como muertito, no como en la primera vez que le llevé en mayo cuando le pusieron la inyección”⁴⁰.

38. La señora Chimbó recibió una lista de objetos de aseo para comprar: papel higiénico, jabón, peinilla, cepillo de dientes y pasta dental⁴¹. Indicó que pusieron al señor Guachalá una ropa usada, la cual según el enfermero “era donada de otras personas y (...) se les ponía a los enfermos”⁴².

39. La señora Chimbó preguntó al doctor si era posible que visitara a su hijo al día siguiente⁴³. Éste le indicó que mejor regresara el lunes puesto que su hijo “iba a estar dormido el sábado y domingo”⁴⁴.

D. Sobre lo sucedido en el hospital entre el 11 y 16 de enero

40. La señora Chimbó manifestó que el domingo 11 de enero se comunicó telefónicamente con una enfermera del hospital quien le indicó que su hijo “seguía dormido y estaba sedado”⁴⁵.

41. El lunes 12 de enero de 2004 se realizó una reunión entre el personal médico del hospital⁴⁶. La doctora Erika Quimbiulco sostuvo que en dicha reunión se le asignó la atención del señor Guachalá⁴⁷. Indicó que cuando se dirigió a hacerle una evaluación completa, lo encontró “sedado por efectos de tratamiento instaurado por lo que únicamente realiz(ó) el examen físico”⁴⁸. Manifestó que dicho examen físico resultó “normal”⁴⁹. Asimismo, indicó que le prescribió determinados medicamentos “por razones necesarias si convulsiona” y solicitó vigilancia al señor Guachalá⁵⁰.

42. El mismo día en la mañana la señora Chimbó, acudió al Hospital⁵¹ e indicó que cuando ingresó se dirigió al cuarto de su hijo pero no lo encontró ahí⁵². Posteriormente, la señora Chimbó se dirigió a preguntarle a la doctora Quimbiulco dónde se encontraba su hijo⁵³ y dicha doctora le informó que su hijo se encontraba sedado⁵⁴. La doctora Quimbiulco sostuvo que le entregó a la señora Chimbó la lista de medicamentos que prescribió a su hijo⁵⁵.

43. La doctora Quimbiulco sostuvo que en la tarde del mismo día, mientras estaba atendiendo a otras personas internadas en el hospital, se encontró nuevamente con la señora Chimbó⁵⁶. Manifestó que la señora Chimbó le volvió a preguntar dónde se encontraba su hijo, a lo que le respondió que “podría encontrarse en la peluquería o en terapia ocupacional con el resto de pacientes”⁵⁷. Agregó que “en realidad (...) no sabía en ese momento exactamente dónde se encontraba ya que (...) no t(iene) la responsabilidad directa de cuidar a los pacientes, función que corresponde al personal auxiliar de enfermería”⁵⁸.

³⁹ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁴⁰ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁴¹ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁴² Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁴³ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁴⁴ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁴⁵ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁴⁶ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁴⁷ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁴⁸ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁴⁹ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁵⁰ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁵¹ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁵² Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁵³ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁵⁴ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁵⁵ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁵⁶ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁵⁷ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁵⁸ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

44. La señora Chimbó indicó que fue a la peluquería del hospital pero que no encontró a su hijo en dicho lugar⁵⁹. Manifestó que la doctora Quimbiulco le indicó que “buscara entre los pacientes, que por ahí ha de estar con los enfermos, que podía estar en rehabilitación, que es el lugar donde los enfermos desgranar maíz”⁶⁰. La señora Chimbó sostuvo que increpó a la doctora Quimbiulco por no saber dónde se encontraba su hijo, quien además estaría sedado⁶¹. Señaló que la doctora Quimbiulco no le respondió⁶².

45. La señora Chimbó manifestó que salió del hospital a comprar los medicamentos que le indicaron y que, al regresar, preguntó al personal del centro dónde se encontraba su hijo⁶³. Indicó que nadie le pudo indicar dónde se encontraba⁶⁴. Manifestó que entregó los medicamentos a la doctora Quimbiulco y le indicó que seguía sin encontrar a su hijo, a lo cual ella respondió que “por ahí ha de estar”⁶⁵.

46. La doctora Quimbiulco indicó que seguidamente le dijo a la señora Chimbó que era “conveniente terapéuticamente” que no vea a su hijo⁶⁶. Ello debido a que “los pacientes al recibir a sus familiares en muchas de las ocasiones se agitan y quieren irse con ellos”⁶⁷. También manifestó que acordó con la señora Chimbó llamarla diariamente para informarle sobre el estado de salud de Luis Guachalá y acordar un día en el que pueda visitarlo⁶⁸.

47. Conforme al informe médico del hospital, la doctora Quimbiulco sostuvo que el martes 13 de enero de 2004 le realizó un nuevo examen al señor Guachalá⁶⁹. Manifestó que se encontraba “poco comunicativo, hipoprosexico, pensamiento bradipsíquico, contenido pobre, (...) memoria, cálculo, juicio y raciocinio deteriorados”⁷⁰. Agregó que el señor Guachalá no había sufrido crisis convulsivas, y que se alimentaba y dormía en forma adecuada⁷¹. Indicó que debido a su mejoría, decidió cambiar los medicamentos prescritos⁷². La señora Chimbó indicó que ese día llamó a la doctora Quimbiulco, quien le manifestó que su hijo “estaba bien”⁷³.

48. La doctora Quimbiulco sostuvo que el jueves 15 de enero de 2004 cuando llegó al hospital, le informaron que el señor Guachalá sufrió una caída en el baño el día anterior⁷⁴. Indicó que procedió a suturarle la herida producida en la región ciliar izquierda⁷⁵. La doctora Quimbiulco manifestó que conversó telefónicamente con la señora Chimbó y le indicó que ese mismo día podía visitar a su hijo en tanto “se encontraba mejor”⁷⁶. Sostuvo que la señora Chimbó le dijo que “no iba a venir entre semana por su trabajo y que lo visitaría el fin de semana”⁷⁷.

49. Según el informe médico del Hospital, el viernes 16 de enero de 2004 la doctora Quimbiulco realizó un nuevo examen al señor Guachalá⁷⁸. Sostuvo que el señor Guachalá no había presentado crisis convulsivas y que se alimentaba y dormía en forma adecuada⁷⁹. La señora Chimbó indicó que se comunicó telefónicamente con la doctora Quimbiulco, quien le manifestó que su hijo “estaba reclamando por (ella), que

⁵⁹ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁶⁰ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁶¹ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁶² Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁶³ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁶⁴ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁶⁵ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁶⁶ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁶⁷ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁶⁸ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁶⁹ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁷⁰ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁷¹ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁷² Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁷³ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁷⁴ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁷⁵ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁷⁶ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁷⁷ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁷⁸ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁷⁹ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

quería ver(la)”⁸⁰. La doctora Quimbiulco indicó que al retirarse del hospital ese día, el señor Guachalá se encontraba “estable”⁸¹.

E. Sobre lo sucedido el 17 de enero de 2004

50. La Comisión observa que la ficha médica del señor Guachalá en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara contiene sus “notas de evolución” y “prescripciones médicas” desde el 10 de enero de 2004, fecha de su ingreso al centro médico, hasta el 16 del mismo mes⁸². En dicha ficha no hay anotaciones en el día 17 de enero de 2004⁸³. En el informe de cambio de turno del hospital de dicha fecha, se indica el nombre del personal que estuvo en dicha institución durante la mañana y la noche⁸⁴. En dicho informe consta una anotación en donde se indica que “el paciente Luis Guachalá abandona el hospital, se le busca, no se le encuentra”⁸⁵.

51. El enfermero Luis Borja envió una comunicación al director del hospital, Rommel Artieda, indicando que en la tarde del 17 de enero el señor Guachalá estaba en el patio de la institución “junto a todos los otros pacientes, la mayoría de ellos de cuidado”⁸⁶. Sostuvo que posteriormente llevó al señor Guachalá a la sala de televisión en donde se quedó sentado⁸⁷. Indicó que fue a ver a “otro paciente (...) que amenazaba por irse del hospital ya que se encontraba muy inquieto”⁸⁸. El Estado señaló que ello ocurrió alrededor de las 3:30 pm⁸⁹.

52. El enfermero Borja manifestó que tardó entre quince a veinte minutos en regresar a la sala de televisión y ya no encontró al señor Guachalá⁹⁰. Sostuvo que inmediatamente empezó a buscarlo en las diversas salas y habitaciones del hospital pero no lo pudo encontrar⁹¹. Indicó que al momento de ocurrido el hecho el médico de turno no se encontraba en el hospital⁹².

F. Sobre lo sucedido a partir del 18 de enero de 2004

53. La señora Chimbó manifestó que el domingo 18 de enero de 2004 acudió al hospital para ver a su hijo y que habló con el enfermero que le había puesto la inyección a su hijo al momento del ingreso quien le dijo que “se había escapado del hospital el sábado diecisiete de febrero”⁹³. Sostuvo que el enfermero le preguntó si su hijo había llegado a su casa, a lo que le respondió que no había visto a su hijo Luis desde que lo dejó en el hospital⁹⁴. Indicó que el enfermero le dijo que “eso era (su) problema, (...) que habían buscado por todo el sector y que no le habían encontrado”⁹⁵.

54. La señora Chimbó señaló que el enfermero no la quería dejar entrar a la habitación a la cual había sido asignado su hijo, pero que una enfermera abrió la puerta de dicha habitación, por lo que ella pudo ingresar⁹⁶. Agregó que “ya estaba otro paciente” en la cama que le fue asignada a Luis, que no encontró a la doctora Quimbiulco y que conversó con una enfermera de turno, quien le recomendó que busque a su hijo “en casa de otros familiares”, por lo que salió llorando del hospital⁹⁷.

⁸⁰ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁸¹ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁸² Anexo 4. Ficha médica de Luis Guachalá, Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁸³ Anexo 4. Ficha médica de Luis Guachalá, Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁸⁴ Anexo 8. Informe de cambio de turno del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, 17 de enero de 2000. Anexo 5 a la petición inicial.

⁸⁵ Anexo 8. Informe de cambio de turno del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, 17 de enero de 2000. Anexo 5 a la petición inicial.

⁸⁶ Anexo 10. Comunicación de Luis Borja, 27 de septiembre de 2004. Anexo 7 a la petición inicial.

⁸⁷ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁸⁸ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁸⁹ Comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

⁹⁰ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁹¹ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁹² Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁹³ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁹⁴ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁹⁵ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁹⁶ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

⁹⁷ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

55. La doctora Quimbiulco manifestó que el lunes 19 de enero de 2004, al llegar al hospital, le informaron que el señor Guachalá “había abandonado la institución el fin de semana”⁹⁸, por lo que ordenó a la trabajadora social Jenny Beltrán “reali(zar) los trámites respectivos para localizar al paciente”⁹⁹.

56. El mismo día la señora Chimbó acudió al hospital y se entrevistó con el director de la institución. El director le informó a la señora Chimbó lo siguiente:

(...) los pacientes se ponen inquietos cuando los familiares no van a visitarlos, y que lamentablemente el hospital no tiene paredes altas por lo que es muy fácil para ellos salirse; el personal los cuida pero no son suficientes para estar tras los pacientes que quieren fugarse y aún así por lo general están tras ellos¹⁰⁰.

57. De acuerdo al informe del hospital, ese día se realizaron llamadas telefónicas al Albergue San Juan de Dios, al Hospital San Lázaro y a la morgue, en donde se les informó que ninguna persona con las características del señor Guachalá se encontraba ahí¹⁰¹. Asimismo, la trabajadora social Jenny Beltrán se comunicó con la Policía Nacional a efectos de informar la desaparición del señor Guachalá¹⁰². Conforme al informe del hospital el mismo día acudió el sargento Max Alua “para obtener los datos de rutina”¹⁰³. Por su parte, la señora Chimbó manifestó que estuvo con su hija buscando a Luis en los alrededores del hospital. Agregó que “del hospital nos dijeron que habían avisado a la policía, bomberos, cruz roja, pero nadie llegó”¹⁰⁴.

58. El 20 de enero el hospital llamó a la señora Chimbó para saber si tenía alguna información de su hijo¹⁰⁵. Conforme al registro del hospital, nadie contestó dicha llamada¹⁰⁶. Por su parte, la señora Chimbó manifestó que ese día se dirigió al retén policial ubicado en Guangopolo donde el jefe del retén le indicó que “no era la primera vez que se perdía un paciente del hospital”, por lo que el jefe del retén le recomendó que interpusiera una denuncia en la Policía Judicial¹⁰⁷.

59. La señora Chimbó manifestó que una de las personas internadas en el hospital le dijo que Luis estaba muerto¹⁰⁸. Indicó que ella le dijo que a su hijo “le había dado un paro durante la misa” y que incluso él le pidió que solicite ayuda a la policía¹⁰⁹.

60. El 21 de enero de 2004 el hospital expidió una hoja de egreso de Luis Guachalá¹¹⁰. Se indicó que “el paciente abandonó el hospital (...); se ha tratado de ubicarlo (...) pero no se ha logrado hacerlo por lo cual se procede a dar el alta por abandono del hospital”¹¹¹.

61. El 26 de enero una trabajadora social del hospital acudió a la morgue en tanto recibió una llamada de dicho lugar donde se le informó que se tenían dos cadáveres no identificados, pero ninguno correspondía al señor Guachalá¹¹².

62. Al día siguiente se realizó una reunión en el hospital y se acordó crear un grupo de búsqueda del señor Guachalá¹¹³. También se acordó imprimir volantes y pegarlos en sectores aledaños a la institución¹¹⁴. La CIDH no cuenta con información sobre la efectiva realización de dichas acciones.

⁹⁸ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

⁹⁹ Anexo 1. Informe médico del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Anexo a la petición inicial.

¹⁰⁰ Anexo 3. Informe del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, Trabajo Social. Anexo a la petición inicial.

¹⁰¹ Anexo 3. Informe del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, Trabajo Social. Anexo a la petición inicial.

¹⁰² Anexo 11. Sistema de gestión de llamadas de la Policía Nacional del Ecuador. Anexo 8 a la petición inicial.

¹⁰³ Anexo 3. Informe del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, Trabajo Social. Anexo a la petición inicial.

¹⁰⁴ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

¹⁰⁵ Anexo 3. Informe del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, Trabajo Social. Anexo a la petición inicial.

¹⁰⁶ Anexo 3. Informe del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, Trabajo Social. Anexo a la petición inicial.

¹⁰⁷ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

¹⁰⁸ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

¹⁰⁹ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

¹¹⁰ Anexo 9. Hoja de egreso del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, 21 de enero de 2004. Anexo 6 a la petición inicial.

¹¹¹ Anexo 9. Hoja de egreso del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, 21 de enero de 2004. Anexo 6 a la petición inicial.

¹¹² Anexo 3. Informe del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, Trabajo Social. Anexo a la petición inicial.

¹¹³ Anexo 3. Informe del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, Trabajo Social. Anexo a la petición inicial.

¹¹⁴ Anexo 3. Informe del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, Trabajo Social. Anexo a la petición inicial.

Adicionalmente, se indicó que el hospital llamó a un canal de televisión para que sacaran al aire un anuncio dando a conocer la desaparición del señor Guachalá¹¹⁵. De acuerdo al hospital el personal del canal de televisión les informó que la señora Chimbó ya había realizado dicha solicitud¹¹⁶.

63. El 5 de febrero 2004 una trabajadora social del hospital se contactó telefónicamente con la hermana del señor Guachalá quien le indicó que en la noche irían con la policía a un lugar donde se encuentran indigentes a efectos de intentar localizarlo¹¹⁷.

64. El 10 de febrero de 2004 la señora Chimbó acudió al hospital para preguntar qué medidas se habían adoptado en la búsqueda de su hijo¹¹⁸. Uno de los médicos del hospital se comunicó telefónicamente con el Cuartel de la Rivera, quienes se ofrecieron a brindar una patrulla para buscar al señor Guachalá¹¹⁹. Un grupo de oficiales llegaron en horas de la tarde al hospital y, tras conversar con la señora Chimbó y recibir una fotografía de su hijo, salieron a buscarlo¹²⁰.

65. Al día siguiente la señora Chimbó y una trabajadora social del hospital acudieron al cuartel a efectos de saber si se tenía información sobre el paradero del señor Guachalá¹²¹. Un sargento les informó que no lo había localizado y que “más bien se le debe presionar a la PJ (Policía Judicial) para que acudan y realicen las investigaciones previas en el hospital”¹²².

66. El 12 de febrero de 2004 una trabajadora social del hospital acudió a la Policía Judicial¹²³. Indicó que conversó con el sargento a cargo del caso, quien le manifestó lo siguiente:

(...) la denuncia emitida por la madre del paciente se basa en tal vez (sic) algo pasó en el hospital y no (l)e quieren avisar y que por lo tanto el hospital hace caso omiso en encontrar a su hijo¹²⁴.

67. De acuerdo a un oficio del Cuerpo de Bomberos del Distrito Metropolitano de Quito, entre el 12 y 15 de febrero de 2004 se realizó una búsqueda del señor Guachalá, sin resultados. Se indicó que dicho rastreo fue realizado a petición de una trabajadora social del hospital¹²⁵.

68. El 10 de junio de 2004 la Dirección Nacional de Defensa de los Derechos de la Tercera Edad y Discapacitados (DINATED) envió una comunicación al Hospital Psiquiátrico Julio Endara¹²⁶. El DINATED mostró su preocupación sobre la falta de información acerca de la desaparición ocurrida entre el 17 y 18 de enero de 2004¹²⁷.

69. El 30 de junio de 2004 Jenny Beltrán, trabajadora social del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, respondió a la comunicación del DINATED¹²⁸. La señora Beltrán sostuvo que el 17 y 18 de enero de 2004 corresponde a un fin de semana “por lo que no sup(o) del particular sino hasta el día lunes 19 de enero en la reunión de trabajo que se realiza todas las mañanas de los días laborables”¹²⁹. Añadió que una vez que

¹¹⁵ Anexo 3. Informe del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, Trabajo Social. Anexo a la petición inicial.

¹¹⁶ Anexo 3. Informe del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, Trabajo Social. Anexo a la petición inicial.

¹¹⁷ Anexo 3. Informe del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, Trabajo Social. Anexo a la petición inicial.

¹¹⁸ Anexo 3. Informe del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, Trabajo Social. Anexo a la petición inicial.

¹¹⁹ Anexo 3. Informe del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, Trabajo Social. Anexo a la petición inicial.

¹²⁰ Anexo 3. Informe del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, Trabajo Social. Anexo a la petición inicial.

¹²¹ Anexo 3. Informe del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, Trabajo Social. Anexo a la petición inicial.

¹²² Anexo 3. Informe del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, Trabajo Social. Anexo a la petición inicial.

