

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

## Índice

<b>I. Interés de las Organizaciones <i>Amici</i></b>	<b>1</b>
<b>II. Resumen</b>	<b>4</b>
<b>III. Los Servicios Segregados de Salud Mental Violan el Derecho de las Personas con Discapacidad a la Igualdad y No Discriminación</b>	<b>6</b>
Los servicios segregados de salud constituyen un trato diferenciado por motivos de discapacidad	8
Los servicios segregados de salud mental carecen de una justificación objetiva y razonable	11
<b>IV. Las Prestaciones del Derecho a la Salud Mental Deben Ser Garantizadas con el Debido Cuidado Elevado y Respetando la Autonomía de las Personas con Discapacidad</b>	<b>15</b>
El Estado tiene un deber de cuidado elevado en la esfera de la salud mental	20
El Estado tiene el deber de respetar la autonomía de las personas con discapacidad	23
<b>V. El Estado Debe Adoptar las Disposiciones del Derecho Interno y una Asignación Fiscal Priorizada Velando por la Desmanicomialización y la Atención de Salud Mental Basada en la Comunidad que Respete el Derecho a la Vida Fuera de las Instituciones</b>	<b>28</b>
El Estado debe adoptar disposiciones del derecho interno necesarias	30
El Estado debe adoptar la asignación fiscal priorizada necesaria	31
Las violaciones graves del presente caso demandan medidas de no repetición estructurales eficaces	34
<b>VI. Conclusión</b>	<b>39</b>

## I. Interés de las Organizaciones *Amici*

Este escrito de *amicus curiae* es presentado respetuosamente por:

1. Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ)
2. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)
3. Comisión Colombiana de Juristas (CCJ)
4. Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad (Dejusticia)
5. Harvard Law School Project on Disabilities (HPOD)
6. Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay (IELSUR)
7. Justiça Global

Con coordinación de la Secretaría de la Red-DESC, Red Internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Las organizaciones *amici* poseen amplia experiencia en el análisis y el litigio en materia de derechos humanos, incluyendo respecto del derecho a la salud mental y los derechos de las personas con discapacidad.

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

La **Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ)** es una organización civil sin fines de lucro con sede en Argentina que cuenta con un área específica destinada a trabajar por los derechos de las personas con discapacidad. Dentro de los objetivos de dicho programa, se encuentra el de promover la desinstitucionalización de las personas con discapacidad psicosocial y la creación y desarrollo de una red de dispositivos de salud mental comunitaria para garantizar su derecho a vivir en forma independiente y ser incluidas en la comunidad. En este marco, ACIJ ha promovido diversas acciones en defensa de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, tanto a nivel nacional como regional, con el objetivo de derribar las múltiples barreras que el entorno les impone. En efecto, ha impulsado acciones de litigio estratégico y capacitaciones en el tema, ha analizado los recursos públicos destinados a la salud mental y ha participado de audiencias temáticas ante el sistema interamericano y de otras instancias de discusión a nivel internacional.

El **Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)** es un organismo de derechos humanos argentino creado en 1979, durante la última dictadura militar, que promueve la protección de los derechos y su ejercicio efectivo, la justicia y la inclusión social, a nivel nacional e internacional. Entre sus principales áreas de trabajo están la memoria, la verdad y la justicia por los crímenes cometidos en el marco del terrorismo de Estado; la inclusión social y los derechos económicos, sociales y culturales, en especial en lo relacionado con el acceso a la tierra y a un hábitat digno, y las políticas públicas en materia de salud mental.

La **Comisión Colombiana de Juristas (CCJ)** es una organización de la sociedad civil que busca por medios jurídicos el pleno respeto de los derechos humanos (civiles y políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales), así como del derecho humanitario, y reconoce el carácter universal, indivisible e interdependiente de estos derechos. La CCJ cuenta con estatus consultivo ante la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y calidad de organización de la sociedad civil reconocida por la OEA e inscrita ante su Consejo Permanente.

El **Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad (Dejusticia)** es un centro de estudios jurídicos y sociales localizado en Bogotá, Colombia, dedicado al fortalecimiento del Estado de Derecho y a la promoción de los derechos humanos en Colombia y en el Sur Global. Como centro de investigación-acción, nuestro objetivo es la promoción del cambio social realizando estudios rigurosos y propuestas sólidas de políticas públicas, adelantando campañas de incidencia en foros de alto impacto, litigios de interés público y diseñando e impartiendo programas educativos y de formación. Desde 2005, a través de nuestras diferentes líneas temáticas y áreas transversales contribuimos de una manera importante con nuestra experticia y nuestra aspiración al cambio, entre ellas las relacionadas con la efectividad y la justiciabilidad de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC).

El **Harvard Law School Project on Disabilities (HPOD)** es un centro global de derecho y políticas públicas sobre discapacidad ubicado en Cambridge, Massachusetts, Estados Unidos, que provee apoyo técnico a gobiernos, instituciones protectoras de derechos humanos, organizaciones no gubernamentales y organizaciones representantes de personas con discapacidad, para promover la

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

efectiva implementación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas (CDPD). Su director ejecutivo, el Profesor Michael Ashley Stein, fue uno de los actores principales en las negociaciones de dicho instrumento. HPOD ha trabajado en más de 40 países, asesorando procesos legislativos, llevando a cabo investigaciones académicas y apoyando litigios estratégicos, incluso mediante la presentación de escritos de *amicus curiae* en numerosos casos sobre derechos de personas con discapacidad ante órganos internacionales, regionales y nacionales, incluso el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (Comité CDPD), la Corte Interamericana de Derechos Humanos y el Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

**Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay (IELSUR)** es una organización no gubernamental, con personería jurídica, sin fines de lucro, constituida con el propósito de defender los Derechos Humanos aplicando los instrumentos jurídicos nacionales e internacionales, y su estudio y promoción en forma interdisciplinaria, a los efectos de obtener su plena vigencia. El objetivo de IELSUR consiste en el desarrollo de acciones jurídicas, abordadas desde la perspectiva de personas o grupos vulnerados en sus derechos humanos, para lograr la plena vigencia de estos.

**Justiça Global** es una asociación civil brasileña sin fines de lucro, fundada en 1999, dedicada a la promoción de la justicia social y los derechos humanos, a través de la investigación, la capacitación y la elaboración de peticiones e informes sobre la situación de los derechos humanos en Brasil, además de la propuesta de medidas judiciales de defensa de los derechos humanos, inclusive ante el Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos. Justiça Global participó como representante de las víctimas en la primera condena de Brasil ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso *Ximenes Lopes*, que está estrechamente relacionado con el tema abordado en el presente escrito. Debido a su acumulación de trabajo relacionado a violencia institucional y seguridad pública, Justiça Global es una de las entidades representantes de las personas beneficiarias de las medidas provisionales de la Corte Interamericana referentes a los derechos de personas privadas de libertad en el Complejo Prisional do Curado, la Unidad de Internação Socioeducativa (UNIS) y el Presídio de Pedrinhas, además de su papel como peticionaria en el caso de la cárcel Urso Branco que se encuentra en la fase de mérito ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

Las organizaciones mencionadas son miembros del Grupo de Trabajo de Litigio Estratégico de la Red Internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Red-DESC). En los últimos años, la **Secretaría de la Red-DESC** ha apoyado escritos de *amicus curiae*, intervenciones de terceros y opiniones de expertos de diferentes grupos de miembros en diversas jurisdicciones internacionales, regionales y nacionales.

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

## II. Resumen

El caso de Luis Eduardo Guachalá Chimbó implica graves violaciones estatales de los derechos a la igualdad y a la salud mental de personas con discapacidad, *inter alia*, protegidos por el artículo 26 de la Convención Americana de Derechos Humanos (CADH), en conjunto con los artículos 1.1, 2, 3, 4, 5 y 24. La reparación de esas violaciones exige medidas de no repetición estructurales eficaces para hacer cumplir el deber de cuidado elevado del Estado aplicable y la transformación del sistema de salud mental para basarse en la comunidad y el derecho a la vida fuera de las instituciones.

En casos involucrando personas con discapacidad, la Convención necesita ser interpretada a la luz de las garantías de igualdad y no discriminación previstas en los artículos 1.1 y 24.<sup>1</sup> Ningún tribunal regional de derechos humanos hasta la fecha ha aplicado el derecho a la igualdad y a la no discriminación de las personas con discapacidad a los sistemas de salud mental segregados, siendo fundamental que esta Corte aproveche la oportunidad para hacerlo en este caso y contribuya a saldar la deuda histórica que los Estados Parte de la Convención, como Ecuador, continúan poniendo en riesgo la vida y la integridad de las personas con discapacidad al obligarlas a recibir servicios de salud mental en entornos segregados.

La aplicación de los derechos consagrados en la Convención en este caso debe ser informada por el relevante *corpus iuris* internacional, en consonancia con el artículo 29 del tratado, el principio *pro persona* y la interpretación sistemática, teleológica y evolutiva practicada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos.<sup>2</sup> Los estándares de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (CIADDIS) y la CDPD de la ONU—ambas ratificadas por el Estado de Ecuador—así como otras normas relevantes, ayudan a elucidar el contenido de los derechos de la CADH en lo relativo a las personas con discapacidad.

El derecho a la salud mental se encuentra protegido en la Convención, tanto como aspecto específico del derecho a la salud ya reconocido dentro del artículo 26 por la Corte,<sup>3</sup> así como con base en su jurisprudencia respecto a los artículos 4 y 5.<sup>4</sup> Ese derecho, tomando en cuenta también el artículo 3,

---

<sup>1</sup> La Corte ha reconocido que, “[l]as personas con discapacidad a menudo son objeto de discriminación a raíz de su condición, por lo que los Estados deben adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para que toda discriminación asociada con las discapacidades mentales sea eliminada, y para propiciar la plena integración de esas personas en la sociedad”. Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 105 (citando Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las personas con Discapacidad, Preámbulo y Artículo III.1).

<sup>2</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Cuscul Pivaral y Otros vs. Guatemala*, Sentencia, 23 agosto 2018, párr. 100; Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Poblete Vilches y Otros vs. Chile*, Sentencia 8 marzo 2018, párr. 103.

<sup>3</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Cuscul Pivaral y Otros vs. Guatemala*, Sentencia, 23 agosto 2018, párr. 98-102; Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Poblete Vilches y Otros vs. Chile*, Sentencia 8 marzo 2018, párr. 100-116.

<sup>4</sup> La Corte, analizando los Artículos 4 y 5 de la Convención, ha establecido que, “[l]a atención de salud mental debe estar disponible a toda persona que lo necesite. Todo tratamiento de personas que padecen de discapacidades mentales debe estar dirigido al mejor interés del paciente, debe tener como objetivo preservar su dignidad y su autonomía, reducir el impacto de la enfermedad, y mejorar su calidad de vida”; en el mismo caso, la Corte también señaló que “[l]os Estados tienen el deber de asegurar una prestación de atención médica eficaz a las personas con discapacidad mental”. Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 109, 128 (citando Organización Mundial de la Salud, División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias, Diez Principios Básicos de las

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

contempla deberes inmediatos de no discriminación, respeto a la autonomía y garantía de las prestaciones reconocidas del derecho con el cuidado debido elevado; el derecho a la salud mental también incluye deberes de realización progresiva mediante medidas adecuadas, deliberadas y concretas al máximo de recursos disponibles.<sup>5</sup>

Aplicando tales normas, el presente caso revela graves violaciones de la Convención derivadas de: 1) la inherente discriminación de los servicios segregados de salud mental; 2) la falta de las prestaciones del derecho a la salud mental con el cuidado debido elevado por parte del Estado y respetando la autonomía del señor Guachalá; y 3) la falta de adopción de disposiciones necesarias de derecho interno y de medidas progresivas para su realización.

En consecuencia, el caso merece reparaciones que incluyan garantías de no repetición y velen por la desmanicomialización y la atención de salud mental basada en la comunidad que respete el derecho a la vida fuera de las instituciones, incluyendo la adecuación de la legislación interna a parámetros internacionales y la asignación fiscal priorizada correspondiente. Marcos jurídicos orientados a tales fines existen, por ejemplo, en Argentina, Brasil, España y Nepal, y pueden servir de referencia, aunque la sociedad civil sigue exigiendo sus plenas implementaciones en esos países.

---

Normas para la Atención de la Salud Mental (1996), principios 2, 4 y 5); y (citando Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas 46/119.46, p. 189, ONU Documento A/46/49 (1991), principio 1; Organización Mundial de la Salud. División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias. Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental (1996), principio 2; Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidades, Resolución No. 48/96 de la Asamblea General de la ONU, Documento A/48/49 (1993), art. 2; Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, Resolución de la Asamblea General de la ONU, Documento A/8429 (1971), art. 2; y Programa de Acción Mundial para los Impedidos, Resolución No. 37/52 de la Asamblea General de la ONU, Documento A/37/51 (1982), párrs. 95 al 107), respectivamente.

<sup>5</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Cuscul Pivaral y Otros vs. Guatemala*, Sentencia, 23 agosto 2018, párr. 98; Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Poblete Vilches y Otros vs. Chile*, Sentencia 8 marzo 2018, párr. 104.

Escrito de *Amicus Curiae*  
ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de  
Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador

### III. Los Servicios Segregados de Salud Mental Violan el Derecho de las Personas con Discapacidad a la Igualdad y No Discriminación

La segregación de los servicios de salud mental frecuentemente tiene consecuencias mortales.<sup>6</sup> Ecuador continúa brindando servicios de salud mental en entornos segregados,<sup>7</sup> a pesar de los llamamientos de expertos en salud y derechos de las personas con discapacidad a lo largo de las décadas para que los Estados los provean en entornos *integrados* en la comunidad. Si Ecuador hubiera cumplido con su deber bajo el derecho internacional de los derechos humanos de brindar servicios de salud mental en entornos *integrados* y no segregados, la desaparición del señor Guachalá nunca se habría producido. De ahí la urgencia para que la Corte constate el deber de los Estados Parte de la CADH de garantizar el derecho de las personas con discapacidad a la igualdad y a la no discriminación en los servicios de salud mental, a fin de prevenir futuras desapariciones y violaciones de derechos humanos. Debido a que muchos Estados Parte de la CADH como Ecuador continúan poniendo en riesgo la vida de las personas con discapacidad al obligarlas a recibir servicios de salud mental en entornos segregados, y dado que ningún tribunal regional de derechos humanos hasta la fecha ha aplicado el derecho a la igualdad y a la no discriminación de las personas con discapacidad a los sistemas de salud mental segregados, es fundamental que esta Corte aproveche la oportunidad para hacerlo en este caso y contribuya a saldar la deuda histórica que los Estados tienen hacia esta población.

La dependencia de Ecuador de la prestación segregada de servicios de salud mental viola sus obligaciones en virtud de los artículos 1.1, 24 y 26 de la CADH, interpretados—por cuenta del artículo 29 de la CADH, el principio *pro persona* y las prácticas interpretativas sistemáticas, teleológicas y evolutivas<sup>8</sup>—a la luz de la CDPD<sup>9</sup> y la CIADDIS.<sup>10</sup> Este Tribunal ha señalado que la igualdad ante la ley y la no discriminación no son solo un principio fundamental de la CADH, sino también una norma de *jus cogens* que permea todo el ordenamiento jurídico.<sup>11</sup> Las distinciones basadas en características como la discapacidad<sup>12</sup> son discriminatorias si carecen de una justificación razonable y objetiva.<sup>13</sup>

---

<sup>6</sup> Véase por ejemplo, Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006; Disability Rights International & Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala, [Solicitud de medidas cautelares a favor de las 334 personas con discapacidad mental internadas en el Hospital Federico Mora en Guatemala](#), 12 octubre 2012, p. 1-2.

<sup>7</sup> Véase Organización Mundial de la Salud, [Evaluación del Sistema de Salud Mental en Ecuador](#), 2015.

<sup>8</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Cuscul Pivaral y Otros vs. Guatemala*, Sentencia, 23 agosto 2018, párr. 100; Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Poblete Vilches y Otros vs. Chile*, Sentencia, 8 marzo 2018, párr. 103.

<sup>9</sup> Ratificada por Ecuador el 3 de abril de 2008.

<sup>10</sup> Ratificada por Ecuador el 1 de marzo de 2004.

<sup>11</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Atala Rizzo e hijas vs. Chile*, Sentencia, 24 febrero 2012, párr. 79 (citando Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados*, Opinión Consultiva OC-18/03, 17 septiembre 2003, párr. 101, y Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso de Comunidad Indígena Xákmok Kásek*, Sentencia, 24 agosto 2010, párr. 269).

<sup>12</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Artavia Murillo y Otros (“Fecundación In Vitro”) vs. Costa Rica*, Sentencia, 28 noviembre 2012, párr. 285-286; Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Identidad de Género, e Igualdad y No Discriminación a Parejas del Mismo Sexo*, Opinión Consultiva OC-24/17, 24 noviembre 2017, párr. 66-67; Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Furlán y Familiares vs. Argentina*, Sentencia, 31 agosto 2012, párr. 135.

<sup>13</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Identidad de Género, e Igualdad y No Discriminación a Parejas del Mismo Sexo*, Opinión Consultiva OC-24/17, 24 noviembre 2017, párr. 66.

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

Según el artículo 1.1 de la CADH, los Estados Parte deben respetar y garantizar los derechos de la CADH sin discriminación, evitando al mismo tiempo la discriminación en la aplicación de las leyes y políticas de los Estados en virtud del artículo 24 de la CADH.<sup>14</sup> El artículo 26 amplía esta obligación a las medidas adoptadas por los Estados Parte para garantizar el derecho a la salud, entre otros derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA). La CIADDIS exige expresamente a los Estados Parte que eviten la discriminación por motivos de discapacidad garantizando que los servicios, las instalaciones y los programas gubernamentales estén “integrados”,<sup>15</sup> y la CDPD, más nueva y más amplia, exige afirmativamente que los Estados Parte proporcionen servicios de salud mental y otros servicios relacionados con la discapacidad en entornos que estén integrados en la comunidad, para que estas personas puedan elegir dónde y con quién vivir en igualdad de condiciones.<sup>16</sup>

Específicamente con respecto a las personas con discapacidad, la Corte ha afirmado el deber de los Estados Parte de “adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para que toda discriminación asociada con las discapacidades sea eliminada, y propiciar la plena *integración* de esas personas en la sociedad”.<sup>17</sup> Más allá de reiterar el claro mandato de integración de la CIADDIS, la Corte explicó que el derecho a la igualdad impone deberes tanto negativos como positivos a los Estados Parte, respectivamente, de prohibir las distinciones arbitrarias por motivos de discapacidad y de “crear condiciones de igualdad real frente a grupos que han sido históricamente excluidos o que se encuentran en mayor riesgo de ser discriminados”.<sup>18</sup> Para hacerlo, los Estados Parte deben promover prácticas que fomentan su inclusión social y también eliminar las barreras a su inclusión.<sup>19</sup> Por lo tanto, los Estados Parte de la CADH deben garantizar que los servicios y los programas para las personas con discapacidad estén *integrados*, no segregados, y creen condiciones de igualdad sustantiva, no sólo formal.

En este caso, la concentración de los servicios de salud mental en Ecuador en entornos segregados, como los hospitales psiquiátricos, constituye una diferenciación por motivos de discapacidad que carece de una justificación razonable y objetiva y, por lo tanto, es discriminatoria. El Hospital Psiquiátrico Julio Endara, donde ingresó el señor Guachalá, es un centro de salud mental segregado.<sup>20</sup>

---

<sup>14</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Atala Rizzo e hijas vs. Chile*, Sentencia, 24 febrero 2012, párr. 82.

<sup>15</sup> Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (CIADDIS), Art. III(a); véase también Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 105 (citando CIADDIS).

<sup>16</sup> Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, arts. 19 y 25.

<sup>17</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Furlán y Familiares vs. Argentina*, Sentencia, 31 agosto 2012, párr. 135 (énfasis añadido). Véase también Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Impacto del procedimiento de solución amistosa*, Informe, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 45/13, 1 marzo 2018, párr. 236 (“[La Comisión] ha señalado que las personas con discapacidad física o mental son especialmente vulnerables a la discriminación y otras violaciones a los derechos humanos”).

<sup>18</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Furlán y Familiares vs. Argentina*, Sentencia, 31 agosto 2012, párr. 267.

<sup>19</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Chinchilla Sandoval vs. Guatemala*, Sentencia, párr. 208.

<sup>20</sup> Por esta razón, en 2014, el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad recomendó que Ecuador adoptara un plan integral de desinstitucionalización de las personas que se encuentran en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observaciones finales sobre el informe periódico inicial del

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

Ecuador depende de manera desproporcionada de instalaciones segregadas para brindar servicios de salud mental. Al limitar las instalaciones de salud mental a entornos segregados, Ecuador diferencia las necesidades relacionadas con la salud de las personas con discapacidad psicosocial de las del resto de la población. Además, carece de una justificación objetiva y razonable para optar por brindar servicios de salud mental en entornos segregados. Lejos de proporcionar los medios necesarios para la consecución de objetivos legítimos del Estado, los entornos segregados en la práctica aíslan a las personas con discapacidad de su entorno natural, ponen en peligro sus derechos humanos y, con frecuencia, son la alternativa más restrictiva que puede existir. Por estas razones, los servicios de salud mental segregados son discriminatorios según los artículos 1.1, 24 y 26 de la CADH, en concordancia con la CDPD y la CIADDIS.

**Los servicios segregados de salud constituyen un trato diferenciado por motivos de discapacidad**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos especializados en el área de salud han recomendado durante mucho tiempo que los servicios de salud mental estén dentro de la comunidad, integrados en la medida de lo posible dentro de los servicios generales de salud, en lugar de concentrarse en entornos segregados.<sup>21</sup> Sin embargo, en muchos países todavía “la atención de salud mental está [...] predominantemente centralizada y se proporciona en grandes hospitales psiquiátricos, de forma que la comunidad dispone de pocos servicios de atención y apoyo, cuando existen”.<sup>22</sup> Por diseño, estos modelos de atención centrados en las instituciones diferencian a los pacientes en función de su discapacidad. Los servicios de salud psiquiátrica obligan a las personas con discapacidad a obtener estos servicios en entornos distintos de las instalaciones de atención médica disponibles para la población en general, porque, por definición, son derivadas a servicios específicos de salud mental. Así, el Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha explicado claramente que limitar los servicios de salud mental al tratamiento hospitalario en hospitales psiquiátricos segregados obliga a las personas con discapacidad a “renunciar a su participación en la vida comunitaria para poder recibir tratamiento”,<sup>23</sup> mientras que los pacientes sin discapacidad pueden

---

Ecuador, [CRPD/C/ECU/CO/1\\_27](#) octubre 2014, párr. 29(a). El Comité reiteró en 2019 su preocupación por la “persist[encia de] la institucionalización de niños y adultos con discapacidad psicosocial e intelectual”; “prácticas de medicación, las sujeciones y los tratamientos involuntarios de las personas con discapacidad psicosocial o intelectual”; y “la falta de planes sobre desinstitucionalización y de implementación de programas de servicios comunitarios que involucren a las organizaciones de personas con discapacidad”. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de Ecuador, [CRPD/C/ECU/CO/2-3](#), 21 octubre 2019, párr. 29, 37(b).

<sup>21</sup> Véase por ejemplo, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, [E/CN.4/2005/51](#), 14 febrero 2005, párr. 14.

<sup>22</sup> Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, [E/CN.4/2005/51](#) (14 febrero 2005), párr. 14.

<sup>23</sup> Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación general No. 6 sobre la igualdad y la no discriminación, [CRPD/C/GC/6](#), 2018, párr. 58.



**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

buscar servicios de salud en establecimientos no especializados. En consecuencia, el tratamiento segregado de la salud mental “constituye un trato diferenciado por motivos de discapacidad”.<sup>24</sup>

Además, a las personas con discapacidad que reciben servicios de salud mental en entornos segregados se les aplica un trato cualitativo diferente. La Corte ha reconocido la experiencia radicalmente diferente de las personas con discapacidad hospitalizadas en entornos de salud mental segregados de la de las personas sin discapacidad atendidas en los centros de salud general. En *Ximenes Lopes vs. Brasil*, se afirmó que las personas con discapacidad que están obligadas a recibir servicios de salud mental en entornos segregados son paradójicamente “más susceptibles a tratos abusivos cuando son sometidos a internación”, aunque su segregación se basa frecuentemente en una necesidad percibida de atención especializada.<sup>25</sup> Esta observación también ha sido fundamental en varias decisiones del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Por ejemplo, en *Bureš vs. República Checa*, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos reconoció la necesidad de un mayor escrutinio al revisar los casos relacionados con “pacientes confinados en hospitales psiquiátricos” debido a “[la] posición de inferioridad e impotencia que es típica” en tales entornos.<sup>26</sup>

Un ejemplo del trato cualitativamente diferenciado de las personas con discapacidad en los establecimientos de salud mental segregados se refiere al consentimiento informado. Aunque el consentimiento informado es una salvaguarda fundamental para el paciente, en la práctica la segregación de los entornos de salud mental con frecuencia lo subvierte,<sup>27</sup> hasta tal punto que “priva al derecho al consentimiento informado de casi todo su significado”.<sup>28</sup> Mientras que en las instituciones de atención médica general los pacientes adultos o sus agentes designados deben dar su consentimiento informado para el tratamiento, los pacientes adultos con discapacidad son recluidos de manera rutinaria de forma involuntaria en hospitales psiquiátricos, ya sea sin su consentimiento o en contra de su voluntad.<sup>29</sup> Esta práctica contraviene los Principios de la OMS en los que se basó la Corte en *Ximenes Lopes vs. Brasil*.<sup>30</sup> Estos Principios establecen expresamente que “se hará todo lo posible para evitar una admisión involuntaria” y “[e]l acceso a una institución psiquiátrica se administrará de la misma forma que el acceso a cualquier institución por cualquier otra enfermedad”.<sup>31</sup>

---

<sup>24</sup> Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación general No. 6 sobre la igualdad y la no discriminación, [CRPD/C/GC/6](#), 2018, párr. 58.

<sup>25</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 106.

<sup>26</sup> Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Bureš vs. República Checa*, App. No. 37679/08, Sentencia, 18 octubre 2012, párr. 87.

<sup>27</sup> Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, [A/HRC/22/53](#), 1 febrero 2013, párr. 61.

<sup>28</sup> Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, [E/CN.4/2005/51](#), 14 febrero 2005, párr. 87-90.

<sup>29</sup> Informe provisional del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, [A/63/175](#), 28 julio 2008, párr. 64; Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, [A/HRC/22/53](#), 1 febrero 2013, párr. 68.

<sup>30</sup> Véase Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 130.

<sup>31</sup> Organización de los Estados Americanos, Asamblea General, Resolución 46/119, Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, 1991, Nro. 15(1-2).