¹²³ Anexo 3. Informe del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, Trabajo Social. Anexo a la petición inicial.

¹²⁴ Anexo 3. Informe del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, Trabajo Social. Anexo a la petición inicial.

¹²⁵ Anexo 15. Oficio del Cuerpo de Bomberos del Distrito Metropolitano de Quito, 4 de octubre de 2004. Anexo a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016, p. 8.

¹²⁶ Anexo 2. Comunicación de Jenny Beltrán, Hospital Psiquiátrico Julio Endara, de 30 de junio de 2004. Anexo a la petición inicial.

¹²⁷ Anexo 2. Comunicación de Jenny Beltrán, Hospital Psiquiátrico Julio Endara, de 30 de junio de 2004. Anexo a la petición inicial.

¹²⁸ Anexo 2. Comunicación de Jenny Beltrán, Hospital Psiquiátrico Julio Endara, de 30 de junio de 2004. Anexo a la petición inicial.

¹²⁹ Anexo 2. Comunicación de Jenny Beltrán, Hospital Psiquiátrico Julio Endara, de 30 de junio de 2004. Anexo a la petición inicial.

se tomó conocimiento de la desaparición del señor Guachalá, “se procedió a realizar las gestiones correspondientes que el caso amerita”¹³⁰.

70. El 7 de abril de 2005 la doctora del hospital, Sonia Sánchez, informó al director de dicho centro que se practicaron exámenes odontológicos forenses a dos cadáveres no identificados encontrados el 13 de agosto y 18 de septiembre de 2004¹³¹. Sostuvo que los resultados no concuerdan con el del señor Guachalá¹³².

G. Sobre los recursos presentados

1. Denuncia ante la Policía Judicial

71. El 21 de enero de 2004 la señora Chimbó presentó una denuncia ante la Policía Judicial de Pichincha por la desaparición de su hijo¹³³. El Estado indicó que la Fiscalía Distrital de Pichincha inició la indagación previa¹³⁴. El mismo día el agente fiscal de la Unidad de Delitos contra la Vida de Pichincha requirió i) la declaración de la señora Chimbó; y ii) el reconocimiento del lugar de los hechos¹³⁵.

72. El 3 de febrero de 2004 la señora Chimbó rindió su declaración judicial¹³⁶. Asimismo, el enfermero Luis Borja indicó que rindió su declaración ante la Policía Judicial y manifestó lo siguiente:

(...) el hospital no es un hospital cerrado y que siempre hay la posibilidad de salida de los pacientes ya que se estaba realizando en esos días la tala de árboles que circundan al hospital, lo cual dañó en parte dicho cerramiento. (...) cuando un paciente ingresa al hospital los familiares firman una hoja en donde no se responsabiliza al hospital en estos casos por el estado crítico de los pacientes, a pesar de los cuidados que aquí se prestan, de lo cual fueron debidamente informados¹³⁷.

73. El 22 de marzo de 2004 el Jefe Provincial de la Policía Judicial presentó a la Fiscalía un informe sobre diligencias realizadas¹³⁸. En dicho informe se señaló que se tomó la declaración de algunos funcionarios del hospital¹³⁹. La CIDH no cuenta con dichas declaraciones.

74. Los peticionarios señalaron que se realizaron autopsias de dos cadáveres encontrados el 13 de agosto y 18 de septiembre de 2004, respectivamente, los cuales no correspondieron al señor Guachalá¹⁴⁰. Por su parte, el Estado señaló que el 18 de octubre de 2004 el perito acreditado por el Ministerio Público remitió a la Fiscalía su informe pericial de reconocimiento de lugar de los hechos¹⁴¹. El Estado no indicó sobre la forma en que se realizó dicho reconocimiento ni los resultados obtenidos.

75. La señora Chimbó presentó comunicaciones a la Fiscalía el 26 de noviembre de 2004, y el 28 de enero, 3 de marzo y 4 de julio de 2005, solicitando la práctica de varias diligencias¹⁴². El Estado sostuvo que el fiscal a cargo de la investigación le informó a la señora Chimbó que varias de las diligencias solicitadas

¹³⁰ Anexo 2. Comunicación de Jenny Beltrán, Hospital Psiquiátrico Julio Endara, de 30 de junio de 2004. Anexo a la petición inicial.

¹³¹ Oficios de Sonia Sánchez a Rommel Artieda, 7 de abril de 2005. Anexo a la comunicación de los peticionarios recibida el 25 de mayo de 2011.

¹³² Oficios de Sonia Sánchez a Rommel Artieda, 7 de abril de 2005. Anexo a la comunicación de los peticionarios recibida el 25 de mayo de 2011.

¹³³ Anexo 12. Denuncia de Zoila Chimbó, 21 de enero de 2004. Anexo 9 a la petición inicial.

¹³⁴ Comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹³⁵ Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹³⁶ Anexo 7. Declaración de Zoila Chimbó ante la Policía Judicial de Pichincha, 3 de febrero de 2004. Anexo 4 a la petición inicial.

¹³⁷ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

¹³⁸ Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹³⁹ Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁴⁰ Comunicación de los peticionarios recibida el 25 de mayo de 2011.

¹⁴¹ Comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁴² Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

ya habían sido practicadas y que respecto de las otras, “se realizarían en el momento que se considere oportuno”¹⁴³.

76. El 12 de julio de 2005 el director del hospital, Rommel Artieda, rindió su declaración ante el Juez Vigésimo Primero de lo Civil de Pichincha¹⁴⁴. El señor Artieda sostuvo que la condición médica del señor Guachalá era “inestable, ante lo cual el personal médico del hospital le ha brindado toda la atención prioritaria, preferente, especializada y los cuidados necesarios”¹⁴⁵. Agregó que:

(...) como se trata de un hospital psiquiátrico, tiene una gran extensión, en donde los pacientes se movilizan con libertad y tranquilidad, el cerramiento tiene una altura mediana y los pacientes al no ver a sus familiares en su desesperación tratan de salir del establecimiento, como ha sucedido con el señor Luis Guachalá¹⁴⁶.

77. El Estado informó que el 13 de julio de 2005 la odontóloga forense asignada envió a la Fiscalía un informe en el cual indicó que se hizo un estudio de las piezas dentales del señor Guachalá y dos cadáveres no identificados, con resultados negativo¹⁴⁷.

78. La señora Chimbó indicó que desde que interpuso su denuncia hasta mediados del año 2005, ella misma tuvo que pagar la movilización de los agentes de la Policía Judicial al hospital¹⁴⁸. Sostuvo que a pesar de sus solicitudes, no se realizaron mayores diligencias, incluyendo la falta de registro de la información de una de las internas respecto del posible fallecimiento del señor Guachalá.

79. El 29 de agosto de 2005 la Fiscalía de Pichincha solicitó al Juzgado Décimo Octavo de lo Penal de Pichincha la desestimación de la denuncia y el archivo de la misma con base en el artículo 38 del Código de Procedimiento Penal¹⁴⁹. Ello debido a que a pesar “haberse efectuado todas las diligencias e investigaciones en torno al caso, se hizo imposible dar con el paradero del señor Guachalá”¹⁵⁰. El Estado informó que la señora Chimbó solicitó que no se desestime la denuncia¹⁵¹.

80. El 27 de septiembre de 2005 la jueza a cargo ordenó remitir el expediente al Ministro Fiscal Superior, en consulta, a fin de que revoque o ratifique la desestimación solicitada¹⁵². El 13 de julio de 2006 el Ministro Fiscal Provincial de Pichincha ratificó el requerimiento de archivo de la investigación¹⁵³. En su resolución señaló lo siguiente:

(...) esta Fiscalía considera que no se ha determinado la existencia de delito alguno, por cuya razón el suscrito Ministro Fiscal Distrital de Pichincha, ratifica el requerimiento de archivo subido en grado¹⁵⁴.

81. El 19 de julio de 2006 la Jueza del Décimo Octavo de lo Penal de Pichincha ordenó el archivo de la causa¹⁵⁵.

2. Expediente administrativo

82. El 23 de mayo de 2013 un oficial investigador de la Policía Judicial presentó al Fiscal Provincial un informe donde se indicaba que se realizó una reunión de trabajo a efectos de complementar

¹⁴³ Comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁴⁴ Declaración de Rommel Artieda, 12 de julio de 2005. Anexo a la comunicación de los peticionarios recibida el 25 de mayo de 2011.

¹⁴⁵ Declaración de Rommel Artieda, 12 de julio de 2005. Anexo a la comunicación de los peticionarios recibida el 25 de mayo de 2011.

¹⁴⁶ Declaración de Rommel Artieda, 12 de julio de 2005. Anexo a la comunicación de los peticionarios recibida el 25 de mayo de 2011.

¹⁴⁷ Comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁴⁸ Anexo 6. Declaración jurada de Zoila Chimbó, 27 de septiembre de 2005. Anexo 3 a la petición inicial.

¹⁴⁹ Petición inicial. Comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁵⁰ Petición inicial. Comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁵¹ Comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁵² Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁵³ Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁵⁴ Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁵⁵ Comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

actividades de investigación en el presente caso¹⁵⁶. El fiscal remitió dicho informe a la Unidad de Atención Integral al Público a fin de que se direcciona a la Unidad de Actuaciones Administrativas¹⁵⁷.

83. De acuerdo a un oficio del Fiscal 4 de la Unidad de Actuaciones Administrativas de Pichincha de 4 de noviembre de 2013, el 19 de agosto de 2013 se avocó a conocimiento del expediente sobre la desaparición del señor Guachalá¹⁵⁸. El Fiscal indicó que solicitó a la Policía Nacional “realizar las investigaciones correspondientes” y enviar un informe sobre las diligencias realizadas en el plazo de 30 días¹⁵⁹. Asimismo, ordenó enviar oficios a diversas instituciones, entre las cuales se destacan: i) la OCNI-INTERPOL a fin de que emitan la “difusión amarilla de persona desaparecida” del señor Guachalá; ii) la Dirección Nacional de la Policía Judicial e Investigaciones a fin de que certificar si en algún lugar del país se encuentran cadáveres no identificados con características del señor Guachalá; iii) el Ministerio de Salud Pública a fin de informar si en algún hospital psiquiátrico o albergue ha sido atendido o internado el señor Guachalá con posterioridad a enero de 2004¹⁶⁰. En dicho oficio el Fiscal sostuvo que está a la espera de la documentación requerida.

84. El 30 de octubre de 2013 el Fiscal envió una comunicación al Jefe de la Policía Judicial de Pichincha indicando que tomó conocimiento de que el investigador a cargo de este caso fue trasladado de unidad, por lo que resultaba necesario designar a otro policía para continuar con la investigación¹⁶¹.

85. En enero de 2014 el Fiscal solicitó la realización de diversas diligencias, tales como i) la toma de declaraciones de personal del hospital; ii) la comparecencia de la señora Chimbó; y iii) el cotejo de ADN de la señora Chimbó con la de cadáveres no identificados en Pichincha¹⁶².

86. El 21 de enero de 2014 el jefe de la OCNI-INTERPOL remitió al fiscal la notificación de difusión amarilla del señor Guachalá, a fin de difundir la desaparición de una persona a nivel internacional¹⁶³.

87. Se cuenta con información en cuanto a que entre abril y mayo de 2014 que se realizaron búsquedas a albergues, y pega de afiches¹⁶⁴. En junio de 2014 la fiscal de la Unidad Especializada en Investigación de Personas Desaparecidas realizó un allanamiento en el hospital a efectos de recabar documentación relevante con el presente caso¹⁶⁵. En julio de 2014 la fiscal ordenó la realización de diligencias tales como i) determinar si existen compras de boleto de transporte terrestre a nombre del señor Guachalá; ii) cotejar las huellas dactilares registradas del señor Guachalá con cadáveres no identificados en enero de 2004; entre otras¹⁶⁶.

88. En septiembre de 2014 la fiscal solicitó i) oficiar a la trabajadora social de la Fiscalía General del Estado la realización de un examen de “valoración de entorno social y familiar”; y ii) recepcionar declaraciones de los médicos del hospital, entre otras diligencias¹⁶⁷. En enero de 2015 la fiscal solicitó recepcionar declaraciones de las auxiliares de enfermería del hospital¹⁶⁸. En febrero de 2015 la fiscal requirió a la Dirección Nacional de Delitos Contra la Vida, Muertes Violentas, Desapariciones, Extorsión y Secuestros (DINASED) revisar en el Departamento de Medicina Legal de Pichincha los libros de levantamiento de

¹⁵⁶ Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁵⁷ Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁵⁸ Oficio del Fiscal 4 de la Unidad de Actuaciones Administrativas de Pichincha, 4 de noviembre de 2013. Anexo a la comunicación del Estado de 7 de enero de 2015.

¹⁵⁹ Oficio del Fiscal 4 de la Unidad de Actuaciones Administrativas de Pichincha, 4 de noviembre de 2013. Anexo a la comunicación del Estado de 7 de enero de 2015.

¹⁶⁰ Oficio del Fiscal 4 de la Unidad de Actuaciones Administrativas de Pichincha, 4 de noviembre de 2013. Anexo a la comunicación del Estado de 7 de enero de 2015.

¹⁶¹ Oficio del Fiscal 4 de la Unidad de Actuaciones Administrativas de Pichincha, 4 de noviembre de 2013. Anexo a la comunicación del Estado de 7 de enero de 2015.

¹⁶² Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁶³ Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁶⁴ Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁶⁵ Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁶⁶ Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁶⁷ Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁶⁸ Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

cadáveres desde el 2004 y verificar si existen similitudes entre los cuerpos no identificados y el señor Guachalá¹⁶⁹.

89. En junio de 2015 la fiscal requirió a los comandantes de la Policía de diversos distritos realizar un censo de personas indigentes, mendigos, alcohólicos y “demás personas que deambulan por las calles”¹⁷⁰. Uno de los comandantes indicó que “no se puede atender el pedido (..) toda vez que los vehículos no se encuentran disponibles por encontrarse 3 vehículos con daños”¹⁷¹.

90. El 16 de julio de 2015 la fiscal recibió un oficio del jefe de la Unidad de Desaparición de Personas respecto de la toma de declaración de Andrés, hermano del señor Guachalá, quien indicó lo siguiente:

(...) manifestó que un sujeto alias “Guatas” le había visto hace algunos años atrás (2012) a Luis Guachalá y que dicha información le habría proporcionado a su madre la señora Zoila Chimbó Jarro, quien estaba a cargo de la investigación por la presunta desaparición de Luis¹⁷².

91. Andrés Guachalá también manifestó que en la actualidad alias “Guatas” le indicó que “no est(aba) ciento por ciento seguro que se tratara de Luis Guachalá”¹⁷³.

92. El 1 de octubre de 2015 la señora Chimbó solicitó que se realice un rastreo dentro del hospital, “en el sector de las antiguas instalaciones con canes amaestrados en búsqueda de osamentas”¹⁷⁴. Dicha diligencia se programó para el 11 de noviembre de 2015¹⁷⁵. No obstante, fue suspendida debido a que la Unidad de Mantenimiento del Orden informó que existía “falta de persona para esta búsqueda”¹⁷⁶. La diligencia se realizó el 27 de noviembre de 2015 sin resultados positivos¹⁷⁷.

93. En enero de 2016 la fiscal requirió nuevamente a la DINASED la revisión de los libros en el Departamento de Medicina Legal de Pichincha¹⁷⁸. Ello debido a que sólo se revisaron los documentos del año 2001 al 2014¹⁷⁹. En febrero de 2016 la fiscal requirió a seis canales de televisión y a cuatro diarios a difundir la imagen y datos del señor Guachalá¹⁸⁰.

94. El 15 de marzo de 2016 la fiscal solicitó a la Unidad de Archivo de la Fiscalía “todo el expediente original (...) que tiene relación a la denuncia propuesta por la señora Chimbó (...) sobre la desaparición del señor Luis Eduardo Guachalá”¹⁸¹. El mismo día la fiscal recibió el expediente solicitado¹⁸².

95. En su comunicación de mayo de 2016 el Estado sostuvo que la causa se encuentra en etapa de investigación previa a cargo de un fiscal¹⁸³. En julio de 2016 los peticionarios informaron que el expediente se encontraba abierto¹⁸⁴.

¹⁶⁹ Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁷⁰ Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁷¹ Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁷² Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁷³ Anexo 15. Informe de la Dirección Nacional de Delitos contra la vida, muertes violentas, desapariciones, extorsión y secuestro, 22 de marzo de 2016. Anexo 19 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁷⁴ Oficio del Ministerio de Coordinación de Seguridad, 4 de mayo de 2016. Anexo 13 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁷⁵ Oficio del Ministerio de Coordinación de Seguridad, 4 de mayo de 2016. Anexo 13 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁷⁶ Oficio del Ministerio de Coordinación de Seguridad, 4 de mayo de 2016. Anexo 13 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁷⁷ Oficio del Ministerio de Coordinación de Seguridad, 4 de mayo de 2016. Anexo 13 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁷⁸ Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁷⁹ Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁸⁰ Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁸¹ Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁸² Anexo 15. Oficio de la Fiscalía General del Estado, 21 de marzo de 2016. Anexo 9 a la comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

96. El Estado señaló que en agosto de 2016 el personal de la Dirección de Atención a la Ciudadanía acompañó a la señora Chimbó al sector de Conocoto, en Quito, “para presenciar una diligencia de rastreo y búsqueda de su hijo”¹⁸⁵. El Estado ecuatoriano sostuvo que dicha diligencia fue realizada por el equipo de la Dirección Nacional de Delitos contra la Vida, Muertes Violentas, Desapariciones, Extorsión y Secuestros, y que se contó con la presencia del fiscal a cargo del caso¹⁸⁶.

97. En su escrito de 2016 el Estado sostuvo que a pesar de las diligencias realizadas por la Fiscalía General del Estado, “no ha sido posible dar con el paradero de la presunta víctima”¹⁸⁷.

3. Queja ante la Defensoría del Pueblo

98. El 2 de abril de 2004 la INREDH presentó una solicitud de queja ante la Defensoría del Pueblo por la desaparición del señor Guachalá¹⁸⁸. Dicha solicitud fue dirigida a la Dirección Nacional de la Tercera Edad y Discapacitados (DINATED)¹⁸⁹. El 5 de octubre de 2004 la DINATED convocó a una audiencia en la cual participó la señora Chimbó¹⁹⁰. En dicha diligencia la señora Chimbó expresó su preocupación por la falta de esclarecimiento de la desaparición de su hijo¹⁹¹. Por su parte, los representantes de la señora Chimbó alegaron que el hospital comunicó a las autoridades estatales sobre la desaparición del señor Guachalá dos días después de ocurridos los hechos¹⁹². También solicitaron que la DINATED realice diversas diligencias tales como i) la recepción de la declaración del enfermero que presuntamente estaba con el señor Guachalá antes de su desaparición; ii) contactar a todo el personal de médico tratantes, de turno y de enfermería; y iii) recabar de la Policía Judicial y del Ministerio Público información sobre las acciones investigativas en el caso¹⁹³.