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

Más recientemente, la CDPD ha ampliado los Principios de la OMS.<sup>32</sup> Al aplicar el principio de igualdad y no discriminación a las admisiones involuntarias en establecimientos de salud mental segregados establece que “la existencia de una discapacidad no justificará en ningún caso” tal admisión,<sup>33</sup> porque hacerlo constituiría un trato diferenciado por motivos de discapacidad. Con demasiada frecuencia, las instituciones psiquiátricas segregadas renuncian a las salvaguardias fundamentales del paciente, como en este caso. No hay pruebas descritas en el Informe de Fondo de la Comisión de que el hospital haya intentado obtener el consentimiento del señor Guachalá.<sup>34</sup>

Las personas con discapacidad que reciben servicios de salud mental en entornos segregados están habitualmente expuestas a formas involuntarias y coercitivas de tratamiento que rara vez experimentan los pacientes sin discapacidad en entornos generales de atención médica.<sup>35</sup> Como fue señalado por el Relator especial de la ONU contra la tortura, “[e]n las instituciones [...] pueden administrarse medicamentos psiquiátricos, incluidos los neurolépticos y otros medicamentos psicotrópicos, a personas con discapacidad mental sin su consentimiento libre e informado o en contra de su voluntad, de forma coercitiva, o a modo de castigo”.<sup>36</sup> De manera similar, el Tribunal Europeo en *Plesó vs. Hungría* observó que “la hospitalización psiquiátrica obligatoria a menudo implica una intervención médica que desafía la voluntad del individuo, como la administración forzosa de medicamentos, que dará lugar a una injerencia en el respeto de su vida privada, y en particular, su derecho a la integridad física”,<sup>37</sup> aun cuando la supuesta falta de capacidad utilizada para justificar un ingreso involuntario ya no continúe en el momento de la administración de la medicación. Además, en *Bataliny vs. Rusia*, el Tribunal Europeo observó que las formas de tratamiento coercitivo que prevalecen en tales instituciones también pueden involucrar experimentación científica y médica involuntaria.<sup>38</sup> El tratamiento coercitivo en hospitales psiquiátricos segregados persiste porque con frecuencia “puede encubrirse en forma de ‘buenas intenciones’ por parte de los profesionales de la salud”,<sup>39</sup> lo que refleja estereotipos arraigados sobre las personas con discapacidad dentro de la comunidad de la salud mental que se refuerzan al segregar los servicios de salud mental de los de salud general.

Debido a que los servicios de salud mental segregados dan como resultado un trato diferenciado a las personas con discapacidad, se constituye una distinción por motivos de discapacidad que requiere una

---

<sup>32</sup> Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, [A/HRC/22/53](#), 1 febrero 2013, párr. 58 (teniendo en cuenta que la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad ha “reemplazado” los Principios de 1991).

<sup>33</sup> Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006, art 14(b).

<sup>34</sup> Véase Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Luis Eduardo Guachalá Chimbó y Familia Ecuador*, Informe No. 111/18, Caso 12.786, Informe de Fondo.

<sup>35</sup> Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, [A/HRC/22/53](#), 1 febrero 2013, párr. 69.

<sup>36</sup> Informe provisional del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, [A/63/175](#), 28 julio 2008, párr. 63.

<sup>37</sup> Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Plesó vs. Hungría*, App. No. 41242/08, Sentencia, 12 octubre 2012, párr. 65 (citas internas omitidas).

<sup>38</sup> Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Bataliny vs. Rusia*, App. No. 10060/07, Sentencia, 23 julio 2015), párr. 90.

<sup>39</sup> Informe provisional del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, [A/63/175](#), 28 julio 2008, párr. 49.

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

justificación objetiva y razonable para evitar violar el deber de los Estados Parte de igualdad ante la ley y no discriminación en virtud de la jurisprudencia de la Corte. Sin embargo, el oscuro legado de abusos de los derechos humanos perpetrados dentro de las instituciones de salud mental segregadas elimina cualquier objetivo pretendido y justificación razonable para la segregación de los servicios.

### Los servicios segregados de salud mental carecen de una justificación objetiva y razonable

De acuerdo con la jurisprudencia de esta Corte, no todas las diferenciaciones son discriminatorias, siempre que tengan una justificación objetiva y razonable. La Corte determina la razonabilidad de las diferenciaciones categóricas caso por caso, considerando factores como la proporcionalidad de las medidas a la luz de fines legítimos y la disponibilidad de alternativas menos restrictivas.<sup>40</sup> Si bien el Estado tiene un interés legítimo en brindar servicios de salud mental a su población, no existe una justificación objetiva o razonable para limitar los servicios a entornos segregados, especialmente cuando aíslan innecesariamente a las personas con discapacidad de sus comunidades, aumentan la vulnerabilidad de las personas con discapacidad a las violaciones de derechos humanos, y no son el medio menos restrictivo para la prestación de servicios de salud mental.<sup>41</sup>

La Declaración de Caracas, que la Corte reconoció en *Ximenes Lopes vs. Brasil*,<sup>42</sup> enumera tres razones por las cuales los resultados de la atención psiquiátrica segregada carecen de una justificación objetiva y razonable. Adoptada en 1990 por los asistentes a la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud organizada por la Organización Panamericana y la OMS, la Declaración de Caracas confirmó la convicción de expertos en salud psiquiátrica y representantes gubernamentales por igual de que los sistemas de salud mental segregados hacen imposible brindar una atención continua, integral, descentralizada, participativa y comunitaria. Según la Declaración, los hospitales psiquiátricos:

- a) aísla[n] al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social,
- b) crea[n] condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo,
- c) requ[ieren] la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental...<sup>43</sup>

---

<sup>40</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Identidad de Género, e Igualdad y No Discriminación a Parejas del Mismo Sexo*, Opinión Consultiva OC-24/17, 24 noviembre 2017, párr. 66; Cfr. Comité de Derechos Humanos, [Observación general No. 18](#), No discriminación, 1989, párr. 13. Asimismo, Corte Interamericana de Derechos Humanos, *I.V.\* vs. Bolivia*, Sentencia, 30 noviembre 2016, párr. 240.

<sup>41</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 129.

<sup>42</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 111.

<sup>43</sup> Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, Declaración de Caracas, 1990, Notando 2.

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

Estas tres consideraciones, que siguen siendo ciertas tres décadas después, subrayan cómo los servicios de salud mental segregados carecen de una justificación objetiva y razonable.

Haciendo eco de las conclusiones de la Declaración de Caracas, el Relator Especial de la ONU sobre el derecho a la salud ha descubierto que la segregación de los servicios de salud mental en los hospitales psiquiátricos hace que “las personas con discapacidad mental y sus familias se encuentren en la difícil situación del tener que buscar tratamiento lejos del hogar y de la comunidad, lo cual priva a esas personas del derecho a vivir y trabajar en la medida de lo posible en un entorno comunitario”.<sup>44</sup> En un caso sobre servicios de salud mental segregados, la Corte Suprema de Estados Unidos encontró discriminatoria la segregación de la prestación de servicios estatales de salud mental porque “disminuye gravemente las actividades de la vida cotidiana de las personas, incluidas las relaciones familiares, los contactos sociales, las opciones laborales, la independencia económica, el progreso educativo y el enriquecimiento cultural”.<sup>45</sup> Según el Relator Especial de la ONU sobre tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, la segregación puede elevarse al nivel de malos tratos o tortura.<sup>46</sup> Además, no solo los pacientes con discapacidad son retirados físicamente de la comunidad, sino que los entornos segregados también “refuerza[n] los estigmas injustificados de que las personas [con discapacidad] son incapaces o indignas de participar en la vida comunitaria”.<sup>47</sup> Tal estigma sólo refuerza las barreras de actitud para la integración de las personas con discapacidad en la comunidad, creando un círculo vicioso que socava los requerimientos de esta Corte a que los Estados Parte adopten medidas positivas para promover su inclusión social.

Más allá de los efectos sociales negativos del aislamiento, la Corte Suprema de los Estados Unidos en *Olmstead* observó que los pacientes con discapacidad en entornos segregados “se hallan expuestos a la violación de sus derechos humanos en esos entornos. Ello es particularmente cierto en los sistemas de prestación de servicios en régimen de segregación y en instituciones residenciales, como hospitales psiquiátricos”.<sup>48</sup> Aunque en el caso *Ximenes Lopes vs. Brasil* no se le planteó a esta Corte la cuestión de si los servicios de salud mental en régimen de segregación son discriminatorios, la Corte observó que el personal médico en los hospitales psiquiátricos “ejerce un fuerte control o dominio sobre las personas que se encuentran sujetas a su custodia”.<sup>49</sup> El “desequilibrio intrínseco” de poder en los hospitales psiquiátricos es mayor que el que se encuentra en las relaciones médico-paciente en las instituciones de atención médica general.<sup>50</sup> Como resultado, las personas con discapacidad obligadas

---

<sup>44</sup> Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, [E/CN.4/2005/51](#), 14 febrero 2005, párr. 14.

<sup>45</sup> *Olmstead vs. L.C. ex rel. Zimring*, 527 U.S. 581 (1999), p. 600-01.

<sup>46</sup> Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, [A/HRC/22/53](#), 1 febrero 2013, párr. 70.

<sup>47</sup> *Olmstead vs. L.C. ex rel. Zimring*, 527 U.S. 581 (1999), p. 600-01; véase también Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, [E/CN.4/2005/51](#), 14 febrero 2005, párr. 54.

<sup>48</sup> Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, [E/CN.4/2005/51](#), 14 febrero 2005, párr. 8.

<sup>49</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 107.

<sup>50</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 107.

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

a recibir servicios de salud mental en entornos segregados son paradójicamente “más susceptibles a tratos abusivos cuando son sometidas a internación”.<sup>51</sup> Tales formas de maltrato ampliamente documentadas incluyen “régimen de aislamiento, la esterilización forzada, el empleo de medios de coerción, la medicación forzosa y la sobremedicación (incluida la medicación administrada con argumentos falsos y sin revelar riesgos)”.<sup>52</sup> Estas prácticas “no solo vulneran el derecho al consentimiento libre e informado, sino que constituyen malos tratos y pueden ser constitutivos de tortura”.<sup>53</sup> Por esta razón, incluso antes de la entrada en vigor de la CDPD, esta Corte reconoció que los Estados Parte están obligados a brindar servicios de salud mental “lo menos restrictivos posible”,<sup>54</sup> es decir, fuera de los entornos de salud mental segregados.

De hecho, los servicios de salud mental segregados son la alternativa más restrictiva para la prestación de dichos servicios. Los servicios de salud mental integrados en la comunidad son clínica y económicamente más efectivos que la atención institucional.<sup>55</sup> Sin embargo, la falta de servicios de salud mental integrados en la comunidad en muchos países persiste no debido a la falta de recursos, sino a la falta de voluntad política entre las autoridades y los responsables de la toma de decisiones, lo que refleja profundos prejuicios sociales sobre las personas con discapacidad.<sup>56</sup> En muchos países, se asignan recursos limitados a hospitales psiquiátricos en lugar de alternativas que se encuentran en la comunidad,<sup>57</sup> “pese a que se ha demostrado que los hospitales psiquiátricos prestan una atención inadecuada y que los servicios comunitarios son más eficaces,” según la OMS.<sup>58</sup> Este órgano de la

---

<sup>51</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 106.

<sup>52</sup> Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos *Salud mental y derechos humanos*, [A/HRC/34/32](#), 2017, párr. 33.

<sup>53</sup> Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos *Salud mental y derechos humanos*, [A/HRC/34/32](#), 2017, párr. 33.

<sup>54</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 128.

<sup>55</sup> Véase por ejemplo, Evan Roberts, Jacqueline Cumming y Katherine Nelson, “A Review of Economic Evaluations of Community Mental Health Care”, *62 Med. Care & Research Studies* 503, 505 (2005) (catalogación de estudios de costo-efectividad de programas comunitarios de atención de salud mental en varios países a lo largo de décadas) (“La efectividad del cuidado comunitario de la salud mental en comparación con la atención hospitalaria está establecida”). Véase también, Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la Salud en el Mundo*, 2001, p. 87 (“El hecho de que el presupuesto público para salud mental de muchos países se destine al mantenimiento de esa asistencia institucional deja muy pocos o ningún recurso para dotar de servicios más eficaces a los hospitales generales y a la comunidad”).

<sup>56</sup> De hecho, como reveló una encuesta de los sistemas de salud mental en países de ingresos bajos y medianos, “muchas de las barreras para el progreso en el desarrollo de los servicios de salud mental pueden superarse mediante la generación de voluntad política suficiente para mejorar la disponibilidad y el acceso a servicios de la salud mental humanos”. Benedetto Saraceno y otros, “Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries”, *370 Lancet* 1164, 1171 (2007).

<sup>57</sup> Véase Organización Mundial de la Salud, *Investing in Mental Health: Evidence for Action*, 2013, p. 15 (“La mayoría de los fondos que invierten los gobiernos se destinan específicamente a los costos operativos de los hospitales psiquiátricos especializados pero cada vez más obsoletos (que suelen estar asociados con el régimen de aislamiento, las violaciones de los derechos humanos y los malos resultados”). Véase también Organización Mundial de la Salud, *Mental Health Atlas*, 2011, p. 27 (muestra que muchos países de ingresos bajos y medianos asignan menos del 2%, o incluso el 1%, del presupuesto de salud al tratamiento y prevención en esta esfera).

<sup>58</sup> Organización Mundial de la Salud, *mhGAP Programa de acción para superar las brechas en salud mental: Mejora y ampliación de los la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias* 2008, p. 8; véase también Organización Mundial de la Salud, *Investing in Mental Health: Evidence for Action*, 2013, p. 18-19 (ofrece una variedad de soluciones de políticas diseñadas para promover servicios basados en la comunidad, incluso si los recursos disponibles para la atención de la salud mental son limitados).

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

ONU enfatizó que la falta de voluntad política para cambiar la asignación de los recursos disponibles “frena inevitablemente el desarrollo de servicios comunitarios más equitativos y rentables”.<sup>59</sup> Este es el caso de Ecuador; según una medida gubernamental disponible, en 2012, Ecuador asignó el 98,57% de su presupuesto nacional para servicios de salud mental a hospitales psiquiátricos (según la OMS, el porcentaje sería 59%).<sup>60</sup> Al concentrar los servicios de salud mental en entornos segregados, Ecuador está despriorizando la salud mental integrada en la comunidad.

Por lo tanto, la segregación de los servicios de salud mental en Ecuador discrimina a las personas con discapacidad tanto al obligarlas a obtener un tratamiento de salud diferenciado en entornos diferentes a los utilizados para brindar servicios de salud a la población en general, como al aislarlas de su entorno natural y poner en peligro sus derechos humanos fundamentales a pesar de la disponibilidad de alternativas menos restrictivas integradas en la comunidad. Por estas razones, los servicios de salud mental segregados de Ecuador son discriminatorios en virtud de los artículos 1.1, 24 y 26 de la CADH, interpretados a la luz, *inter alia*, del CDPD y la CIADDIS. Debido a que ni esta Corte en su decisión histórica *Ximenes Lopes vs. Brasil* ni ningún otro tribunal regional de derechos humanos ha aplicado el deber de los Estados conforme al derecho internacional de los derechos humanos de evitar la discriminación en la prestación de servicios de salud mental, esta Corte debería dilucidar este deber en el presente caso para prevenir muertes innecesarias y violaciones a los derechos humanos de esta población vulnerable.