99. El 7 de octubre de 2004 el director de DINATED emitió una resolución indicando que se avoca conocimiento de la queja en tanto reúne los requisitos legales¹⁹⁴.

100. El 17 de febrero de 2005 el director de la DINATED envió una comunicación al Ministro de Salud¹⁹⁵. Se le indicó que realice las gestiones pertinentes para realizar un examen de ADN a un cadáver que permanece en la morgue de la Policía, cuyo costo debería ser asumido por el Hospital Julio Endara¹⁹⁶. Ello debido a la “total responsabilidad que tiene (el hospital) sobre este nefasto suceso; que ya lleva un año sin solución ya que la señora Zoila Chimbó Jarro (...) es de muy escasos recursos económicos”¹⁹⁷. Asimismo, le solicitó que “se sirva impartir las disposiciones pertinentes para que se investigue adecuadamente este caso”¹⁹⁸.

[... continuación]

¹⁸³ Comunicación del Estado de 20 de mayo de 2016.

¹⁸⁴ Comunicación de los peticionarios de 5 de julio de 2016.

¹⁸⁵ Oficio del Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Culto, 17 de noviembre de 2016. Anexo a la comunicación del Estado de 21 de diciembre de 2016.

¹⁸⁶ Oficio del Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Culto, 17 de noviembre de 2016. Anexo a la comunicación del Estado de 21 de diciembre de 2016.

¹⁸⁷ Comunicación del Estado de 28 de octubre de 2016.

¹⁸⁸ Anexo 13. Resolución del Tribunal Constitucional, 6 de julio de 2006. Anexo 10 a la petición inicial.

¹⁸⁹ Comunicación de los peticionarios recibida el 25 de mayo de 2011.

¹⁹⁰ Comunicación de la INREDH, 6 de octubre de 2004. Anexo a la comunicación de los peticionarios recibida el 25 de mayo de 2011.

¹⁹¹ Comunicación de la INREDH, 6 de octubre de 2004. Anexo a la comunicación de los peticionarios recibida el 25 de mayo de 2011.

¹⁹² Comunicación de la INREDH, 6 de octubre de 2004. Anexo a la comunicación de los peticionarios recibida el 25 de mayo de 2011.

¹⁹³ Comunicación de la INREDH, 6 de octubre de 2004. Anexo a la comunicación de los peticionarios recibida el 25 de mayo de 2011.

¹⁹⁴ Resolución de DINATED, 14 de octubre de 2004. Anexo a la comunicación de los peticionarios recibida el 25 de mayo de 2011.

¹⁹⁵ Comunicación de José Oña al Ministro de Salud, 17 de febrero de 2004. Anexo a la comunicación de los peticionarios recibida el 25 de mayo de 2011.

¹⁹⁶ Comunicación de José Oña al Ministro de Salud, 17 de febrero de 2004. Anexo a la comunicación de los peticionarios recibida el 25 de mayo de 2011.

¹⁹⁷ Comunicación de José Oña al Ministro de Salud, 17 de febrero de 2004. Anexo a la comunicación de los peticionarios recibida el 25 de mayo de 2011.

¹⁹⁸ Comunicación de José Oña al Ministro de Salud, 17 de febrero de 2004. Anexo a la comunicación de los peticionarios recibida el 25 de mayo de 2011.

101. La CIDH no cuenta con información sobre diligencias adicionales adoptadas en el marco de esta investigación.

4. Recurso de hábeas corpus

102. El 29 de noviembre de 2004 la INREDH presentó un hábeas corpus ante el alcalde de Quito a favor del señor Guachalá¹⁹⁹. En su solicitud se indicó que a la fecha el hospital no ha dado información sobre las circunstancias en las cuales el señor Guachalá pudo haber salido de dicha institución²⁰⁰. Se indicó que ello constituye una negligencia inadmisibles del personal de atención de dicho hospital, el cual es una dependencia del Ministerio de Salud Pública del Ecuador²⁰¹. Asimismo, se señaló que la Fiscalía de Pichincha no ha logrado establecer el paradero del señor Guachalá²⁰².

103. El 14 de diciembre de 2004 la alcaldía del distrito metropolitano de Quito dispuso que el señor Guachalá sea “conducido a su presencia el 15 de diciembre de 2004, con la correspondiente orden de privación de libertad”²⁰³.

104. Al día siguiente el director del hospital envió una comunicación indicando que el señor Guachalá “fue paciente de esa casa de salud hasta el 17 de enero de 2004, fecha en la que abandonó la institución”²⁰⁴. Indicó que se ha intentado localizarlo “pero que siempre está previsto como un riesgo de los pacientes con enfermedades psiquiátricas que son internados, de lo cual son concientes (sic) y conocedores los familiares quienes aceptan las condiciones de internamiento y sus riesgos”²⁰⁵.

105. El 16 de diciembre de 2004 la INREDH presentó un escrito al alcalde del distrito metropolitano de Quito en donde dejaron constancia de haber sido informados de que no habría una audiencia de hábeas corpus²⁰⁶. Ello debido a que el señor Guachalá “no iba a ser presentado, ya que no se encontraba en el hospital (...), según la información que se había recabado de esa casa de salud, en base a lo cual se iba a resolver”²⁰⁷. Solicitaron al alcalde que considere al momento de resolver que la acción de hábeas corpus es la garantía idónea para hallar a una persona desaparecida²⁰⁸.

106. El 27 de abril de 2005 la INREDH presentó un escrito al Tribunal Constitucional indicando que no habían obtenido respuesta del oficio enviado el 16 de diciembre de 2004²⁰⁹. Indicaron que el recurso de hábeas corpus no ha sido resuelto a pesar de que han acudido personalmente a la municipalidad para solicitar la tramitación del mismo²¹⁰. Explicaron que en la municipalidad les informaron que el expediente había sido archivado y “que no se emitiría ninguna resolución”²¹¹. Señalaron que consideran que ello implicaría que el recurso de hábeas corpus fue denegado por lo que solicitaron al Tribunal Constitucional que se pronuncie sobre dicha acción²¹².

107. El 11 de abril de 2006 la Tercera Sala del Tribunal Constitucional avocó conocimiento de la causa²¹³. Posteriormente, el 6 de julio de 2006 el Tribunal Constitucional emitió una resolución donde se

¹⁹⁹ Solicitud de hábeas corpus, 29 de noviembre de 2004. Anexo a la comunicación de los peticionarios recibida el 25 de mayo de 2011.

²⁰⁰ Anexo 13. Resolución del Tribunal Constitucional, 6 de julio de 2006. Anexo 10 a la petición inicial.

²⁰¹ Anexo 13. Resolución del Tribunal Constitucional, 6 de julio de 2006. Anexo 10 a la petición inicial.

²⁰² Anexo 13. Resolución del Tribunal Constitucional, 6 de julio de 2006. Anexo 10 a la petición inicial.

²⁰³ Anexo 13. Resolución del Tribunal Constitucional, 6 de julio de 2006. Anexo 10 a la petición inicial.

²⁰⁴ Anexo 13. Resolución del Tribunal Constitucional, 6 de julio de 2006. Anexo 10 a la petición inicial.

²⁰⁵ Anexo 13. Resolución del Tribunal Constitucional, 6 de julio de 2006. Anexo 10 a la petición inicial.

²⁰⁶ Anexo 13. Resolución del Tribunal Constitucional, 6 de julio de 2006. Anexo 10 a la petición inicial.

²⁰⁷ Anexo 13. Resolución del Tribunal Constitucional, 6 de julio de 2006. Anexo 10 a la petición inicial.

²⁰⁸ Anexo 13. Resolución del Tribunal Constitucional, 6 de julio de 2006. Anexo 10 a la petición inicial.

²⁰⁹ Anexo 13. Resolución del Tribunal Constitucional, 6 de julio de 2006. Anexo 10 a la petición inicial.

²¹⁰ Anexo 13. Resolución del Tribunal Constitucional, 6 de julio de 2006. Anexo 10 a la petición inicial.

²¹¹ Anexo 13. Resolución del Tribunal Constitucional, 6 de julio de 2006. Anexo 10 a la petición inicial.

²¹² Anexo 13. Resolución del Tribunal Constitucional, 6 de julio de 2006. Anexo 10 a la petición inicial.

²¹³ Anexo 13. Resolución del Tribunal Constitucional, 6 de julio de 2006. Anexo 10 a la petición inicial.

pronunció sobre el hábeas corpus²¹⁴. En relación con el trámite del recurso ante el alcalde, el Tribunal Constitucional sostuvo lo siguiente:

(...) el alcalde en su calidad de juez constitucional para conocer la garantía del hábeas corpus se encontraba en la obligación de velar por el cumplimiento de la disposición citada, y al no dictar resolución en la causa que se le propuso, ha dejado a la parte en estado de indefensión, situación que debe ser subsanada por el Tribunal Constitucional²¹⁵.

108. Respecto de la viabilidad del hábeas corpus frente a personas con discapacidad institucionalizadas en hospitales, el Tribunal Constitucional señaló lo siguiente:

(...) es factible la interposición del hábeas corpus contra cualquier forma de privación ilegal de libertad cometida por cualquier institución del Estado (...) en especial (...) contra centros médicos hospitalarios, puesto que existen situaciones en que el internamiento de una persona en uno de ellos podría ser una privación ilegal de la libertad personal, pues no todo internamiento de una persona con discapacidad mental, como de manera general pero equivocadamente se cree, está exento del pronunciamiento de su propia voluntad, y existen principios que deben ser respetados para realizar tal internamiento, que en caso de ser violados ocasiona una vulneración directa de la dignidad del perjudicado²¹⁶.

109. El Tribunal Constitucional resaltó que en el presente asunto, los familiares del señor Guachalá interpusieron otras acciones ante la Defensoría del Pueblo y ante el Ministerio Público, sin resultados favorables. Finalmente, concluyó lo siguiente:

(...) no es admisible en un Estado (...) que una persona permanezca desaparecida por más de dos años, y menos admisible es que sus órganos no coordinen las acciones adecuadas para dar con el paradero de la persona. (...)

En definitiva, se trata de dejar una puerta abierta, para que los familiares del desaparecido intenten por esta vía, cuando lo consideren oportuno, solucionar definitivamente el problema. De esta forma, la concesión del hábeas corpus, se la puede ubicar no como de efectos inmediatos, por su imposibilidad de producirlos, sino permanentes, indistintamente de su duración en el tiempo, por la justicia que representa poder contar con una instancia estatal más hasta la resolución definitiva de la causa, momento entonces, en que podrá dársele por cerrada²¹⁷.

110. Los peticionarios informaron que a pesar de esta resolución la Fiscalía no adoptó ninguna medida para localizar el paradero del señor Guachalá²¹⁸.

111. Los peticionarios señalaron que después de lo sucedido con el señor Guachalá, otros internos han desaparecido de dicho hospital²¹⁹. La CIDH toma nota de un volante del Ministerio del Interior donde se indica que un interno del hospital, Álvaro Nazareno, desapareció de dicha institución el 14 de marzo de 2011²²⁰.

²¹⁴ Anexo 13. Resolución del Tribunal Constitucional, 6 de julio de 2006. Anexo 10 a la petición inicial.

²¹⁵ Anexo 13. Resolución del Tribunal Constitucional, 6 de julio de 2006. Anexo 10 a la petición inicial.

²¹⁶ Anexo 13. Resolución del Tribunal Constitucional, 6 de julio de 2006. Anexo 10 a la petición inicial.

²¹⁷ Anexo 13. Resolución del Tribunal Constitucional, 6 de julio de 2006. Anexo 10 a la petición inicial.

²¹⁸ Comunicación de los peticionarios recibida el 25 de mayo de 2011.

²¹⁹ Audiencia Pública del 157 Período de Sesiones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=8pG-hHzzZ-Y>

²²⁰ Volante del Ministerio del Interior. Anexo a la documentación entregada por los peticionarios en la Audiencia Pública del 157 Período de Sesiones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

V. ANÁLISIS DE DERECHO

A. Cuestión previa

112. Preliminarmente, la Comisión nota que en su informe de admisibilidad no incluyó expresamente los artículos 13, 24 y 26 de la Convención Americana dentro de los derechos que podrían considerarse en la etapa de fondo. Sin embargo, de la totalidad de alegatos y prueba disponible en la etapa de fondo, la CIDH considera pertinente analizar los hechos establecidos también a la luz de los derechos contenidos en dichas disposiciones. La Comisión destaca que tanto en el procedimiento de admisibilidad como en el de fondo, el Estado conoció los hechos en los cuales se basa la totalidad del análisis que se realiza a continuación. En virtud de lo anterior y en aplicación del principio *iura novit curia*, la Comisión analizará si en el presente caso el Estado incurrió en violación de los artículos 13, 24 y 26 de la Convención Americana²²¹, respecto del consentimiento informado en materia de salud, el principio de igualdad y no discriminación y el derecho a la salud.

B. Derechos al reconocimiento de la personalidad jurídica²²², a la vida²²³, a la libertad personal²²⁴, a la integridad personal²²⁵, a la salud²²⁶, al acceso a la información²²⁷, a la igualdad y no discriminación²²⁸ (artículos 3, 4, 5.1, 7.1, 7.3, 13.1, 24 y 26 de la Convención Americana)

1. Consideraciones generales sobre las obligaciones internacionales de los Estados respecto de las personas con discapacidad y el principio de igualdad y no discriminación

113. Tanto la CIDH como la Corte Interamericana han destacado que desde los inicios y evolución del sistema interamericano, se han reivindicado los derechos de las personas con discapacidades²²⁹. Así, la CIDH ha indicado que toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad, como las personas con discapacidad, es titular de una protección especial²³⁰. Ello 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 humanos²³¹.

²²¹ La Corte Interamericana ha establecido que la inclusión de artículos de la Convención Americana por parte de la CIDH en la etapa de fondo “no implica una vulneración al derecho de defensa [del Estado]” en casos donde el Estado ha tenido conocimiento de los hechos que sustentan su presunta violación. Véase: Corte I.D.H., *Caso Furlan y Familiares Vs. Argentina*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Serie C No. 246, párr. 50.

²²² El artículo 3 de la Convención Americana establece: Toda persona tiene derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica.

²²³ El artículo 4.1 de la Convención Americana establece: Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

²²⁴ El artículo 7 de la Convención Americana establece, en lo pertinente:

1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales.
2. Nadie puede ser privado de su libertad física, salvo por las causas y en las condiciones fijadas de antemano por las Constituciones Políticas de los Estados Partes o por las leyes dictadas conforme a ellas.
3. Nadie puede ser sometido a detención o encarcelamiento arbitrarios. (...)

²²⁵ El artículo 5.1 de la Convención Americana señala, en lo pertinente: 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral (...).

²²⁶ El artículo 26 de la Convención Americana establece en lo pertinente: Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.

²²⁷ El artículo 13 de la Convención Americana señala en lo pertinente: 1. Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento y de expresión. Este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o en forma impresa o artística, o por cualquier otro procedimiento de su elección.

²²⁸ El artículo 24 de la Convención Americana establece en lo pertinente: Todas las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derecho, sin discriminación, a igual protección de la ley.

²²⁹ CIDH, Informe No. 7/14, Caso 12.739, Fondo, María Inés Chinchilla Sandoval y otros, Guatemala, 2 de abril de 2014, párr. 157. Corte IDH. *Caso Furlan y familiares Vs. Argentina*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Serie C No. 246, párr. 128.

²³⁰ CIDH, Informe No. 7/14, Caso 12.739, Fondo, María Inés Chinchilla Sandoval y otros, Guatemala, 2 de abril de 2014, párr. 158.

²³¹ CIDH, Informe No. 7/14, Caso 12.739, Fondo, María Inés Chinchilla Sandoval y otros, Guatemala, 2 de abril de 2014, párr. 158.

114. Por su parte, la Corte ha indicado 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”²³².

115. En este sentido, es obligación de los Estados propender por la inclusión de las personas con discapacidad por medio de la igualdad de condiciones, oportunidades y participación en todas las esferas de la sociedad²³³. Ello a efectos de garantizar que las limitaciones normativas o de facto que perpetúan o profundizan dicha vulnerabilidad y exclusión, sean desmanteladas²³⁴. Por tanto, es necesario que los Estados promuevan prácticas de inclusión social y adopten medidas de diferenciación positiva para remover dichas barreras²³⁵.

116. La Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (en adelante “la CIADDIS”) es el primer instrumento internacional de derechos humanos específicamente dedicado a personas con discapacidad. La CIDH toma nota de que Ecuador ratificó dicho tratado el 18 de marzo de 2004²³⁶.

117. Por otra parte, el 3 de mayo de 2008 entró en vigor, en el sistema universal, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante “la CDPD”), que establece los siguientes principios rectores en la materia : i) el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas; ii) la no discriminación; iii) la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; iv) el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas; v) la igualdad de oportunidades; vi) la accesibilidad; vii) la igualdad entre el hombre y la mujer; y viii) el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad. La Comisión toma nota de que Ecuador ratificó esta Convención el 3 de abril de 2008²³⁷.

118. La CIDH remarca que la CDPD implicó un cambio de paradigma fundamental para la adecuada comprensión de los derechos de las personas con discapacidad, en cuando a su entendimiento como sujetos de derechos y no como objetos de protección. Además, resulta de crucial relevancia pues adopta un enfoque social para abordar la discapacidad. Ello implica que la discapacidad no se define exclusivamente por la presencia de una deficiencia física, mental, intelectual o sensorial, sino que se interrelaciona con las barreras o limitaciones que socialmente existen para que las personas puedan ejercer sus derechos de manera efectiva²³⁸. Los tipos de límites o barreras que comúnmente encuentran las personas con diversidad funcional en la sociedad son, entre otras, barreras físicas o arquitectónicas, comunicativas, actitudinales o socioeconómicas²³⁹.

119. Finalmente, en relación al principio de igualdad y no discriminación el sistema interamericano no sólo recoge una noción formal de igualdad, limitada a exigir criterios de distinción objetivos y razonables y, por lo tanto, a prohibir diferencias de trato irrazonables, caprichosas o arbitrarias, sino que avanza hacia un concepto de igualdad material o estructural que parte del reconocimiento de que ciertos sectores de la población requieren la adopción de medidas afirmativas de equiparación. Ello implica la

²³² Corte IDH. *Caso Furlan y Familiares Vs. Argentina*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Serie C No. 246, párr. 134.

²³³ Corte IDH. *Caso Chinchilla Sandoval Vs. Guatemala*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016. Serie C No. 312, párr. 208.

²³⁴ Corte IDH. *Caso Chinchilla Sandoval Vs. Guatemala*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016. Serie C No. 312, párr. 208.

²³⁵ ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 5, 1994, párr. 13.

²³⁶ Información disponible en la página web del Departamento de Derecho Internacional de la Organización de Estados Americanos: <http://www.oas.org/juridico/spanish/firmas/a-65.html>

²³⁷ Véase: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&clang=_en

²³⁸ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Artículo 1.

²³⁹ Corte IDH. *Caso Furlan y Familiares Vs. Argentina*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Serie C No. 246, párr. 133.

necesidad de trato diferenciado cuando, debido a las circunstancias que afectan a un grupo desventajado, la igualdad de trato suponga suspender o limitar el acceso a un servicio, bien o el ejercicio de un derecho²⁴⁰. De la misma forma, teniendo en cuenta la situación de pobreza del señor Guachalá y su familia, la CIDH recuerda que tener una discapacidad aumenta la probabilidad de estar en situación de pobreza, debido a que la discriminación que se deriva de vivir con esta condición puede conllevar a la exclusión social, la marginación, la falta de estudios y el desempleo²⁴¹.

120. De este modo, los órganos del sistema interamericano han hecho hincapié en el deber de los Estados de adoptar medidas para asegurar la igualdad real entre las personas y combatir la discriminación histórica o *de facto* ejercida en contra de una variedad de grupos sociales. La Comisión ha señalado que la implementación de medidas positivas son necesarias para garantizar el ejercicio de los derechos de personas vinculadas a grupos que sufren desigualdades estructurales o han sido víctima de procesos históricos de exclusión²⁴², como son las personas con alguna discapacidad mental. En la misma línea, la Corte ha establecido que los Estados están obligados a adoptar medidas positivas para revertir o cambiar situaciones discriminatorias existentes en sus sociedades, en perjuicio de determinado grupo de personas. Esto implica el deber especial de protección que el Estado debe ejercer con respecto a actuaciones y prácticas de terceros que, bajo su tolerancia o aquiescencia, creen, mantengan o favorezcan las situaciones discriminatorias²⁴³.

121. La Comisión resalta la importancia de la CDPD como instrumento específico que contribuye a la adecuada y más amplia interpretación de la Convención Americana en casos de personas con discapacidad. Tal como señaló el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, la CDPD clarifica las obligaciones de respetar y asegurar el disfrute de derechos por parte de las personas con discapacidad²⁴⁴.

2. Sobre la institucionalización de personas en centros de salud mental

122. La Comisión resalta que la institucionalización de personas en centros de salud mental es una problemática tanto regional como universal. Dicha situación ha sido analizada constantemente por el Comité de Naciones Unidas de los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante “el Comité CDPD”) al considerar que la institucionalización afecta diversos derechos de las personas con discapacidad. En lo relevante para el análisis del presente caso, la Comisión formulará consideraciones sobre los derechos al reconocimiento de la personalidad jurídica, a la libertad personal, a la integridad personal y a la salud.

2.1 Consideraciones sobre el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica y la capacidad jurídica

123. La Corte ha sostenido que el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica implica la capacidad de ser titular de derechos (capacidad de goce) y de deberes²⁴⁵. Asimismo, la Corte explicó que la titularidad de derechos implica lo siguiente:

(...) la persona [cuando llega a la mayoría de edad] puede ejercitar en forma personal y directa sus derechos subjetivos, así como asumir plenamente obligaciones jurídicas y realizar otros actos de naturaleza personal o patrimonial²⁴⁶.

²⁴⁰ CIDH. Informe sobre Pobreza y Derechos Humanos en las Américas, 7 de septiembre de 2017, párr. 160

²⁴¹ CIDH. Informe sobre Pobreza y Derechos Humanos en las Américas. 7 de septiembre de 2017, párr. 432

²⁴² CIDH, Acceso a la Justicia para las Mujeres Víctimas de Violencia en las Américas, 20 de enero de 2007, párrs. 100 y 101. CIDH. Consideraciones sobre la compatibilidad de las medidas de acción afirmativa concebidas para promover la participación política de la mujer con los principios de igualdad y no discriminación, Informe Anual, 1999, 13 abril 2000, Capítulo VI.

²⁴³ Corte IDH. Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados. Opinión Consultiva OC-18/03 de 17 de septiembre de 2003. Serie A No. 18, párr. 104.

²⁴⁴ ONU, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Manual para Parlamentarios sobre la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, Ginebra, 2007. p.20.

²⁴⁵ Corte IDH. Caso Bámaca Velásquez vs. Guatemala. Sentencia de 25 de noviembre de 2000. Serie C No. 70, párr. 179.

²⁴⁶ Corte IDH. *Caso de las Niñas Yean y Bosico vs. República Dominicana*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de septiembre de 2005. Serie C No. 130, párr. 177.

124. De esta forma, la Comisión considera que el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica tiene como uno de sus componentes a la capacidad jurídica, es decir, el derecho de cada persona para tomar decisiones y crear, modificar o extinguir relaciones jurídicas. El propio Comité CDPD ha sostenido que el derecho a la capacidad jurídica, establecido en el artículo 12 de la CDPD, se encuentra recogido en el artículo 3 de la Convención Americana²⁴⁷.

125. En relación con el contenido del derecho a la capacidad jurídica, el Comité CDPD ha señalado que es un atributo universal inherente a todas las personas en razón de su condición humana y debe mantenerse para las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás²⁴⁸. Al respecto, el Comité CDPD ha señalado que con arreglo al derecho internacional de los derechos humanos no hay ninguna circunstancia que permita privar a una persona del derecho al reconocimiento como tal ante la ley, o que permita limitar ese derecho²⁴⁹.

126. En ese sentido, “el hecho de que una persona tenga una discapacidad o una deficiencia no debe ser nunca motivo para negarle la capacidad jurídica”²⁵⁰. El Comité CDPD ha sostenido que la CDPD “deja en claro que el ‘desequilibrio mental’ y otras denominaciones discriminatorias no son razones legítimas para denegar la capacidad jurídica (ni la capacidad legal ni la legitimación para actuar)”²⁵¹.

127. Ello implica para los Estados la obligación de asegurar que el derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad no esté limitado de modo distinto al de las demás personas²⁵². Es así como los regímenes a nivel interno basados en la sustitución en la adopción de decisiones, como la tutela, la curaduría o las leyes sobre la salud mental que permiten el tratamiento forzoso, deben ser abolidos²⁵³.

128. El Comité CDPD ha sostenido enfáticamente que los regímenes basados en la adopción de decisiones sustitutivas y la negación de la capacidad jurídica han afectado y siguen afectando de manera desproporcionada a las personas con discapacidad, especialmente aquellas con discapacidad cognitiva o psicosocial²⁵⁴. Ello en tanto en muchos Estados se mantiene una concepción médica de las personas con discapacidad al considerarlas como objetos de derecho y que no pueden decidir por sí mismas para tomar sus decisiones. La entonces Alta Comisionada de la ONU para los derechos humanos identificó que bajo dicha concepción, se designan a tutores, curadores o representantes de las personas con discapacidad mentales quienes en muchas ocasiones abusaban de su posición de autoridad²⁵⁵.

129. El Comité CDPD ha sostenido que el modelo de apoyo para la adopción de decisiones de la persona con discapacidad deben tomar en cuenta lo siguientes elementos:

Los Estados tienen la obligación de proporcionar a las personas con discapacidad acceso al apoyo que sea preciso para el ejercicio de su capacidad jurídica. Los Estados partes no deben negar a las personas con discapacidad su capacidad jurídica, sino que deben proporcionarles acceso al apoyo que necesiten para tomar decisiones que tengan efectos jurídicos. (...)

²⁴⁷ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párr. 7.

²⁴⁸ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párr. 8.

²⁴⁹ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párr. 5.

²⁵⁰ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párr. 9.

²⁵¹ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párr. 13.

²⁵² ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párr. 7.

²⁵³ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párr. 7.

²⁵⁴ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párr. 9.

²⁵⁵ ONU, Alta Comisionada para los Derechos Humanos. De la exclusión a la igualdad. Hacia el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Ginebra: Naciones Unidas. 2007, p. 97.

El apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica debe respetar los derechos, la voluntad y las preferencias de las personas con discapacidad y nunca debe consistir en decidir por ellas. (...)

Los apoyos deben contar con salvaguardas. El objetivo principal de esas salvaguardias debe ser garantizar el respeto de los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona. Para lograrlo, las salvaguardias deben proporcionar protección contra los abusos, en igualdad de condiciones con las demás personas²⁵⁶.

130. Por lo señalado, los Estados deben examinar las leyes que regulan la guarda y la tutela y tomar medidas para elaborar leyes y políticas por las que se reemplacen los regímenes basados en la sustitución en la adopción de decisiones por un apoyo para la adopción de decisiones que respete la autonomía, la voluntad y las preferencias de la persona²⁵⁷.

131. Por su parte, la Corte Europea ha resaltado que los Estados deben proveer a las personas con discapacidad de recursos que permitan cuestionar cualquier limitación a su derecho a la capacidad jurídica²⁵⁸.

132. Dentro de las vulneraciones que se pueden presentar la CIDH resalta la institucionalización en instituciones psiquiátricas a personas que tienen un trastorno o condición en salud mental sin su consentimiento, el tratamiento médico forzado y la imposibilidad de vivir una vida en comunidad. En estas situaciones, la propia institucionalización puede resultar siendo el condicionante para que un trastorno o condición en salud mental se termine convirtiendo en una discapacidad, justamente por constituir la barrera en los términos del enfoque social ya referido.

2.2 Consideraciones generales sobre la institucionalización y el derecho a la libertad personal

133. El derecho a la libertad personal, establecido en el artículo 7 de la Convención Americana diferencia dos regulaciones, una general y otra específica²⁵⁹. Mientras que la general se encuentra en el artículo 7.1, la parte específica se compone de una serie de garantías que protegen el derecho a no ser privado de la libertad de manera ilegal (artículo 7.2) o en forma arbitraria (artículo 7.3), a conocer las razones de la detención y los cargos formulados en contra de la persona detenida (artículo 7.4), al control judicial de la privación de libertad (artículo 7.5) y a impugnar la legalidad de la detención (artículo 7.6)²⁶⁰. Cualquier violación de los numerales 2 al 7 del artículo 7 de la Convención acarreará necesariamente la violación del artículo 7.1 de la misma²⁶¹.

134. En su reciente Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos en Guatemala, la CIDH indicó:

El derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad, de acuerdo con el Comité de la CDPD, involucra por una parte, que dichas personas deben contar con todos los medios necesarios que les permita tener control y

²⁵⁶ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párrs. 16 y 20.

²⁵⁷ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párr. 26.

²⁵⁸ CEDH (Corte Europea de Derechos Humanos), A.N. Vs. Lituania. Sentencia de 31 de agosto de 2016, párr. 90.

²⁵⁹ Corte, *Caso J. Vs. Perú*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 2013. Serie C No. 275, párr. 125.

²⁶⁰ Corte IDH. *Caso Nadege Dorzema y otros Vs. República Dominicana*. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de octubre de 2012. Serie C No. 251, párr. 125.

²⁶¹ Corte IDH. *Caso Chaparro Álvarez y Lapo Íñiguez Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de noviembre de 2007. Serie C No. 170, párr. 54.

tomar decisiones respecto de su propia vida²⁶². Por otra parte, este derecho se relaciona con la participación e inclusión plenas de las personas con discapacidad en la sociedad, a través del desarrollo de ambientes inclusivos²⁶³. En sí, la garantía de este derecho involucra que la vida de las personas con discapacidad se desarrolle fuera de cualquier institución residencial, debido a que por su naturaleza, las imposiciones que derivan del régimen de institucionalización, ocasionan que estas personas pierdan su autonomía y posibilidad de tomar decisiones sobre su vida²⁶⁴. Ante la falta de alternativas en la comunidad, las instituciones segregan a las personas con discapacidad de la comunidad, al convertirse en la única opción para que las personas con discapacidad puedan recibir la atención y servicios que necesitan. Al respecto, el Comité de la CDPD ha establecido que el internamiento involuntario por motivo de discapacidad, es frecuentemente causado o agravado por la falta de apoyos específicos, y conlleva a una privación arbitraria de la libertad²⁶⁵. Considerando lo anterior, la CIDH considera que la falta de apoyos y servicios en la comunidad para las personas con discapacidad y sus familias, incentivan la institucionalización, y en consecuencia, vulneran el derecho a vivir en la comunidad de las personas que viven con esta condición de vida²⁶⁶.

135. El Comité CDPD ha indicado que la negación de la capacidad jurídica a las personas con discapacidad y su privación de libertad en instituciones contra su voluntad, sin su consentimiento o con el consentimiento del sustituto en la adopción de decisiones, es una práctica que “constituye una privación arbitraria de la libertad²⁶⁷”. La Corte Europea también ha sostenido que la institucionalización de personas con discapacidad en centros de salud mental puede afectar su derecho a la libertad personal, en particular cuando ésta se realiza sin su consentimiento o en contra de su voluntad²⁶⁸.

136. El Comité CDPD ha identificado en sus diversas observaciones sobre los Estados miembros de la CDPD que la segregación de las personas con discapacidad en instituciones sigue siendo un problema generalizado²⁶⁹. Ello se ve agravado por la frecuente negación de la capacidad jurídica a las personas con discapacidad, que permite que sean otros quienes otorguen su consentimiento para internarlos en instituciones²⁷⁰.

137. El Comité CDPD ha sostenido que en ningún caso los Estados deben permitir que se institucionalice a una persona con base en la presencia real o percibida de una discapacidad psicosocial²⁷¹ o bajo el supuesto de “constituir un peligro para ella misma o para los demás”²⁷². Por su parte, la Corte Europea ha declarado la vulneración del derecho a la libertad personal cuando una persona con discapacidad psicosocial fue institucionalizada en un centro de salud mental sin su consentimiento²⁷³.

²⁶² CIDH. Informe sobre la Situación de Derechos Humanos en Guatemala. Aprobado el 31 de diciembre de 2017. Párr. 469. Citando: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, *General comment on article 19: Living independently and being included in the community*, CRPD/C/18/1, 29 de agosto de 2017, párr. 16 a).

²⁶³ CIDH. Informe sobre la Situación de Derechos Humanos en Guatemala. Aprobado el 31 de diciembre de 2017. Párr. 469. Citando: *Ibidem*, párrs. 16 b) y 19.

²⁶⁴ CIDH. Informe sobre la Situación de Derechos Humanos en Guatemala. Aprobado el 31 de diciembre de 2017. Párr. 469. Citando: *Ibidem*, párr. 16 c).

²⁶⁵ CIDH. Informe sobre la Situación de Derechos Humanos en Guatemala. Aprobado el 31 de diciembre de 2017. Párr. 469. Citando: *Ibidem*, párr. 83; y Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: The right to liberty and security of persons with disabilities, adoptadas durante el 4 periodo de sesiones, septiembre de 2015, párr. 8.

²⁶⁶ CIDH. Informe sobre la Situación de Derechos Humanos en Guatemala. Aprobado el 31 de diciembre de 2017. Párr. 469.

²⁶⁷ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párr. 40.

²⁶⁸ CEDH, H.L. Vs. Reino Unido. Sentencia de 1 de mayo de 2005, párrs. 91-94.

²⁶⁹ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párr. 46.

²⁷⁰ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párr. 46.

²⁷¹ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observaciones finales sobre el informe inicial de Honduras, 12 de abril de 2017, párr. 35.

²⁷² ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observaciones finales sobre el informe inicial de Jordania, 12 de abril de 2017, párr. 29.

²⁷³ CEDH, Stanev Vs. Bulgaria. Sentencia de 17 de enero de 2012, párr. 129.

138. Frente a esta situación, el Comité CDPD ha sostenido que los Estados deben eliminar dichas prácticas y establecer un mecanismo para examinar los casos en que se haya internado a personas con discapacidad en un entorno institucional sin su consentimiento expreso²⁷⁴. Asimismo, los Estados deben proceder a la desinstitucionalización, y todas las personas con discapacidad deben recobrar la capacidad jurídica, con los apoyos correspondientes, y poder elegir dónde y con quién vivir²⁷⁵. Los deberes del Estado en este punto se vinculan con el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, establecido en el artículo 19 de la CDPD. La institucionalización de una persona en un centro de salud mental puede constituir un obstáculo para tal objetivo fundamental y, como se ha indicado, constituir una privación de libertad arbitraria en los términos de la Convención Americana. Un elemento de la arbitrariedad de dicha privación de libertad, tiene lugar cuando la misma tiene lugar en incumplimiento de los estándares sobre consentimiento informado que se refieren más adelante. Cabe destacar en este punto que en casos de personas con discapacidad mental el consentimiento no se configura con el brindado por un tutor o familiar. En todo caso, como se analiza más adelante, cualquier excepción a la obligación de obtener el consentimiento informado debe basarse en una situación concreta y excepcional de emergencia en el caso particular, situación que en ningún caso puede configurarse por el sólo hecho de tener una discapacidad mental. En este sentido, en un caso como el presente existe una relación directa entre el derecho al consentimiento informado con los alcances que se precisarán a continuación, y la arbitrariedad de una privación de libertad en una institución de salud mental en incumplimiento de dicho derecho.

139. Adicionalmente, la Corte Europea ha indicado que los Estados deben contar con recursos adecuados y efectivos a efectos de que las personas con discapacidad institucionalizadas pueden cuestionar su restricción de la libertad²⁷⁶. Asimismo, la Corte Europea recalcó el deber de los Estados de realizar de oficio revisiones periódicas judiciales en casos de institucionalización²⁷⁷.

2.3 Consideraciones generales sobre la institucionalización y el derecho a la integridad personal

140. En cuanto al derecho a la integridad personal, la Corte ha señalado que Estados tienen el deber de adoptar las medidas necesarias tendientes a hacer frente a las amenazas a la integridad física de las personas²⁷⁸. La CIDH resalta que, en casos de personas privadas de libertad, como las personas institucionalizadas en centros de salud mental, los Estados tienen una obligación reforzada de garantizar su integridad personal debido a que se encuentran bajo su custodia.