---

<sup>59</sup> Organización Mundial de la Salud, [Investing in Mental Health: Evidence for Action](#), 2013, p. 15.

<sup>60</sup> Ministerio de Salud Pública del Ecuador, [Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud \(MAIS\) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural](#), (sin fecha), p. 29; Organización Mundial de la Salud, [Evaluación del Sistema de Salud Mental en Ecuador](#), 2015, p. 6.



## IV. Las Prestaciones del Derecho a la Salud Mental Deben Ser Garantizadas con el Debido Cuidado Elevado y Respetando la Autonomía de las Personas con Discapacidad

La Corte Interamericana ha desarrollado una línea jurisprudencial en torno al contenido del derecho a la salud (art. 26) y su relación con los derechos a la vida (art. 4) y la integridad personal (art. 5) bajo los principios de indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos. Se ha sostenido que los Estados están en la obligación de garantizar que no se impida el acceso a las condiciones que garanticen una vida digna.<sup>61</sup> Y a su vez, la Convención reconoce expresamente el derecho a la integridad personal, cuya protección incluye la prohibición imperativa de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes.<sup>62</sup> Por tanto, los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana.<sup>63</sup>

En ese mismo sentido, la Corte ha reconocido su competencia para pronunciarse sobre la violación al derecho a la salud, entendido como un derecho autónomo (art. 26), fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos, el cual implica el disfrute del más alto nivel posible de salud.<sup>64</sup> La OMS define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social.<sup>65</sup> La obligación general de protección de la salud establece un deber estatal en torno al acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, e impulsando el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.<sup>66</sup>

La Corte ha explicado que el artículo 26 contiene obligaciones estatales inmediatas, entre ellas la garantía de las prestaciones reconocidas del derecho en cuestión.<sup>67</sup> En este caso, se trata de las prestaciones del derecho a la salud mental, un aspecto del derecho a la salud. La naturaleza inmediata y el contenido de tales obligaciones estatales de garantizar las prestaciones del derecho a la salud mental se refuerzan en la jurisprudencia de la Corte sobre los artículos 4 y 5 de la Convención, que asegura que, “[l]a atención de salud mental debe estar disponible a toda persona que lo necesite. Todo tratamiento de personas que padecen de discapacidades mentales debe estar dirigido al mejor interés del paciente, debe tener como objetivo preservar su dignidad y su autonomía, reducir el impacto de la

---

<sup>61</sup> Véase Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 106-108.

<sup>62</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Vélez Loor vs. Panamá*, Sentencia, 23 noviembre 2010, párr. 227.

<sup>63</sup> Véase, por ejemplo, Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Vélez Loor vs. Panamá*, Sentencia, 23 noviembre 2010, párr. 43.

<sup>64</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Cuscul Pivaral y Otros vs. Guatemala*, Sentencia, 23 agosto 2018, párr. 98-107; Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Poblete Vilches y Otros vs. Chile*, Sentencia 8 marzo 2018, párr. 100-116.

<sup>65</sup> Organización Mundial de la Salud, Constitución, 1946, Preámbulo; La Corte ha reconocido esta definición. Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Hernández vs. Argentina*, Sentencia, 22 noviembre 2019, párr. 76.

<sup>66</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Poblete Vilches y Otros vs. Chile*, Sentencia 8 marzo 2018, párr. 118; Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Cuscul Pivaral y Otros vs. Guatemala*, Sentencia, 23 agosto 2018, párr. 105.

<sup>67</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Cuscul Pivaral y Otros vs. Guatemala*, Sentencia, 23 agosto 2018, párr. 98; Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Poblete Vilches y Otros vs. Chile*, Sentencia 8 marzo 2018, párr. 104.

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

enfermedad, y mejorar su calidad de vida”; la Corte también ha señalado que, “[l]os Estados tienen el deber de asegurar una prestación de atención médica eficaz a las personas con discapacidad mental”.<sup>68</sup>

Este derecho abarca la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.<sup>69</sup> Para el presente caso en particular, la Corte ha ratificado que son los Estados quienes están en la obligación de adoptar las medidas necesarias para que las condiciones del sistema de salud mental sean adecuadas conforme a los parámetros internacionales y los servicios de calidad respetando y acorde a las necesidades de las personas con discapacidad psicosocial.<sup>70</sup>

Por tanto, tal como lo señala la OMS en los Principios Básicos para la Atención a la Salud Mental, que a su vez han sido recogidos por la jurisprudencia interamericana desde el caso *Ximenes Lopes*, “[l]a atención de salud mental debe estar disponible a toda persona que lo necesite y el tratamiento debe estar dirigido al mejor interés del paciente y tener como objetivo preservar su dignidad y su autonomía, reduciendo el impacto de la enfermedad, y mejorando su calidad de vida”.<sup>71</sup> A la vez, la CDPD ha ampliado el contenido de los Principios Básicos, hasta “reemplazarlos”<sup>72</sup>, al requerir que los Estados Parte “[e]xigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado”.<sup>73</sup> Así, la CDPD contundentemente prioriza el consentimiento informado del paciente mismo en lugar de permitir que otros definan por él su mejor interés, ya que históricamente determinaciones por otros del “mejor interés” han justificado tratos crueles, inhumanos o degradantes en contra de las personas con discapacidad, como son la administración no consentida de medicamentos psicotrópicos o la

---

<sup>68</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 109, 128 (citando Organización Mundial de la Salud, División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias, Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental (1996), principios 2, 4 y 5); y (citando Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas 46/119.46, p. 189, ONU Documento A/46/49 (1991), principio 1; Organización Mundial de la Salud. División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias. Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental (1996), principio 2; Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidades, Resolución No. 48/96 de la Asamblea General de la ONU, Documento A/48/49 (1993), art. 2; Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, Resolución de la Asamblea General de la ONU, Documento A/8429 (1971), art. 2; y Programa de Acción Mundial para los Impedidos, Resolución No. 37/52 de la Asamblea General de la ONU, Documento A/37/51 (1982), párrs. 95 al 107), respectivamente.

<sup>69</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Cuscul Pivaral y Otros vs. Guatemala*, Sentencia, 23 agosto 2018, párr. 106; Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Suárez Peralta vs. Ecuador*, Sentencia, 21 mayo 2013, párr. 131, 152.

<sup>70</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 128.

<sup>71</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 109 (citando Organización Mundial de la Salud, División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias, Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental (1996), principios 2, 4 y 5).

<sup>72</sup> Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, [A/HRC/22/53](#), 1 febrero 2013, párr. 58.

<sup>73</sup> Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 26(d).



**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

esterilización involuntaria, entre otras intervenciones médicas forzadas de carácter invasivo y/o con efectos irreversibles.<sup>74</sup>

De acuerdo con el marco fáctico presentado en el Informe de Fondo de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, el Hospital Psiquiátrico Julio Endara para la fecha de los hechos no contaba con las condiciones mínimas requeridas para prestar el servicio médico debido a personas con discapacidad psicosocial, acorde con la Convención. En las declaraciones de la familia Guachalá Chimbó y el personal del hospital se evidencia que la atención médica que se prestaba a los usuarios del sistema no era adecuada teniendo en cuenta las condiciones de discapacidad psicosocial de los mismos. Respecto de este punto se destaca que el personal de enfermería evidentemente no estaba entrenado para atender a personas con discapacidades mentales y no se contaba con el número suficiente de personal. En ese mismo sentido, se evidenció que se suministraban medicamentos con la finalidad de sedar a los pacientes, sin consentimiento libre, previo e informado y la realización de una evaluación inicial,<sup>75</sup> tal como sucedió con el señor Guachalá.<sup>76</sup>

Conforme la información que presentó la Comisión respecto de la historia clínica, el primer examen médico sólo se realizó dos días después de su ingreso, el 12 de enero de 2004.<sup>77</sup> Y, sin embargo, se le administraron sedantes desde el 10 de enero de 2004, y como consecuencia, según el hospital, el señor Guachalá estuvo sedado durante el 11 y 12 de enero de 2004, tal como se le informó a su madre en las instalaciones del hospital cuando solicitó ver a su hijo y en las llamadas telefónicas posteriores.<sup>78</sup> Se destaca de igual forma que la institución psiquiátrica no llevó información continua y diaria sobre la evolución del estado de salud del paciente y los medicamentos suministrados, puesto que no hay reporte en la historia clínica de los días 11, 14 y 17 de enero de 2004.<sup>79</sup>

---

<sup>74</sup> Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, [A/HRC/22/53](#), 1 febrero 2013, párr. 32, 61, 64, 80.

<sup>75</sup> El caso *Tibi vs. Ecuador*, la Corte Interamericana de Derechos Humanos determinó que el Estado incumplió con los Principios para la Protección de todas las Personas sometidas a cualquier Forma de Detención o Prisión de las Naciones Unidas que lo obliga a “ofrecer [...] un examen médico apropiado después de su ingreso en un lugar de detención o prisión”. Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Tibi vs. Ecuador*, Sentencia, 7 setiembre 2004, párr. 154.

<sup>76</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Luis Eduardo Guachalá Chimbó y Familia Ecuador*, Informe No. 111/18, Caso 12.786, Informe de Fondo, párr. 37.

<sup>77</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Luis Eduardo Guachalá Chimbó y Familia Ecuador*, Informe No. 111/18, Caso 12.786, Informe de Fondo, párr. 41.

<sup>78</sup> Según surge del Informe de Fondo de la Comisión, la doctora Erika Quimbiulco, personal médico del hospital, sostuvo que el 12 de enero en la tarde del mismo día, mientras estaba atendiendo a otras personas internadas en el hospital, se encontró nuevamente con la señora Chimbó, quien 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” y agregó que “en realidad ... no sabía en ese momento exactamente dónde se encontraba ya que ... no [tiene] la responsabilidad directa de cuidar a los pacientes, función que corresponde al personal auxiliar de enfermería”. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Luis Eduardo Guachalá Chimbó y Familia Ecuador*, Informe No. 111/18, Caso 12.786, Informe de Fondo, párr. 39, 43.

<sup>79</sup> Véase, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Luis Eduardo Guachalá Chimbó y Familia Ecuador*, Informe No. 111/18, Caso 12.786, Informe de Fondo.

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

Es importante considerar que la administración de sedantes de manera continua y sin previa evaluación puede ser entendida como una forma de sujeción<sup>80</sup>, la cual, como ha indicado la Corte, posee un alto riesgo de ocasionar daños o la muerte del paciente. Se ha sostenido que “[l]a sujeción es una de las medidas más agresivas a que puede ser sometido un paciente en tratamiento psiquiátrico”.<sup>81</sup> Por su parte, el Relator Especial de la ONU sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes ha declarado que formas de inmovilización, incluyendo restricciones farmacológicas, pueden constituir trato inhumano.<sup>82</sup> Citó la comunicación *Viana Acosta vs. Uruguay*, en la que el Comité de Derechos Humanos concluyó que el tratamiento administrado al demandante, que incluyó administración intravenosa de tranquilizantes contra su voluntad, constituyó un trato inhumano.<sup>83</sup>

Con posterioridad, el día 18 de enero de 2004, la Sra. Zoila Rosario Chimbó Jarro se acercó a las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Julio Endara para visitar a su hijo, y se le informó que él mismo había supuestamente salido de las instalaciones médicas, el día anterior.<sup>84</sup> Pese a lo anterior, a la fecha, el Estado no ha logrado esclarecer los hechos que dieron lugar a la desaparición del señor Guachalá, como sujeto de especial protección bajo su custodia que se encontraba en una entidad de salud pública y por el contrario, se procedió a expedir una hoja de egreso en la historia clínica del paciente el 21 de enero de 2004, declarando, sin pruebas, que el paciente había abandonado el hospital.<sup>85</sup>

En ese sentido es menester destacar que las personas que padecen discapacidad psicosocial son particularmente vulnerables cuando ingresan a instituciones de tratamiento psiquiátrico. Por ello, en el caso objeto de análisis se recomienda que la Corte declare que no hubo observancia de las obligaciones internacionales a cargo de Ecuador, respecto de los derechos a la salud mental, vida, integridad personal y personalidad jurídica del señor Guachalá. Las precarias y violatorias condiciones

---

<sup>80</sup> “La sujeción se entiende como cualquier acción que interfiera con la capacidad de un paciente de tomar decisiones o que restringe su libertad de movimiento”. Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 133.

<sup>81</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 134.

<sup>82</sup> Informe provisional del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, [A/63/175](#), 28 julio 2008, párr. 55, 63.

<sup>83</sup> Comité de Derechos Humanos, observaciones sobre la comunicación No. 110/1981, *Viana Acosta vs. Uruguay*, [CCPR/C/21/D/110/1981](#), 29 marzo 1984, párr. 2.7, 14-15.

<sup>84</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Luis Eduardo Guachalá Chimbó y Familia Ecuador*, Informe No. 111/18, Caso 12.786, Informe de Fondo, párr. 53.

<sup>85</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Luis Eduardo Guachalá Chimbó y Familia Ecuador*, Informe No. 111/18, Caso 12.786, Informe de Fondo, párr. 60. La Corte ha condenado aquellos actos que van en contra de la integridad personal de los familiares cercanos cuando se ven enfrentados a una situación violatoria de los derechos de sus seres queridos. Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 156. Tal es el caso de la señora Chimbó, quien, según el Informe de Fondo de la Comisión, no puedo ver, ni hablar con su hijo desde el 10 de enero de 2004 y se le comunicó de manera tardía de los supuestos hechos que dieron lugar al desaparecimiento; y con posterioridad a los hechos descritos, no se recibió transparencia y cuidado debido por parte del personal del hospital que, por el contrario, intentaron justificar el desaparecimiento como una consecuencia de la condición médica del paciente y la falta de visita oportuna de la madre (a pesar que durante una visita anterior, “[l]a doctora Quimbiulco indicó que seguidamente le dijo a la señora Chimbó que era ‘conveniente terapéuticamente’ que no vea a su hijo”). Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Luis Eduardo Guachalá Chimbó y Familia Ecuador*, Informe No. 111/18, Caso 12.786, Informe de Fondo, párr. 46, 53-56.