141. Sobre este punto, la Corte Interamericana ha indicado que se debe tomar en cuenta la posición especial de garante que asume el Estado con respecto a personas que se encuentran bajo su custodia o cuidado, como las personas institucionalizadas en centros de salud mental, a quienes el Estado tiene la obligación positiva de proveer las condiciones necesarias para desarrollar una vida digna²⁷⁹. En el mismo sentido, la Corte Europea ha sostenido que los Estados, al ser responsables de los centros de salud mental públicos, deben adoptar las medidas necesarias para que las condiciones de dichos centros sean adecuadas²⁸⁰. De esta forma, el personal de los centros de salud mental deben adoptar todas las medidas necesarias para proteger la vida e integridad de las personas con discapacidad institucionalizadas²⁸¹, siendo igualmente aplicable el carácter reforzado de las obligaciones del Estado como consecuencia de su posición especial de garante de los derechos de las personas bajo su custodia.

²⁷⁴ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párr. 40.

²⁷⁵ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párr. 46.

²⁷⁶ CEDH, *Stanev Vs. Bulgaria*. Sentencia de 17 de enero de 2012, párr. 190.

²⁷⁷ CEDH, *Stanev Vs. Bulgaria*. Sentencia de 17 de enero de 2012, párr. 172.

²⁷⁸ Corte IDH. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 128.

²⁷⁹ Corte IDH. *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 138.

²⁸⁰ CEDH, *Stanev Vs. Bulgaria*. Sentencia de 17 de enero de 2012, párr. 209.

²⁸¹ CEDH, *Valentin Campeanu Vs. Rumania*. Sentencia de 17 de julio de 2014, párr. 130.

142. En el caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, la Corte indicó lo siguiente sobre los riesgos particulares a que se enfrentan las personas con discapacidad mental institucionalizadas:

Con relación a la salvaguarda de la vida y la integridad personal, es necesario considerar que las personas con discapacidad que viven o son sometidas a tratamientos en instituciones psiquiátricas, son particularmente vulnerables a la tortura u otras formas de trato cruel, inhumano o degradante. La vulnerabilidad intrínseca de las personas con discapacidades mentales es agravada por el alto grado de intimidad que caracteriza los tratamientos de las enfermedades psiquiátricas, que torna a esas personas más susceptibles a tratos abusivos cuando son sometidos a internación.

En los entornos institucionales, ya sea en hospitales públicos o privados, el personal médico encargado del cuidado de los pacientes, ejerce un fuerte control o dominio sobre las personas que se encuentran sujetas a su custodia. Este desequilibrio intrínseco de poder entre una persona internada y las personas que tienen la autoridad, se multiplica muchas veces en las instituciones psiquiátricas. La tortura y otras formas de trato cruel, inhumano o degradante, cuando infligidas a esas personas afectan su integridad psíquica, física y moral, suponen una afrenta para su dignidad y restringen gravemente su autonomía, lo cual podría tener como consecuencia agravar la enfermedad.

Todas las anteriores circunstancias exigen que se ejerza una estricta vigilancia sobre dichos establecimientos. Los Estados tienen el deber de supervisar y garantizar que en toda institución psiquiátrica, pública o privada, sea preservado el derecho de los pacientes de recibir un tratamiento digno, humano y profesional, y de ser protegidos contra la explotación, el abuso y la degradación²⁸².

2.4 Consideraciones generales sobre el derecho a la salud y al consentimiento informado en materia de salud

143. Tanto la CIDH como la Corte se han pronunciado sobre la relación existente entre los derechos a la integridad personal y el derecho a la salud²⁸³. La Corte Interamericana ha interpretado en reiteradas oportunidades que el derecho a la integridad personal se halla directa e inmediatamente vinculado con la atención a la salud humana²⁸⁴ y que “la falta de atención médica adecuada” puede conllevar a su vulneración²⁸⁵. La Comisión considera que esta intrínseca relación constituye una manifestación de la interdependencia e indivisibilidad existente entre los derechos civiles y políticos y los económicos, sociales y culturales. En palabras de la Corte, ambos grupos de derechos deben ser “entendidos integralmente como derechos humanos, sin jerarquía entre sí y exigibles en todos los casos ante aquellas autoridades que resulten competentes para ello²⁸⁶.”

144. El artículo 26 de la Convención Americana establece una obligación en cabeza de los Estados partes, de procurar el desarrollo progresivo de los derechos que dicha norma contiene. Aunque ambos

²⁸² Corte IDH. *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párrs. 106-108.

²⁸³ CIDH, Informe No. 102/13, Caso 12.723, Fondo, TGGL, Ecuador, 5 de noviembre de 2013. CIDH. Informe: Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. 7 de junio de 2010. Sección II.

²⁸⁴ Corte IDH. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 130; y *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. 43.

²⁸⁵ Corte IDH. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 130; *Caso Tibi Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas. Sentencia de 7 de septiembre de 2004. Serie C No. 114, párr. 157, y *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.

²⁸⁶ Corte IDH. *Caso Acevedo Buendía y otros (“Cesantes y Jubilados de la Contraloría”) Vs. Perú*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de julio de 2009. Serie C No. 198, párr. 101. En el mismo sentido, véase: ONU. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 9, párr. 10.

órganos del sistema interamericano²⁸⁷ han reafirmado su competencia para pronunciarse sobre posibles violaciones del artículo 26 de la Convención Americana en el marco del sistema de peticiones y casos individuales, esta disposición había sido materia de poco desarrollo en la jurisprudencia del sistema interamericano relativa a casos contenciosos.

145. La Comisión reconoce que la interpretación del artículo 26 de la Convención y la determinación concreta de su alcance y contenido puede revestir ciertas complejidades interpretativas. En ese sentido, la Comisión considera necesario desarrollar algunos de sus pronunciamientos anteriores al respecto, específicamente, en cuanto a la que considera una metodología adecuada de análisis que toma en cuenta el texto de la norma, pero lo interpreta de manera consistente con los desarrollos que en la materia se han efectuado a nivel internacional y que resultan de gran utilidad para desentrañar su alcance y contenido.

146. Así, la Comisión considera que el análisis de un caso concreto a la luz del artículo 26 de la Convención Americana debe ser efectuado en dos niveles. En un primer momento, es necesario establecer si el derecho del que se trata el caso se deriva “de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de Estados Americanos”, tal como remite el texto del artículo 26. Es decir, el artículo 26 de la CADH es el que atribuye a la Carta de la OEA como fuente directa de derechos, asignando carácter de derechos humanos a las disposiciones que sobre la materia pueden desprenderse de dicho tratado. Dado que el objeto de la Carta de la OEA no fue individualizar derechos sino constituir un organismo internacional, es necesario recurrir a textos auxiliares para identificar los derechos que se desprenden de las disposiciones de dicho instrumento.

147. Una vez establecido ello, corresponde determinar si el Estado en cuestión incumplió la obligación de “lograr progresivamente” la plena efectividad de tal derecho, o aquellas obligaciones generales de respetar y de garantizar el mismo. En este segundo nivel de análisis, es preciso tomar en consideración la naturaleza y alcance de las obligaciones exigibles al Estado bajo los artículos 1.1, 2 y 26 de la Convención, así como los contenidos del derecho de que se trate, como se efectuará más adelante.

148. Para establecer los criterios que permitan derivar derechos específicos de la Carta de la OEA, determinar su contenido y las obligaciones de los Estados en relación con ellos, es que el artículo 29 de la CADH adquiere relevancia en tanto que establece los parámetros de las reglas generales de interpretación de dicho tratado. En ese sentido, de acuerdo con dicho artículo la interpretación de las disposiciones de la CADH no podrán limitar ni suprimir derechos reconocidos por la normativa interna de los Estados o por cualquier otro tratado del que este sea parte, ni excluir los efectos de la Declaración Americana sobre Derechos y Deberes del Hombre u otros actos internacionales de la misma naturaleza. La disposición recepta así el principio “pro persona” en el sistema interamericano y ofrece una herramienta clave para la efectiva protección de todos los derechos humanos reconocidos en las Constituciones de los Estados Parte, como en los instrumentos interamericanos o universales de derechos humanos ratificados por los mismos.

149. A partir de la interpretación integral, que el artículo 26 requiere a la luz de las disposiciones del artículo 29, la Comisión considera pertinente referirse a las obligaciones que se desprenden del artículo 26 de la Convención Americana y que pueden ser materia de pronunciamiento por parte de los órganos del sistema interamericano en el marco de casos contenciosos. Al respecto, para el caso específico, la Comisión considera que en la interpretación del artículo 26 de la Convención Americana se debe tener en cuenta el Protocolo adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o “Protocolo de San Salvador”²⁸⁸ pues permite determinar el alcance de la obligación estatal en materia de desarrollo progresivo del derecho en análisis. En su artículo 1, el Protocolo establece que los Estados partes

²⁸⁷ Ver por ejemplo algunos informes de admisibilidad en los cuales se ha admitido la posible violación del artículo 26 de la Convención: Informe 29/01. Caso 12.249. Jorge Odir Miranda Cortez y otros. El Salvador, 7 de marzo de 2001; e Informe 70/04. Petición 667/01. Admisibilidad. Jesús Manuel Naranjo Cárdenas y otros (Jubilados de la Empresa Venezolana de Aviación viasa). Venezuela, 13 de octubre de 2004. Asimismo ver el pronunciamiento de fondo sobre el artículo 26 en Informe 38/09. Caso 12.670. Asociación Nacional de Ex Servidores del Instituto de Seguridad Social y otros vs. Perú. 27 de marzo de 2009. En similar sentido, la Corte reafirmó dicha competencia en Caso Acevedo Buendía y otros (“Cesantes y Jubilados de la Contraloría”) vs. Perú (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas), Sentencia del 1 de julio de 2009.

²⁸⁸ El Estado ecuatoriano ratificó dicho Protocolo el 25 de marzo de 1993.

se comprometen a adoptar las medidas necesarias, hasta el máximo de los recursos disponibles y tomando en cuenta su grado de desarrollo, a fin de lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se reconocen en el instrumento²⁸⁹.

150. Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²⁹⁰ contempla en su artículo 2.1²⁹¹ disposiciones similares a las del artículo 26 de la Convención Americana y a las del artículo 1 del Protocolo de San Salvador. La Comisión ya ha acudido a los pronunciamientos del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en cuanto a la noción de progresividad y al alcance de las obligaciones que se desprenden de la misma²⁹². Así subraya que dicho concepto no priva de todo contenido significativo a las obligaciones del Estado; por el contrario, se le debe interpretar a la luz del objetivo general del tratado con miras a la plena efectividad de los derechos involucrados²⁹³.

151. A la luz de lo anteriormente descrito puede afirmarse que la Comisión entiende que el artículo 26 de la Convención Americana impone diversas obligaciones a los Estados que no se limitan a una prohibición de regresividad, el cual es un correlato de la obligación de progresividad, pero no puede entenderse como la única obligación justiciable en el sistema interamericano bajo esta norma. Así, la Comisión afirma que teniendo en cuenta el marco interpretativo del artículo 29 de la Convención Americana, el artículo 26 visto a la luz de los artículos 1.1 y 2 del mismo instrumento, se desprenden, al menos las siguientes obligaciones inmediatas y exigibles: i) obligaciones generales de respeto y garantía, ii) aplicación del principio de no discriminación a los derechos económicos, sociales y culturales, iii) obligaciones de dar pasos o adoptar medidas para lograr el goce de los derechos incorporados en dicho artículo y iv) ofrecer recursos idóneos y efectivos para su protección. Las metodologías o fuentes de análisis que resulten pertinentes para cada una de estas obligaciones, deberán ser establecidas según las circunstancias propias de cada caso.

152. En relación con los componentes exigibles e inmediatos de la obligación de dar pasos o adoptar medidas, el Comité DESC ha indicado, por ejemplo, que la adopción de medidas por sí misma no se encuentra limitada o condicionada a otras consideraciones; por ello, si bien el logro de la realización efectiva de los derechos podrá ser paulatino, la adopción de medidas o providencias para tales efectos deben ser deliberadas, concretas y orientadas lo más claramente posible a su cumplimiento. El Estado además tiene obligaciones básicas que deben satisfacer niveles esenciales de tales derechos, las cuales no están sujetas al desarrollo progresivo sino que son de carácter inmediato²⁹⁴.

153. Puntualmente en cuanto al derecho a la salud, respecto del primer nivel de análisis, el artículo 45 de la Carta de la OEA lo consagra. El artículo 34 i) del mismo instrumento también subraya el rol del Estado en la “defensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica”, subrayando con ello la importancia de la garantía de la salud para el desarrollo integral de la persona. Asimismo, el artículo XI de la Declaración Americana establece que “toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”. Por su parte, el artículo 10 del Protocolo de San Salvador, señala

²⁸⁹ CIDH. Informe No. 38/09. Caso 12.670. Admisibilidad y fondo. Asociación Nacional de Ex Servidores del Instituto Peruano de Seguridad Social y otras. Perú. 27 de marzo de 2009. Párr. 134.

²⁹⁰ El Estado brasileño se adhirió a dicho tratado el 24 de enero de 1992.

²⁹¹ Según esta disposición “Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.”

²⁹² CIDH. Informe No. 38/09. Caso 12.670. Admisibilidad y fondo. Asociación Nacional de Ex Servidores del Instituto Peruano de Seguridad Social y otras. Perú. 27 de marzo de 2009. Párr. 136.

²⁹³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, Observación general 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto), 1990.

²⁹⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, Observación general 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto), 1990. En ese sentido ver: CIDH. Informe sobre pobreza y derechos humanos en las Américas OEA/Ser.L/V/II.164 Doc. 147 (7 de septiembre de 2017) párrs. 236 y 237.

que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, e indica que la salud es un bien público.

154. La Corte Interamericana ha indicado que “la Declaración [Americana] contiene y define aquellos derechos humanos esenciales a los que la Carta se refiere, de manera que no se puede interpretar y aplicar la Carta de la Organización en materia de derechos humanos, sin integrar las normas pertinentes de ella con las correspondientes disposiciones de la Declaración, como resulta de la práctica seguida por los órganos de la OEA”. Así, la Declaración Americana representa uno de los instrumentos relevantes para la identificación de los derechos económicos, sociales y culturales a los que alude el artículo 26 de la Convención CADH. Como ya se ha indicado, recurrir a otros instrumentos internacionales puede ser necesario para señalar la derivación de un derecho a partir de una medida u objetivo de política pública incluidas en una norma de carácter económico, social, cultural, educativo o científico de la Carta de la OEA²⁹⁵.

155. De lo anterior, la Comisión considera claro que el derecho a la salud constituye una de las normas económicas y sociales mencionadas en el artículo 26 de la Convención y, en ese sentido, los Estados partes se encuentran en la obligación de procurar el desarrollo progresivo del mismo, así como de respetar, garantizar y adoptar las medidas necesarias para hacer efectivo tal derecho.

156. Sobre los contenidos del derecho a la salud, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado que todos los servicios, bienes e instalaciones de salud deben cumplir con requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad²⁹⁶. Tanto la Comisión como la Corte han tomado en cuenta estos conceptos y los han incorporado al análisis de diversos casos²⁹⁷. En ese marco, y teniendo en cuenta los hechos antes descritos, para la CIDH los Estados deben asegurar la disponibilidad de establecimientos y servicios adecuados de salud mental, los cuales deben encontrarse integrados a los servicios generales de salud, limitando el enfoque de atención psiquiátrica segregada, centralizada y de larga duración²⁹⁸.

157. Al respecto, el Relator de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Pūras, recientemente ha indicado respecto de los servicios de salud mental que: “La dependencia excesiva de las intervenciones farmacológicas, los enfoques coercitivos y los tratamientos en régimen de internamiento es incompatible con el principio de no hacer daño, así como con los derechos humanos. Se debería prestar asistencia sistemáticamente para la creación de capacidad en materia de derechos humanos entre los profesionales de la salud mental”²⁹⁹. En ese sentido, para la CIDH los Estados a través de sus sistemas de salud deben empoderar a las personas con necesidades particulares de salud mental, en el que se priorice la defensa de sus propios intereses, se busque un mayor control e independencia sobre su salud, se promueva su inclusión en la comunidad, y ofrezca tratamientos basados en sus derechos y apoyo psicosocial que los protejan de prácticas médicas nocivas que contribuyen a su exclusión o maltrato.

158. Asimismo, la CIDH ha reconocido que el derecho de acceso a la información – que a su vez se encuentra comprendido bajo el artículo 13 de la Convención Americana³⁰⁰ – es un elemento indispensable

²⁹⁵ Son particularmente importantes el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador) y aún otros tratados como la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra la Mujer y los Convenios de la Organización Internacional del Trabajo.

²⁹⁶ ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 12.

²⁹⁷ CIDH. Informe No 2/16. Caso 12.484. Fondo. Cuscul Pivaral y otros. Guatemala, 13 de abril de 2016, párr. 106; Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349. párr. 120.

²⁹⁸ Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, UN Doc. E/CN.4/2005/51, 14 de febrero de 2005, párr. 14; 298 Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, UN Doc. A/HRC/35/21, 28 de marzo de 2017, párrs. 39, 55, 61 y 94.a

²⁹⁹ Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, UN Doc. A/HRC/35/21, 28 de marzo de 2017, párr. 58.

³⁰⁰ Corte I.D.H., *Caso Claude Reyes y otros Vs. Chile*, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 19 de septiembre de 2006, Serie C No. 151, párr. 77.

para que las personas puedan estar en condiciones de tomar decisiones libres y fundamentadas respecto de aspectos íntimos de su salud, cuerpo y personalidad³⁰¹, incluyendo decisiones sobre la aplicación de procedimientos o tratamientos médicos. En este sentido, se ha referido de forma particular al consentimiento informado como un principio ético de respeto a la autonomía de las personas, que requiere que éstas comprendan las distintas opciones de tratamiento a su disposición y sean involucradas en la atención de su salud³⁰².

159. La Corte Europea asimismo ha señalado que el cumplimiento de la obligación positiva del Estado de garantizar efectivamente a sus ciudadanos el derecho a la integridad física y psicológica puede requerir, a su vez, la adopción de normativa en materia de acceso a la información sobre la salud de un individuo³⁰³.

160. La comunidad internacional ha reconocido el consentimiento informado³⁰⁴ como un proceso activo y continuo que persigue asegurar que ningún tratamiento sea realizado sin el acuerdo de la persona a quien se le va a practicar y sin haber sido debidamente informada de sus efectos, riesgos y consecuencias³⁰⁵. La CIDH ha precisado que el consentimiento informado es un proceso apropiado de divulgación de toda la información necesaria para que un paciente pueda tomar libremente la decisión de otorgar o (negar) su consentimiento para un tratamiento o intervención médica. Este proceso procura asegurar que las personas vean sus derechos humanos plenamente respetados en el ámbito de la salud, y puedan llevar a cabo elecciones verdaderamente libres³⁰⁶.

161. Al respecto, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, indicó que “el consentimiento informado no es la mera aceptación de una intervención médica, sino una decisión voluntaria y suficientemente informada que protege el derecho del paciente a participar en la adopción de las decisiones médicas y atribuye a los proveedores de servicios de salud deberes y obligaciones conexos”³⁰⁷.

³⁰¹ CIDH. Informe No. 72/14. Caso 12.655. Fondo. I.V. Bolivia. 15 de agosto de 2014. Párr. 115. Citando. CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011; CIDH. *Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales*, 19 de julio de 2008, indicadores del derecho a la salud, pág. 48.

³⁰² CIDH. Informe No. 72/14. Caso 12.655. Fondo. I.V. Bolivia. 15 de agosto de 2014. Párr. 115. Citando. CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 43.

³⁰³ Corte Europea de Derechos Humanos, *Case of RR v. Poland*, Aplicación 27617/04, 26 de mayo de 2011, párr. 188. Ver también: CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 61. Asimismo, para otros tratamientos de materias relacionadas en el ámbito internacional, ver: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, Juan E. Méndez*, A/HRC/22/53, 1 de febrero de 2013, párr. 32, 46 y 48.

³⁰⁴ CIDH. Informe No. 72/14. Caso 12.655. Fondo. I.V. Bolivia. 15 de agosto de 2014. Párr. 116. El término “consentimiento informado” es el término más utilizado comúnmente. Sin embargo, hay quienes sostienen que el término puede ser malinterpretado y que debería ser reemplazado por el término “elección informada”. Ello debido a que la elección de no consentir es esencial al concepto integrado de voluntario o consentimiento otorgado voluntariamente. Véase, B.M. Dickens, R.J. Cook, *Dimensions of informed consent to treatment, Ethical and legal issues in reproductive health*, International Journal of Gynecology & Obstetrics 85 (2004), pp. 309-314.

³⁰⁵ CIDH. Informe No. 72/14. Caso 12.655. Fondo. I.V. Bolivia. 15 de agosto de 2014. Párr. 116. Citando. Naciones Unidas, *Informe del Relator Especial Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover*, presentado de conformidad con la resolución 6/29 del Consejo de Derechos Humanos, A/64/272 de 10 de agosto de 2009; Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Comunicación No. 4/2004, Caso A.S. vs. Hungría*, 29 de agosto de 2006, CEDAW/C/36/D/4/2004, párr. 11.3. Por ejemplo, la Declaración de Ámsterdam sobre los Derechos de los Pacientes, dispone que: “[l]os pacientes tienen derecho a ser informados en detalle sobre su estado de salud, incluyendo los datos médicos sobre su estado; sobre los procedimientos médicos propuestos, junto a los riesgos potenciales y beneficios de cada procedimiento; sobre alternativas a los procedimientos propuestos, incluyendo el efecto de no aplicar un tratamiento; y sobre el diagnóstico, pronóstico y progreso del tratamiento” (ICP/HLE 121, 1994).

³⁰⁶ CIDH. Informe No. 72/14. Caso 12.655. Fondo. I.V. Bolivia. 15 de agosto de 2014. Párr. 118. Citando. CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 42.

³⁰⁷ CIDH. Informe No. 72/14. Caso 12.655. Fondo. I.V. Bolivia. 15 de agosto de 2014. Párr. 117. Citando. Naciones Unidas, *Informe del Relator Especial Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover*, presentado de conformidad con la resolución 6/29 del Consejo de Derechos Humanos, A/64/272 de 10 de agosto de 2009, párr. 9.

162. La Convención Europea sobre Derechos Humanos y Biomedicina³⁰⁸ se refiere asimismo a este asunto en su artículo 5, estableciendo que: “[u]na intervención en el ámbito de la salud sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su consentimiento libre e informado. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias. [...]”.

163. Una interpretación sistemática de los estándares aplicables en esta materia permite establecer que un proceso de consentimiento informado debe incluir los siguientes tres elementos, íntimamente relacionados entre sí: i) informar sobre la naturaleza del procedimiento, opciones de tratamiento y alternativas razonables, que incluye los posibles beneficios y riesgos de los procedimientos propuestos; ii) tomar en cuenta las necesidades de las personas y asegurar que comprendan la información brindada; y iii) asegurar que el consentimiento que se brinde sea libre y voluntario. El cumplimiento de este proceso incluye la adopción de medidas de carácter legislativo, político y administrativo y se extiende a los médicos, los profesionales de la salud y los trabajadores sociales, tanto de hospitales públicos como privados, como de otras instituciones de la salud y centros de detención³⁰⁹.

164. En relación con el primer elemento del proceso de consentimiento informado – informar sobre la naturaleza del procedimiento, opciones de tratamiento y alternativas razonables, que incluye los posibles beneficios y riesgos de los procedimientos propuestos –, la Comisión ha señalado que la información que se brinde a la paciente debe ser completa, accesible, fidedigna, oportuna y oficiosa³¹⁰. Para que la información sea completa corresponde a los profesionales de la salud obtener y divulgar toda la información relevante y de la más alta calidad sobre el diagnóstico, tratamiento propuesto, sus efectos, riesgos y alternativas. Para que sea accesible, debe ser suministrada en condiciones adecuadas y en un lenguaje y de una manera aceptable culturalmente para la persona que ha de otorgar el consentimiento³¹¹, lo que incluye el uso de servicios de traducción e interpretación. Ahora bien, no basta que la información sea completa y accesible, la información debe ser fidedigna. Finalmente, la información debe ser suministrada de manera oportuna y oficiosa, es decir, previo a la aplicación del procedimiento y sin necesidad de solicitud directa.

165. Respecto del segundo elemento del consentimiento informado – tomar en cuenta las necesidades de la persona y asegurar que comprenda la información brindada – la CIDH observa que los profesionales médicos tienen un deber importante de asegurar la comprensión de la información impartida, con la finalidad de que el paciente o su representante adopte una decisión verdaderamente informada respecto de la intervención y/o tratamiento propuesto. En este sentido, se debe prestar particular atención a las necesidades y estado de la paciente, así como de los métodos que se utilizan para brindar la información³¹².

166. En lo que atañe al tercer elemento del consentimiento informado – asegurar que el consentimiento que se brinde sea libre y voluntario –, la Comisión estima que para ser efectivo, el consentimiento debe ser otorgado a través de un proceso libre de toda coerción o manipulación. Debido al desequilibrio de poder que caracteriza la relación entre profesionales de la salud y sus pacientes se ha reconocido que el tiempo y la forma en la que se proporciona la información puede influir indebidamente en la decisión de aceptar o no el tratamiento propuesto. La Comisión reconoce que si bien el consentimiento

³⁰⁸ CIDH. Informe No. 72/14. Caso 12.655. Fondo. I.V. Bolivia. 15 de agosto de 2014. Párr. 116. Citando. Consejo de Europa, *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*, firmada el 4 de abril de 1997 en Oviedo, España, entrada en vigencia el 1 de diciembre de 1999.

³⁰⁹ CIDH. Informe No. 72/14. Caso 12.655. Fondo. I.V. Bolivia. 15 de agosto de 2014. Párr. 119. Citando. CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 44.

³¹⁰ CIDH. Informe No. 72/14. Caso 12.655. Fondo. I.V. Bolivia. 15 de agosto de 2014. Párr. 120. Citando. CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 45.

³¹¹ CIDH. Informe No. 72/14. Caso 12.655. Fondo. I.V. Bolivia. 15 de agosto de 2014. Párr. 120. Citando. Naciones Unidas, *Informe del Relator Especial Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover*, presentado de conformidad con la resolución 6/29 del Consejo de Derechos Humanos, A/64/272 de 10 de agosto de 2009, párr. 23.

³¹² CIDH. Informe No. 72/14. Caso 12.655. Fondo. I.V. Bolivia. 15 de agosto de 2014. Párr. 121.

puede ser otorgado de forma verbal o escrita, para efectos de salvaguardar los derechos involucrados, el Estado debe tomar medidas para facilitar que el consentimiento conste por escrito³¹³.

167. Finalmente, la Comisión reconoce que existen situaciones excepcionales en donde no se aplica el consentimiento. Dichas excepciones están relacionadas con situaciones vinculadas a emergencias, por ejemplo cuando se debe tratar médicamente a una persona para preservar su vida o su salud pero ni ella ni un familiar cercano puede otorgar el consentimiento³¹⁴.

168. Como se indicó anteriormente, en relación con las personas institucionalizadas en centros de salud mental los Estados son los responsables de asegurar su integridad personal y salud, lo que se desprende de su posición especial de garante³¹⁵.

169. Es así como los Estados tienen diversas obligaciones frente a las personas con discapacidad institucionalizadas. El Comité CDPD ha sostenido que los Estados deben brindar una atención en salud sobre la base del consentimiento libre e informado de las personas con discapacidad antes de cualquier tratamiento³¹⁶. Ello con base en que la capacidad jurídica adquiere una importancia especial cuando estas personas tienen que tomar decisiones fundamentales con respecto de su salud³¹⁷. De este modo, para la CIDH el consentimiento libre e informado es un elemento fundamental para garantizar el derecho a la salud; en particular, en el ámbito de la salud mental las medidas coercitivas perpetúan los desequilibrios de poder en las relaciones entre pacientes y sus cuidadores y facilita situaciones de abuso, estigma y discriminación.

170. Asimismo, los Estados deben capacitar al personal de dichas instituciones y proveer una atención inclusiva y que reúna las necesidades específicas de las personas con discapacidad, en donde se tome en cuenta su voluntad³¹⁸. El Comité CDPD ha sostenido que el tratamiento forzoso por parte de profesionales de la psiquiatría y otros profesionales de la salud y la medicina constituye una violación del derecho a la integridad personal³¹⁹. Ello en tanto dicha práctica niega la capacidad jurídica de una persona de elegir el tratamiento médico que ha de recibir³²⁰.

171. Debido a ello todo el personal médico y sanitario debe velar por que se efectúe la consulta apropiada directamente con la persona con discapacidad³²¹. Ese personal debe garantizar también, en la medida de sus posibilidades, que los asistentes, familiares o personas encargadas de prestar apoyo no sustituyan a las personas con discapacidad en sus decisiones ni tengan una influencia indebida sobre ellas³²². De esta forma, deben asegurar que i) se proporcione información exacta y accesible sobre las opciones de servicios disponibles; ii) se ofrezcan alternativas no médicas; y iii) se proporcione acceso a apoyo independiente³²³.

³¹³ CIDH. Informe No. 72/14. Caso 12.655. Fondo. I.V. Bolivia. 15 de agosto de 2014. Párr. 122. Citando. CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 72.

³¹⁴ CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 74.

³¹⁵ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Dictamen, Marlon James Noble, Australia, 10 de octubre de 2016, párr. 8.9.

³¹⁶ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párr. 42.

³¹⁷ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párr. 8.

³¹⁸ ONU, Comité de los derechos de las personas con discapacidad. Observaciones finales sobre el informe de Brasil, 4 de septiembre de 2015, párrs. 46 y 47.

³¹⁹ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párr. 42.

³²⁰ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párr. 42.

³²¹ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párr. 41.

³²² ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párr. 41.

³²³ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párr. 42.

2.5 Análisis del presente caso

2.5.1 Sobre la institucionalización de Luis Guachalá

172. En el presente caso, la CIDH toma nota de que Luis Guachalá es una persona con discapacidad mental, al tomar en cuenta: i) los informes médicos que identifican una deficiencia mental; y ii) las barreras socioeconómicas a las que se vio enfrentado. Asimismo, la Comisión nota que el señor Guachalá, quien en la época de los hechos tenía 23 años, fue institucionalizado en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara el 10 de enero de 2004. La CIDH observa que no está en controversia que el señor Guachalá fue internado sin su consentimiento en tanto se requirió para su ingreso únicamente la firma de su madre, Rosario Chimbó.

173. Al respecto, la CIDH recuerda que en octubre de 2014 el Comité CDPD emitió sus observaciones respecto del informe de Ecuador sobre el cumplimiento de la CDPD. En dicho informe el Comité CDPD identificó que el Estado ecuatoriano mantiene un modelo de sustitución en la toma de decisiones de las personas con discapacidad, en contravención al artículo 12 de la CDPD que establece el derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad. El Comité CDPD indicó que solicitó información al Estado sobre la existencia de una iniciativa para transformar el modelo de sustitución en la toma de decisiones por el sistema de apoyo en la toma de decisiones; sin embargo, Ecuador no presentó información al respecto³²⁴.

174. El Comité CDPD agregó lo siguiente:

Preocupa al Comité que la Ley Orgánica de Discapacidades, a pesar de haber sido publicada con posterioridad a la ratificación de la Convención por el Estado parte, conserva todavía una definición y una aproximación a la discapacidad desde un enfoque médico. La definición de persona con discapacidad enfatiza la restricción de capacidades y soslaya la dimensión social y relacional de la discapacidad³²⁵.

(...)

Preocupa al Comité que la legislación civil del Estado parte prevea el modelo de sustitución de la voluntad mediante la incorporación de figuras como la tutela y la curatela y que no exista un programa inmediato para reformar el Código Civil y el Código de Procedimientos Civiles a efecto de incorporar el modelo de toma de decisiones con apoyo (...) ³²⁶.

175. Adicionalmente, el Comité CDPD concluyó que personas con discapacidad, calificadas como “casos oligofrénicos de gravedad y de cronicidad”, son institucionalizadas en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara con carácter permanente y sin que se adopten apoyos necesarios para que vivan en la comunidad³²⁷. La Comisión observa que el propio Estado reconoció la existencia de dicha situación al señalar lo siguiente:

Las personas con discapacidad mental que se encuentran institucionalizadas, corresponden a una minoría que responde a condiciones de abandono familiar y a casos de gravedad y cronicidad perfectamente apegados a los protocolos de atención de salud mental³²⁸.

176. En el presente caso, la institucionalización del señor Guachalá en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara el 10 de enero de 2004 se realizó con la autorización de su madre y en función de la evaluación realizada por las autoridades del hospital acerca de las posibles consecuencias de su discapacidad cognitiva o

³²⁴ Véase: ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Lista de cuestiones relativa al informe inicial del Ecuador, 7 de Agosto de 2014.

³²⁵ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre el informe inicial del Ecuador, 27 de octubre de 2014, párrs. 8 y 24.

³²⁶ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre el informe inicial del Ecuador, 27 de octubre de 2014, párrs. 8 y 24.

³²⁷ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre el informe inicial del Ecuador, 27 de octubre de 2014, párr. 28.

³²⁸ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Lista de cuestiones relativa al informe inicial del Ecuador, 7 de Agosto de 2014, párr. 16.3.

psicosocial. La CIDH observa que en ningún momento el señor Guachalá brindó su consentimiento informado a efectos de ser internado en dicho hospital. Ello no ha sido controvertido por el Estado. De la información disponible en el expediente no surge valoración alguna sobre las razones por las cuales no fue posible obtener el consentimiento informado del señor Guachalá sobre su internamiento. Tampoco surge información alguna sobre, ante eventuales dificultades derivadas de los síntomas con los que llegó al centro, las medidas adoptadas para procurar brindarle los apoyos necesarios para que pudiera dar dicho consentimiento. Por el contrario, del expediente médico se desprende que el personal del Hospital procedió a sedar totalmente al señor Guachalá, aspecto que será analizado a continuación en lo relativo el tratamiento médico recibido.

177. Asimismo, la CIDH subraya que “si bien algunas formas de internamiento, como la retención en hospitales y en centros psiquiátricos y otros centros médicos, pueden constituir en la práctica una privación de libertad, virtualmente todas las formas de internamiento que se producen sin el consentimiento informado de la persona representan una vulneración del derecho a la salud”³²⁹. Esto debido a que los centros de reclusión e internamiento en general no son considerados entornos terapéuticos adecuados por dificultar el establecimiento de relaciones no violentas, respetuosas y saludables y por afectar los factores determinantes básicos y sociales de la salud mental como es el entorno físico, psicosocial, político y económico³³⁰. Asimismo, la CIDH observa que la actuación del centro médico estuvo influenciado por estereotipos sobre las personas con discapacidad mental para decidir autónomamente respecto de su propia salud, el internamiento y medicación realizadas sin su consentimiento son expresiones claras del predominio de tratamientos discriminatorios en los servicios de salud mental que privan a las personas con algún tipo de discapacidad mental de poder decidir sobre su propio cuerpo y salud.

178. En este punto y específicamente sobre la institucionalización, la Comisión considera que la situación del señor Guachalá se enmarca dentro la problemática identificada por el Comité CDPD sobre la existencia del modelo de sustitución en la toma de decisiones y la institucionalización de personas con discapacidad sin su consentimiento en centros de salud mental y sin brindarles los apoyos necesarios para que puedan otorgarlo. En ese sentido, la CIDH considera que el Estado no permitió al señor Guachalá que ejerza su derecho a la capacidad jurídica a efectos de decidir sobre su ingreso al hospital psiquiátrico, debido a que no proveyó al señor Guachalá los apoyos necesarios para garantizar dicho derecho y que pudiera brindar su consentimiento informado respecto de su internamiento en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Por el contrario, Ecuador restringió el derecho del señor Guachalá a decidir sobre su institucionalización basándose exclusivamente en su discapacidad lo que representa una forma de discriminación.

179. En vista de lo expuesto, la CIDH considera que el Estado vulneró el derecho a la capacidad jurídica (como componente del derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica) del señor Guachalá al institucionalizarlo en un centro de salud mental sin su consentimiento informado. Asimismo, la Comisión considera que, por tales razones, el internamiento del señor Guachalá constituyó una privación de libertad arbitraria incompatible con la Convención Americana y una forma de discriminación por su condición de discapacidad. De esta forma, la Comisión concluye que el Estado violó los derechos al reconocimiento de la personalidad jurídica, a la libertad personal, al acceso a la información para brindar el consentimiento en materia de salud y a la salud establecidos en los artículos 3, 7.1, 13.1, 24 y 26 de la Convención Americana, en relación con los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana, en perjuicio de Luis Guachalá.