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

de funcionamiento del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, y los servicios médicos prestados, se distanciaron mucho de los parámetros de calidad, accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad para la prestación de un tratamiento digno sostenidos por la jurisprudencia de la Corte y diferentes organismos del derecho internacional de los derechos humanos.<sup>86</sup>

La Corte ha destacado en su jurisprudencia que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU establece que todos los servicios, bienes e instalaciones de salud deben cumplir con requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.<sup>87</sup> En torno a estos elementos esenciales del derecho a la salud el Comité ha precisado su alcance en los siguientes términos:

- a) Disponibilidad. Cada Estado Parte [del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)] deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. Esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS;
- b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos; ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados; iii) Accesibilidad económica: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos; iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.
- c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los

---

<sup>86</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Cuscul Pivaral y Otros vs. Guatemala*, Sentencia, 23 agosto 2018, párr. 106; Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Suárez Peralta vs. Ecuador*, Sentencia, 21 mayo 2013, párr. 131, 152; Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Gonzales Lluy y Otros vs. Ecuador*, Sentencia, 1 septiembre 2015, párr. 173.

<sup>87</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Cuscul Pivaral y Otros vs. Guatemala*, Sentencia, 23 agosto 2018, párr. 106; Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Suárez Peralta vs. Ecuador*, Sentencia, 21 mayo 2013, párr. 131, 152; Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Gonzales Lluy y Otros vs. Ecuador*, Sentencia, 1 septiembre 2015, párr. 173.

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

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

### El Estado tiene un deber de cuidado elevado en la esfera de la salud mental

La Corte ha establecido dentro de sus pronunciamientos que los Estados asumen una posición especial de garante con respecto a las personas que se encuentran bajo su cuidado o custodia, sobre quienes se tiene la obligación positiva de proveer las condiciones necesarias para desarrollar una vida digna.<sup>88</sup> Lo anterior se aplica de forma especial a las personas que se encuentran recibiendo atención médica, ya que la finalidad última de la prestación de servicios de salud es la mejoría de la condición de salud del usuario del sistema. Según la Corte, esta obligación de cuidado alcanza su “máxima exigencia” en relación con personas con discapacidad mental, dada la particular vulnerabilidad de estas personas cuando se encuentran en instituciones psiquiátricas.<sup>89</sup> Lo anterior requiere que los Estados adopten las medidas disponibles y necesarias para optimizar la salud.

El carácter especial de esta obligación nace de la situación de vulnerabilidad de este grupo poblacional, dado que nos encontramos frente a personas que han sido violentadas históricamente y han enfrentado a todo tipo de discriminaciones, obstáculos jurídicos, económicos, sociales o físicos que actúan de forma indirecta o directa.<sup>90</sup> Estos deberes especiales de protección o cuidado especial implican por lo tanto una responsabilidad para el Estado por medio de las instituciones públicas y privadas encargadas de la prestación de servicios de salud, incluyendo a través de organismos de supervisión y regulación de los procedimientos.<sup>91</sup> La Corte Interamericana demanda la creación de mecanismos adecuados para inspeccionar las instituciones médicas frente a casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos humanos.<sup>92</sup> La Corte expresó con claridad en el caso *Ximenes Lopes* que “[l]os Estados tienen el deber de regular y fiscalizar toda la asistencia de salud prestada a las personas bajo su

---

<sup>88</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Cuscul Pivaral y Otros vs. Guatemala*, Sentencia, 23 agosto 2018, párr. 131-132; Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 138.

<sup>89</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 140.

<sup>90</sup> Lawson, Anna, “The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: New Era or False Dawn?”, 34 *Syracuse Journal of International Law and Commerce* (2007), p. 563.

<sup>91</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 141-146; Organización Mundial de la Salud, [Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación](#), 2006, p. 78-79.

<sup>92</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 147-149. Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas 46/119.46, p. 189, ONU Documento A/46/49 (1991), principio 22.

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

jurisdicción, como deber especial de protección a la vida y a la integridad personal, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público privado”.<sup>93</sup>

La Corte también ha sido categórica en el caso anteriormente mencionado al afirmar:

toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, en razón de los deberes especiales cuyo cumplimiento por parte del Estado es necesario para satisfacer las obligaciones generales de respeto y garantía de los derechos humanos. La Corte reitera que no basta que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre, como la discapacidad.<sup>94</sup>

En ese sentido, la OMS ha determinado que las personas con discapacidad psicosocial requieren de una protección o cuidado elevado.<sup>95</sup> Por tanto, los Estados son responsables de garantizar la vida, integridad personal y salud de las personas institucionalizadas en centros de salud mental y que los tratamientos médicos que se prestan tengan como finalidad su bienestar y el respeto a su dignidad como ser humano, y no solamente obedecer el estándar obsoleto de “mejor interés” del paciente. Para ello, es menester que se adopten como principios orientadores del tratamiento psiquiátrico el respeto a la intimidad y la autonomía de las personas.<sup>96</sup>

Los hechos destacados anteriormente extraídos del Informe de Fondo de la Comisión demuestran que a la fecha en que Guachalá se encontraba internado en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara, la institución incumplió los requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y buena calidad que deben cumplir las instituciones públicas o privadas que brindan servicios de salud. En este punto, nuevamente corresponde referir a las observaciones del Comité DESC sobre Ecuador del año 2019:

El Comité está preocupado por las desigualdades en el acceso a la salud por criterios socioeconómicos y la desigualdad en los recursos humanos en el territorio (art. 12). ... El Comité insta al Estado parte a garantizar los recursos financieros y humanos necesarios para mantener los niveles de acceso a servicios de salud y remediar los desequilibrios que afectan a los grupos más desfavorecidos.<sup>97</sup>

La falta estatal de tomar el cuidado debido elevado también estaba aparente por la negligencia y falta de transparencia del Estado en torno del desaparecimiento del señor Guachalá. De acuerdo con la

---

<sup>93</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 89.

<sup>94</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 103.

<sup>95</sup> Véase Organización Mundial de la Salud, *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*, 2006, p. 39.

<sup>96</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 129-130.

<sup>97</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico del Ecuador, [E/C.12/ECU/CO/414](#), noviembre 2019, párr. 45-46.

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

información que se indicó en el Informe de Fondo de la Comisión, los hechos ocurridos entre los días 10 y 17 de enero de 2004 resultan decisivos en la desaparición del señor Guachalá, período en el que, según se relata, estuvo internado en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara.<sup>98</sup> La entidad pública omitió reportar de manera inmediata a las autoridades e incluso a los guardias de la institución los hechos supuestamente sucedidos el día 17 de enero de 2004, lo que no permitió que se activaran oportunamente los mecanismos necesarios para lograr dar con su paradero.<sup>99</sup> Y, por ende, fue con posterioridad, el día 19 de enero de 2004, luego de informada la médica a cargo del caso, quien, junto con la trabajadora social del centro médico, que se dio inicio a los trámites para la búsqueda del señor Guachalá.<sup>100</sup>

Igualmente, con posterioridad al 18 de enero de 2004, las autoridades del hospital le brindaron información y asesoría confusa e incoherente a la señora Chimbó sobre las actuaciones que se estaban llevando a cabo para encontrar a su hijo y, de no ser por la insistencia de la misma familia, no se hubieran llevado a cabo acciones contundentes para dicha búsqueda. Un ejemplo de lo anterior es que de acuerdo con el oficio presentado por el Cuerpo de Bomberos del Distrito Metropolitano de Quito, solo el 12 y 15 de febrero de 2004 se realizó la búsqueda del señor Guachalá por parte de esta entidad, sin resultados.<sup>101</sup> El Estado tiene el deber de iniciar sin dilación todas las actuaciones que sean necesarias para salvaguardar los derechos de las personas que se encuentran bajo su cuidado o custodia, en especial cuando las mismas tienen una condición de especial vulnerabilidad como es el caso de las personas con discapacidad.<sup>102</sup>

---

<sup>98</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Luis Eduardo Guachalá Chimbó y Familia Ecuador*, Informe No. 111/18, Caso 12.786, Informe De Fondo, párr. 35-52.

<sup>99</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Luis Eduardo Guachalá Chimbó y Familia Ecuador*, Informe No. 111/18, Caso 12.786, Informe De Fondo, párr. 53-55.

<sup>100</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Luis Eduardo Guachalá Chimbó y Familia Ecuador*, Informe No. 111/18, Caso 12.786, Informe De Fondo, párr. 55.

<sup>101</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Luis Eduardo Guachalá Chimbó y Familia Ecuador*, Informe No. 111/18, Caso 12.786, Informe De Fondo, párr. 67.

<sup>102</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 140, 148. Adicionalmente, teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde la desaparición del señor Guachalá (enero de 2004) y la falta de respuestas por parte de las instituciones ecuatorianas, resulta incontestable que el Estado de Ecuador incumplió con el deber de investigar la violación de los derechos de aquél. En este sentido la Corte ha expresado que:

La obligación de garantizar el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos no se agota con la existencia de un orden normativo dirigido a hacer posible el cumplimiento de esta obligación, sino que comparte la necesidad de una conducta gubernamental que asegure la existencia, en la realidad, de una eficaz garantía del libre y pleno ejercicio de los derechos humanos.

Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Velásquez Rodríguez vs. Honduras*, Sentencia, 29 julio 1988, párr. 167.

Por lo que una de esas condiciones para garantizar efectivamente el derecho a la vida y a la integridad personal es el cumplimiento del deber de investigar las afectaciones a los mismos, el cual se deriva del artículo 1.1 de la Convención en conjunto con el derecho sustantivo que debe ser amparado, protegido o garantizado. De acuerdo a la Corte Interamericana,

el Estado tiene el deber de iniciar ex officio y sin dilación, una investigación seria, imparcial y efectiva, que no se emprenda como una simple formalidad condenada de antemano a ser infructuosa. Esta investigación debe ser realizada por todos los medios legales disponibles y orientada a la determinación de la verdad y a la investigación,

**Escrito de *Amicus Curiae*  
ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de  
Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

Así, de lo que viene de reseñarse, este *amicus* recomienda que se condene por responsabilidad internacional al Estado de Ecuador por el incumplimiento de su deber de cuidado elevado y de asegurar las prestaciones debidas vinculadas al derecho a la salud mental.

### El Estado tiene el deber de respetar la autonomía de las personas con discapacidad

El hecho de que el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica sea precisamente el primer derecho materialmente previsto en la Convención Americana no es casual. En efecto, es el derecho a ser considerado por el ordenamiento jurídico como titular de deberes y prerrogativas; es un supuesto de los demás derechos previstos en el sistema interamericano y está estrechamente relacionado con la garantía de la dignidad. Esto se debe a que el reconocimiento de la personalidad jurídica es lo que garantiza que el Estado tratará al individuo como sujeto y no como mera *res*. El derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica es “la facultad de ejercer y gozar de derechos, la capacidad de asumir obligaciones, y la capacidad de actuar”.<sup>103</sup>

En el caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, la Corte Interamericana reafirmó que:

la discapacidad mental no debe ser entendida como una incapacidad para determinarse, y debe aplicarse la presunción de que las personas que padecen de ese tipo de discapacidades son capaces de expresar su voluntad, la que debe ser respetada por el personal médico y las autoridades.<sup>104</sup>

Desde entonces, la jurisprudencia de la Corte Interamericana ha señalado la importancia del concepto de consentimiento, que para ser válido debe ser libre, previo e informado. En palabras de la Corte Interamericana:

[e]l consentimiento informado es la decisión positiva de someterse a un acto médico, derivada de un proceso de decisión o elección previo, libre e informado, el cual constituye un mecanismo bidireccional de interacción en la relación médico-paciente, por medio del cual el paciente participa activamente en la toma de la decisión, alejándose con ello de la visión paternalista de la medicina, centrándose más bien, en la autonomía individual.<sup>105</sup>

---

enjuiciamiento y castigo de todos los responsables de los hechos, especialmente cuando están o puedan estar involucrados agentes estatales.

Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 148 (citaciones internas omitidas); Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Comunidad Indígena Sawboyamaxa vs. Paraguay*, Sentencia, 29 marzo 2006, párr. 152-153.

<sup>103</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Benito Tide Mendez y Otros vs. República Dominicana*, Informe No. 64/12, 29 marzo 2012, párr. 217.

<sup>104</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 130.

<sup>105</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso IV \* vs. Bolivia*, Sentencia, 30 noviembre 2016, párr. 166.



**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

El carácter previo del consentimiento implica que debe darse antes de cualquier acto médico y no puede ser validado posteriormente.<sup>106</sup> El segundo requisito se refiere al requisito de libertad. Es decir, la persona que da su consentimiento debe hacerlo de forma voluntaria, sin ningún tipo de presión, vergüenza o condición.<sup>107</sup> Finalmente, además de ser previo y libre, el consentimiento debe ser informado para que pueda tener efectos legales; esto significa que la persona que da el consentimiento debe haber recibido información adecuada, completa, comprensible y accesible por parte de los profesionales competentes.<sup>108</sup>

En el presente caso, debido a su situación de pobreza y baja escolaridad, existía una situación de marcada desigualdad en la relación médico-paciente, lo que significa que, en estos casos, el proceso de consentimiento debería haberse realizado con una diligencia extra por parte del personal del hospital. Así, según la Corte Interamericana:

La Corte resalta que, desde la Declaración de Helsinki, se estableció la necesidad de “prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información”. De igual manera, la Declaración de Lisboa señala que la información debe ser entregada “de manera apropiada a la cultura local y de tal forma que el paciente pudiera entenderla”. Al respecto, la orientación de la información no sólo va dirigida a lo que el médico podría considerar como razonable y necesario compartir, sino que también debería enfocarse en lo que es importante para su paciente. Es decir que la información brindada deberá tener un elemento objetivo y subjetivo. Tomar en cuenta las particularidades de la persona es especialmente importante cuando los pacientes pertenecen a grupos en situación de vulnerabilidad o con necesidades específicas de protección debido a fuentes de exclusión, marginalización o discriminación, relevantes para el entendimiento de la información.<sup>109</sup>

En segundo lugar, más que un acto puntual que representa la aceptación de una terapia médica, el consentimiento, en el caso de una hospitalización que se prolongue en el tiempo, debe ser visto como un proceso.