2.5.2 Sobre el tratamiento médico recibido

180. La Comisión no cuenta con información detallada sobre el diagnóstico y el tratamiento recibido por el señor Guachalá a partir de su internamiento el 10 de enero de 2004, de forma que sea posible establecer si el mismo constituyó un tratamiento adecuado a la luz de su condición particular. En este punto,

³²⁹ Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, UN Doc. A/HRC/38/36, 10 de abril de 2018, párr. 6

³³⁰ Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, UN Doc. A/HRC/38/36, 10 de abril de 2018, párr. 33; Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, UN Doc. A/HRC/35/21, 28 de marzo de 2017, párr. 67

la Comisión analizará la información disponible sobre la atención recibida a la luz de los estándares sobre capacidad jurídica de las personas con discapacidad y consentimiento informado en materia de salud. Así, de los hechos establecidos se desprende que una vez que el señor Guachalá fue institucionalizado en el hospital psiquiátrico: i) recibió medicina el mismo día de su ingreso con la finalidad de sedarlo, lo que ocurrió inmediatamente según el testimonio de su madre; ii) estuvo sedado durante el 11 y 12 de enero; y iii) se le cambió medicamentos el 13 de enero.

181. La CIDH resalta que el Comité CDPD en sus observaciones finales sobre Ecuador identificó situaciones en donde las personas con discapacidad institucionalizadas en centros de salud mental reciben tratamiento médico-psiquiátrico de manera forzosa y sin su consentimiento³³¹. Por ello, el Comité CDPD recomendó al Estado ecuatoriano “velar por que se presten todos los servicios de salud mental con el consentimiento libre e informado de la persona afectada”³³².

182. En el presente caso, la Comisión nota que en la documentación aportada por las partes sobre la situación de salud del señor Guachalá durante su internamiento, no existe constancia alguna de que el paciente haya contado con información sobre su diagnóstico y tratamiento disponible y que haya ofrecido su consentimiento a efectos de recibir dicho tratamiento. Al igual que con relación a su internamiento, tampoco consta elemento alguno que indique que se le hubieran ofrecido los apoyos necesarios para brindar dicho consentimiento. De esta manera, la CIDH encuentra que el centro médico realizó una intervención paternalista injustificada toda vez que, al cercenarle su capacidad jurídica sin buscar obtener su consentimiento previo, libre, pleno e informado, restringió la autonomía, integridad y salud del señor Guachalá para tomar una decisión sobre su salud mental mediante el tratamiento médico ejercido. La CIDH tampoco encuentra que el Estado ecuatoriano haya facilitado tratamientos alternativos a la medicación e internamiento no consentidos, por ejemplo, evaluando la conveniencia de intervenciones psicosociales eficaces en el ámbito comunitario dirigidas a garantizar su salud mental. En definitiva, en el presente caso la omisión del Estado en la materia es de carácter absoluto y refleja una concepción de los trastornos mentales que los equiparan automáticamente a una discapacidad y, a su vez, de una concepción de las personas con discapacidad mental que las equipara a la ausencia de autonomía para la toma de decisiones sobre su salud y tratamiento, situación que configura una forma de discriminación.

183. En virtud de las anteriores consideraciones, la CIDH concluye que también con relación al tratamiento recibió por Luis Eduardo Guachalá, el Estado violó sus derechos a la capacidad jurídica, al acceso a la información para brindar el consentimiento informado en materia de salud y el derecho a la salud, y el principio de igualdad y no discriminación establecidos en los artículos 3, 5.1, 13.1, 24 y 26 de la Convención Americana, en relación con los artículos 1.1 y 2 del mismo instrumento.

3. Sobre la desaparición de Luis Eduardo Guachalá

184. En el presente caso no hay controversia en cuanto a que el señor Guachalá desapareció mientras se encontraba institucionalizado en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara en enero de 2004. Por un lado, el Estado ha sostenido que el señor Guachalá se escapó de dicho centro el 17 de enero de 2004. El personal del hospital, en el marco de las investigaciones iniciadas, declaró que era previsible considerar que el señor Guachalá se escapó en tanto las paredes del centro de salud mental no son altas, por lo que podría haberse trepado y salir. Por otro lado, tanto los peticionarios y los familiares del señor Guachalá han sostenido que el Estado no ha logrado demostrar que el señor Guachalá efectivamente se escapó del hospital y que lo sucedido más bien se enmarca en una desaparición. La CIDH nota que se ha alegado una posible versión, amparada por la declaración de una persona institucionalizada en el hospital, que indica que el señor Guachalá habría sufrido un ataque cardíaco y que personal del centro habría encubierto su fallecimiento.

³³¹ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre el informe inicial del Ecuador, 27 de octubre de 2014, párr. 29.

³³² ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre el informe inicial del Ecuador, 27 de octubre de 2014, párr. 29.

185. La Comisión recuerda, en primer lugar, que el señor Guachalá se encontraba institucionalizado en un centro de salud público, es decir, bajo la custodia del Estado. En dicho escenario, conforme a la jurisprudencia reiterada de la CIDH y la Corte, lo que sucede con una persona respecto de la cual el Estado tiene el deber especial de garante, se presume responsabilidad estatal salvo que el propio Estado aporte una explicación convincente y satisfactoria de lo ocurrido. Sobre este punto, la Corte Europea ha sostenido que en casos donde se alega la afectación a la vida o integridad de una persona con discapacidad institucionalizada en un centro de salud mental público, el Estado debe presentar una explicación satisfactoria y convincente sobre lo sucedido a efectos de controvertir tales alegatos³³³.

186. En el presente caso, el Estado ecuatoriano no ha logrado esclarecer la desaparición del señor Guachalá, ni ha establecido su destino o paradero. Como se analizará en la siguiente sección, las investigaciones a nivel interno no han sido diligentes ni llevadas a cabo en un plazo razonable, lo cual, además de las implicaciones jurídicas en materia de denegación de justicia, tienen implicaciones de carácter probatorio en cuanto a lo sucedido a la víctima. Esto se desprende no sólo de la presunción que opera en el presente caso derivado de la situación de custodia en que se encontraba el señor Guachalá, sino del posible involucramiento de personas que actúan en nombre del Estado. Sobre este último punto, la Corte ha reiterado que la falta de investigación de alegadas afectaciones cometidas a una persona cuando existen indicios de participación de agentes estatales, “impide que el Estado presente una explicación satisfactoria y convincente de los [hechos] alegados y desvirtuar las alegaciones sobre su responsabilidad, mediante elementos probatorios adecuados”³³⁴. De esta forma, la Corte ha tomado dicha falta de esclarecimiento como un factor a tomar en cuenta para acreditar la alegada afectación y la consecuente responsabilidad internacional³³⁵.

187. Además de que el Estado no ha logrado ofrecer una explicación convincente y satisfactoria de lo sucedido al señor Guachalá, la Comisión toma nota de otros indicios de responsabilidad del Estado.

188. La Comisión destaca que la madre del señor Guachalá desde el momento en que acudió al hospital el 17 de enero de 2004 y le indicaron que su hijo se había escapado, continuó procurando en el propio hospital información sobre lo sucedido, así como ante diversas autoridades estatales, como se desprende de los hechos probados. La Comisión resalta que en el hospital no pudieron brindarle información certera sobre lo ocurrido a su hijo y las supuestas circunstancias en las cuales se habría escapado. Por el contrario, de lo dicho por el Director del centro, pareciera desprenderse un traslado de responsabilidad de la desaparición a la madre supuestamente por la ausencia de visita. Cabe mencionar que de los hechos probados no se desprende con claridad quién o quiénes eran las personas a cargo de la custodia del señor Guachalá. Así, la doctora Erika Quimbuilco indicó en varias oportunidades que tal custodia no era su función. Por su parte, como se indicó, el Director señaló que los pacientes se ponen muy inquietos cuando no los visitan sus familiares sin indicación de la responsabilidad puntual de la custodia. A su vez, el enfermero narró que se separó de Luis Eduardo Guachalá Chimbó por unos minutos para atender a otro paciente, pero que al volver ya no estaba, lo que podría reflejar una carencia estructural en cuanto al personal del hospital. En suma, el hospital no le dio a la señora Guachalá información detallada sobre lo sucedido a su hijo durante su permanencia en el centro. Por el contrario, tan sólo días después de la desaparición, el Hospital se apresuró a emitir una “hoja de egreso”, indicando que el señor Guachalá abandonó el hospital.

189. En adición a lo anterior, la Comisión considera que el hecho de que la madre de Luis Eduardo Guachalá no hubiese podido ver a su hijo durante el tiempo de su internamiento, particularmente en los primeros días, porque supuestamente estaba completamente sedado, constituye un indicio sobre la responsabilidad del Estado en lo sucedido a Luis Eduardo Guachalá. La CIDH destaca que el lunes 12 de enero de 2004, la madre del señor Guachalá acudió a ver a su hijo y no lo encontró ni en el cuarto donde lo había dejado, ni en la peluquería donde le dijeron que podría encontrarse, ni en ningún otro lugar del hospital. Según su propio testimonio nadie le pudo decir donde se encontraba su hijo. A este indicio se suma la versión

³³³ CEDH, *Valentin Campeanu Vs. Rumania*. Sentencia de 17 de julio de 2014, párr. 131.

³³⁴ Corte IDH. *Caso J. Vs. Perú*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 2013. Serie C No. 275, párr. 353.

³³⁵ Corte IDH. *Caso J. Vs. Perú*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 2013. Serie C No. 275, párr. 354.

de otro paciente según la cual el señor Guachalá habría sufrido un infarto y que tal información estaría siendo encubierta por el hospital. Cabe mencionar que el Estado no ha negado que a la madre del señor Guachalá se le informó que su hijo permanecería sedado prácticamente por dos días enteros posterior a su internamiento, sin que se hubiera brindado explicación sobre lo severo de dicha intervención.

190. La Comisión también considera de especial relevancia en este punto que el Estado no ha logrado acreditar su versión sobre la supuesta fuga de la víctima del hospital. Tal versión, como se verá más adelante, con resultado de una investigación efectiva y diligente de lo ocurrido, y la misma pierde verosimilitud frente al hecho de que la víctima o su cuerpo no hayan sido encontrados hasta ahora y que nunca se hubiera puesto en contacto con su familia. Más bien, el tiempo transcurrido sin que se tenga dato alguno sobre el señor Guachalá, más bien viene a fortalecer la hipótesis de que su destino pudo ser la muerte en el marco del tratamiento recibido por parte del Estado y su posterior encubrimiento.

191. Todos estos elementos, tomados en su conjunto y analizados a la luz del incumplimiento por parte del Estado del deber de investigar seriamente los hechos para lograr su debido esclarecimiento así como de la presunción de responsabilidad cuando una persona desaparece bajo la custodia del Estado, permiten concluir que el Estado ecuatoriano vulneró el derecho a la vida e integridad personal, establecidos en los artículos 4.1 y 5.1 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento, en perjuicio de Luis Eduardo Guachalá Chimbó.

C. Sobre los derechos a las garantías judiciales³³⁶ y protección judicial³³⁷ (artículos 8.1 y 25.1 de la Convención Americana en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento)

192. De acuerdo a la Corte, el derecho a las garantías judiciales implica que toda persona que ha sufrido una violación a sus derechos humanos “tiene derecho a obtener de los órganos competentes del Estado el esclarecimiento de los hechos violatorios y el establecimiento de las responsabilidades correspondientes, a través de la investigación y el juzgamiento”³³⁸. Respecto al derecho a la protección judicial, la Corte ha establecido lo siguiente:

(...) obliga al Estado a garantizar a toda persona el acceso a la administración de justicia y, en particular, a un recurso rápido y sencillo para lograr, entre otros resultados, que los responsables de las violaciones de los derechos humanos sean juzgados y para obtener una reparación por el daño sufrido (...). [E]l artículo 25 constituye uno de los pilares básicos, no sólo de la Convención Americana, sino del propio Estado de derecho en una sociedad democrática (...)³³⁹.

193. Es importante resaltar que la Corte ha señalado que para que el Estado cumpla con lo dispuesto en el citado artículo 25.1 de la Convención no basta con que los recursos existan formalmente, sino es preciso que sean efectivos³⁴⁰. Ello implica que se debe brindar a la persona la posibilidad real de interponer un recurso sencillo y rápido que permita alcanzar, en su caso, la protección judicial requerida³⁴¹.

³³⁶ Artículo 8.1 de la Convención Americana: Toda persona tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente, independiente e imparcial, establecido con anterioridad por la ley, en la sustanciación de cualquier acusación penal formulada contra ella, o para la determinación de sus derechos y obligaciones de orden civil, laboral, fiscal o de cualquier otro carácter.

³³⁷ Artículo 25.1 de la Convención Americana: Toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, la ley o la presente Convención, aun cuando tal violación sea cometida por personas que actúen en ejercicio de sus funciones oficiales.

³³⁸ Corte IDH. *Caso Barrios Altos Vs. Perú*. Fondo. Sentencia de 14 de marzo de 2001. Serie C No. 75, párr. 48.

³³⁹ Corte IDH. *Caso Loayza Tamayo Vs. Perú*. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 1998. Serie C No. 42, párr. 169

³⁴⁰ Corte IDH. *Caso Juan Humberto Sánchez Vs. Honduras*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 7 de junio de 2003. Serie C No. 99, párr. 121.

³⁴¹ Corte IDH. *Caso Juan Humberto Sánchez Vs. Honduras*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 7 de junio de 2003. Serie C No. 99, párr. 121.

194. En relación con el derecho de acceso a la justicia de las personas con discapacidad, el artículo 13 de la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad dispone lo siguiente:

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante ajustes de procedimiento y adecuados a la edad, para facilitar el desempeño de las funciones efectivas de esas personas como participantes directos e indirectos, incluida la declaración como testigos, en todos los procedimientos judiciales, con inclusión de la etapa de investigación y otras etapas preliminares.
2. A fin de asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a la justicia, los Estados Partes promoverán la capacitación adecuada de los que trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario.

195. Al respecto, el Comité de la CDPD ha sostenido que “el reconocimiento del derecho a la capacidad jurídica es esencial para el acceso a la justicia”³⁴². Asimismo, la Corte Interamericana en el caso *Furlan y Familiares Vs. Argentina* resaltó la importancia del acceso a justicia de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás³⁴³. En ese sentido, consideró que los Estados deben adoptar las medidas pertinentes para priorizar la atención y resolución de procedimientos relacionados con personas con discapacidad de manera que se garantice la pronta resolución y ejecución de los mismos³⁴⁴.

196. La CIDH toma nota de que en el presente caso se i) interpuso un recurso de hábeas corpus, una denuncia ante la Policía Judicial y una queja ante la Defensoría del Pueblo; y ii) se inició un expediente administrativo. Tomando en cuenta que estos procesos fueron llevados a cabo de manera simultánea, la Comisión se pronunciará sobre si los mismos constituyeron mecanismos efectivos para establecer el paradero del señor Guachalá, así como para identificar a los posibles responsables e imponer las sanciones correspondientes.

1. Sobre la debida diligencia

197. La Corte ha indicado que la investigación debe ser realizada por todos los medios legales disponibles³⁴⁵ y llevada a cabo con la debida diligencia³⁴⁶. La CIDH recuerda que desde las primeras diligencias los Estados se encuentran obligados a actuar con toda acuciosidad³⁴⁷. Ello se debe a que las primeras diligencias de la investigación son elementos fundamentales para el buen curso de la investigación judicial³⁴⁸. De esta forma, la Corte ha señalado que “todas esas exigencias, así como criterios de independencia e imparcialidad, se extienden también a los órganos no judiciales a los que corresponda la investigación previa al proceso judicial”³⁴⁹.

198. La Corte Interamericana conoció dos asuntos bajo su mecanismo de medidas provisionales donde dos personas desaparecieron mientras se encontraban detenidas en un centro penitenciario³⁵⁰. La Corte sostuvo que toda vez que haya motivos razonables para sospechar que una persona ha sido sometida a

³⁴² ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, 19 de mayo de 2014, párr. 38.

³⁴³ Corte IDH. *Caso Furlan y Familiares Vs. Argentina*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Serie C No. 246, párr. 196.

³⁴⁴ Corte IDH. *Caso Furlan y Familiares Vs. Argentina*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Serie C No. 246, párr. 196.

³⁴⁵ Corte IDH. *Caso García Prieto y otros Vs. El Salvador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de noviembre de 2007. Serie C No. 168, párr. 101.

³⁴⁶ Corte IDH. *Caso de los Hermanos Gómez Paquiyaury Vs. Perú*. Sentencia de 8 de julio de 2004. Serie C No. 110, párr. 146; y *Caso Cantoral Huamaní y García Santa Cruz Vs. Perú*. Sentencia de 10 de julio de 2007. Serie C No. 167, párr. 130.

³⁴⁷ Corte IDH. *Caso Zambrano Vélez y otros Vs. Ecuador*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de julio de 2007. Serie C No. 166. Párr. 121.

³⁴⁸ Corte IDH. *Caso Myrna Mack Chang Vs. Guatemala*. Sentencia de 25 de noviembre de 2003. Serie C No. 101, párr. 167. CIDH, Informe No. 37/00, Caso 11.481, Fondo, Monseñor Oscar Arnulfo Romero y Galdámez, El Salvador, 13 de abril de 2000, párr. 85.

³⁴⁹ Corte IDH. *Caso Cantoral Huamaní y García Santa Cruz Vs. Perú*. Sentencia del 10 de julio de 2007. Serie C No. 167, párr. 133.

³⁵⁰ Véase: Corte IDH. *Asunto Guerrero Larez respecto de Venezuela*. Medidas Provisionales. Resolución de 19 de agosto de 2013; *Asunto Natera Balboa respecto de Venezuela*. Medidas Provisionales. Resolución de 19 de agosto de 2013.

una desaparición, es imprescindible la actuación pronta e inmediata de las autoridades fiscales y judiciales³⁵¹. Ello a efectos de ordenar medidas oportunas y necesarias dirigidas a la determinación del paradero de la víctima o el lugar donde pueda encontrarse³⁵².