De hecho, el Manual de la Organización Mundial de la Salud sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación establece un procedimiento para las posibilidades de tratamiento involuntario. Según el documento:

- a) El plan de tratamiento debe ser propuesto por un profesional de la salud mental acreditado, con la experiencia y conocimiento suficientes para llevar a cabo el tratamiento que se propone.
- b) Debe requerirse la confirmación del plan de tratamiento por parte de un segundo

---

<sup>106</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso IV \* vs. Bolivia*, Sentencia, 30 noviembre 2016, párr. 176-180.

<sup>107</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso IV \* vs. Bolivia*, Sentencia, 30 noviembre 2016, párr. 181-188.

<sup>108</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso IV \* vs. Bolivia*, Sentencia, 30 noviembre 2016, párr. 189-196.

<sup>109</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso IV \* vs. Bolivia*, Sentencia, 30 noviembre 2016, párr. p. 192 (citas internas omitidas).



**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

profesional de salud mental independiente y acreditado. c) Una autoridad independiente (órgano de revisión) debe reunirse tan pronto como sea posible después de que se haya recomendado el tratamiento involuntario, para revisar el plan de tratamiento. Debe reunirse nuevamente en forma regular, en el plazo estipulado legalmente, para evaluar la necesidad de mantenimiento del tratamiento involuntario. d) Cuando la autorización para el tratamiento involuntario haya sido por un período limitado, la continuación del tratamiento sólo puede autorizarse si se cumple nuevamente con el procedimiento de autorización. e) El tratamiento involuntario debe ser interrumpido cuando se considere que los pacientes han recobrado el discernimiento suficiente para tomar decisiones acerca del tratamiento, cuando ya no haya necesidad de tratamiento, o cuando haya transcurrido el plazo establecido –lo que suceda primero. f) Los pacientes y sus familias y/o representantes personales deben ser informados inmediatamente de las decisiones sobre tratamiento involuntario que se hayan tomado y, en la medida de lo posible, deben ser invitados a participar del desarrollo del plan de tratamiento. g) Una vez que se autorice el tratamiento involuntario, los pacientes, sus familias y representantes personales deben ser informados de su derecho a apelar la decisión acerca del tratamiento involuntario ante un órgano de revisión, tribunal y/o corte.<sup>110</sup>

Sin duda, por tanto, al considerar que las personas con discapacidad psicosocial deben tener su autonomía e intimidad respetadas, conforme al derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica, previsto en el artículo 3 de la CADH, esto indudablemente crea una obligación para los Estados de haber establecido e implementado un procedimiento para obtener el consentimiento libre, previo e informado. Este procedimiento debe ser compatible con las condiciones particulares de las personas a las que se solicita el consentimiento, así como estar estructurado de manera que permita información sobre la elaboración de un plan de tratamiento completo, así como eventuales revisiones, consulta con otros profesionales para una segunda opinión, posibilidad de revocación del consentimiento y el intercambio constante de información sobre la situación del usuario del sistema de salud mental.

Tal análisis coincide con la CDPD. De hecho, la CDPD realizó serios cuestionamientos a las líneas jurisprudenciales de los Estados Parte que sustentaban la normatividad local de varios países, sobre sus respectivos sistemas de salud y en el que el personal de salud se basaba en modelos médico-clínicos de carácter hegemónico, modelos de salud que imponían una mirada caracterizada por la dicha incapacidad tutelar, reafirmando imaginarios sobre la interdicción y otras pautas discriminatorias que recaían en personas con discapacidad impidiendo el goce de una salud integral,<sup>111</sup> bajo estándares internacionales avalados sobre el derecho a la salud en el Sistema de Naciones Unidas.<sup>112</sup>

---

<sup>110</sup> Organización Mundial de la Salud, [Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación](#), 2006, p. 63.

<sup>111</sup> La OMS ha señalado frente al concepto de salud integral que, “el funcionamiento de las áreas físicas, mentales y sociales son interdependientes. Además, la salud y la enfermedad pueden existir simultáneamente ... la salud es un estado de balance incluyendo el propio ser, los otros y el ambiente ...” Organización Mundial de la Salud, [Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica](#), Informe compendiado, 2004, p. 14.

<sup>112</sup> Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACHNUD), [Estándares Internacionales sobre el Derecho a la Salud en el Sistema de Naciones Unidas](#), Bogotá: Impresol Ediciones, 2015.

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

De igual forma, la CDPD busca la superación de aquellas barreras y concepciones acerca de la capacidad jurídica de personas con diversidad funcional y/o discapacidad, y con el ánimo de cuestionar las internaciones involuntarias o procedimientos en contra de la voluntad, concertación y consentimiento de las personas con discapacidad, sus familias y redes de apoyo o acompañantes.

En el preámbulo sobre los Estados Parte de la CDPD se menciona: “n) Reconociendo la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones, o) Considerando que las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de participar activamente en los procesos de adopción de decisiones sobre políticas y programas, incluidos los que les afectan directamente”.<sup>113</sup>

Además, uno de los principios generales de la CDPD en el artículo 3 aboga por “[e]l respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas”.<sup>114</sup>

El artículo 4 de la CDPD sobre obligaciones generales establece que: “d) Abstenerse de actos o prácticas que sean incompatibles con la presente Convención y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen conforme a lo dispuesto en ella; e) Tomar todas las medidas pertinentes para que ninguna persona, organización o empresa privada discrimine por motivos de discapacidad”.<sup>115</sup>

En los artículos 5 y 6 de la CDPD sobre igualdad y no discriminación y sobre toma de conciencia, obliga a los Estados Parte a la eliminación de toda forma de discriminación o estereotipos que promuevan prejuicios y prácticas nocivas, la igualdad ante la ley y el respeto a la libertad de conciencia.

Respecto al igual reconocimiento como persona ante la ley, en el artículo 12 se profundiza sobre la personalidad y capacidad jurídica ya que este reconocimiento busca: “impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de las personas, que no haya conflicto de intereses ni influencia debida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona ...”.<sup>116</sup>

Con relación a la libertad y seguridad de las personas, en el artículo 14 se menciona que ninguna persona con discapacidad debe ser privada de su libertad en razón a esta condición dado que la existencia de la misma no justifica privación de la libertad alguna.

En cuanto a la salud, en el artículo 25 la CDPD establece la necesidad de un goce del derecho sin discriminación por motivos de discapacidad: “sobre la base de un consentimiento libre e informado,

---

<sup>113</sup> Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, preámbulo (n)-(o).

<sup>114</sup> Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 3(a).

<sup>115</sup> Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 4(d)-4(e).

<sup>116</sup> Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 12(4).

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado (...) y velarán por que esos seguros [de salud] se presten de manera justa y razonable”.<sup>117</sup>

---

<sup>117</sup> Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 25(d).

## V. El Estado Debe Adoptar las Disposiciones del Derecho Interno y una Asignación Fiscal Priorizada Velando por la Desmanicomialización y la Atención de Salud Mental Basada en la Comunidad que Respete el Derecho a la Vida Fuera de las Instituciones

Hace más de 30 años que los organismos internacionales especializados en salud y derechos humanos alertan a los países de la región sobre sus sistemas de atención de la salud mental y sobre las consecuencias irreversibles que estos generan en las personas con discapacidad psicosocial. En este sentido, a través de la Declaración de Caracas,<sup>118</sup> la Organización Panamericana de la Salud estableció que el encierro en instituciones psiquiátricas de tipo asilar genera un deterioro progresivo de la salud física y mental, e instó a los Estados a sustituir por completo estos centros y a asegurar un abordaje con base en la comunidad, que garantice una atención descentralizada, participativa, preventiva y respetuosa de los derechos.

La CDPD hizo eco de estos llamados y de las demandas del movimiento de personas con discapacidad psicosocial, plasmando normativamente este cambio de paradigma. Según lo establecido en este instrumento, las personas con discapacidad tienen derecho a vivir de modo independiente y a ser incluidas en la comunidad (art. 19), decidiendo dónde y con quién vivir en condiciones de igualdad, lo que impide cualquier forma de institucionalización.<sup>119</sup> Como fue mencionado anteriormente, el encierro en hospitales o clínicas monovalentes en salud mental, además, atenta contra el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud (art. 25, CDPD) y configura un acto de discriminación por motivos de discapacidad (arts. 2 y 5, CDPD) que los Estados deben enmendar de forma inmediata.

Pese a lo establecido por el derecho internacional de los derechos humanos, el paradigma biomédico y tutelar continúa vigente, y aún hoy las personas con padecimiento mental son encerradas en instituciones manicomiales. En ellas, se las somete a condiciones de vida precarias, caracterizadas por la falta de privacidad e intimidad, la sobremedicación, la dificultad para tomar decisiones por cuenta propia y manifestar las preferencias individuales, y por la sujeción a un régimen impuesto y controlado de vida cotidiana. En los hospitales y asilos psiquiátricos, además, es pronunciada la ausencia de actividades útiles y productivas que permitan dar un sentido al transcurrir del tiempo y organizar y planificar proyectos de vida a futuro. Las lógicas desplegadas en estas instituciones también propician la producción de tratos crueles, inhumanos y degradantes, tal como sostuvo esta Corte en el caso *Ximenes Lopes*.<sup>120</sup> Se trata de un modelo de abordaje que impide a las personas participar activamente

---

<sup>118</sup> Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, Declaración de Caracas, 1990.

<sup>119</sup> En este sentido, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su Observación general No. 5, tiene dicho que el deber de garantizar un sistema de vida independiente, caracterizada por la autonomía personal y la libre determinación, y de inclusión en la comunidad, se contraponen a que las personas con discapacidad vivan en instituciones residenciales de todo tipo. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación general No. 5 sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, [CRPD/C/GC/5](#), 2017, párr. 16(a), 16(c).

<sup>120</sup> Como mencionado anteriormente, la Corte en ese caso señaló 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”. Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 106.

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

en sus comunidades y desarrollar vínculos afectivos y redes de apoyo, las expulsa de la educación y del mercado de trabajo y las priva de disfrutar de actividades de ocio y esparcimiento. El manicomio coarta el derecho a emprender proyectos de vida de acuerdo a la voluntad y los intereses propios, y torna remota toda posibilidad de inclusión social.

Como puede observarse, la lógica manicomial implica una vulneración sistemática y flagrante del derecho a vivir en la comunidad, a la igualdad y a la salud, pero también el derecho a la integridad personal (incluyendo la prohibición absoluta de la tortura y los tratos crueles, inhumanos y degradantes), a la libertad y seguridad personal, a la vida privada, a la educación y al trabajo, todos ellos reconocidos en la CADH, el Protocolo de San Salvador, la CIADDIS y la CDPD.

Está demostrado que la atención de la salud mental en los servicios generales produce mejores resultados que aquella que se brinda en hospitales psiquiátricos. Por un lado, los centros de atención primaria ocupan un rol esencial en materia de promoción, prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de las crisis, son más accesibles y cercanos para las personas que requieren asistencia, y fomentan el fortalecimiento de sus redes de apoyo y la creación de espacios de participación comunitaria. Por el otro, la atención en los hospitales generales, a diferencia de la propiciada en instituciones psiquiátricas, favorece la disminución del estigma y la discriminación sobre las personas usuarias; implica el abordaje de lo relativo a la salud mental como una problemática más de salud y la consiguiente inclusión de la persona en el espacio general de la salud pública; reduce el tiempo promedio de internación y de las recaídas; favorece la recuperación y creación de lazos afectivos y sociales, y el mantenimiento de actividades laborales.<sup>121</sup> Además, estos hospitales también tienen una mejor y mayor distribución geográfica, lo que permite atender a las personas en sus localidades, donde están más cerca de sus redes de apoyo natural.<sup>122</sup> Estos servicios en el primer y segundo nivel de atención, complementados con otros dispositivos de base comunitaria (viviendas asistidas, talleres de inclusión laboral, grupos de apoyo, etc.) que permitan a las personas vivir como desean y con los apoyos que necesitan, son los únicos que pueden garantizar la salud mental y la dignidad humana.

De lo expuesto, resulta claro que Ecuador debería haber abandonado hace años el modelo asilar, reorientando sus políticas en materia de salud mental y avanzando en procesos de desmanicomialización. Debería haber cerrado los hospitales psiquiátricos para sustituirlos por un sistema de atención comunitaria, compuesto por una amplia gama de dispositivos alternativos a la internación que respondieran a las necesidades de cada persona, y que se encontraran respaldados por servicios de salud mental en los centros de atención primaria y en los hospitales generales.<sup>123</sup> Si Ecuador hubiera hecho esto, se habría evitado la desaparición de Luis Eduardo Guachalá Chimbó.

---

<sup>121</sup> Cohen, Hugo y Natella, Graciela, *La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro*, 1a. ed., Buenos Aires: Lugar Editorial, 2013, p. 224 y ss.

<sup>122</sup> Cohen, Hugo y Natella, Graciela, *La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro*, 1a. ed., Buenos Aires: Lugar Editorial, 2013, p. 224 y ss.

<sup>123</sup> Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la Salud en el Mundo*, 2001, p. 110-111.