199. Asimismo, la Corte resaltó que en situaciones de privación de la libertad como las del presente caso, el hábeas corpus representa, dentro de las garantías judiciales indispensables, el medio idóneo para determinar la situación y el paradero de la persona desaparecida, así como para controlar el respeto a su vida y proteger su integridad personal³⁵³. La CIDH recuerda que en casos de alegada desaparición no “resulta razonable o diligente ni constituye un recurso efectivo la mera verificación formal con los registros oficiales de detenidos como la ocurrida en el presente caso, o la aceptación como verdadera de la negación de la detención por los presuntos responsables sin una verificación objetiva, imparcial e independiente de la misma”³⁵⁴. Tomando en cuenta que la privación de libertad de una persona en un centro de salud mental puede constituir una detención arbitraria en los términos de la Convención, la Comisión considera que los recursos de habeas corpus también deben estar diseñados para enfrentar este tipo de situaciones en los que se alega la necesidad de controlar la privación de libertad en tales centros y/o determinar el destino o paradero de una persona en custodia como consecuencia de una institucionalización como la ocurrida en el presente caso.

200. En el presente caso el deber de investigar del Estado se encontraba calificado en cuanto a su naturaleza e intensidad por múltiples razones. En primer lugar, por el hecho de tratarse de una denuncia de desaparición que implicaba presumir la existencia de un riesgo para la vida e integridad personal de la persona. En ese sentido la respuesta investigativa y de búsqueda pronta y diligente resultaba fundamental no sólo para la obtención de justicia sino para la protección de la vida e integridad de Luis Guachalá. En segundo lugar, por tratarse de la desaparición de una persona con discapacidad institucionalizada en un centro de salud mental público respecto de quien el Estado estaba en posición especial de garante.

201. La Comisión observa que la denuncia de desaparición fue interpuesta el 21 de enero de 2004 por parte de la madre del señor Guachalá. La CIDH nota que la Fiscalía Distrital de Pichincha i) tomó las declaraciones de la señora Chimbó y de funcionarios del hospital; ii) realizó un reconocimiento del lugar de los hechos; y iii) ordenó la práctica de autopsias de cadáveres no identificados.

202. La CIDH nota que la señora Chimbó manifestó que desde la presentación de la denuncia hasta mediados del año 2005 ella tuvo que pagar la movilización de los agentes policiales al Hospital Psiquiátrico Julio Endara. También indicó que el fiscal le indicó que su hijo “ya está perdido, que si no tiene otros hijos para ir a cuidar”³⁵⁵. Asimismo, la señora Chimbó declaró que a pesar de haber manifestado ante las autoridades que una persona institucionalizada en el hospital le indicó que el señor Guachalá había sufrido un ataque cardiaco en dicho centro y que incluso le pidió que pida ayuda, el Estado no adoptó diligencia alguna a efectos de profundizar en dicho relato y confirmar o descartar su veracidad a partir de una línea de investigación al respecto y la práctica de otras pruebas. La CIDH resalta que el Comité CDPD ha sostenido que las personas con discapacidad intelectual o psicosocial pueden comparecer en procesos judiciales³⁵⁶. A pesar de ello, en el marco de la investigación, la toma de declaraciones se concentró en el personal del hospital y no en los pacientes que estuvieron institucionalizados al momento de los hechos, incluyendo la persona que le habría indicado a la madre del señor Guachalá la versión del infarto.

203. Adicionalmente, la Comisión nota que desde mediados del año 2005 hasta julio de 2006, fecha en que se archivó la causa, no se registran diligencias de investigación. La CIDH evidencia que la decisión del archivo se basó en que “no se ha determinado la existencia de delito alguno”. Sin embargo, en

³⁵¹ Corte IDH. *Asunto Guerrero Larez respecto de Venezuela*. Medidas Provisionales. Resolución de 19 de agosto de 2013, considerando 6.

³⁵² Corte IDH. *Asunto Guerrero Larez respecto de Venezuela*. Medidas Provisionales. Resolución de 19 de agosto de 2013, considerando 6.

³⁵³ Corte IDH. *Asunto Guerrero Larez respecto de Venezuela*. Medidas Provisionales. Resolución de 19 de agosto de 2013, considerando 6.

³⁵⁴ Corte I.D.H., *Caso García y Familiares Vs. Guatemala*. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 noviembre de 2012 Serie C No. 258, párr. 143.

³⁵⁵ CIDH, Audiencia pública, 4 de abril de 2016.

³⁵⁶ ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observaciones finales sobre el informe inicial de Etiopía, 04 de noviembre de 2016, párr. 31.

términos generales, del despliegue probatorio previo a dicha decisión, no se desprende el diseño y agotamiento exhaustivo de una línea de investigación que tomara en cuenta una hipótesis de posible fallecimiento del señor Guachalá en el hospital y un eventual encubrimiento de su muerte por parte de los funcionarios de dicho centro.

204. La CIDH nota que luego de presentada la denuncia penal, los peticionarios presentaron una queja ante la Defensoría del Pueblo y un recurso de hábeas corpus. En relación con la queja ante la Defensoría del Pueblo, la CIDH nota que la DINATED manifestó que el Hospital Psiquiátrico Julio Endara tiene “total responsabilidad (...) sobre este nefasto suceso; que ya lleva un año sin solución”. La CIDH observa que a pesar de que la DINATED solicitó al Ministerio de Salud realizar diversas diligencias, no se cuenta con información sobre si éstas se realizaron. Asimismo, en su escrito de enero de 2015 el Estado indicó que las investigaciones bajo dicha queja continúan, sin que se haya encontrado el paradero del señor Guachalá. Al respecto, la Comisión observa que más allá de acciones aisladas hacia la búsqueda de la víctima, no se cuenta con información sobre un plan de búsqueda diseñado para encontrar al señor Guachalá, tomando en cuenta los indicios que surgen del expediente e involucrando de manera coordinada a todas las autoridades estatales relevantes.

205. Respecto del recurso de hábeas corpus, la CIDH nota que inicialmente la alcaldía del distrito metropolitano de Quito se limitó a convocar al señor Guachalá, a pesar de que ya se había indicado que éste había desaparecido del hospital. Frente a dicha situación, los peticionarios presentaron un escrito solicitando que requiera al Estado adoptar medidas de búsqueda para encontrar el paradero del señor Guachalá. La Comisión observa que durante un año y medio no hubo respuesta por parte de las autoridades, hasta que en abril de 2006 el Tribunal Constitucional indicó que al no haberse dictado resolución en la causa durante este tiempo se “ha dejado a la parte en estado de indefensión”. La CIDH recuerda que el Tribunal Constitucional sostuvo que “no es admisible en un Estado (...) que una persona permanezca desaparecida por más de dos años, y menos admisible es que sus órganos no coordinen las acciones adecuadas para dar con el paradero de la persona”. A pesar de dicha resolución, la Comisión no cuenta con información sobre las medidas desplegadas en el marco del recurso de hábeas corpus. En este sentido, la CIDH considera que el habeas corpus no constituyó un recurso efectivo para abordar una situación de privación de libertad y desaparición de Luis Eduardo Guachalá en un hospital psiquiátrico bajo custodia del Estado. Además, por el tiempo transcurrido, el mismo tampoco brindó una respuesta pronta y efectiva, con la inmediatez requerida en un caso como el presente.

206. Por otro lado, la CIDH observa que en el año 2013 se inició una investigación administrativa por la desaparición del señor Guachalá. La CIDH nota que dicha investigación se inició casi 10 años después de ocurridos los hechos. La CIDH resalta la falta de impulso de la investigación y la ausencia de realización de diligencias puntuales de búsqueda y esclarecimiento de lo sucedido durante dicho tiempo.

207. De acuerdo a la documentación proporcionada por las partes, la Comisión toma nota de las diversas diligencias realizadas por el fiscal de la Unidad de Actuaciones Administrativas de Pichincha entre los años 2014 y 2016. La Comisión toma nota de que el Estado no informó sobre si se adoptó alguna diligencia a efectos de verificar el relato de la persona institucionalizada que indicó a la señora Chimbó que su hijo había sufrido un ataque cardíaco en el hospital ni, en general, el desarrollo de la hipótesis de posible muerte en el hospital y encubrimiento de lo sucedido. Por el contrario, las medidas de búsqueda parecieran enfocarse en la hipótesis de fuga.

208. La Comisión considera que, en vista de lo expuesto, ni la investigación penal, administrativa, ni los recursos de exhibición personal y queja ante la Defensoría del Pueblo, fueron llevados a cabo con la debida diligencia que era exigible a las autoridades a cargo de los procesos internos en el presente caso. La CIDH recuerda que en casos de alegadas desapariciones, sólo si se despliegan todos los esfuerzos necesarios y a disposición del Estado para conocer la verdad sobre lo sucedido a la víctima y su paradero, podrá considerarse que se proporcionó un recurso efectivo³⁵⁷.

³⁵⁷ CIDH, Informe No. 111/09, Caso 11.324, Fondo, Narciso González Medina, República Dominicana, 10 de noviembre de 2009, párr. 225.

209. De esta forma, la Comisión concluye que el Estado ecuatoriano violó los derechos a las garantías judiciales y protección judicial establecidos en los artículos 8.1 y 25 de la Convención Americana en relación con las obligaciones establecidas en el artículo 1.1 del mismo instrumento en perjuicio de Luis Eduardo Guachalá Chimbó y sus familiares identificados en el presente informe. Asimismo, el Estado violó el artículo I b) de la CIDFP.

2. Sobre el plazo razonable

210. El artículo 8.1 de la Convención Americana establece como uno de los elementos del debido proceso que los tribunales decidan los casos sometidos a su conocimiento en un plazo razonable. En este sentido, una demora prolongada puede llegar a constituir, por sí misma, una violación de las garantías judiciales³⁵⁸. Corresponde al Estado exponer y probar la razón por la cual se ha requerido más tiempo del razonable para dictar sentencia definitiva en un caso particular³⁵⁹. En ese sentido, la razonabilidad del plazo se debe apreciar en relación con la duración total del procedimiento penal³⁶⁰ y a la luz de los cuatro elementos que ha tomado la Corte en su jurisprudencia, a saber: i) la complejidad del asunto; ii) la actividad procesal del interesado; y iii) la conducta de las autoridades judiciales; y iv) afectación generada en la situación jurídica de la persona involucrada en el proceso³⁶¹.

211. En relación con la complejidad, la CIDH nota que el Estado indicó que a pesar de haber adoptado diversas diligencias, no se ha podido identificar el paradero del señor Guachalá. Al respecto, la CIDH considera que a fin de que un argumento de complejidad sea procedente, es necesario que el Estado presente información específica que vincule directamente los elementos de complejidad invocados con las demoras en el proceso. Ello no ha sucedido en el presente caso. La Comisión recuerda lo indicado por la Corte en el sentido de que el retardo en el desarrollo de la investigación no puede justificarse en razón de la complejidad del asunto cuando existen posibles hipótesis de lo sucedido que no han sido investigadas³⁶², tal como sucede en el presente caso y ya fue expuesto en este informe.

212. En cuanto a la participación de los interesados, la Comisión observa que no existe elemento alguno en el expediente que indique que los familiares obstaculizaron el proceso o tuvieron responsabilidad alguna en la demora. Al contrario, los familiares participaron activamente en los procesos y activaron diversas vías procurando lograr el esclarecimiento de lo sucedido. .

213. En relación con la conducta de las autoridades judiciales, la Comisión ya estableció en el presente informe el incumplimiento del deber de debida diligencia en los procesos iniciados. En ese sentido, la Comisión se remite a la recapitulación de las omisiones e inactividades descritas *supra*.

214. En cuanto al cuarto elemento, la Corte ha señalado que para determinar la razonabilidad del plazo se debe considerar la afectación generada por la duración del procedimiento en la situación jurídica de la persona involucrada en el mismo así como los intereses en juego³⁶³. La Comisión considera que en casos de alegada desaparición el paso del tiempo incide de manera particularmente relevante en la situación de la víctima, pues de una pronta y eficiente respuesta estatal puede depender la materialización del riesgo a su vida e integridad personal. Igualmente, la Corte ha sostenido que en casos de personas con discapacidad, es imperante tomar las medidas pertinentes, como por ejemplo la priorización en la atención y resolución del

³⁵⁸ Corte IDH. *Caso García Asto y Ramírez Rojas Vs. Perú*. Sentencia de 25 de noviembre de 2005. Serie C No. 137, párr. 166.

³⁵⁹ Corte IDH. *Caso Ricardo Canese Vs. Paraguay*. Sentencia de 31 de agosto de 2004. Serie C No. 111, párr. 142.

³⁶⁰ CIDH, Informe No. 77/02, Caso 11.506, Fondo, Waldemar Gerónimo Pinheiro y José Víctor dos Santos, Paraguay, 27 de diciembre de 2002, párr. 76.

³⁶¹ Corte IDH. *Caso Masacre de Santo Domingo Vs. Colombia*. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 30 de noviembre de 2012. Serie C No. 259, párr. 164.

³⁶² Corte IDH. *Caso Familia Barrios Vs. Venezuela*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011. Serie C No. 237, párr. 275.

³⁶³ Corte IDH. *Caso Kawas Fernández Vs. Honduras*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 3 de abril de 2009 Serie C No. 196, párr. 115.

procedimiento por parte de las autoridades a su cargo, con el fin de evitar retrasos en la tramitación de los procesos, de manera que se garantice la pronta resolución y ejecución de los mismos³⁶⁴.

215. Por lo señalado, la Comisión considera que los casi 16 años que han transcurrido desde la interposición de la denuncia hasta la fecha sin que el Estado haya logrado esclarecer los hechos, determinar las sanciones aplicables e identificar el destino o paradero de Luis Eduardo Guachalá, constituye un plazo excesivo que no ha sido justificado adecuadamente. En consecuencia, la Comisión considera que el Estado incurrió en un incumplimiento de la garantía de plazo razonable en violación del artículo 8.1 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 del mismo, en perjuicio de Luis Eduardo Guachalá Chimbó y sus familiares.

D. Derecho a la integridad personal de los familiares (artículo 5.1 de la Convención Americana en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento)

216. El artículo 5.1 de la Convención Americana establece que “[t]oda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral”. Con respecto de los familiares de víctimas de ciertas violaciones de derechos humanos, la Corte ha indicado que éstos pueden ser considerados, a su vez, como víctimas³⁶⁵. Al respecto, la Corte ha dispuesto que pueden verse afectados en su integridad psíquica y moral como consecuencia de las situaciones particulares que padecieron las víctimas, y de las posteriores actuaciones u omisiones de las autoridades internas frente a estos hechos³⁶⁶.

217. La Comisión considera suficientemente acreditado que en el presente caso la madre del señor Guachalá y su núcleo familiar sufrieron profundamente por la desaparición de su ser querido, lo que se ha venido agravando y profundizando como consecuencia de la falta de esclarecimiento y justicia sobre las circunstancias de la misma. En este sentido, la Comisión concluye que el Estado violó el derecho a la integridad psíquica y moral consagrado en el artículo 5.1 de la Convención Americana en relación con el artículo 1.1 de la misma en perjuicio de los familiares del señor Guachalá Chimbó, identificados en el presente informe de fondo.

VI. CONCLUSIONES

218. Con base en las consideraciones de hecho y de derecho expuestas, la Comisión Interamericana concluye que el Estado es responsable por la violación de los derechos al reconocimiento a la personalidad jurídica, vida, integridad personal, libertad personal, igualdad y no discriminación, salud; y garantías judiciales y protección judicial establecidos en los artículos 3, 4.1, 5.1, 7.1, 7.3, 8.1, 13.1, 24, 25.1 y 26 de la Convención Americana, en relación con las obligaciones establecidas en los artículos 1.1 y 2 del mismo instrumento, en perjuicio de Luis Eduardo Guachalá Chimbó y sus familiares en los términos explicados a lo largo del presente informe de fondo.

VII. RECOMENDACIONES

219. En virtud de las anteriores conclusiones,

**LA COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS
RECOMIENDA AL ESTADO DE ECUADOR:**

³⁶⁴ Corte IDH. *Caso Furlan y familiares Vs. Argentina*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Serie C No. 246, párr. 196.

³⁶⁵ Corte IDH. *Caso Cantoral Huamaní y García Santa Cruz Vs. Perú*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 10 de julio de 2007. Serie C No. 167. párr. 112; y *Caso Bueno Alves Vs. Argentina*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 11 de mayo de 2007. Serie C. No. 164. párr. 102.

³⁶⁶ Corte IDH. *Caso Vargas Areco Vs. Paraguay*. Sentencia de 26 de septiembre de 2006. Serie C No. 155. párr. 96.

1. Reparar integralmente las violaciones de derechos humanos declaradas en el presente informe tanto en el aspecto material como inmaterial. El Estado deberá disponer las medidas de compensación económica y satisfacción.
2. Empezar una búsqueda, a través de todos los medios disponibles, del destino o paradero de Luis Eduardo Guachalá Chimbó o de sus restos mortales. De ser el caso, disponer mecanismos adecuados de identificación y proceder a la devolución de los restos a los familiares.
3. En caso de que Luis Eduardo Guachalá Chimbó aparezca con vida, brindarle de manera gratuita y por el tiempo que sea necesario, y en concertación con él, el tratamiento en salud mental que requiera, de conformidad con los estándares establecidos en el presente informe.
4. Continuar las investigaciones de manera imparcial, efectiva y dentro de un plazo razonable con el objeto de esclarecer los hechos en forma completa, identificar a los autores e imponer las sanciones que correspondan.
5. Disponer medidas de no repetición que incluyan: i) Una revisión de la legislación interna y de las prácticas arraigadas en cuando a los procesos de toma de decisión de las personas con discapacidad, a fin de asegurar que tanto el marco normativo como la práctica sea compatible con los estándares internacionales descritos en el presente informe de fondo; ii) Elaborar un plan integral a efectos de revisar la política de internamiento de personas en instituciones públicas de salud mental y dirigirla hacia la desinstitucionalización conforme a los estándares internacionales en la materia, asegurando las condiciones de seguridad personal y las garantías necesarias para su inclusión en la comunidad; y iii) Adoptar medidas específicas para erradicar la coacción y los tratamientos psiquiátricos forzosos así como asegurar el consentimiento informado en materia de salud mental, tanto en lo relativo al internamiento como en lo relativo al tratamiento, conforme a los estándares descritos en el presente informe. iv) Incorporar los componentes del derecho a la salud mental en las estrategias y planes de salud generales, priorizando servicios de atención psicosocial y comunitaria.

Aprobado en la ciudad de Boulder, Colorado a los 5 días del mes de octubre de 2018.

Margarette May Macaulay
Presidenta

Esmeralda E. Arosemena Bernal de Troitiño
Primera Vicepresidenta

Francisco José Eguiguren Praeli
Comisionado

Joel Hernández García
Comisionado

Antonia Urrejola
Comisionada

Flávia Piovesan
Comisionada

Regístrese y notifíquese conforme a lo acordado.

Paulo Abrão
Secretario Ejecutivo