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

**El Estado debe adoptar disposiciones del derecho interno necesarias**

La creación de un marco normativo adecuado para establecer los parámetros de tratamiento y atención en salud a ser observados por las instituciones médicas es una obligación de los Estados.<sup>124</sup> De hecho, en relación con el artículo 2 de la Convención, la Corte reconoce la existencia de un compromiso programático de los Estados de adoptar “medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias”, para garantizar la efectividad de los derechos y libertades reconocidos por la Convención, lo cual ha dado lugar a que la Corte evalúe en determinado caso si el Estado ha cumplido con la adopción correspondiente.<sup>125</sup>

Para la fecha de los hechos que rodearon la internación en el hospital psiquiátrico y posterior desaparición del señor Guachalá, el Estado de Ecuador no contaba en su ordenamiento jurídico una normativa que regulara la atención médica de las personas con discapacidad o los temas relacionados con la salud mental. Tal como surge del Informe de Fondo, el Estado de Ecuador no ha implementado las medidas legislativas conformes a las exigencias del Sistema Interamericano de Protección.<sup>126</sup> En este punto conviene recordar que en el año 2019 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales recomendó al Estado de Ecuador garantizar la conformidad del proyecto de Código Orgánico de la Salud con los derechos consagrados en el Pacto.<sup>127</sup> En el año 2012, en Ecuador se expidió la Ley Orgánica de Discapacidades, la cual tiene por objeto, “[a]segurar la prevención, detección oportuna, habilitación y rehabilitación de la discapacidad y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, establecidos en la Constitución de la República, los tratados e instrumentos internacionales”.<sup>128</sup> Y solo hasta el año 2019, se presentó un proyecto de ley que regulará los aspectos relacionados con la salud mental, buscando proteger el pleno goce de los derechos humanos de las personas que padecen algún tipo de discapacidad psicosocial.<sup>129</sup> Se destaca de este documento el objetivo de tomar algunas medidas para desmanicomialización de los hospitales psiquiátricos del país. Sin embargo, es menester destacar que estas medidas llegan tarde (y todavía solo constituyen un proyecto de ley corto) en especial teniendo en cuenta los hechos que dieron lugar a la desaparición del señor Guáchala.<sup>130</sup>

En ese orden, es perentorio que la Corte declare la violación de los artículos 26, 4 y 5 respecto de las obligaciones establecidas en el artículo 2 de la Convención Americana, en virtud de que a la fecha de los hechos que dieron lugar a una vulneración de los derechos a la salud, integridad personal y vida del señor Guachalá, Ecuador no contaba con las medidas necesarias para garantizar y proteger el

---

<sup>124</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 98.

<sup>125</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Cuscul Pivaral y Otros vs. Guatemala*, Sentencia, 23 agosto 2018, párr. 79.

<sup>126</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Luis Eduardo Guachalá Chimbó y Familia Ecuador*, Informe No. 111/18, Caso 12.786, Informe de Fondo, párr. 173-175.

<sup>127</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico del Ecuador, [E/C.12/EQU/CO/414](#), noviembre 2019, párr. 46.

<sup>128</sup> [Ley Orgánica de Discapacidades](#), 2012.

<sup>129</sup> [Proyecto de Ley Orgánica de Salud Mental](#), 2019.

<sup>130</sup> Véase [Proyecto de Ley Orgánica de Salud Mental](#), 2019, arts. 3-5, 7, 9-10.

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

derecho a la salud de las personas con discapacidad y la atención de salud en su sistema de salud mental, incluyendo los centros psiquiátricos.<sup>131</sup> La expedición de la Ley Orgánica de Discapacidades no es suficiente para cumplir con los estándares interamericanos, tal como lo sostuvo la Comisión en su Informe de Fondo.<sup>132</sup> Se insta a que el Estado tome las medidas legislativas necesarias para la desmanicomialización y la atención de salud mental basada en la comunidad que respete el derecho a la vida fuera de las instituciones.

### El Estado debe adoptar la asignación fiscal priorizada necesaria

Transformar el sistema de atención de salud mental no es posible sin una transferencia de recursos desde las instituciones hacia los servicios basados en la comunidad, lo que implica priorizar el derecho a la salud mental en el diseño de la política fiscal y en las asignaciones presupuestarias.

Dentro de las obligaciones que los Estados tienen a la luz de los principios de derechos humanos, aplicables a los DESCAs y, por consiguiente, al derecho a la salud mental, existe la de tomar medidas positivas para su garantía y vigilar su realización, y la de asegurarlos en condiciones de igualdad y sin discriminación. Ambas son de cumplimiento inmediato y no están sujetas a condiciones financieras ni a la disponibilidad de recursos. Para cumplir con ellas, los Estados deben implementar medidas fiscales que contribuyan a erradicar las desigualdades estructurales e interseccionales, y asignar y ejecutar los fondos públicos de forma equitativa. La obligación de garantizar los derechos de las personas con discapacidad debe tener su reflejo en las diferentes dimensiones de la política fiscal y en la suficiencia del gasto para revertir situaciones discriminatorias como la institucionalización. Tanto las leyes, como las políticas y las prácticas fiscales, deben estar orientadas a poner fin a las violaciones de derechos.

Los Estados también tienen, en materia de los DESCAs, obligaciones de cumplimiento progresivo, que comprenden: a) la de progresividad y no regresividad y; b) la de máximo uso de los recursos disponibles. Ambas deben respetar pautas precisas cuando se trata de grupos vulnerabilizados, como es el caso de las personas con discapacidad psicosocial.

La obligación de progresividad y no regresividad contempla la implementación de medidas financieras positivas para avanzar en el cumplimiento de los derechos y no retroceder en los niveles alcanzados, asegurando que todas las personas tengan acceso a asistencia de salud esencial y a seguridad básica de ingresos, en particular los grupos socialmente desfavorecidos.<sup>133</sup> El cumplimiento de esta obligación es una pauta clave para la evaluación de las reformas económicas y fiscales, en tanto indica que éstas solo son permisibles si se asegura que no son discriminatorias ni afectan el contenido mínimo de los

---

<sup>131</sup> Es menester destacar que según el Informe de Fondo No. 111/18 presentado por la Comisión Interamericana, en una de sus declaraciones, la señora Chimbó informó que en un retén policial le mencionaron sobre la desaparición de pacientes que “no era la primera vez” con respecto al Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Igualmente, también consta que el señor Guachalá le informó a su madre en los días posteriores a la salida de su primera internación, en mayo de 2003, que en el centro médico se maltrataba físicamente a los pacientes. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Luis Eduardo Guachalá Chimbó y Familia Ecuador*, Informe No. 111/18, Caso 12.786, Informe De Fondo, párr. 32, 58.

<sup>132</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Luis Eduardo Guachalá Chimbó y Familia Ecuador*, Informe No. 111/18, Caso 12.786, Informe de Fondo, párr. 173-175.

<sup>133</sup> Véase Bohoslavsky, Juan Pablo, *Desigualdad económica, crisis de deuda y derechos humanos*, 2016, p. 99.



**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

DESCA, si garantizan la transparencia y la participación genuina de los grupos afectados en el examen de alternativas, y si están sujetas a procedimientos de rendición de cuentas.<sup>134</sup> El cumplimiento del respectivo compromiso adquirido por el Estado podrá ser exigido ante las instancias llamadas a resolver eventuales violaciones a los derechos humanos.<sup>135</sup>

En este sentido, las obligaciones de realización progresiva de los DESCAs requieren la continua realización de acciones para la consecución del pleno goce de estos derechos. De esta forma, la dimensión progresiva de protección de los DESCAs incluye un sentido de progreso que requiere la mejora efectiva de las condiciones de goce y ejercicio de estos derechos, de forma tal que se corrijan las desigualdades sociales y se facilite la inclusión de grupos vulnerables. En esta lógica, la obligación de realización progresiva prohíbe la inactividad del Estado en su tarea de implementar acciones para lograr la protección integral de los derechos, sobre todo en aquellas materias donde la ausencia total de protección estatal coloca a las personas ante la inminencia de sufrir un daño a su vida o su integridad personal.<sup>136</sup>

La obligación de destinar el máximo de los recursos disponibles abarca tanto los recursos presupuestarios aprobados por leyes de presupuesto, como aquellos socialmente disponibles, susceptibles de ser captados de forma legítima a través de reformas fiscales que incorporen medidas redistributivas.<sup>137</sup> Todo ello con el fin de producir el pasaje del acceso al contenido mínimo de los derechos al acceso pleno de todas las personas, especialmente de aquellas que han sido históricamente excluidas. Los gobiernos no solo deben gestionar de forma eficiente los recursos de los que ya disponen, sino que deben movilizar la riqueza disponible a fin de garantizar los derechos.

La CDPD es clara al establecer que los Estados se comprometen a “adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la presente Convención” y a “tomar todas las medidas pertinentes, incluidas medidas legislativas, para modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad”. La reforma de las políticas fiscales y presupuestarias desde una perspectiva de derechos humanos y, en particular, desde un enfoque de

---

<sup>134</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general No. 19, El derecho a la seguridad social (artículo 9), [E/C.12/GC/19](#), 2008, párr. 42. Ver también Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, [Observación general No. 3](#), La índole de las obligaciones de los Estados Parte (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto), 1990, párr. 9; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), [E/C.12/2000/4](#), 2000, párr. 32.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación general No. 5 sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, [CRPD/C/GC/5](#), 2017, párr.

<sup>135</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Cuscul Pivaral y Otros vs. Guatemala*, Sentencia, 23 agosto 2018, párr. 142; Corte Interamericana de Derechos Humanos (citando Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Acevedo Buendía y Otros (“Cesantes y Jubilados de la Contraloría”) vs. Perú*, Sentencia, 1 julio 2009, párr. 102).

<sup>136</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Cuscul Pivaral y Otros vs. Guatemala*, Sentencia, 23 agosto 2018, párr. 146.

<sup>137</sup> Informe del Experto Independiente sobre las consecuencias de la deuda externa y las obligaciones financieras internacionales conexas de los Estados para el pleno goce de todos los derechos humanos, sobre todo los derechos económicos, sociales y culturales, [A/HRC/31/60](#), 12 enero 2016, párr. 9, 12-14.



**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

salud mental comunitaria, es esencial para cumplir con esta obligación. En consecuencia, el mantenimiento de sistemas impositivos y de diseños presupuestarios que sostienen financieramente los hospitales psiquiátricos son manifiestamente incompatibles con el derecho internacional.

Se ha dicho con acierto que “un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para dar efectividad al derecho a la salud viola las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12 [del PIDESC]”.<sup>138</sup> A su vez, se ha destacado la insuficiencia de los recursos destinados a proteger y promover los derechos de las personas con discapacidad<sup>139</sup> y se han efectuado requerimientos presupuestarios específicos para la garantía de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, incluyendo la asignación de un presupuesto adecuado para que promuevan la desinstitucionalización y el acceso a servicios y apoyos necesarios.<sup>140</sup>

Cabe mencionar que la OMS también instó a los Estados a incrementar los recursos que se destinan a la atención de la salud mental. En tal sentido, los ha exhortado a asignar una proporción mayor de los presupuestos nacionales para desarrollar una adecuada infraestructura y servicios, a aumentar los recursos humanos destinados a proveer la atención y el cuidado a quienes lo necesiten y a proteger y promover la salud mental a través de servicios más efectivos y humanos que permitan alcanzar una vida digna.<sup>141</sup>

Ecuador, al igual que otros Estados de la región, continúa invirtiendo sus recursos en grandes instituciones monovalentes que violan derechos. En lugar de transferirlos a servicios con base en la comunidad, año a año se votan leyes de presupuesto que refuerzan el *status quo* y sostienen un sistema sanitario iatrogénico. Si bien los Estados deben dedicar el máximo de recursos disponibles al derecho a la salud,<sup>142</sup> la asignación presupuestaria que Ecuador destina a su sistema de salud mental es insuficiente y responde al modelo hospitalocéntrico, conforme mencionado anteriormente.<sup>143</sup>

Lo expuesto deja en claro que Ecuador incumplió su obligación de destinar el máximo de sus recursos disponibles y de movilizar todo tipo de recursos, no sólo presupuestarios, sino también tributarios—

---

<sup>138</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), [E/C.12/2000/4](#), 2000, párr. 47.

<sup>139</sup> Por ejemplo, en el caso de la República de Moldova se instó al Estado a destinar recursos suficientes para proteger y promover los derechos de las personas románicas con discapacidad, por encontrarse en un alto riesgo de trata de personas Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observaciones finales sobre el informe inicial de la República de Moldova, [CRPD/C/MDA/CO/1](#), 18 mayo 2017, párr. 8-9. Ver también Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observaciones finales sobre el informe inicial del Iraq, [CRPD/C/IRQ/CO/1](#), 18 mayo 2017, párr. 47-48.

<sup>140</sup> Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observaciones finales sobre el informe inicial del Uruguay, [CRPD/C/URY/CO/1](#), 30 setiembre 2016, párr. 45-46 (recomendando “plazos concretos y un presupuesto suficiente para la desinstitucionalización de personas con discapacidad, incluyendo a las personas con discapacidad intelectual o psicosocial, que garantice a las personas con discapacidad el acceso los servicios y apoyos necesarios, incluyendo la asistencia personal, con el objetivo de una vida independiente en la comunidad, todo esto en consulta con las organizaciones de personas con discapacidad.”)

<sup>141</sup> Véase Organización Mundial de la Salud, [Invertir en Salud Mental](#), 2004.

<sup>142</sup> Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, [A/HRC/35/21](#), 28 marzo 2017, párr. 36.

<sup>143</sup> Organización Mundial de la Salud, [Evaluación del Sistema de Salud Mental en Ecuador](#), 2015. p. 3-4.

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

u otras fuentes de financiamiento e ingresos—para abandonar el modelo asilar y garantizar el derecho a la salud mental comunitaria.

**Las violaciones graves del presente caso demandan medidas de no repetición  
estructurales eficaces**

El derecho internacional de los derechos humanos prevé un sólido marco jurídico que reconoce el derecho de las víctimas a la reparación integral y a garantizar la no repetición de tales hechos.<sup>144</sup> De conformidad con los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones” aprobados por la Asamblea General de Naciones Unidas mediante Resolución 60/147, una reparación plena y efectiva incluye mecanismos de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.<sup>145</sup> Además, teniendo en cuenta que las violaciones a los derechos humanos no solo afectan a las víctimas directas sino que también pueden tener repercusiones en otras personas y generaciones, la reparación integral tiene como propósito abordar el sufrimiento y las consecuencias subjetivas derivadas por los hechos en las personas y colectividades.

Esos principios y directrices son plenamente aplicables al campo de la salud mental y a las víctimas del manicomio. El *corpus iuris* internacional de la discapacidad, de modo consistente en las últimas tres décadas, ha venido señalando que los Estados deben garantizar a las personas con discapacidad la inclusión en la comunidad y la accesibilidad a servicios generales destinados a cualquier persona. En este sentido, las garantías de no repetición en este contexto deben estar orientadas a que las personas con discapacidad psicosocial puedan gozar de una vida independiente y libre de violencias y ser incluidas en la comunidad en los términos del artículo 19 de la CDPD, y que no se vean forzadas a vivir sus vidas y morir en un hospital psiquiátrico o en otras instituciones de internación indefinida donde no puedan determinar su cotidianidad según sus preferencias.

Así también, para avanzar en una reparación adecuada y comprensiva del deber de no reiterar políticas segregadoras, deberá considerarse especialmente el modelo social de la discapacidad, los estándares de protección de derechos vigentes, así como también las buenas prácticas nacionales, a fin de evitar que las medidas reparatorias solicitadas y/o ordenadas contravengan dichas reglas. Ello conlleva, necesariamente, la adopción de políticas destinadas a erradicar la violencia manicomial, mitigar el daño sufrido por las personas a causa de prolongados períodos de internación y a restituir los derechos

---

<sup>144</sup> Véase Informe del Relator Especial sobre la promoción de la verdad, la justicia, la reparación y las garantías de no repetición, [A/69/518](#), 14 octubre 2014.

<sup>145</sup> Una reparación plena y efectiva contempla: 1) restitución de derechos (consisten en devolver a la víctima a su situación anterior, por ejemplo, restableciendo la libertad, la vida familiar, el lugar de residencia o el acceso a su patrimonio); 2) rehabilitación (incluye atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales); 3) satisfacción (verificación de hechos, revelación pública de la verdad, conmemoración de víctimas, disculpas públicas o declaraciones oficiales); 4) garantías de no repetición a fin de prevenir nuevos hechos; 5) indemnizaciones ... Asamblea General de Naciones Unidas, [Resolución 60/147](#), 16 diciembre 2005.

**Escrito de *Amicus Curiae*  
ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de  
Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

humanos conculcados, así como también a garantizar en el futuro otro modelo de atención de la salud mental que evite reproducir lógicas tutelares.

En Brasil, el caso *Ximenes Lopes* ha engendrado un importante movimiento de desinstitucionalización basado en la observación de que el modelo de tratamiento centrado en la hospitalización, por sus características inherentes, es una violación de derechos que genera una permisividad para no respetar los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial.<sup>146</sup> El instrumento a través del cual se produjo este cambio de paradigma fue la Ley 10.216/01, conocida como la Ley de Reforma Psiquiátrica.

A pesar de ser promulgada algunos años antes de la sentencia, la implementación de la ley se vio fortalecida por la condena del Estado por parte de la Corte Interamericana y el caso se volvió emblemático de la necesidad de una reforma psiquiátrica. Este dato de la realidad se incorporó implícitamente al proceso de seguimiento de la sentencia, pues el Estado brasileño, en sus respuestas sobre el cumplimiento del punto resolutivo 08, siempre trajo los avances producidos con la llegada de la Ley 10.216/01.

En general, la Ley 10.216 trae una reorientación al modelo de atención dedicado a los usuarios del sistema de salud mental. Se mantuvieron las estructuras hospitalarias, pero la hospitalización quedó relegada a último recurso en el tratamiento de estos pacientes (art. 4, *caput*) y su objetivo será siempre la reinserción del paciente en su entorno. Con la llegada de la Ley 10.216/01, se determinó sustituir los antiguos asilos psiquiátricos, hospitales psiquiátricos, donde se brindaba asilo, por una nueva política de base comunitaria y territorial, fundada en la promoción de los derechos humanos.

Además, la ley establece derechos para los usuarios del sistema de salud mental (art. 2, párrafo único); define que se debe brindarles asistencia integral en el hospital, incluyendo servicios médicos, asistenciales sociales, psicológicos, ocupacionales, de esparcimiento, entre otros (art. 4, párr. 2); prevé una política específica para usuarios de larga estancia (art. 5, *caput*); establece una clasificación entre los tipos de hospitalización, que pueden ser voluntarias, involuntarias y obligatorias (art. 6, párrafo único); determina la notificación obligatoria de la hospitalización involuntaria al Ministerio Público (art. 8, párr. 1); y estipula que la evasión, transferencia, accidente, complicaciones clínicas graves y muerte deberán ser comunicadas a los familiares, o al representante legal del paciente, así como a la autoridad sanitaria responsable (art. 10, *caput*). En términos institucionales, la Ley 10.216/01 sirve como directriz general para la política de salud mental en Brasil, así como las relaciones de esta área con el Poder Judicial y, principalmente, con el Sistema Único de Salud (SUS), la salud pública brasileña.

No obstante, es importante resaltar que actualmente en la sociedad brasileña hay un desmantelamiento de la política de reforma psiquiátrica, con la reducción de recursos en los servicios sustitutivos abiertos y comunitarios que componen la red de atención psicosocial y el aumento de recursos para financiar políticas de hospitalización<sup>147</sup>, así como de la financiación pública de las Comunidades Terapéuticas,

---

<sup>146</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia, 4 julio 2006, párr. 129.

<sup>147</sup> Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), [Memorial ABRASME sobre os retrocessos no cuidado e tratamento de saúde mental e drogas no Brasil](#), 2020.

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

que son una modalidad de intervención clínica orientada a la atención de los drogodependientes<sup>148</sup> y la reducción de recursos destinados a servicios sustitutivos. De esta forma, queda claro que un avance normativo en la garantía de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial representa un paso importante, pero no suficiente, para el cumplimiento de la Convención Americana.

En Argentina, la transformación del sistema de salud mental y el cierre de los hospitales psiquiátricos constituye una consigna central de las organizaciones que integran el campo de la salud mental y los derechos humanos—dentro de las que se cuentan organizaciones de personas con discapacidad y sus familias—así como también de las personas que trabajan en el sistema de salud. Como en Brasil, hubo avances normativos importantes, pero siguen necesitando cumplimiento pleno.

La Ley 26.657 de Protección de la Salud Mental en Argentina, aprobada en el año 2010, y su Decreto Reglamentario 603/13, así como la sanción de un nuevo Código Civil y Comercial en el año 2015, constituyeron avances significativos en el cumplimiento de la obligación estatal de elaborar un marco normativo respetuoso de los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

En particular, la Ley 26.657 estableció una serie de medidas de reforma estructural del sistema sanitario. En primer lugar, estableció que el proceso de atención de la salud mental debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario, y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. En segundo lugar, estableció que las internaciones de salud mental, cuando estas sean estrictamente necesarias, deben realizarse en hospitales generales. De la mano con ello, prohibió la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados, y dispuso que en el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios de la Ley, hasta su sustitución definitiva.

Por otra parte, si bien la Ley no prohibió de modo absoluto las internaciones sin consentimiento informado de la persona (por lo que no puede hablarse de una estricta compatibilidad con la CDPD y los otros estándares de ONU),<sup>149</sup> dispuso que las mismas sólo pueden darse cuando exista riesgo cierto e inminente para sí o terceros, definiéndose este como aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros.

Además, estableció una serie de garantías destinadas a evitar nuevas violaciones a los derechos humanos en el contexto de la internación, entre ellas: la garantía de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no puede reducirse exclusivamente a una

---

<sup>148</sup> Instituto Terra, Trabalho e Cidadania (ITTC), [\*ITTC Explica: O que são comunidades terapêuticas?\*](#), 11 agosto 2020.

<sup>149</sup> Bariffi, Francisco, 7 Smith, Matthew, “Same Old Game but with Some New Players: Assessing Argentina's National Mental Health Law in light of the rights to liberty and legal capacity under the UN Convention on the Rights of the Persons with Disabilities”, 31 *Nordic Journal of Human Rights*, No. 3, (2013), p. 325-342.

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

clasificación diagnóstica; el derecho a la participación de la persona en la toma de decisiones aun en ese contexto; el derecho al acompañamiento familiar durante la internación; el derecho a una defensa legal; el deber del Poder Judicial de controlar las internaciones y la intervención de un Órgano de Revisión independiente encargado de proteger los derechos humanos de las personas internadas.

En el año 2014, dicho órgano aprobó por medio de la Res. 15/2014 el documento titulado “Muertes en instituciones monovalentes de salud mental”, el cual contiene una serie de recomendaciones dirigidas a operadores judiciales, administrativos y sanitarios. En el documento se indica que es imprescindible el registro e investigación con la debida diligencia de toda situación de violación a la integridad física de las personas internadas por motivos de salud mental y de toda muerte ocurrida en ese contexto, ya que las mismas deben considerarse dudosas hasta establecer sus causas y motivaciones. Dicha investigación debe contemplar: 1) factores institucionales como las condiciones estructurales y el tratamiento; 2) factores individuales vinculados a una “exploración psicobiográfica de las conductas y de la vida anímica de la persona”<sup>150</sup>; y 3) la recolección de información sobre allegados y referentes vinculares. Si bien los avances normativos en Argentina aún están lejos de materializarse, la existencia de una ley específica de protección de derechos en la salud mental así como la institucionalidad específica del monitoreo y control sobre esta temática son elementos relevantes para considerar en la resolución de este caso con respecto al Estado de Ecuador, que carece en la actualidad de estas herramientas, que son de suma relevancia para prevenir la repetición de hechos similares al que vivió el señor Guachalá.

Otro ejemplo se presenta en España, donde se garantiza a los usuarios de servicios de salud mental dentro de sus derechos el reconocimiento de la personalidad jurídica y de capacidad en igualdad de condiciones con las demás personas, debiendo velar por el ejercicio de la capacidad de los usuarios, con las salvaguardas idóneas y efectivas para impedir abusos.<sup>151</sup> Las mismas garantías se han aportado en cuanto a la libertad y seguridad personal, excluyendo la privación ilegal o arbitraria de la libertad y velando por la protección de la integridad física y mental de los usuarios.<sup>152</sup>

Sería muy importante tanto para el estado de situación en Ecuador, como por su potencial impacto regional, un pronunciamiento de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el que determine claramente las obligaciones del Estado en materia de no repetición de violaciones a los derechos humanos en la atención de la salud mental, dentro de las que se cuenten la obligación de iniciar una planificación estratégica, con plazos adecuados y dotación de recursos suficientes, para sustituir todo entorno institucionalizado por servicios de apoyo a la vida independiente, y la obligación de llevar a cabo una investigación completa e imparcial en un plazo razonable de las afectaciones al derecho a la

---

<sup>150</sup> Órgano de Revisión Ley 26.657, [Resolución S.E. 15/2004](#), (Anexo: “Muertes en instituciones monovalentes de salud mental”) 21 octubre 2014, p. 14.

<sup>151</sup> Gobierno del Principado de Asturias, [Carta de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias](#), 2011, art. 6.

<sup>152</sup> Gobierno del Principado de Asturias, [Carta de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias](#), 2011, art. 6.

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

vida en el contexto de una internación en una institución de salud mental, teniendo en cuenta los factores mencionados. Vale recordar también que los Estados, en su posición de garante, tienen el deber de iniciar de oficio una investigación seria, imparcial, diligente y dentro de un plazo razonable de la desaparición de toda persona que se encontraba bajo su custodia.<sup>153</sup>

Las garantías de no repetición en el campo de la salud mental y las reformas estructurales deben “transitar” hacia un continente sin manicomios y reconstruir otros modos posibles de abordaje de los problemas de salud mental, respetuosos del derecho a la salud, a una vida digna y libre de violencias y al ejercicio de la capacidad jurídica. El caso del señor Guachalá y de tantas otras personas demuestra los riesgos extremos para quien habita un manicomio.

---

<sup>153</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*, 2011, párr. 312 (citando véase Convención Americana, (artículos 8 y 25); Convención Internacional para la Protección de todas las Personas Contra las Desapariciones Forzadas, (artículos 3 y 6); Declaración de la Organización de las Naciones Unidas sobre la Protección de todas las Personas Contra las Desapariciones Forzadas, artículo 3; Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión, (Principio 34).

**Escrito de *Amicus Curiae***  
**ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de**  
**Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador**

## VI. Conclusión

En vista de lo expuesto, las organizaciones *amici* recomiendan:

1. La declaración de violaciones estatales, *inter alia*, de los artículos 1.1, 2, 3, 4, 5 y 26 de la Convención en función de:
  - a. la inherente discriminación de los servicios segregados de salud mental;
  - b. la falta de prestaciones apropiadas del derecho a la salud mental con el cuidado debido elevado por parte del Estado y respetando la autonomía del señor Guachalá; y
  - c. la falta de la adopción de disposiciones necesarias de derecho interno y de medidas progresivas de realización.
2. La orden de reparaciones integrales que apliquen, *inter alia*, el deber estatal de adoptar disposiciones del derecho interno adecuadas y una asignación fiscal apropiada velando por la desmanicomialización y la atención de salud mental basada en la comunidad que respete el derecho a la vida fuera de las instituciones.

Respetuosamente,

Constanza Argentieri  
Co-directora  
Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ)

Paula Litvachky  
Directora Ejecutiva  
Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)

Javier A. Galindo  
Coordinador Litigio Internacional  
Comisión Colombiana de Juristas (CCJ)

Sebastian Bojacá  
Abogado del área de litigio  
Comisión Colombiana de Juristas (CCJ)

Mauricio Ariel Albarracín Caballero  
Subdirector  
Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad  
Dejusticia

Prof. Michael Ashley Stein  
Director Ejecutivo  
Harvard Law School Project on Disabilities (HPOD)

Lucía Giudice  
Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay (IELSUR)

Raphaela Lopes  
Justiça Global

Fernando Ribeiro Delgado  
Secretaría de la Red-DESC – Red Internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales