Ante la
CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

Caso Cuscul Pivaral y otros (Personas con VIH)

Vs.

Estado de Guatemala

ESCRITO DE SOLICITUDES, ARGUMENTOS Y PRUEBAS
30 DE MARZO DE 2017

Presentado por:

Dra. María Cristina Calderón Melgar

Contenido

I. ASPECTOS GENERALES 6
A. Introducción 6
B. Objeto del Escrito de Solicitudes, Argumentos y Pruebas (ESAP) 7
C. Legitimación y notificación 9
D. Competencia de la Corte 9
II. FUNDAMENTOS DE HECHO 9
A. Contexto en el que ocurrieron los hechos 10
1. Conceptualización del VIH 10
2. Epidemia de VIH en Guatemala 13
a. Consideración preliminar sobre la información disponible 13
b. Cifras 14
3. Respuesta del Estado de Guatemala a la epidemia nacional de VIH 16
a. Sobre el sistema público de salud guatemalteco 16
b. Marco normativo de la prevención y atención al VIH 17
c. Marco institucional de la prevención y atención al VIH 20
d. Atención brindada a la población con VIH en Guatemala y acceso a tratamiento antirretroviral 21
B. Hechos 32
1. Sobre la situación de salud de las víctimas del caso y sus perfiles socio-económico y familiar 32
2. Víctimas fallecidas 33
a. Víctimas fallecidas por causas relacionadas con el VIH 33
i. Facundo Gómez Reyes 34
ii. Reina López Mújica 35
iii. Ismar Ramírez Chajón y su grupo familiar 36
iv. Petrona López Robledo 38
v. Rita Mariana Dubón Orozco 39
vi. Luis Edwin Cruz Gramajo 40
vii. María Blanca Vail López 41
viii. Guadalupe Erminia Cayaxón García 43
ix. José Rubén Delgado López 45
x. Elsa Miriam Estrada 46
xi. Alberto Quiché Cuxeva 47
xii. Silvia Mirtala Álvarez Villatoro 48
xiii. Juana Aguilar 49
b. Víctimas fallecidas por causas no relacionadas con el VIH 50
i. Melvin Yovani Ajtún Escobar 50
ii. José Cupertino Ramírez 51

3. Víctimas con vida 52
i. Sebastián Emilio Dueñas 52
ii. Felipe Ordoñez y Martina Candelaria Álvarez Estrada 55
iii. Luis Rubén Álvarez Flores 58
iv. Ingrid Janeth Barillas Martínez 60
v. Sayra Elisa Barrios 60
vi. Félix de Jesús Cabrera Morales 62
vii. César Noé Cancinos Gómez 66
viii. Aracely Cinto 67
ix. Luis Rolando Cuscul Pivaral 70
x. Olga Marina Castillo 73
xi. María Felipe Pérez 74
xii. Ismerai Olivia García Castañón 75
xiii. Santos Isacar Vásquez Barrios 76
xiv. Mardo Luis Hernández 77
xv. Luis Armando Linares Ruano 79
xvi. Marta Alicia Maldonado Paz 81
xvii. Dora Marina Martínez Sofoija 82
xviii. Pascuala de Jesús Mérida 84
xix. Darinel López Montes de Oca 86
xx. Israel Pérez Charal 88
xxi. Corina Dianeth Robledo Alvarado 89
xxii. Audencio Rodas Rodríguez 92
xxiii. Zoila Marina Pérez Ruiz y Santiago Francisco Valdez Aguilar 95
xxiv. Teresa Magdalena Ramírez Castro 99
xxv. Karen Judith Samayoa 100
xxvi. Francisco Sop Quiej 102
xxvii. Jorge Armando Tavares Barreno 103
xxviii. Miguel Lucas Vail 104
xxix. Santos Vásquez Oliveros 105
xxx. Iris Carolina Vicente Barillas 107
xxxi. Sandra Lisbeth Zepeda Herrera 108
4. Recursos internos agotados 109
a. Cartas dirigidas a altas autoridades y recurso de amparo ante la Corte de Constitucionalidad 109
b. Acciones posteriores a la sentencia denegatoria de amparo de 29 de enero de 2003 112
III. FUNDAMENTOS DE DERECHO 114
A. Las acciones y omisiones del Estado de Guatemala que impidieron garantizar los derechos de las víctimas con VIH constituyen violaciones múltiples e interconexas de varias disposiciones de la CADH 114

B. El Estado de Guatemala violó los derechos a vida, vida digna, integridad y salud, al no adoptar las medidas necesarias para proteger y garantizar sin discriminación los derechos consagrados en los artículos 4, 5 y 26 de la CADH en relación con los artículos 1.1 y 2 de dicho instrumento 115

1. El Estado de Guatemala es responsable por la violación de los artículos 4 y 5 en relación con el artículo 1.1 de la CADH 116

a. Estándares sobre los derechos a la vida, vida diga e integridad personal, contenidos en los artículos 4 y 5 en relación con el 1.1 de la CADH 116

b. El Estado de Guatemala violó los derechos a la vida e integridad personal de las víctimas al no haber proporcionado atención médica integral, accesible, aceptable y de calidad 119

c. El Estado discriminó a las víctimas del presente caso al no garantizarles una atención integral, accesible, aceptable y de calidad, tomando en cuenta las diversas situaciones de vulnerabilidad en las que viven 132

2. El Estado de Guatemala es responsable por la violación del derecho a la salud a la luz del artículo 26 y en relación con los artículos 1.1 y 2 de la CADH 144

a. La Corte Interamericana tiene competencia para pronunciarse sobre la violación del derecho a la salud y su contenido mínimo a la luz del artículo 26 de la CADH 145

b. Sobre las obligaciones de respeto y garantía del derecho a la salud, a la luz del artículo 26 en relación con los artículos 1.1 y 2 de la CADH 150

c. El Estado de Guatemala adoptó medidas regresivas y no dispuso de manera efectiva del máximo de los recursos disponibles para garantizar el derecho a la salud 157

3. Conclusión 164

C. El Estado es responsable por la violación del derecho a las garantías judiciales y a la protección judicial, amparados en los artículos 8.1 y 25 de la CADH en relación con el artículo 1 del mismo instrumento, en perjuicio de todas las víctimas del presente caso 164

D. El Estado es responsable por la violación del derecho a la integridad personal de los familiares de las víctimas de este caso, contenido en el artículo 5 de la CADH, en relación al artículo 1.1 del mismo instrumento. 168

IV. REPARACIONES 173

A. Obligación de reparar 173

1. Fundamentos de la obligación de reparar 173

2. Beneficiarios de las reparaciones 174

B. Medidas de reparación solicitadas 175

1. Medidas de restitución 175

a. Garantizar atención médica integral y accesible a las víctimas que permanecen con vida 175

b. Garantizar atención médica y psicológica a los familiares de las víctimas fallecidas y que permanecen con vida 177

2. Medidas de satisfacción 178

a. Acto público de reconocimiento de responsabilidad internacional, de desagravio, y de compromiso de no repetición 178

b. Publicación y difusión de la sentencia de la Corte IDH 179

c. Otorgar becas de estudio 180
3. Garantías de no repetición 181
a. Medidas para garantizar la atención integral y adecuada a las personas con VIH en Guatemala 182
i. Creación de una base de datos y sistema de información único sobre la epidemia de VIH 182
ii. Elaboración de diagnóstico sobre las barreras legales y administrativas que impiden el abastecimiento permanente de medicamentos ARV y adoptar medidas con base en ello 184
iii. Fortalecimiento de las Unidades de Atención Integral 185
b. Capacitaciones a los funcionarios de salud en materia de derechos humanos de las personas con VIH 186
c. Fortalecimiento de la respuesta para la prevención de la transmisión madre-hijo 187
C. Medidas pecuniarias 189
1. Daño material 189
2. Daño inmaterial o moral 190
3. Gastos y costas 191
a. Gastos y costas incurridas por la Dra. María Cristina Calderón Melgar 192
b. Gastos y costas incurridas la Asociación de Salud Integral 193
c. Gastos y costas incurridas por CEJIL 193
d. Gastos futuros 196
V. SOLICITUD DE ACCESO AL FONDO LEGAL DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS 197
VI. PRUEBA TESTIMONIAL, PERICIAL Y DOCUMENTAL 198
A. Declaraciones de las víctimas y prueba testimonial 198
B. Prueba pericial 201
C. Declaraciones a título informativo 202
D. Prueba documental 202
VII. PETITORIO 208
VIII. FIRMAS 209

I. ASPECTOS GENERALES

A. Introducción

El caso que presentamos a la Honorable Corte se refiere a las acciones y omisiones del Estado guatemalteco de brindar atención integral a las personas diagnosticadas con VIH/SIDA en ese país a través de los años, lo cual puso en grave peligro su vida y su integridad personal, en algunos casos llegando a causar la muerte de varias víctimas.

Las 49 víctimas de este caso son un reflejo de esta situación. Todas ellas fueron diagnosticadas con VIH/SIDA entre 1992 y 2003. Sin embargo no recibieron ningún tipo de tratamiento por parte del sistema público de salud sino hasta el año 2006. Aún en ese momento, la atención recibida no cumplió con los estándares para ser considerada integral y adecuada, por lo que continuó afectando la integridad personal de las personas afectadas y poniendo en riesgo sus vidas. Como demostraremos a lo largo de este litigio, la situación persiste hasta nuestros días.

La falta de una atención de salud integral a estas personas por parte del Estado provocó el deterioro de su situación de salud, así como agravó la estigmatización producida por la enfermedad; con graves consecuencias para las víctimas y sus familiares, quienes en ocasiones debieron hacerse cargo del cuidado de sus seres queridos.

Debido a la situación inicial de ausencia absoluta de atención para las personas que vivían con VIH/SIDA en Guatemala en ese momento, el 26 de julio de 2002 un grupo de organizaciones no gubernamentales y víctimas de este caso presentaron un recurso de amparo, en el que solicitaron la restitución del derecho a la salud constitucionalmente reconocido para todas y cada una de las personas que vivían con VIH/SIDA en ese momento en Guatemala.

A raíz de este recurso el Presidente de la República se comprometió a destinar una partida extraordinaria para la compra de medicamentos, la cual se concretó el 2 de septiembre de 2002. Por ello, el 29 de enero del año 2003, la Corte de Constitucionalidad declaró sin objeto el recurso.

Sin embargo, la partida extraordinaria no implicó que el Estado guatemalteco adoptara medidas sostenibles para garantizar el derecho a la salud de las víctimas del presente caso, y en general de las personas que viven con VIH/SIDA en Guatemala.

En atención a lo anterior, el 26 de agosto de 2003 se presentó ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante CIDH o Comisión Interamericana) la petición inicial con respecto a este caso, alegando la responsabilidad del Estado guatemalteco por la falta de atención médica a 39 de las víctimas de este caso.

En esa misma fecha se presentó una solicitud de medidas cautelares a favor de las mismas personas, debido a que estas no estarían recibiendo atención médica por parte del sistema público de salud para el tratamiento del VIH/SIDA. El 21 de abril de 2004 la CIDH otorgó las referidas medidas cautelares, las cuales permanecen vigentes a la fecha.

Posteriormente, el 4 de octubre de 2004, se solicitó la inclusión de otras diez personas viviendo con VIH al presente caso.

El 7 de marzo de 2005 la Comisión Interamericana emitió su informe de admisibilidad 32/05 con respecto a este caso.

El 13 de abril de 2016 la CIDH emitió su informe 2/16 con respecto al fondo de este caso, en el cual estableció la responsabilidad internacional del Estado por la violación de los derechos a la vida, integridad personal y protección judicial, protegidos por los artículos 4, 5 y 25 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante CADH o Convención Americana), en concordancia con el incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 1.1 de la CADH, en perjuicio de las víctimas y sus familiares identificados.

Asimismo, la CIDH recomendó al Estado la adopción de una serie de medidas para reparar el daño causado.

Dicho informe fue notificado al Estado el 2 de junio de 2016. A pesar de que la Ilustre Comisión otorgó varias prórrogas para el cumplimiento de las recomendaciones, esto no ocurrió. En consecuencia, el 2 de diciembre de 2016 sometió el caso a la Corte.

Este caso brinda a la Honorable Corte la oportunidad de reparar los derechos de un grupo de víctimas así como ampliar su jurisprudencia en relación a los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA.

En particular, permite que la Corte se pronuncie sobre el alcance de la obligación del Estado de brindar atención integral a este grupo en especial condición de vulnerabilidad, quienes, pueden vivir en condiciones dignas por muchos años, si cuentan con el tratamiento adecuado.

Además, este caso brinda a la Corte la posibilidad de ordenar al Estado de Guatemala la adopción de medidas generales para garantizar dicha atención integral y de esta manera evitar que violaciones a derechos humanos como las cometidas en este caso se repitan en el tiempo.

B. Objeto del Escrito de Solicitudes, Argumentos y Pruebas (ESAP)

De acuerdo con los argumentos y pruebas que se presentarán en el transcurso de este proceso, la representación de las víctimas solicita a la Honorable Corte que declare que:

1. Que el Estado de Guatemala es responsable de la violación de los derechos a la vida, protegido por el artículo 4 de la Convención Americana, en perjuicio de las víctimas fallecidas por razones relacionadas con el VIH en este caso, en concordancia con el incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 1.1 del mismo instrumento.

2. Que el Estado de Guatemala es responsable por la violación del derecho a la vida digna, a la integridad personal, protegidos en los artículos 4 y 5 de la CADH, en perjuicio de las 49 víctimas de este caso, por no haber garantizado su atención integral atendiendo a su condición de personas con VIH, ello en relación con el incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 1 de la CADH.

3. Que el Estado de Guatemala es responsable por la violación del derecho de las víctimas a la no discriminación, protegido por el artículo 1.1 de la CADH en perjuicio de las víctimas de este caso por no garantizarles una atención integral, accesible, aceptable y de calidad, tomando en cuenta las diversas situaciones de vulnerabilidad en las que viven.

4. Que el Estado de Guatemala es responsable por la violación de la prohibición de regresividad y por no disponer de manera efectiva del máximo de los recursos disponibles para garantizar el derecho a la salud de las víctimas, tal como lo dispone el artículo 26 de la CADH, ello en concordancia con el incumplimiento de las obligaciones contenidas en los artículos 1.1 y 2.

5. Que el Estado de Guatemala es responsable por la violación del derecho a la integridad personal de los familiares de las víctimas (artículo 5 de la CADH), debido al sufrimiento experimentado a raíz de las afectaciones de sus seres queridos por la falta de una atención integral. Ello en concordancia con el incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 1.1 del mismo instrumento.

6. Que el Estado de Guatemala es responsable por la violación de los derechos a las garantías judiciales (artículo 8 de la CADH) y a la protección judicial (artículo 25 de la CADH) por el retardo injustificado y la falta de efectividad del recurso de amparo interpuesto. Ello en concordancia con el incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 1.1 de la Convención Americana.

Como consecuencia de las violaciones imputadas al Estado, se solicita a la Honorable Corte que le ordene reparar adecuadamente a las víctimas y a sus familiares, así como adoptar garantías de no repetición, conforme se estipula en el apartado correspondiente de este escrito.

C. Legitimación y notificación

Mediante poderes de representación otorgados en distintas fechas, las víctimas de este caso designaron como sus representantes ante esta Honorable Corte al Centro por la Justicia Internacional (CEJIL) y a la Dra. Cristina Calderón o a la Asociación de Salud Integral, según sea el caso[1].

Esta representación solicita respetuosamente a la Honorable Corte que las notificaciones relacionadas con el presente caso sean enviadas a la siguiente dirección:

D. Competencia de la Corte

El Estado guatemalteco ratificó la CADH el 25 de mayo de 1978[2], y reconoció la competencia de la Corte el el 9 de marzo de 1987[3].

El diagnóstico de las distintas víctimas de este caso ocurrió entre 1992 y 2003. Las distintas violaciones ocurridas a partir de la falta de atención integral a las víctimas sucedieron en distintos momentos a partir de esas fechas. En consecuencia, esta Honorable Corte tiene competencia para pronunciarse al respecto.

II. FUNDAMENTOS DE HECHO

En el presente apartado nos referiremos a los fundamentos de hecho que sustentan las violaciones a los derechos humanos alegadas respecto de las víctimas del presente caso.

[1] Estos poderes fueron presentados a la Honorable Corte mediante escrito de 23 de enero de 2017.

[2] Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Documentos Básicos, Convención, Ratificaciones Organización de Estados Americanos (OEA). Departamento de Derecho Internacional. Estado de Firmas y Ratificaciones de la CADH suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos (B-32). Información general del Tratado B-32. Disponible en http://www.cidh.org/Basicos/Basicos3.htm. Acceso el 30 de noviembre de 2015.

[3] Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Documentos Básicos, Convención, Ratificaciones Organización de Estados Americanos (OEA). Departamento de Derecho Internacional. Estado de Firmas y Ratificaciones de la CADH suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos (B-32). Información general del Tratado B-32. Disponible en http://www.cidh.org/Basicos/Basicos3.htm. Acceso el 30 de noviembre de 2015.

Al respecto, es importante recordar que esta Honorable Corte ha señalado en su jurisprudencia reiterada que las víctimas y sus representantes tenemos derecho a "exponer aquellos [hechos] que permitan explicar, aclarar o desestimar los que han sido mencionados en [el informe de fondo de la CIDH], o bien, responder a las pretensiones del demandante"[4].

Los representantes nos adherimos a las consideraciones de hecho expuestas por la Ilustre Comisión en su informe de fondo No. 2/17. En el presente ESAP profundizaremos sobre algunas cuestiones de hecho que permiten aclarar o explicar las sostenidas en el informe de fondo de la CIDH, en la medida en que resulten relevantes para demostrar las violaciones a los derechos humanos cometidas en perjuicio de las víctimas.

A. Contexto en el que ocurrieron los hechos

1. Conceptualización del VIH

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (en adelante, "OMS"), el virus de la inmunodeficiencia humana (en adelante, "VIH") infecta las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. De este modo, la persona con VIH se va volviendo gradualmente inmunodeficiente, es decir, queda imposibilitada para hacer frente a muy diversas infecciones y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir[5].

Por su parte, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (en adelante "SIDA") es una enfermedad letal que se refiere a los estados más avanzados de la infección por VIH, y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH[6].

Las enfermedades oportunistas reciben ese nombre porque aprovechan la baja del sistema inmunológico del o la paciente y son causadas por diversos microorganismos en los pulmones, el cerebro, los ojos y otros órganos, algunos de los cuales no causan enfermedad en personas con el sistema inmunitario saludable[7].

Según estimaciones de la OMS, desde el inicio de la epidemia, más de 70 millones de personas han sido infectadas por el VIH y aproximadamente 35

[4] Corte IDH. *Caso Vera Vera y otra Vs. Ecuador.* Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011. Serie C No. 226. Párr. 32.
[5]Organización Mundial de la Salud –OMS-. Temas de salud. VIH/SIDA. Disponible en: www.who.int/topics/hiv-aids/es/ Último acceso el 10 de diciembre de 2016. También Nota Descriptiva Nº 360. Noviembre de 2015. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/ Último acceso el 10 de diciembre de 2016.
[6]Organización Mundial de la Salud –OMS-. Temas de salud. VIH/SIDA. Disponible en: www.who.int/topics/hiv-aid Último acceso el 10 de diciembre de 2016. Ver Anexo 1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA). Orientaciones terminológicas del ONUSIDA. Marzo de 2007. Pág. 8.
[7] ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. 2015. Pág. 31. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_es.pdf Último acceso de 15 de marzo de 2017.

millones han muerto a causa del virus[8]. A fines de 2015, alrededor de 36.7 millones de personas en el mundo vivían con VIH[9].

Ahora bien, en sentido contrario a las creencias en torno a las maneras de transmitir del virus y que éste provoca necesariamente la muerte, hoy en día el VIH es una infección prevenible y no mortal si se cuenta con un tratamiento médico adecuado[10].

El VIH se puede transmitir por el contacto con diversos líquidos corporales de personas infectadas, como la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales[11]. La transmisión del VIH de una madre seropositiva a su hija/o durante el embarazo, el trabajo de parto, el alumbramiento o el amamantamiento se denomina transmisión vertical o maternoinfantil, y es posible prevenirla casi totalmente[12].

Por lo que hace al tratamiento, según la OMS, si bien no hay cura para la infección por el VIH, los fármacos antirretrovirales (en adelante, "ARV"), o terapia antirretroviral (en adelante, "TARV") pueden controlar la replicación del virus, fortalecer el sistema inmunitario del paciente y ayudar a prevenir la transmisión, de modo que las personas con VIH puedan disfrutar de una vida saludable y productiva[13]. Así, la interrupción del tratamiento antirretroviral no es recomendable, ya que genera un deterioro inmunológico muy importante que ocasiona problemas graves a mediano plazo, incluidos la limitada

[8] Organización Mundial de la Salud –OMS-. Global Health Observatory (GHO) data. Disponible en: http://www.who.int/gho/hiv/en/ Último acceso el 1 de marzo de 2017.
[9] Organización Mundial de la Salud –OMS-. Global Health Observatory (GHO) data. Disponible en: http://www.who.int/gho/hiv/en/ Último acceso el 1 de marzo de 2017.
[10] Ver Info Sida. Tratamiento para la Infección por el VIH. 27 de febrero de 2017. Disponible en: https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/21/51/tratamiento-para-la-infeccion-por-el-vih--conceptos-basicos
[11] Organización Mundial de la Salud –OMS- Nota Descriptiva Nº 360. Noviembre de 2015. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/ Último acceso el 1 de marzo de 2017.
[12] La OMS recomienda una serie de medidas de prevención de la transmisión vertical, que incluyen la administración, tanto a la madre como a su hijo, de antirretrovíricos durante el embarazo, el parto y el puerperio o, en la mujer embarazada seropositiva, incluso de por vida, con independencia de su recuento de células CD4. Algunos países como Armenia, Belarús, Cuba y Tailandia, han recibido validación oficial por la eliminación de la transmisión del VIH de la madre al niño.*Cfr.,* Organización Mundial de la Salud –OMS- Nota Descriptiva Nº 360. Noviembre de 2015. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/ Último acceso el 1 de marzo de 2017.
[13] El VIH se puede combatir mediante una politerapia que comprenda tres o más antirretrovíricos. Aunque no cura la infección por VIH, este tipo de tratamiento controla la replicación del virus dentro del organismo del sujeto y contribuye a fortalecer su sistema inmunitario, restableciendo así su capacidad para combatir infecciones. La terapia antirretroviral combina tres o más medicamentos antirretrovirales diferentes que suprimen la reproducción vírica y demoran la progresión de la enfermedad causada por el VIH. Organización Mundial de la Salud –OMS- Nota Descriptiva Nº 360. Noviembre de 2015. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/ Último acceso el 10 de diciembre de 2016. Ver Anexo 1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA). Orientaciones terminológicas del ONUSIDA. Marzo de 2007.Pág. 17.

recuperación de los niveles de células CD4[14], el aumento del riesgo de infecciones oportunistas y eventualmente la muerte.

Adicionalmente al tratamiento antirretroviral, un tratamiento médico a una persona con VIH que busque preservar un mínimo vital, debe contar con el monitoreo constante por medio de la realización de al menos dos exámenes de forma periódica, a saber, el de carga viral y el de la cantidad de glóbulos blancos en la sangre, el cual da un indicativo del estado del sistema inmunológico de cada persona (examen conocido como "CD4")[15] y, finalmente, con el acceso al tratamiento de las llamadas enfermedades "oportunistas"[16].

Además del tratamiento médico y el monitoreo periódico, es necesario complementar dicha atención para que sea integral. Así, de acuerdo a la Sexta Directriz de las Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (en adelante, "OACNUDH") y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (en adelante, "ONUSIDA"), la atención integral de la infección incluye:

> (…) buena alimentación y apoyo social, espiritual y psicológico, así como atención familiar, comunitaria y domiciliaria. Las tecnologías de prevención del VIH abarcan los preservativos, lubricantes, material de inyección estéril, fármacos antirretrovíricos (por ej., para prevenir la transmisión maternoinfantil o como profilaxis posexposición) y, una vez desarrollados, microbicidas y vacunas seguros y eficaces[17].

Asimismo, de la referida Sexta Directriz se desprende que el acceso universal requiere que la atención integral, servicios e información relacionado con el

---

[14] El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones y algunos tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias y altera su función, la persona infectada se va volviendo gradualmente inmunodeficiente. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de células CD4. Organización Mundial de la Salud –OMS- Nota Descriptiva Nº 360. Noviembre de 2015. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/ Último acceso el 10 de diciembre de 2016.

[15] Según las recomendaciones internacionales, los exámenes de carga viral y CD4 deben practicarse de forma periódica cada 3 y 6 meses. Ver Anexo 2. DHHS Panel on Antirretroviral Guidelines for Adults and Adolescents- A working group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC). Guidelines for the Use of Antirretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. November 3, 2008. Pág. 6.

[16] Las infecciones oportunistas son enfermedades causadas por diversos microorganismos, algunos de los cuales no causan enfermedad en personas con el sistema inmunitario saludable. Las personas con VIH pueden sufrir infecciones oportunistas en los pulmones, el cerebro, los ojos y otros órganos. Entre las enfermedades oportunistas comunes se incluyen la neumonía, la criptosporidiosis, la histoplasmosis, otras infecciones parasitarias, víricas, micóticas, y algunos tipos de cánceres. Ver Anexo 1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA). Orientaciones terminológicas del ONUSIDA. Marzo de 2007. Pág. 12.

[17] Ver Anexo 3. ONUSIDA. Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada de 2006. Párr. 26. Las referidas Directrices han sido constituidas por este Alto Tribunal como "una referencia autorizada para aclarar algunas obligaciones internacionales de [los] Estado [s] en esta materia". *Cfr.,* Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01 de septiembre de 2015. Párr. 195.

VIH, “no sólo estén disponibles y sean aceptables y de buena calidad, sino también que estén al alcance físico de todos y sean asequibles para todos”[18].

2. Epidemia de VIH en Guatemala

a. Consideración preliminar sobre la información disponible

Esta representación no ha logrado tener acceso a información oficial completa, precisa, confiable y contrastable relativa a las cifras y demás elementos que caracterizan la epidemia de VIH en Guatemala, incluyendo aquellos relacionados con el acceso a la atención integral por parte de las personas con VIH en el país.

Así, el registro oficial de casos efectuado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (en adelante, “MSPAS” o “Ministerio de Salud”) adolece, de acuerdo con el propio Ministerio, de un sub registro de al menos el 50%, el cual ha persistido a lo largo de los años[19].

Por otro lado, las cifras que caracterizan la epidemia de VIH en el país difieren según la fuente consultada, e incluso tomando de referencia la misma fuente con información publicada en fechas diferentes[20].

[18] Ver Anexo 3. ONUSIDA. Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada de 2006. Párr. 26.

[19] Ver Anexo 4. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006.. Pág. 8. Ver Anexo 5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Lucha contra el VIH y SIDA. Guatemala. Marzo de 2014. Pág. 7

[20] Así, las cifras recabadas anualmente por el Centro Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud arrojan los siguientes resultados en cuanto al número de casos de VIH oficialmente registrados: 413 casos en el año 1997, 397 casos en el año 1998, 731 casos en el año 1999, 519 casos en el año 2001, 1087 casos en el año 2003, 2497 casos en el año 2007, 2547 casos en el año 2008, 2778 en el año 2009, 2675 en el año 2010, 2031 casos en el año 2011 y 2422 casos en 2012.

Por su parte, el total de casos de personas con VIH oficialmente registrado según cifras publicadas en octubre de 2016 por el Ministerio de Salud indican lo siguiente: año 1984, 3 casos, año 1985, 4 casos, año 1986, 10 casos, año 1987, 16 casos, año 1988, 18 casos, año 1989, 17 casos, año 1990, 77 casos, año 1991, 97 casos, año 1992, 110 casos, año 1993, 125 casos, año 1994, 85 casos, año 1995, 59 casos, año 1996, 524 casos, año 1997, 678 casos, año 1998, 614 casos, año 1999, 802 casos, año 2000, 531 casos, año 2001, 1029 casos, año 2002, 996 casos, año 2003, 1632 casos, año 2004, 2189 casos, año 2005, 2558 casos, año 2006, 2199 casos, año 2007, 2497 casos, año 2008, 2777 casos, año 2009, 2769 casos, año 2010, 2678 casos, año 2011, 2031 casos, año 2012, 2460 casos, año 2013, 2140 casos, año 2014, 1898 casos, año 2015, 1580 casos, 2016 (enero a octubre), 949 casos. Además, a partir de junio de 2003, se modificó el sistema de vigilancia de VIH, ya que de 1984 al 2003 la vigilancia fue únicamente de SIDA/VIH avanzado. Ver Anexo 6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación de Salud en Guatemala. Indicadores básicos correspondientes a los años 1997, 1998, 1999, 2001, 2003, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011.y 2012. Ver también Anexo 7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Epidemiología. Estadísticas del VIH. Octubre de 2016. Pág. 1.

Aunado a lo anterior, el registro oficial de casos de VIH comenzó a partir del año 2003 dado que, hasta esta fecha, únicamente se contabilizaron los casos de SIDA o VIH avanzado[21].

En ese sentido, para el año 2008, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (en adelante, "USAID"), en su Diagnóstico de situación y respuesta al VIH y SIDA en ese año en Guatemala, señaló que "no se c[ontaba] con información confiable y actualizada sobre el porcentaje de la población que se encuentra en alto riesgo, ni con los datos de incidencia o prevalencia para cada grupo a nivel nacional"[22]. Además, el informe concluyó que los "actores carec[ían] de información actualizada sobre la respuesta nacional: ¿quién hace qué y dónde? Esta falta de información se manifiesta incluso dentro del mismo MSPAS"[23].

Estas carencias en el registro y monitoreo de la información relativa al VIH se ha mantenido a lo largo de los años. Así, un informe de la Secretaría de Planificación de la Presidencia de la República de Guatemala (en adelante, "SEGEPLAN") del año 2013 indica que, "se requieren mayores esfuerzos en la generación de información respecto a la prevención y atención de la epidemia"[24]. Asimismo, especifica que no todas las Unidades de Atención Integral (en adelante, "UAI") reportan sus datos y que "dadas las características de notificación y monitoreo del VIH, es difícil poder tener un panorama certero del acceso a ARV y su relación con la prevalencia en el país"[25] .

b. Cifras

Tomando en cuenta las salvedades *supra* referidas en cuanto a la información disponible, a continuación haremos un breve recuento de la evolución del número de casos de personas con VIH en Guatemala, desde el comienzo de la epidemia hasta la actualidad.

El primer caso de VIH registrado en Guatemala data de junio de 1984 y se trató de un hombre de 28 años de edad, guatemalteco, proveniente de los Estados

[21] Ver Anexo 5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Lucha contra el VIH y SIDA. Guatemala. Marzo de 2014. Pág. 7

[22] Ver Anexo 8. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. USAID. Diagnóstico de Situación y Respuesta al VIH-SIDA. Análisis y Conclusiones. Guatemala, enero 2008. Guatemala. Págs. 13.

[23] Ver Anexo 8. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. USAID. Diagnóstico de Situación y Respuesta al VIH-SIDA. Análisis y Conclusiones. Guatemala, enero 2008. Guatemala. Pág. 19.

[24] Ver Anexo 9. Secretaría de Planificación de la Presidencia de la República de Guatemala – SEGEPLAN- Informe de Avances 2013. Política de Desarrollo Social y Población. Política de Desarrollo Social y Población. Pág. 22.

[25] Ver Anexo 9. Secretaría de Planificación de la Presidencia de la República de Guatemala – SEGEPLAN- Informe de Avances 2013. Política de Desarrollo Social y Población. Política de Desarrollo Social y Población. Pág. 26.

Unidos. Entre 1988 y 1990 se identificaron otros casos, incluyendo a dos niños menores de cuatro años[26].

El Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA (en adelante "Programa Nacional de VIH") del Ministerio de Salud, reportó que desde el año 1984 hasta 1999 contaba con un total de 3.294 casos registrados de VIH, cifra que ascendió a 8.685 en 2005[27]. En contraste con dichas cifras, según estimaciones del propio Programa Nacional de VIH para 2005 existían aproximadamente 55.000 personas viviendo con VIH en el país, 7.300 de las cuales corresponderían a nuevas infecciones ocurridas ese año y 3.500 a personas que fallecieron por causa de la infección[28].

Por su parte, el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud registró en ese mismo periodo de tiempo (1984-2005) un total acumulado de 12.174 casos y 719 fallecimientos por causas relacionadas con el VIH en el año 2005[29]. A la vez, ONUSIDA estimaba en 78.000 el número total de personas con VIH en el país para fines del año 2003[30].

En el año 2009, el Ministerio de Salud estimó en 67.701 el total de personas con VIH en el país, y en 7.557 las infecciones anuales, es decir, una transmisión diaria de 21 nuevas personas[31].

En el año 2013, el Ministerio de Salud cifró en 31.056 el total de casos registrados desde 1984. A su vez, señaló que el número de personas con VIH iba en constante aumento, y que en los últimos años se habían registrado más del 76% de todos los casos reportados en los 30 años de registro[32]. Por su

[26] Ver Anexo 5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Lucha contra el VIH y SIDA. Guatemala. Marzo de 2014. Pág. 6.

[27] Ver Anexo 10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Regulación, Vigilancia y control de la Salud. Departamento de regulación de programas de atención a las personas. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Plan Estratégico Nacional 1999-2003. Pág. 6. Ver Anexo 4. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006. Págs. 8 y 9.

[28] Ver Anexo 4. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006. Pág. 24.

[29] Ver Anexo 7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Epidemiología. Estadísticas del VIH. Octubre de 2016. Ver Anexo 4. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006. Págs. 8 y 9.

[30] Ver Anexo 11. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. Cuarto informe mundial. 2004. Pág. 202.

[31] Indicadores Básicos de Salud. Guatemala. 2009. Ver Anexo 6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación de Salud en Guatemala. Indicadores básicos correspondientes a los años 1997, 1998, 1999, 2001, 2003, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011.y 2012.

[32] Ver Anexo 5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Lucha contra el VIH y SIDA. Guatemala. Marzo de 2014. Pág. 7.

parte, ONUSIDA, estimó en 53.000 el total acumulado de personas viviendo con VIH ese año 2013, mientras que SEGEPLAN lo hizo en 81.446 personas[33].

En el año 2015, ONUSIDA estimó en 55.000 el total de personas con VIH en el país y en 1700 los fallecimientos anuales[34]. Por su parte, el Ministerio de Salud, cifraba en 34.512 el total de casos acumulados de 1984 a 2015, y en 1108 los nuevos casos reportados de enero a octubre de 2015[35]. En 2016, el acumulado de casos reportados según dicho Ministerio ascendió a 36.231 casos[36].

Pese al sub registro y la divergencia de cifras, para el 2013 la Organización Panamericana de la Salud situaba a Guatemala como el país con mayor número de personas con VIH en Centroamérica[37].

3. Respuesta del Estado de Guatemala a la epidemia nacional de VIH

a. Sobre el sistema público de salud guatemalteco

El sistema público de salud de Guatemala comprende al Instituto Guatemalteco del Seguro Social (en adelante, "IGSS"), que ofrece cobertura al 17.45% de la población vinculada con el empleo formal, y el Ministerio de Salud, que ofrece formalmente cobertura al 70% de la población guatemalteca[38].

En tal sentido, la Constitución de la República de Guatemala en su artículo 100 describe que, "[l]a aplicación del régimen de seguridad social corresponde al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que es una entidad autónoma con personalidad jurídica, patrimonio y funciones propias"[39]. Asimismo, por medio de la Ley Orgánica del IGSS, el ente se crea como:

> Una Institución autónoma, de derecho público de personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio de Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima[40].

---

[33] Anexo 12. UNAIDS. HIV and AIDS estimates (2013). Guatemala.
[34] UNAIDS. Estimaciones sobre el VIH y el sida Guatemala. (2015) Disponible en: http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/guatemala Último acceso el 12 de diciembre de 2016.
[35] Ver Anexo 13. Red Legal y su Observatorio de Derechos Humanos, VIH y PEMAR. 4º Informe Nacional sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas con VIH y poblaciones clave 2013-2015. Págs. 14 y 15.
[36] Ver Anexo 7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Epidemiología. Estadísticas del VIH. Octubre de 2016. Pág. 1.
[37] Ver Anexo 14. Organización Panamericana de la Salud. Informe de Labores 2012-2013. Guatemala. Pág. 21.
[38] Asimismo, el sector público comprende la sanidad militar, la cual atiende a los miembros del ejército y sus familiares. Por otro lado, nótese que, según información de ONUSIDA, las aseguradoras privadas en el país no cubren gastos de atención a VIH y sida Ver Anexo 14. Organización Panamericana de la Salud. Informe de Labores 2012-2013. Guatemala. Pág. 43. Ver Anexo 15. ONUSIDA, "Informe nacional sobre los progresos realizados en la lucha contra el VIH y sida". Guatemala. Marzo de 2012. Pág. 17.
[39] Anexo 16. Constitución Política de la República de Guatemala. 1985. Artículo 100.
[40] Ver Anexo 17. Congreso de la República. Decreto 295. Ley Orgánica del Instituto guatemalteco del Seguro Social. Art. 1

De igual modo, la Ley Orgánica del IGSS establece que toda la población que sea parte activa del proceso de producción de artículos o servicios, está en la obligación de contribuir al Régimen de Seguridad Social en proporción a sus ingresos[41]. Es decir, el régimen debe financiarse mediante el aporte de tres figuras: trabajadores 25%, patronos 50%, Estado 25% de tal forma que es un sistema plenamente contributivo y sostenible mediante las cotizaciones que pagan los tres sectores[42]. Según datos recopilados por la la Procuraduría de los Derechos Humanos (en adelante, "PDH"), para el 2016 el IGSS atendía a 1066 personas viviendo con VIH[43].

Por otro lado, según el Código de Salud guatemalteco:

> El Estado, en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (…), acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social. Con esta finalidad, el Estado, a través del Ministerio de Salud Pública y demás instituciones públicas, velará porque se garantice la prestación del servicio de salud a toda persona guatemalteca, en forma gratuita[44].

Así, el MSPAS debe garantizar el acceso universal a la salud de la población guatemalteca. En cuanto a su presupuesto, los recursos del MSPAS provienen de ingresos del Estado, de recursos externos en forma de asistencia, préstamos y donaciones internacionales y algunas cuotas por servicios[45].

No obstante, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, si bien el MSPAS es el ente rector de la salud en Guatemala, "su débil desarrollo institucional y escaso financiamiento le hacen sumamente difícil asumir su rol de autoridad sanitaria nacional"[46].

b. Marco normativo de la prevención y atención al VIH

[41] Ver Anexo 17. Congreso de la República. Decreto 295. Ley Orgánica del Instituto guatemalteco del Seguro Social. Art. 27

[42] Ver Anexo 17. Congreso de la República. Decreto 295. Ley Orgánica del Instituto guatemalteco del Seguro Social. Art. 39

[43] Ver Anexo 18. Procuraduría Derechos Humanos –PDH, Nota de la Procuradora Adjunta de los Derechos Humanos de Guatemala, 6 de marzo de 2017. Pág. 9

[44] Ver Anexo 19. Congreso de la República. Decreto 90-97. Código de Salud. 2 de octubre de 1997. Art. 4.

[45] Ver Anexo 19. Congreso de la República. Decreto 90-97. Código de Salud. 2 de octubre de 1997. Art. 21

[46] Asimismo, el sector público comprende la sanidad militar, la cual atiende a los miembros del ejército y sus familiares. Por otro lado, según información de ONUSIDA, las aseguradoras privadas en el país no cubren gastos de atención a VIH y SIDA. Ver Anexo 14. Organización Panamericana de la Salud. Informe de Labores 2012-2013. Guatemala. Pág. 43. Ver Anexo 15. ONUSIDA, "Informe nacional sobre los progresos realizados en la lucha contra el VIH y sida". Guatemala. Marzo de 2012. Pág. 17.

El Código de Salud guatemalteco, Decreto 90-97 de 1997, establece, entre otras, las siguientes obligaciones del sector salud en materia de prevención y atención al VIH:

> Artículo 55. Los establecimientos públicos y privados del Sector, deben proporcionar a los enfermos portadores de enfermedades transmisibles y de sus contactos, acceso al diagnóstico etiológico y a la atención de salud, en condiciones en que se respete su integridad personal y la confidencialidad del caso.
>
> Artículo 62. El Ministerio de Salud es responsable de formular, evaluar y supervisar acciones dirigidas al control de las enfermedades de transmisión sexual. Dada la magnitud, trascendencia y otras características epidemiológicas de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (VIH/SIDA) el Ministerio de Salud apoyará el desarrollo específico de programas de educación, detección, prevención y control de ETS, VIH/SIDA, con la participación de diversos sectores[47].

El 2 de junio del año 2000, el Congreso aprobó el Decreto nº 27-2000, Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA (en adelante "ley general sobre VIH"). Dicha ley, declara en su art. 1 al VIH como un problema social de urgencia nacional[48].

Asimismo, en su art. 35 establece:

> Toda persona con diagnóstico de infección por VIH/SIDA deberá recibir atención integral de inmediato y en igualdad de condiciones con otras personas, para lo cual deberá respetarse la voluntad, dignidad, individualidad y confidencialidad. Ningún trabajador de salud podrá negarse a prestar la atención que requiera una persona que vive con VIH/SIDA, debiendo tomar las medidas de bioseguridad recomendadas[49].

En el mismo sentido, el art. 48 dispone:

> El Ministro de Salud Pública y Asistencia Social proveerá servicios de atención a las personas que viven con el VIH/SIDA, que les aseguren consejería, apoyo y tratamiento médico actualizado, de manera individual o en grupo. Esta atención podrá ser domiciliaria o ambulatoria y estará

[47] Ver Anexo 19. Congreso de la República. Decreto 90-97. Código de Salud. 2 de octubre de 1997. Artículos 55 y 62.

[48] El artículo 1 establece: "Se declara la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA- como un problema social de urgencia nacional". Ver Anexo 20. Congreso de la República. Decreto nº 27-2000, Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA. 2 de junio de 2000.

[49] Ver Anexo 20. Congreso de la República. Decreto nº 27-2000, Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA. 2 de junio de 2000. Art. 35.

> diseñada para atender sus necesidades físicas, psicológicas y sociales. Así mismo, a través del Programa de Accesibilidad a Medicamentos "PROAM", el Ministerio de Finanzas Públicas y de Economía implementarán un programa que permita a nivel nacional e internacional el acceso a medicamentos antiretrovirales de calidad, a precios accesibles a las personas que viven con el VIH/SIDA[50].

Por otro lado, la Ley de Desarrollo Social, Decreto 42-2001, también establece en su art. 26 la obligación del Ministerio de Salud de prestar a la población los servicios de diagnóstico, atención y tratamiento de las ITS, VIH y SIDA[51].

El 6 de septiembre de 2002, fue adoptado el Acuerdo Gubernativo nº 317-2002, Reglamento de la Ley General sobre VIH, del cual cabe destacar los siguientes artículos:

> Art. 31 Atención a las personas.
>
> EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, asegurará que todas sus unidades de salud cuenten con el equipo básico y los insumos necesarios que permitan una atención integral de calidad y que se observen las medidas de bioseguridad universalmente aceptadas. En ningún caso la falta de equipo o insumos puede ser usada como excusa para no proporcionar atención a una persona con VIH/SIDA.
>
> Art. 32 Acceso a medicamentos.

[50] Ver Anexo 20. Congreso de la República. Decreto nº 27-2000, Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA. 2 de junio de 2000. Art. 48.

[51] El artículo 26 del Decreto 42-2001, Ley de Desarrollo Social establece: “Sin perjuicio de las atribuciones y obligaciones que dispongan otras leyes, y de conformidad con lo que establezca la Política Nacional de Desarrollo Social y Población, El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en coordinación con el Ministerio de Educación debe diseñar, coordinar, ejecutar y promover el Programa de Salud Reproductiva, que sea participativo, sin discriminación e incluyente y que tome en cuenta las características, necesidades y demandas de mujeres y hombres. El programa de Salud Reproductiva deberá cumplir y apegarse a las siguientes disposiciones: 1. Objeto. El Programa de Salud Reproductiva tiene como objetivo esencial reducir los índices de mortalidad materna e infantil, haciendo accesibles los servicios de salud reproductiva a mujeres y hombres y educando sobre los mismos. 2. Servicios. Los servicios de Salud Reproductiva son parte integral de los servicios de salud pública, por lo que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por medio de sus dependencias, hospitales, centros de salud, puestos de salud y demás unidades administrativas y de atención al público, están obligados a garantizar el acceso efectivo de las personas y la familia a la información, orientación, educación, provisión y promoción de servicios de salud reproductiva, incluyendo servicios de planificación familiar, atención prenatal, atención de parto y puerperio, prevención del cáncer cérvico uterino y el de mama, atención a la menopausia y climaterio, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de próstata, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad y esterilidad, diagnóstico, tratamiento y prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y atención a la población en edad adolescente”. Ver Anexo 4. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006. Pág. 13.

> En cumplimiento de los artículos 35 y 48 de la Ley, el MINISTERIO DE SALUD PÛBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL proporcionará en las unidades que cuenten con la capacidad mínima, atención integral de calidad, incluyendo el acceso a medicamentos antirretrovirales de acuerdo a los Protocolos nacionales de tratamientos de VIH/SIDA(…)[52]

El 30 de noviembre de 2005 fue aprobado en Consejo de Ministros el Acuerdo Gubernativo 638-2005, que aprueba la Política Pública respecto de la Prevención de las Infecciones de Trasmisión Sexual -ITS- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA-[53].

c. Marco institucional de la prevención y atención al VIH

En 1996, se elaboró el primer Plan Estratégico Nacional de respuesta al VIH y en 1999, a instancias del Ministerio de Salud y en estrecha colaboración con la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA (integrada por ONGs, sector religioso, gobierno, cooperación y fuerzas armadas), se elaboró el Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y SIDA 1999-2003[54].

De acuerdo con el propio Ministerio de Salud, dicho Plan Estratégico adoleció de falta de institucionalización y de asignación presupuestaria suficiente[55].

En el año 2000, la ley general sobre VIH estableció la creación del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA (en adelante "PNS" o "Programa Nacional de VIH"), así como de la llamada Comisión Multisectorial[56].

Dicha ley, define al PNS como "el rector en el ámbito nacional en la promoción de la salud, prevención, vigilancia epidemiológica, control, diagnósticos, atención y seguimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual, Virus de la Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida"[57].

---

[52] Ver Anexo 21. Acuerdo Gubernativo nº 317-2002. Reglamento de la Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA 6 de septiembre de 2002. Artículos 2, 31 y 32.

[53] Ver Anexo 22. Acuerdo Gubernativo nº 638-2005, en virtud del cual se aprueba la Política Pública respecto de la Prevención de las Infecciones de Trasmisión Sexual -ITS- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA. 30 de noviembre de 2005.

[54] Ver Anexo 4. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006. Presentación y Págs. 14 y 25.

[55] Ver Anexo 4. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006. Presentación y Págs. 14 y 25.

[56] Ver Anexo 20. Congreso de la República. Decreto nº 27-2000, Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA. 2 de junio de 2000. Arts. 4 y 5.

[57] Ver Anexo 20. Congreso de la República. Decreto nº 27-2000, Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA. 2 de junio de 2000. Art. 4.

Por su parte, la Comisión Multisectorial, conformada por aquellas organizaciones que velan y trabajan en la prevención de ITS/VIH/SIDA, "deberá coordinar y apoyar las políticas que dicte el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a nivel nacional"[58].

En el año 2005, el Programa Nacional de VIH publicó la Guía de Tratamiento Antirretroviral y de Infecciones Oportunistas de Guatemala y en marzo del año 2006, se aprobó el nuevo Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA 2006-2010; al cual le siguió el correspondiente a los años 2011-2015[59].

En la actualidad, se está discutiendo el Plan Estratégico Nacional (2016-2020) y los principales actores estatales involucrados en la respuesta nacional al VIH son la Comisión Nacional del Sida (en adelante "CONASIDA") que actualmente pertenece a la estructura del MSPAS y el referido Programa Nacional de VIH, también parte del MSPAS. Además, la labor se coordina y apoya con el Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS), las Direcciones de Áreas de Salud territoriales (DAS), el sistema hospitalario Público, el Sistema de Información Gerencial Integrado (SIGSA), el IGSS y el Centro Nacional de Epidemiología (CNE)[60].

Además, existen en el territorio nacional 17 Unidades de Atención Integral (UAI) para la atención de personas con VIH. Cada una de estas unidades debería contar con un equipo encargado de la recepción, diagnóstico, tratamiento y atención de las personas con VIH[61].

d. Atención brindada a la población con VIH en Guatemala y acceso a tratamiento antirretroviral

Tomando en cuenta las salvedades *supra* referidas en cuanto a la información disponible, a continuación haremos un breve recuento de la evolución experimentada en la atención que han venido recibiendo las personas con VIH

[58] Ver Anexo 20. Congreso de la República. Decreto nº 27-2000, Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA. 2 de junio de 2000. Art. 5. No obstante, cabe destacar que en 1987 se creó el Programa Nacional de Vigilancia y Control del VIH-SIDA, ente perteneciente al Ministerio de Salud encargado de dar seguimiento y coordinación técnico-normativa a la atención de VIH; así como la Comisión Nacional Multisectorial de Organizaciones que velan y trabajan por la atención y prevención de ITS, VIH y SIDA (CONASIDA)". Fuente: Anexo 5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la lucha contra el VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2014. Pág. 23.

[59] Ver Anexo 23. Guía de Tratamiento Antirretroviral y de Infecciones Oportunistas de Guatemala. 2005. Ver también Anexo 4. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA. Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y SIDA.

[60] Ver Anexo 15. ONUSIDA, "Informe nacional sobre los progresos realizados en la lucha contra el VIH y sida". Guatemala. Marzo de 2012. Pág. 10

[61] Ver Anexo 15. ONUSIDA, "Informe nacional sobre los progresos realizados en la lucha contra el VIH y sida". Guatemala. Marzo de 2012. Págs. 10 y 16. Ver también Anexo 5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la lucha contra el VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2014. Pág. 25.

en Guatemala, desde la época en la que se originaron los hechos del presente caso hasta la actualidad.

Cabe precisar que la eficacia del tratamiento antirretroviral se anunció por primera vez en 1996[62].

Pues bien, el Ministerio de Salud guatemalteco comenzó a proveer de medicamentos antirretrovirales a partir del año 1999[63]. No obstante, en esa fecha, el sistema público de salud proporcionaba tratamiento únicamente al 13% del total de la población con VIH que lo requería, de tal modo que casi la totalidad de estas personas no tenían acceso al medicamente antiretroviral[64]. Ilustra lo anterior la lotería que la clínica del hospital San Juan de Dios, uno de los dos hospitales principales de la capital, se vio obligada a realizar en mayo de 1999 con el objeto de decidir cuáles de sus pacientes recibirían el tratamiento antirretroviral disponible, que alcanzaba para seis personas durante seis meses[65].

Del año 2000 al 2003, el Ministerio de Salud únicamente proporcionó tratamiento antirretroviral a 27 personas, y a 370 personas en el año 2005, del total estimado *supra* referido de al menos 55.000 personas con VIH[66]. La justificación alegada públicamente por las autoridades era la falta de recursos

[62] Ver Anexo 3. ONUSIDA. Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada de 2006. Prólogo.

[63] Ver Anexo 4. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006. Pág. 14. En Guatemala, ante la falta de tratamiento antirretroviral, se empleaba la profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) en pacientes que acudían a los servicios de salud en etapa SIDA, con infecciones oportunistas. Así, según datos de la OMS, desde los inicios de la epidemia del VIH, se ha considerado a la TMP-SMX como una intervención viable, bien tolerada y costoeficaz que permite prevenir infecciones oportunistas y afecciones comórbidas en personas infectadas por el VIH. *Cfr.,* Organización Mundial de la Salud –OMS- Nota Descriptiva de 1 de diciembre de 2014. Disponible en: http://www.who.int/hiv/topics/arv/cotrimoxazole_factsheet_dec2014/es/ Último acceso el 1 de marzo de 2017.

[64] Alan Zarembo. Newsweek “Life or Death lottery”. 7 de mayo de 1999. Disponible en: http://europe.newsweek.com/life-or-death-lottery-168566?rm=eu Último acceso el 31 de diciembre de 2016.

[65] Alan Zarembo. Newsweek “Life or Death lottery”. 7 de mayo de 1999. Disponible en: http://europe.newsweek.com/life-or-death-lottery-168566?rm=eu Último acceso el 31 de diciembre de 2016.

[66] Cabe precisar que, tal y como se detallará en la sección correspondiente, el 26 de julio de 2002 varias personas con VIH y organizaciones que trabajaban en la promoción de los derechos humanos de estas personas, interpusieron un recurso de amparo en contra del Presidente Portillo para que se garantizara el tratamiento universal a las personas con VIH en el país. A raíz de dicho recurso, el Presidente concedió una partida específica de 500.000 quetzales, con la cual se proporcionó tratamiento a 24 personas en el hospital San Juan de Dios y a 47 en el hospital Roosevelt durante el año 2003. Sin embargo, ante la inexistencia de garantías de continuidad de dicho tratamiento, únicamente nos referiremos en este escrito a las 27 personas a las que les fue otorgado el tratamiento de manera estable de parte del Ministerio de Salud en esa fecha. Ver Anexo 24.COPREDEH. Informe del Estado de Guatemala sobre las observaciones al informe de admisibilidad No. 32/05 aprobado en 122º Periodo Ordinario de Sesiones en el caso No. 12.484 de las personas afectadas por el VIH/SIDA en Guatemala. Pág. 6.

económicos[67]. Por su parte el IGSS, atendía en el año 2003 a 1200 personas con VIH, cotizantes con exclusividad, con un desabastecimiento regular que obligaba a los pacientes a suspender temporalmente sus terapias antirretrovirales y provocaba serios problemas de resistencia a los medicamentos, con el consiguiente impacto en su salud. Además, dicha institución no efectuaba los exámenes necesarios para el seguimiento adecuado.

Ante la omisión estatal, del año 2000 al 2004, aumentó significativamente el número de personas que accedieron a tratamiento gracias a la ONG internacional Médicos Sin Fronteras (en adelante "MSF") y el apoyo de Proyecto Vida[68]. Así, en el año 2004, los equipos de MSF trataban a más de 1.600 pacientes en dos hospitales de Ciudad de Guatemala y en dos centros de salud departamentales (uno de ellos en el Hospital Nacional de Coatepeque)[69].

Además de MSF, diversos organismos internacionales, entre ellos la USAID, a través del Proyecto Acción SIDA de Centroamérica –PASCA-, ONUSIDA y otras agencias tales como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) proporcionaron ayuda internacional para responder a la epidemia del VIH en el país[70].

Por su parte, el 15 de octubre de 2003, el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (en adelante "Fondo Mundial") aprobó la iniciativa "Intensificación de las Acciones de Prevención y Atención Integral del VIH y SIDA en Grupos Vulnerables y Áreas Prioritarias de Guatemala", representando una donación total de $40.921.917 para cinco años, monto que cubría únicamente el 50% de las necesidades del país[71].

---

[67] Ver Anexo 25. Prensa Libre. "En lucha por más vida. Portadores de VIH y afectados por el SIDA solicitan atención médica al Gobierno". Guatemala. 14 de junio de 2002.

[68] Proyecto Vida es una organización no gubernamental que desde 1994 inició su trabajo en el diagnóstico de VIHS/SIDA en Guatemala. Tanto el Proyecto Vida, como los programas de MSF en Coatepeque y Ciudad de Guatemala informaban al MSPAS sobre los diagnósticos que realizaban.

[69] Ver Anexo 4. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006. Pág. 14 También CCOOntigo Servicios. "El Congreso de Guatemala rechaza la Ley que restringe el acceso a medicamentos". 2004. Disponible en: http://www.ccoo-servicios.info/noticias/16526.html Último acceso el 1 de enero de 2017.

[70] Ver Anexo 26. Gobierno de la República. Política Pública respecto de la prevención a las infecciones de transmisión sexual –ITS- y a la respuesta a la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida –SIDA-. (sic) Pág. 6

[71] Ver Anexo 4. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006. Pág. 21. También Médicos Sin Fronteras. "Ministerio de Salud Asume proyecto sida MSF Puerto Barrios". Noticias. 11 de julio de 2007. Disponible en: https://www.msf.es/actualidad/guatemala-ministerio-salud-asume-proyecto-sida-msf-puerto-barrios Último acceso el 1 de enero de 2017.

A partir del año 2005, MSF comenzó a transferir sus pacientes al Ministerio de Salud. No obstante, de acuerdo con el Programa Nacional de VIH de dicho Ministerio, para el año 2006 no existían recursos suficientes "para asegurar la atención mínima de calidad a la totalidad de las PVVS en el país" lo cual se traducía en una merma en su calidad de vida, así como en un aumento significativo de la mortalidad por causas relacionadas con la infección[72].

Además, en esa fecha, la respuesta nacional a la epidemia estaba centralizada en Ciudad de Guatemala, de modo que el factor geográfico y la centralización de los servicios, impedían que las personas en condiciones de extrema pobreza residentes fuera de la capital estuvieran en condiciones de movilizarse hacia los centros urbanos en los que se brindaba ayuda médica especializada[73].

Otros problemas que presentaba la atención que se brindaba para ese entonces por parte del sistema público de salud a las personas con VIH, de acuerdo con el Programa Nacional, eran el diagnóstico tardío, el seguimiento deficiente al caso del paciente y el escaso apoyo brindado a las personas con VIH y sus familias[74].

Por su parte el IGSS, en ese año 2006, proporcionaba tratamiento antirretroviral a 1800 personas. No obstante, dicho ente continuaba presentando los problemas de desabastecimiento de medicamentos *supra* referidos[75].

Para los años 2007 y 2008, aun contando con los aportes del Fondo Mundial, la cobertura de tratamiento antirretroviral entre el Ministerio de Salud y el IGSS era únicamente del 43%, quedando un descubierto de más del 50% de la población afectada[76].

Además, en los casos en los que sí se brindaba, la atención presentaba carencias tales como el desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales,

---

[72] Ver Anexo 4. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006. Pág. 18.

[73] Ver Anexo 4. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006. Págs. 15 y 18.

[74] Ver Anexo 4. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006. Pág. 27.

[75] Ver Anexo 4. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006. Pág. 17.

[76] Ver Anexo 8. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. USAID. Diagnóstico de Situación y Respuesta al VIH-SIDA. Análisis y Conclusiones. Guatemala, enero 2008. Guatemala. Pág. 13; Escrito de las peticionarias de 20 de septiembre de 2008. Pág. 11. Ver Anexo 27 certificaciones de diversos centros de salud y hospitales públicos solicitando antirretrovirales en el mes de septiembre de 2008.

falta de tratamiento de enfermedades oportunistas y para la prevención de la transmisión vertical de madre a hijo o hija de la infección, así como irregularidad y graves retrasos en la realización y entrega de resultados de los exámenes de carga viral y de CD4.

Para marzo de 2008, la Fundación Marco Antonio brindaba atención médica a personas con VIH con presupuesto a cargo del Ministerio de Salud. No obstante, la referida fundación tuvo serios problemas en la atención que proporcionaba. Así, en enero de 2008 la organización no contó con fondos suficientes, por lo que redujeron personal e incluso se solicitó a los pacientes un aporte "voluntario" de 100Q, el cual fue devuelto posteriormente a algunos de ellos al expresar su oposición[77].

Esas falencias estructurales se mantuvieron durante los años sucesivos, pese a la implementación en el país de las referidas instituciones y programas relacionados con la respuesta nacional al VIH. Así, cabe destacar las denuncias y pronunciamientos respecto de la falta de acceso a medicamentos antirretrovirales y a los exámenes vitales, emitidos en el año 2010 por la PDH[78].

De igual modo, en el año 2013, un informe de la Secretaría de Planificación de la Presidencia de la República de Guatemala -SEGEPLAN- documentó el desabastecimiento de los establecimientos que dispensan antirretrovirales y señaló que únicamente el 50% de la población estimada con VIH recibe tratamiento[79].

Dicho informe también evidenció la falta de tratamiento adecuado para la tuberculosis, una de las enfermedades oportunistas más frecuentes. Aunado a lo anterior, señaló que el personal a cargo de la respuesta al VIH no estaba adecuadamente remunerado, ya que se simulaban contratos de carácter civil para evadir el pago de prestaciones sociales y se abonan los salarios con 4 o 5 meses de retraso de manera cíclica cada inicio de año[80].

Por su parte, ONUSIDA resaltó en su informe de 2014 que: "Guatemala necesita reforzar el plan de compras para hacerlo más realista y adecuado, y evitar vencimientos y desabastecimiento"[81].

---

[77] El 28 de enero de 2008, 60 personas con VIH presentaron un recurso de amparo ante la CC en contra del Decreto 70-2007, que aprobaba el Presupuesto General de la Nación para el año 2008 y que redistribuía los fondos inicialmente asignados a la Fundación Marco Antonio da otra organizaciones no gubernamentales dedicadas a la violencia intrafamiliar. Ver anexo 28 Amparo nuevo de 28 de enero de 2008 en contra del Decreto 70-2007.

[78] Ver Prensa Libre, "PHD denuncia escasez de antirretrovirales". 25 de octubre de 2010. Disponible en: http://www.prensalibre.com/noticias/PDH-denuncia-escasez-antirretrovirales_0_359964030.html

[79] Ver Anexo 9. Secretaría de Planificación de la Presidencia de la República de Guatemala – SEGEPLAN- Informe de Avances 2013. Política de Desarrollo Social y Población. Política de Desarrollo Social y Población. Págs. 26 y 82.

[80] Ver Anexo 9. Secretaría de Planificación de la Presidencia de la República de Guatemala – SEGEPLAN- Informe de Avances 2013. Política de Desarrollo Social y Población. Política de Desarrollo Social y Población. Págs. 26 y 85.

[81] Ver Anexo 5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Lucha contra el VIH y SIDA. Guatemala. Marzo de 2014. Pág. 26

En ese sentido, ONUSIDA en un informe sobre la inversión de recursos financieros en VIH en Guatemala, basándose en un estudio de la *International Treatment Preparedness Coalition* (ITPC)[82], señaló que en 2014, Guatemala pagó entre 3 y 10 veces más por medicamentos antirretrovirales, en comparación con los otros 5 países incluidos en el estudio[83]. Adicionalmente destacó que, dado que el IGSS cuenta con sus propios lineamientos y mecanismos de compra, pagó precios aún más altos que el MSPAS[84].

A partir del año 2015, la atención en salud recibida por la población con VIH en Guatemala, además de mantener las falencias citadas, se vio afectada por la crisis del sistema de salud guatemalteco provocada, entre otros, por los casos de corrupción que involucraron a altos ex funcionarios de gobierno, entre ellos del ámbito de la salud[85]. Así las cosas, la PDH determinó en noviembre de

---

[82] Otro estudio realizado por ITPC sobre las barreras legales existentes en Guatemala asociadas a la propiedad intelectual aplicada a la adquisición de medicamentos antirretrovirales, concluye que la regulación actual de los derechos de protección de patentes a las farmacéuticas ha dificultado la compra de antirretrovirales a precios de referencia internacional. En ese sentido, recomienda considerar la utilización de las licencias obligatorias y las importaciones paralelas "salvaguardas! Establecidas en los Acuerdos de los Derechos de Propiedad Intelectual (ADPIC), teniendo en cuenta lo establecido en la Declaración de Doha. *Cfr.,* International Treatment Preparedness Coalition (ITPC). *Estudio sobre las barreras legales en Guatemala de la propiedad intelectual aplicada a la adquisición de medicamentos ARV para VIH. 2015. Citado en,* Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, y Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH y SIDA –ONUSIDA-. *Estimando los efectos de la inversión óptima de los recursos financieros en la incidencia y mortalidad por VIH en Guatemala.* Octubre de 2016. Pág. 25.

[83] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, y Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH y SIDA –ONUSIDA-. *Estimando los efectos de la inversión óptima de los recursos financieros en la incidencia y mortalidad por VIH en Guatemala.* Octubre de 2016. Pág. 25.

[84] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, y Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH y SIDA –ONUSIDA-. *Estimando los efectos de la inversión óptima de los recursos financieros en la incidencia y mortalidad por VIH en Guatemala.* Octubre de 2016. Pág. 26.

[85] Cabe destacar los señalamientos en contra de la ex vicepresidenta Roxana Baldetti y el ex Presidente Otto Pérez Molina dentro del caso de defraudación aduanera conocido como "La Línea"; el desvío de aproximadamente 6.9 millones de dólares por parte del subdirector de la Dirección General de Apoyo y Logística de la Policía Nacional Civil ; la investigación contra la jueza Carol Patricia Flores por enriquecimiento ilícito, lavado de dinero e incumplimiento del deber de presentar Declaración patrimonial. En el ámbito del sistema de salud guatemalteco, uno de los casos de corrupción fue la concesión fraudulenta –por parte del IGSS- de un contrato de servicios de salud a una empresa que no contaba con las condiciones técnicas y de experiencias necesarias, lo que provocó la muerte de al menos diecisiete pacientes renales infectados por peritonitis. Dentro del caso conocido como Negociantes de la Salud, la estructura criminal buscó obtener beneficios a través de la venta de servicios médicos, medicamentos (incluidos antirretrovirales) e insumos en el IGSS los cuales procuraban colocar en el listado básico de medicamentos de la entidad y manipular los procesos de compra para resultar favorecidos. El 15 de junio de 2016, fue detenido por estos hechos el gerente del IGSS, Oscar Armando García Muñoz. Ver Nómada. "IGSS: tres pacientes renales muertos, quince infectados y #530enRiesgo", 10 de marzo de 2015, disponible en: https://nomada.gt/igss-tres-pacientes-renales-muertos-quince-infectados-y-530enriesgo/; Nómada. "De cómo 530 pacientes frenaron un caso de corrupción que había matado a 12 personas", 15 de mayo de 2015, disponible en: https://nomada.gt/de-como-530-pacientes-frenaron-un-caso-de-corrupcion-que-habia-matado-a-12-personas/ Ver también SIPSE.com, "Escandalo en el Seguro Social de Guatemala", 20 de mayo de 2015, disponible en: http://sipse.com/mundo/guatemala-detienen-

2015 que “el sistema de salud enfrenta la peor crisis documentada hasta día de hoy”[86]. Dicha crisis se tradujo en el desabastecimiento de medicamentos, insumos (de laboratorio, quirúrgicos, de limpieza), equipo, infraestructura (insuficiencia y malas condiciones), atrasos en el pago de personal y el cierre de consultas[87].

De igual forma, ONUSIDA mediante comunicado de 10 de noviembre de 2015, manifestó su preocupación por la situación de desabastecimiento que vive el país[88].

El impacto de la crisis institucional del sistema de salud en la atención brindada a la población con VIH, en combinación con las deficiencias estructurales que han caracterizado a la misma a lo largo de los años, se tradujo en la falta de ejecución del presupuesto aportado por el Fondo Mundial para la compra de medicamentos antirretrovirales, alcanzando únicamente el 60% en diciembre de 2015. Lo anterior, además de la reducción del tratamiento disponible, pudo implicar límites al acceso a los recursos del Fondo para momentos posteriores. Además, las clínicas de atención integral del MSPAS y el IGSS sufrieron a fines de ese año un grave desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales, medicamentos para infecciones oportunistas e insumos para diagnósticos de carga viral, VIH y de CD4 que comprometió aún más la atención brindada[89]. Aunado a lo anterior, hubo demoras de hasta 7 meses en la contratación del personal de algunas clínicas de infectología, y las Unidades de Atención Integral de varios departamentos reportan personal insuficiente[90]. En ese sentido, únicamente el 31% del estimado de personas con VIH en el país recibió el tratamiento antirretroviral durante el año 2015, con las deficiencias ya mencionadas[91].

---

funcionarios-salud-caso-corrupcion-152521.html Ver Prensa Libre. Cae gerente del IGSS por caso Negociantes de la Salud. 16 de junio de 2016. Disponible en http://www.prensalibre.com/guatemala/justicia/detenido-gerente-del-igss-por-caso-negociantes-de-la-salud Último acceso el 8 de agosto de 2016.

[86] Emisoras Unidas, “Sistema de salud enfrenta la peor crisis documentada según la PDH”. 9 de noviembre de 2015. Disponible en: http://emisorasunidas.com/noticias/nacionales/sistema-de-salud-enfrenta-la-peor-crisis-documentada-segun-la-pdh/ Último acceso el 1 de enero de 2017.

[87] Ver Anexo 29. Procuraduría Derechos Humanos –PDH- Informe anual circunstanciado. Situación de los Derechos Humanos y Memoria de Labores 2015. Guatemala. Pág. 240

[88] Ver ONUSIDA. Comunicado “Alerta por desabastecimiento de antirretrovirales”. Guatemala. 10 de noviembre de 2015. Disponible en: http://onu.org.gt/wp-content/uploads/2016/04/Comunicado-ONUSIDA-Alerta-por-desabastecimiento-de-retrovirales-10112015.pdf

[89] Ver Prensa Libre. *Organizaciones denuncian falta de atención a personas con VIH*. Guatemala. 9 de noviembre de 2015. Disponible en http://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/organizaciones-denuncia-falta-de-atencion-a-personas-con-vih Último acceso el 1 de enero de 2017.

[90] Ver Anexo 29. Procuraduría Derechos Humanos –PDH- Informe anual circunstanciado. Situación de los Derechos Humanos y Memoria de Labores 2015. Guatemala.

[91] Ver Anexo 13. Red Legal y su Observatorio de Derechos Humanos, VIH y PEMAR. 4º Informe Nacional sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas con VIH y poblaciones clave 2013-2015. Prólogo y Pág. 16.

La situación alcanzó tal gravedad, que el 24 de febrero de 2016 la PDH presentó ante la Corte de Constitucionalidad (CC) una acción legal contra el IGSS, por la falta de suministro de medicamentos antirretrovirales y para el tratamiento de enfermedades oportunistas, así como por la mala atención que en general reciben los pacientes en las UAI al no contar con pruebas rápidas para la detección del virus, nutricionistas, psicólogos, ni mobiliario[92].

Al respecto, la PDH en su informe anual de 2016 señaló lo siguiente:

> Con el objetivo de verificar las condiciones de atención en diferentes Unidades de Atención Integral (UAI), la IPDH monitoreó 20 de ellas, 17 de salud pública y 3 del seguro social. Se encontró que el 47% de las UAI adscritas al MSPAS reportaron falta de personal de todo tipo y únicamente tres clínicas tienen equipo para pruebas de CD4, donado por la Organización AHF-Guatemala. Los exámenes de laboratorio convencionales se realizan en el laboratorio clínico del hospital; sin embargo, los hospitales no cuentan con suficientes reactivos para la demanda de la población. Los hospitales de referencia son quienes más personas atienden (HGSJDD= 2,988; HR= 3,998); la mediana de pacientes que están siendo atendidos en UAI del sistema de salud pública es de 297. No se observó en ninguna UAI mejoras en las instalaciones (en el caso de la UAI de Escuintla se encontró heces fecales alrededor del hospital)[93].

Así las cosas, un informe que analiza la situación del 2013 al 2015 concluyó que la respuesta del Estado de Guatemala ante la epidemia del VIH ha adolecido de

> (…) falta de un presupuesto suficiente, funcionarios poco sensibles en la temática, poca relación con la sociedad civil, no se ha sido eficiente en el monitoreo y el acompañamiento de casos de VIH, no hay calidad de atención, personal, medicamentos, la respuesta no es suficiente ni adecuada[94].

De igual modo, la PDH destacó en el año 2016, la persistencia en el desabastecimiento de antiretrovirales[95]. Por otro lado, de las 36.231 personas con VIH registradas, únicamente 14.388 reciben terapia con antirretrovirales. Aunado a lo anterior, solo del 42 al 45 % de las personas con VIH en el país conocen su diagnóstico[96].

---

[92] Noticia Día. *Ombudsman de Guatemala denuncia falta de medicamentos para pacientes con VIH*. 24 de febrero de 2016. Disponible en http://noticiaaldia.com/2016/02/ombudsman-de-guatemala-denuncia-falta-de-medicamentos-para-pacientes-con-vih/ Último acceso el 1 de enero de 2017. Ver también Soy 502. *PDH Interpone amparo contra IGSS por falta de antirretrovirales,* 24 febrero 2016. Disponible en http://www.soy502.com/articulo/pdh-interpone-amparo-contra-igss-falta-antirretrovirales Último acceso el 1 de enero de 2017.

[93] Ver Anexo 30. Procuraduría de Derechos Humanos –PDH-. Informe anual circunstanciado. Guatemala, 2016. Pág. 245.

[94] Ver Anexo 13. Red Legal y su Observatorio de Derechos Humanos, VIH y PEMAR. 4º Informe Nacional sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas con VIH y poblaciones clave 2013-2015. Pág. 69.

[95] Ver Anexo 30. Procuraduría de Derechos Humanos –PDH-. Informe anual circunstanciado. Guatemala, 2016. Págs. 14 y 245.

[96] Ver Anexo 30. Procuraduría de Derechos Humanos –PDH-. Informe anual circunstanciado. Guatemala, 2016; Prensa Libre. “Se incumplen derechos de personas con VIH”. 5 de diciembre

Al respecto, en una nota de 9 de marzo de 2017, de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de Salud Pública y Asistencia Social del MSPAS, registró que el Hospital de Coatepeque se encuentra desbastecido desde agosto de 2016 del antirretroviral Didanosina, y que quedará desabastecido de Abacavir en marzo del presente año; asimismo, el Hospital Roosevelt se encuentra desabastecido del antirretroviral Didanosina, y quedará desabastecido de Abacavir y Maraviroc en marzo, y de Duranavir y Raltegravir en abril del presente año. De igual forma, el Hospital San Juan de Dios quedará desabastecido de Abacavir y Maraviroc en marzo de este año y de Duranavir y Raltegravir en abril; el Hospital de Retalhuleu y el Hospital de Malacatán quedarán desabastecidos de Abacavir en marzo de este año[97].

Por tales hechos, el pasado 15 de marzo, varias personas con VIH interpusieron un recurso de amparo ante la Corte Suprema de Justicia de Guatemala[98]. Ninguna de esas personas es víctima del presente caso.

En atención a todo lo anterior, el desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales encuentra sus causas estructurales en primer lugar, en el listado de medicamentos que son protegidos por la Ley de Propiedad Industrial en sus formulaciones más innovadoras[99], lo cual no permite la comercialización de los medicamentos ARV a precios inferiores; como por ejemplo, el maravicoc[100]. En segundo lugar, en las trabas administrativas y burocráticas que se desprenden del sistema de contratación; y por último de la mala gestión en el plan de compras que incluso ha estado impactado por la corrupción señalada arriba.

Al respecto, un estudio realizado en 2015 por el Fondo Mundial, en conjunto con *International Treatment Preparedness Coalition*, sobre la Barreras legales en Guatemala en la propiedad intelectual aplicada a la adquisición de medicamentos ARV para la atención del VIH-, señala que

> (…) para el caso de Guatemala los derechos de propiedad intelectual no han permitido obtener precios internacionales de referencia para la compra de algunos medicamentos ARV/VIH como el Lopinavir/Ritonavir que ha mantenido su precio de dos a tres veces más por encima del precio de referencia internacional, generando situaciones de monopolio que distorsionan los precios de mercado y demandan de una mayor cantidad de recursos financieros para su adquisición[101].

---

de 2016. Disponible en: http://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/organizaciones-denuncian-violacion-de-derechos-a-personas-con-vih Último acceso el 1 de enero de 2017.

[97] Ver anexo 31. MSPAS, Nota suscrita por la doctora Zoila Albina Guerra, directa de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de Salud Pública y Asistencia Social del MSPAS, 9 de marzo de 2017. Págs. 2-3.

[98] Ver Anexo 32. Recurso de amparo interpuesto ante la Corte Suprema de Justicia de Guatemala de 15 de marzo de 2017.

[99] Ver Anexo 33. Listado de medicamentos protegidos por la ley de propiedad intelectual

[100] Ver *Medicines patents and licences database* disponible en http://www.medspal.org/. MedsPaL provides information on the patent and licensing status of selected HIV, hepatitis C and tuberculosis medicines in low- and middle-income countries.

[101] Fondo Mundial, Hivos y ITPCO, "Estudios sobre las barreras legales de la propiedad intelectual aplicada a la adquisición de medicamentos ARV para VIH en Guatemala", diciembre

Según este mismo informe: "El problema radica en la intervención de los derechos de propiedad intelectual instaurados en la Ley de Propiedad Industrial que faculta el otorgamiento de patentes farmacéuticas que limitan el acceso a antirretrovirales a bajo costo"[102].

En ese sentido, el artículo 177 de la Ley de Propiedad Industrial, aprobada en noviembre del año 2000, establece un período de cinco años, a partir del otorgamiento del registro sanitario de un fármaco, en el que no se podrá conceder otro registro de comercialización, limitando así la producción y distribución de genéricos en el país al no poder utilizar los datos de prueba de las productoras de medicamentos innovadores[103].

Por su parte, el artículo 177 bis –adherido mediante una reforma a la ley en 2003-, establece una excepción respecto a la divulgación de los datos en la cual se podría amparar el Estado para acceder a los medicamentos; dicho artículo indica "Excepción a la obligación de no divulgar datos de prueba. Se exceptúan de la obligación de no divulgar datos de pruebas u otros no divulgados, los siguientes: a) En productos farmacéuticos, cuando sea necesario proteger la seguridad en el uso de los mismos, la vida o la salud o en casos de emergencia nacional declarada (…)"[104].

Pese a ello, dicha excepción encuentra una limitante para su aplicación. De esta forma, mediante decreto 30-2005 emitido en 2005, que reformó la Ley de Propiedad Industrial, se estableció en su artículo 7 que "en caso de discrepancia entre las disposiciones contenidas en esta Ley y los acuerdos comerciales vigentes en Guatemala, prevalecerán para su aplicación estas últimas para las partes del mismo"[105].

Así, un ejemplo del impacto de estas limitantes es el Acuerdo Ministerial 472-2012 que autorizó la importación de los antirretrovirales Lopinavir/Ritonavir para asegurar el abastecimiento de los medicamentos para personas con VIH, mediante una donación del Fondo Mundial, sin embargo, esta no se pudo concretar debido a que la casa farmacéutica de dichos medicamentos alegó tener patentados los mismos[106].

---

de 2005, pág. 7. Disponible en: http://www.itpc-latca.org/index.php?option=com_content&view=article&id=132:estudio-de-barreras&catid=4:estudios&Itemid=22

[102] Fondo Mundial, Hivos y ITPCO, "Estudios sobre las barreras legales de la propiedad intelectual aplicada a la adquisición de medicamentos ARV para VIH en Guatemala", diciembre de 2005, pág. 8. Disponible en: http://www.itpc-latca.org/index.php?option=com_content&view=article&id=132:estudio-de-barreras&catid=4:estudios&Itemid=22

[103] Ver Anexo 34 Congreso de la República, Decreto 57-2000, Ley de Propiedad Industrial. Art 177

[104] Ver Anexo 34 Congreso de la República, Decreto 57-2000, Ley de Propiedad Industrial. Art 177 bis.

[105] Ver Anexo 35 Congreso de la República, Decreto 30-2005, Reforma a la Ley de Propiedad Industrial. Art. 7

[106] Ver Anexo 71. Fondo Mundial, Hivos y ITPCO, "Estudios sobre las barreras legales de la propiedad intelectual aplicada a la adquisición de medicamentos ARV para VIH en Guatemala", diciembre de 2015, pág. 9. Disponible en: http://www.itpc-

Así, la existencia de la normativa actual en materia de patentes, limita el comercio legítimo de medicamentos genéricos, impactando seriamente en el acceso a servicios de tratamiento para el VIH y otros productos farmacéuticos a precios bajos.

Estas falencias normativas han sido arrastradas por el Estado de Guatemala desde el año 2000, mismas que fueron informadas en diversas ocasiones a la CIDH por parte de las representantes, en el marco de las medidas cautelares vigentes en el presente caso[107].

Inclusive, un informe de la Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos de Guatemala (en adelante, "COPREDEH") de 18 de junio de 2004, aportado por el Estado a la CIDH, reconoce lo siguiente:

> En países como el nuestro el precio de las terapias está muy por encima del salario mínimo de cualquier trabajador (…). La lucha por abaratar los costos mediante el uso de medicamentos genéricos se convierte en una batalla compleja, ya que los grandes fabricantes se niegan a permitirlo[108].

Por otra parte, pese a que existe la posibilidad de que el IGSS pueda acceder a medicamentos genéricos por precios inferiores a través del Fondo Estratégico (FE), la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento establecen obstáculos que no permiten que las adquisiciones se hagan en tiempo y de forma planificada[109].

Al respecto, el propio IGSS mediante un comunicado de 13 de enero de 2017 reconoció que "las limitaciones que trajo la Ley de Contrataciones y su Reglamento, así como su posterior modificación, fue una de las causas que impidió el abastecimiento"[110].

---

latca.org/index.php?option=com_content&view=article&id=132:estudio-de-barreras&catid=4:estudios&Itemid=22

[107] Ver Anexo 36 Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. (Escrito de solicitud de medidas cautelares de 12 de agosto de 2002 y escrito de las representantes de 16 de agosto de 2004).

[108] Ver Anexo 36. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 66 (Escrito de la COPREDEH de 18 de junio de 2004)

[109] El Fondo Estratégico (FE) de la OPS/OMS, también es conocido como el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública, se define como un mecanismo de adquisición regional para mejorar la disponibilidad y acceso a medicamentos y otros insumos. "Todos los ARV recomendados por la OMS de primera línea (incluido los esquemas preferentes en combinación de dosis fija) y de segunda línea, se pueden adquirir por medio del FE. Los insumos para el diagnóstico de la infección por VIH también se pueden adquirir por el FE". "El Fondo Estratégico, en coordinación con el departamento de compras y suministros de la OPS, ha logrado acuerdos a largo plazo con fabricantes de ARV genéricos precalificados que aseguran el suministro de determinados medicamentos a un precio fijo para el periodo del contrato, que suele ser de 12 meses" Fondo Mundial, Hivos y ITPCO, "Estudios sobre las barreras legales de la propiedad intelectual aplicada a la adquisición de medicamentos ARV para VIH en Guatemala", diciembre de 2005, pág. 47. Disponible en: http://www.itpc-latca.org/index.php?option=com_content&view=article&id=132:estudio-de-barreras&catid=4:estudios&Itemid=22

[110] Ver Anexo 37. Comunicado de prensa de la Junta Directiva y Gerencia de IGSS de 13 de enero de 2017.

Así también lo había reconocido el MSPAS en 2014, señalando que "[l]a capacidad del Programa Nacional de Sida de proveer tratamiento ARV a todas las personas que lo necesitan se ve limitada por la presencia de factores como los mecanismos de compras burocráticos, la legislación sobre propiedad intelectual vigente, los precios de los antirretrovirales de marca, entre otros"[111].

B. Hechos

El presente caso se refiere a cuarenta y nueve personas con VIH, quienes por su condición de salud requieren de atención integral para garantizar su vida e integridad.

En ese sentido, en los acápites siguientes presentaremos, en primer lugar, información sobre los hechos relativos a la situación de salud y la falta de atención integral de cada una de las víctimas del presente caso. Asimismo aportaremos información relativa a los diversos factores de vulnerabilidad en que se encontraban, organizados en dos secciones a saber, una sobre aquellas víctimas fallecidas y la otra de las víctimas con vida que han enfrentado numerosas falencias en su atención. Seguidamente, nos referiremos a los hechos relacionados con la falta de atención integral por parte del Estado en dos momentos, antes y después de 2007. Finalmente, se expondrán las acciones iniciadas al respecto a nivel interno para tratar de solventar la falta de una atención debida y la respuesta por parte del Estado.

1. Sobre la situación de salud de las víctimas del caso y sus perfiles socio-económico y familiar

De manera preliminar, las representantes aclaramos a esta Honorable Corte que, si bien de los relatos que se presentarán a continuación se puede apreciar una relativa falta de precisión en algunos hechos y fechas, incluyendo por ejemplo de diagnóstico de la infección, ello obedece a las circunstancias particulares del presente caso, cuyos hechos han ocurrido a lo largo de varias décadas. En ese sentido, algunos de los relatos pueden contener algunas imprecisiones en virtud de varios factores, entre otros, el paso del tiempo, lo remoto de las residencias de algunas de las víctimas que dificultan el monitoreo constante de su situación, su condición socio-económica y los efectos traumáticos que el VIH ha ocasionado en sus vidas, la falta de historias clínicas completas respecto de cada paciente. Asimismo ni las víctimas, ni sus representantes, habíamos tenido acceso a parte de los expedientes hasta el 21 de marzo de los corrientes, en se nos trasladaron algunos expedientes proveídos por el Estado a solicitud de la Corte.

En este orden de ideas, las representantes llamamos la atención del Honorable Tribunal de que dadas estas condiciones, a fin de documentar los hechos a lo largo del trámite internacional hemos recurrido a la realización de entrevistas y la constatación de la situación de las víctimas por parte de los doctores

[111] Ver Anexo 5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Lucha contra el VIH y SIDA. Guatemala. Marzo de 2014. Pág. 35.

Calderón y Arathoon Esta información fue proporcionada de manera periódica al someter nuestros escritos de observaciones en el trámite ante la CIDH y no fue controvertida por el Estado. Esta información permite recoger datos clave de la historia clínica de las victimas así como ilustran las deficiencias en la atención a las y los pacientes.

Por lo anterior, solicitamos a este Alto Tribunal que, como lo ha hecho en otros casos, tome en cuenta las circunstancias particulares del caso concreto y realice una valoración integral de los hechos relatados[112].

En ese orden, tal y como se detallará a continuación, las víctimas de este caso presentan diversas condiciones de vulnerabilidad, sumadas a la de ser personas con VIH. Concretamente:

- Perciben ingresos económicos bajos o se encuentran desempleadas, en muchos casos, debido a la discriminación de que son objeto por el VIH.
- Muchas contaban con mínima o nula escolaridad, incluso algunas no saben leer y escribir.
- Además, hay quienes pertenecen a alguna etnia indígena y, al menos una de ellas apenas habla español.
- Adicionalmente, hay algunas víctimas que han sido discriminadas debido a su orientación sexual, o la percepción de ésta.
- La enfermedad, y sobre todo la progresión de la misma, han impedido que se dediquen a las actividades que solían realizar con anterioridad a la enfermedad.
- La gran mayoría vive o vivía en zonas alejadas de las Clínicas donde reciben atención y deben o debían invertir una gran cantidad de tiempo y recursos económicos para llegar hasta ella[113].
- Veintiséis de las víctimas son mujeres, la mayoría de las cuales se encontraban además en edad reproductiva en algún momento de la tramitación del presente caso.
- Del total de hijos de las mujeres víctimas, 2 adquirieron VIH por transmisión vertical.

2. Víctimas fallecidas

a. Víctimas fallecidas por causas relacionadas con el VIH

Actualmente, asciende a quince el total de víctimas fallecidas, trece de las cuales murieron a consecuencia de la nula o deficiente atención a la infección. A la fecha de la presentación de la petición inicial ante la CIDH, el 14 de agosto

[112] Corte IDH. *Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2010. Serie C No. 216. Párr. 89, 91-95. Corte IDH. *Caso de personas dominicanas y haitianas expulsadas Vs. República Dominicana*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de agosto de 2014. Serie C No. 282. Párr. 197.

[113] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010. La Dra. Calderón declarará sobre dicha información en el momento procesal oportuno. (Escrito de 10 de diciembre de 2010. Pág. 8)

de 2003, dos de las víctimas habían fallecido debido a que la nula o deficiente atención recibida provocó en ella la aparición de enfermedades y afecciones graves, las cuales llevaron a fallas en su sistema inmunológico y le provocaron su muerte. Se trata de Alberto Quiché Cuxeva y Facundo Gómez Reyes.

A modo de consideración previa, cabe precisar que de las víctimas fallecidas hasta la fecha, tal y como se detalla *infra*, trece fallecieron como consecuencia de infecciones oportunistas, tales como neumonía y tuberculosis[114].

Tal y como fue referido *supra*, la falta de tratamiento ARV adecuado y de exámenes de CD4, carga viral, genotipo y fenotipo -indispensables para monitorear la infección-, incrementan sustantivamente las posibilidades de adquirir infecciones oportunistas que pueden llevar a la muerte[115]. Por ello, de la falta de tratamiento adecuado es posible presumir la responsabilidad estatal.

Aunado a lo anterior, y como probaremos en esta sección, estas personas no tuvieron acceso oportuno a medicamentos adecuados y suficientes para tratar sus infecciones oportunistas, todo lo cual las condujo finalmente a la muerte.

A continuación se proporciona información detallada respecto de cada una de las quince víctimas fallecidas y sus familias.

i. Facundo Gómez Reyes

Facundo Gómez Reyes nació el 27 de noviembre del año 1975, [redacted], era albañil y no sabía leer ni escribir. Su núcleo familiar estaba formado por su compañera, María Elena Morales Villafuerte [redacted] Facundo Gómez fue diagnosticado en abril de 2002 en el Proyecto Vida que a su vez reportaba los diagnósticos al MSPAS[117].

La señora María Elena Morales fue diagnosticada con VIH poco tiempo después del diagnóstico de Facundo, en el hospital nacional de Coatepeque en el programa de MSF[118]. Su segundo hijo [redacted] tenía aproximadamente 8 meses de haber nacido[119]. Tras ser diagnosticada comenzó a recibir TARV por parte de MSF[120].

[114] Información proporcionada por los doctores y que figura de forma reiterada en nuestros escritos.
[115] Se excluyen a los señores Melvin Yovani Ajtun Escobar quien falleció a comienzos del año 2016 por causas ajenas a la infección de VIH, y a Juana Aguilar de quien no se cuenta con información sobre la fecha y causas de su muerte. La información proviene de los Doctores Arathoon y Calderón quienes han recabado la misma a través de entrevistas, la cual figura de forma reiterada en nuestros escritos.
[116] Ver Anexo 38 Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala.
[117] Ver Anexo 36. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Págs. 100 y 101.
[118] Ver Anexo 38 Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala.
[119] Ver Anexo 38 Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala.
[120] Ver Anexo 38 Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala.

El señor Gómez Reyes nunca tuvo acceso a tratamiento antirretroviral, así como tampoco a exámenes de carga viral, CD4, genotipo y fenotipo[121]. De igual modo, no contó con tratamiento para la tuberculosis ganglionar que padeció en su último periodo de vida[122]. Tal ausencia de tratamiento le provocó la muerte el 27 de febrero del año 2003, a la edad de 26 años y su última consulta fue el 18 de febrero de 2003[123]. Así, tras 10 meses de padecer tuberculosis, su deterioro físico fue cada día en aumento, hasta necesitar la hospitalización, la cual decidió rechazar porque deseaba morir en su casa[124].

Cabe precisar que, para la fecha del fallecimiento de la víctima, los medicamentos necesarios para el tratamiento de la tuberculosis ganglionar únicamente se encontraban disponibles en un solo hospital del territorio nacional, a saber, el de San Vicente, ubicado en la capital del país y en un número reducido[125]. Dado su lugar de residencia, el Sr. Gómez Reyes no tuvo acceso a dichos medicamentos.

ii. Reina López Mújica

Reina López Mújica nació en el año 1962, [redacted], no contaba con estudios, era ama de casa y dependía económicamente del trabajo de jornalero de su esposo[126]. Fue diagnosticada con VIH el 15 de abril del año 2002 en el Hospital Nacional de Coatepeque[127].

La señora López acudía al Proyecto Vida y empezó a recibir tratamiento antirretroviral en junio 2003[128]. No obstante, la víctima falleció el 15 de noviembre de 2003 por tuberculosis y anemia aguda -enfermedades oportunistas asociadas con el VIH[129]. Según información proporcionada por la

[121] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán al respecto en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 6). Ver también información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará al respecto en el momento procesal oportuno. (Escrito de 7 de agosto de 2009. Pág. 9.)

[122] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 11 de marzo de 2009 (Anexo único); Informe del Estado presentado ante la CIDH de 26 de agosto de 2010 (Anexo 1).

[123] Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará al respecto en el momento procesal oportuno. (Anexo 1 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 15).

[124] Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará al respecto en el momento procesal oportuno. (Anexo 1 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 15).

[125] Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará al respecto en el momento procesal oportuno. (Anexo 1 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 15).

[126] Ver Anexo 36 Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 80.

[127] Ver anexo 36 Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 80.

[128] Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará al respecto en el momento procesal oportuno. (Anexo 1 del Escrito de las peticionarias del 10 de diciembre de 2010. Pág. 14).

[129] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 26 de agosto de 2010 (Anexo 1). Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las

Doctora Calderón, para evitar el fallecimiento de la víctima las instituciones de salud debieron haber hecho exámenes de genotipo y fenotipo, a fin de determinar el cambio necesario en su esquema de tratamiento, así como un monitoreo de exámenes para determinar su estado de salud, mismos que no fueron realizados[130].

iii. Ismar Ramírez Chajón y su grupo familiar

Ismar Ramírez residía en Villanueva, [redacted]. Fue diagnosticado con VIH a la edad de 22 años, en el año 1998, en un sanatorio privado al cual ingresó debido a que se encontraba mal de salud[131]. Según información brindada por su madre, María de Jesús Chajón, Ismar estaba muy delgado, con diarreas y le salía manchas en la cara[132]. En esa época trabajaba en la empresa de vehículos Agencia y Fábrica Honda, donde fue despedido cuando tuvieron conocimiento de que era una persona con VIH[133].

Tras ser diagnosticado, el señor Ramírez recibió atención en el IGSS, institución que, según la información brindada por su madre, no le suministraba de manera regular los medicamentos antiretrovirales a causa del desabastecimiento, por lo que él tenía que acudir a la organización MSF para obtenerlos[134]. Incluso Ismar intentó adquirirlos en establecimientos privados, pero no lo lograba debido a su elevado precio[135].

Asimismo, según información brindada por su hermano Carlos Fernando Coc, a Ismar en el IGSS le cambiaron los medicamentos, hasta causarle una multiresistencia[136].

A consecuencia de los múltiples esquemas de tratamiento que recibió en el IGSS, la víctima desarrolló resistencia a los medicamentos, así como tuberculosis -infección oportunista-. Además, en dicha institución no le fueron realizados los exámenes de fenotipo y genotipo, los cuales están indicados para la multiresistencia que presentó[137]. El señor Ramírez fue internado en el

víctimas en 2009, quien declarará al respecto en el momento procesal oportuno. Ver escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 9).

[130] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará al respecto en el momento procesal oportuno. (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 9).

[131] Ver Anexo 38 Declaración de María De Jesús Chajón de León de 5 de enero de 2017. Guatemala.

[132] Ver Anexo 38 Declaración de María De Jesús Chajón de León de 5 de enero de 2017. Guatemala.

[133] Ver Anexo 38 Declaración de María De Jesús Chajón de León de 5 de enero de 2017. Guatemala.

[134] Ver Anexo 38 Declaración de María De Jesús Chajón de León de 5 de enero de 2017. Guatemala.

[135] Información brindada en entrevista realizada por la Dra. Calderon a Fernando Coc Chajón el 5 de enero de 2016; y que será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.

[136] Información brindada en entrevista realizada por la Dra. Calderon a Fernando Coc Chajón el 5 de enero de 2016; y que será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.

[137] Información brindada en entrevista realizada por la Dra. Calderon a Fernando Coc Chajón el 5 de enero de 2016; y que será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en

Hospital Roosevelt durante 8 días, de ahí fue referido al Hospicio San José, en el cual estuvo internado durante 22 días, hasta que falleció[138] el 5 de diciembre de 2003, por un "paro cardiorrespiratorio, micosis diseminada, sida"[139].

Antes de su muerte, la víctima sufrió graves padecimientos físicos y psicológicos derivados de las deficiencias citadas en la atención que recibió. Así, su madre indica que Ismar tuvo (…) "tuberculosis, herpes y en su parte genital tenía una como coliflor y tenía Papiloma Humano Virus"[140]. Además, perdió la visión y padeció de llagas en la espalda, dolores agudos de cabeza, diarrea e irascibilidad[141].

Aunado a lo anterior, Ismar Ramírez fue objeto de un trato discriminatorio debido a la infección de VIH por parte del personal médico que le atendió en vida. Según su hermano Carlos Fernando, en el IGSS le dieron comida en platos desechables que tiraban a la basura delante de él[142], también recogieron su ropa con una escoba con la justificación de no querer contagiarse, y no le entregaron alimentos para merendar que sí eran proporcionados a otros pacientes[143].

la audiencia pública ante la Corte Interamericana. Ver también información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 9).

[138] Información brindada en entrevista realizada por la Dra. Calderon a Fernando Coc Chajón el 5 de enero de 2016; y que será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana. Ver Anexo 38 Declaración de María De Jesús Chajón de León de 14 de febrero de 2017. Guatemala.

[139] Ver Anexo 40 Acta de defunción de Ismar Ramírez Chajón; Informe del Estado presentado ante la CIDH de 11 de marzo de 2009 (Anexo único); Informe del Estado presentado ante la CIDH de 26 de agosto de 2010 (Anexo 1).

[140] Ver Anexo 38 Declaración de María De Jesús Chajón de León de 5 de enero de 2017. Guatemala.

[141] Información brindada en entrevista realizada por la Dra. Calderon a Fernando Coc Chajón el 5 de enero de 2016; y que será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.

[142] Información brindada en entrevista realizada por la Dra. Calderon a Fernando Coc Chajón el 5 de enero de 2016; y que será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.

[143] Información brindada en entrevista realizada por la Dra. Calderon a Fernando Coc Chajón el 5 de enero de 2016; y que será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.

[144] Ver Anexo 38 Declaración de Carlos Fernando Coc Chajón de 5 de enero de 2017. Guatemala.

[145] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Ver escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág. 2). Si bien en dicho escrito se informó que el señor Luis Rolando Cuscul Pivaral, también víctima de este caso, era pareja del señor Ismar Ramírez Chajón, y así fue reconocido por la CIDH, a solicitud del señor Cuscul, pedimos a esta Honorable Corte que tenga esta información por confidencial.

Su madre y hermanos le proporcionaron apoyo, cariño y cuidados hasta el último día de su vida. Su madre, lo expresa de la siguiente manera:

> (…) yo deje mi venta de tortilla por anda(s) con él, yo me iba todos los días al hospital a bañarlo y a ponerle sus vacunas y aun al día yo lo lloro porque yo quisiera que él estuviera con nosotros (…)[146]. (error en el original)

Carlos Fernando Coc señaló que Ismar era como un padre para él[147].

El deterioro de salud de Ismar derivado de la falta de acceso al tratamiento adecuado, así como los padecimientos experimentados, generaron un profundo sufrimiento en sus familiares, con sentimientos tales como enojo, cólera y profunda tristeza por no poder evitarle el dolor sufrido[148].

Además, su fallecimiento impactó gravemente en los proyectos de vida de la familia. Tal y como señalamos, su madre abandonó su puesto de venta de tortillas para poder proporcionarle compañía y cuidados y Carlos Fernando Coc, al que la víctima le sufragaba los gastos de sus estudios, señaló que él era el pilar económico de la familia, y que su muerte fue un gran impacto pues también asumía los gastos de sus estudios y le mantenía económicamente[149].

iv. Petrona López Robledo

Petrona López nació el 20 de marzo 1980, no contaba con estudios y trabajaba como lavandera. [redacted] con su pareja, Miguel Álvarez, quien también tenía VIH . La señora López fue diagnosticada con la infección el 26 de febrero de 2001 en el Hospital de Mazatenango[151].

Para el comienzo del año 2003, Petrona López recibía seguimiento médico en el centro de salud pública de San Bernardino, [redacted], su lugar de residencia, no obstante, no recibía tratamiento de VIH, así como tampoco acceso a exámenes CD4 y de carga viral para iniciar el tratamiento antirretroviral[152].

---

[146] Ver Anexo 38 Declaración de María De Jesús Chajón de León de 5 de enero de 2017. Guatemala.
[147] Información brindada en entrevista realizada por la Dra. Calderon a Fernando Coc Chajón el 5 de enero de 2016; y que será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.
[148] Información brindada en entrevista realizada por la Dra. Calderon a Fernando Coc Chajón el 5 de enero de 2016; y que será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.
[149] Información brindada en entrevista realizada por la Dra. Calderon a Fernando Coc Chajón el 5 de enero de 2016; y que será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.
[150] Ver Anexo 36. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 81
[151] Ver Anexo 36 Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 81
[152] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán al respecto en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 3). Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará al respecto en el momento procesal oportuno. (Anexo 1 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Págs. 15 y 16).

Empezó a recibir tratamiento ARV a mediados del año 2003; sin embargo esto no fue suficiente[153]. La familia informó que Petrona López se encontraba tan débil que ya no pudo ir al hospital[154].Como consecuencia de lo anterior, la víctima falleció en enero de 2004 debido a una neumonía[155].

v. Rita Mariana Dubón Orozco

Rita Mariana Dubón comenzó a recibir atención en el hospital nacional de Coatepeque a partir del mes de febrero de 2002[157]. Posteriormente, en septiembre de 2003 comenzó a recibir de MSF su tratamiento ARV[158]. Asimismo, no contó con exámenes adecuados para tratar con tiempo las complicaciones derivadas de la enfermedad, así como la sinergia con la diabetes[159].

[153] Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará al respecto en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008). Ver también información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará al respecto en el momento procesal oportuno. (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 9). Así como ver anexo 43, sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará al respecto en el momento procesal oportuno. (Anexo 1 del escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Págs. 15 y 16).

[154] Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 1 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 15).

[155] Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008). Ver también información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 9). Ver también Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 1 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Págs. 15 y 16).

[156] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág. 2).

[157] Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 1 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Págs. 16 y 17).

[158] Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 1 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010.Págs. 16 y 17.

[159] Ver información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009 y en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 9. Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Págs. 16 y 17.) Sobre la diabetes, el uso de algunos medicamentos contra el VIH puede aumentar la concentración de glucosa (azúcar) en la sangre y causar diabetes tipo 2. Otros factores de riesgo de diabetes tipo 2 incluyen antecedentes familiares de diabetes, exceso de peso y falta de actividad física. Al respecto ver InfoSida. Efectos secundarios de los medicamentos contra VIH. Disponible en: https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/22/59/la-infeccion-por-el-vih-y-la-diabetes

Finalmente, Rita Dubón falleció el 27 de junio de 2006 por neumonía[160]. Poco antes de su fallecimiento, la víctima había sido ingresada en el hospital de Coatepeque en mal estado de salud generalizado y presentaba un cuadro de sepsis generalizada, diabetes mellitus, hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica[161].

En vida, la señora Dubón fue objeto de rechazo por parte de su familia a causa de su condición de persona con VIH[162]. Así, su amiga Luz Imelda Lucas de León relata que su padre, por medio de gritos e insultos, le manifestaba continuamente que se fuera a la calle, lo cual junto con la atención en salud inadecuada, la llevó a querer terminar con su vida[163].

Un día, conoció a las afueras del hospital a la señora Lucas de León, quien también vivía con VIH, y quien terminó siendo su amiga, cuidadora y gran apoyo en el deterioro progresivo que experimentó su salud[164]. Luz Imelda expresa del siguiente modo el vínculo que las unía y los sentimientos que le generaba la difícil situación de su amiga: "Sentí impotencia, que alguien muy cercano sufriera por la falta de afecto de la familia, tuvo un rechazo total por parte de la familia y trate de apoyarla todo el tiempo"[165]. Además, según Luz Imelda, Rita Dubón fue objeto de discriminación en el hospital nacional de Coatepeque[166].

De este modo, Luz Imelda Lucas de León junto con las señoras Rina Haydée Landaverde, Gladys Minerva Chávez Juárez, pese a no tener grado de parentesco con la señora Rita Mariana Dubón Orozco, fueron sus amigas más cercanas y las que la apoyaron moral y financieramente durante su etapa de VIH avanzado y antes que falleciera en el año 2006[167].

vi. Luis Edwin Cruz Gramajo

[160] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 1 de octubre de 2010. Pág. 5; Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 1 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Págs. 16 y 17).
[161] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 1 de octubre de 2010. Pág. 5; Informe del Estado presentado ante la CIDH de 26 de agosto de 2010 (Anexo 1 a dicho escrito). Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 1 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 17).
[162] Ver Anexo 38 Declaración de Luz Imelda Lucas de León de 21 de diciembre de 2016. Guatemala.
[163] Ver Anexo 38 Declaración de Luz Imelda Lucas de León de 21 de diciembre de 2016. Guatemala.
[164] Ver Anexo 38 Declaración de Luz Imelda Lucas de León de 21 de diciembre de 2016. Guatemala.
[165] Ver Anexo 38 Declaración de Luz Imelda Lucas de León de 21 de diciembre de 2016. Guatemala.
[166] Ver Anexo 38 Declaración de Luz Imelda Lucas de León de 21 de diciembre de 2016. Guatemala.
[167] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág. 2).

Luis Edwin Cruz Gramajo [redacted] y nació el 29 de julio de 1961.

A partir del año 2002, Luis Edwin Cruz comenzó a recibir tratamiento antirretroviral de la ONG MSF, misma que le garantizó dicho tratamiento únicamente hasta diciembre del año 2004, por lo que desde el año 2003 la víctima había manifestado sentir miedo ante la incertidumbre en torno al acceso al tratamiento antirretroviral a partir de la salida de MSF[168]. Posteriormente, fue trasladado para recibir atención en la ONG Fundación Marco Antonio[169]. No tuvo acceso a exámenes de fenotipo ni de genotipo, los cuales permiten determinar el tratamiento más idóneo[170].

El señor Gramajo falleció en enero de 2008 por causas relacionadas con el VIH[171].

[redacted]

vii. María Blanca Vail López

Nació el 20 de mayo de 1974, hablaba mam[173] y español, y [redacted][174]. Fue diagnosticada con VIH en el 20 de noviembre del año 2001, en el programa de atención de la organización MSF[175].

A partir de noviembre del año 2003, María Blanca Vail López comenzó a recibir atención en MSF, donde recibía tratamiento profiláctico[176], así como apoyo

[168] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 4).
[169] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 9).
[170] Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 1 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 14).
[171] Ver Anexo 40 Acta de defunción de Luis Edwin Cruz Gramajo; Información proporcionada por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008. Pág. 4).
[172] Aunque la CIDH en su anexo único al informe de fondo del 22 de agosto 2016 no incluye familiares para la víctima, pese a que las peticionarias habíamos solicitado la inclusión de dichos familiares en nuestro escrito de 20 de octubre de 2011. Pág. 1.
[173] El Mam es una lengua maya hablada en el noroeste de Guatemala.
[174] Ver Anexo 38 Declaración de Lexana Rosbetty Pérez Vail de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38 Declaración de Antonio Vail Molina de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[175] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 21). Ver Anexo 36. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 87.
[176] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 5). Ver Anexo 36. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 37.

nutricional[177]. A partir de agosto del año 2004, fue atendida por MSF en el hospital nacional de Coatepeque, donde recibió tratamiento ARV[178]. Para el año 2009, la señora Vail había tenido acceso a examen de CD4 únicamente en cuatro ocasiones, y una al de carga viral. Para esa fecha, la víctima había padecido, como consecuencia de las deficiencias en la atención, herpes genital, candidiasis vaginal, dermatitis, otitis e histoplasmosis, todas enfermedades oportunistas[179].

Para el año 2010, la frecuencia de los exámenes CD4 y carga viral de la víctima continuaba siendo irregular[180].

La señora Vail falleció el 27 de marzo de 2011 por causas relacionadas con el VIH[181].

Aproximadamente 3 años antes de su fallecimiento, fue intervenida quirúrgicamente para removerle cálculos biliares[182]. Los años posteriores presentó episodios de dolor en el estómago, fiebre y vómitos, y por su estado de salud, se mudó a la casa de su papá con su hija Lexana Rosbetty[183]. Durante ese tiempo su cuidado estaba a cargo de sus hermanas y su hija, quien no pudo continuar la carrera profesional a pesar de contar con una beca para ello, pues tenía que cuidar a su mamá. Asimismo, debido a que la señora María Blanca ya no podía salir de su casa, su padre, el señor Antonio Vail Molina, acudió en algunas ocasiones a recoger el medicamento en el hospital de Coatepeque, incluso teniendo que pedir dinero prestado para pagar el costo del viaje[184].

El esposo de la señora Vail, Javier Pérez, falleció también como consecuencia del VIH antes del año 2003[185]. Lexana Rosbetty Pérez Vail era la hija de ambos.

[177] Ver Anexo 38. Declaración de Lexana Rosbetty Pérez Vail de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[178] Ver anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias del 10 de diciembre de 2010. Pág. 26).
[179] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 21).
[180] Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 26).
[181] Ver Anexo 40. Acta de defunción de María Blanca Vail. Dicha información fue también recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas y revisión de expedientes médicos en 2011, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág. 2).
[182] Ver Anexo 38 Declaración de Lexana Rosbetty Pérez Vail de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[183] Ver Anexo 38 Declaración de Lexana Rosbetty Pérez Vail de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[184] Ver Anexo 38 Declaración de Antonio Vail Molina de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[185] Ver Anexo 38 Declaración de Lexana Rosbetty Pérez Vail de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala

[redacted]

viii. Guadalupe Erminia Cayaxón García

La señora Cayaxón nació el 12 de diciembre de 1976, [redacted], y cursó hasta tercero de primaria . Fue diagnosticada con VIH en el año 2002 en el hospital público de Retalhuleu[188].

A partir del 7 de mayo del 2002, comenzó a recibir atención de MSF en el hospital nacional de Coatepeque, iniciando su tratamiento antirretroviral a partir del 14 de noviembre de ese mismo año, en la referida institución[189].

Para el año 2009, la víctima había padecido las siguientes infecciones oportunistas, a saber, hepatomegalia, hiperactividad bronquial y faringitis[190]. Para ese entonces, habiendo salido MSF del país, la señora Cayaxón era atendida en la clínica 12 del Hospital de Coatepeque[191].

Guadalupe Cayaxon falleció el 9 de octubre de 2012[192], a la edad de 36 años, debido a la falta de abastecimiento de medicamentos antirretrovirales. Según el relato de su hermana, Noelia Cayaxón:

> Ella decía que iba a Coatepeque y que le daban la medicina y lo estaba tomando, pero ya de último las veces que fue ella venía toda alterada, ya estaba bien mala y decía que le decían que ya medicina para ella ya no había. Eso es lo que le dijeron, como tres o cuatro veces y dijo que ya no iba a ir, porque le dijeron que medicina para ella ya no había[193].

Asimismo, los últimos meses de vida de Guadalupe fueron muy difíciles. Al respecto, su hermana relata:

> Ella se puso bien delgada, delgadita delgadita y le agarró una tos, y el fuego que le salió en la boca que no dejaba que otro la limpiara más que

[186] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág. 2).
[187] Ver Anexo 38 Declaración de Noelia Elizabeth Cayaxón de 11 de febrero de 2017. Guatemala
[188] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 22).
[189] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 17 a dicho informe). Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).
[190] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno.(Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 22).
[191] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 26 de agosto de 2010 (Anexo 1 a dicho informe)
[192] Ver Anexo 40. Acta de defunción de Guadalupe Cayaxón.
[193] Ver Anexo 38 Declaración de Noelia Elizabeth Cayaxón de 11 de febrero de 2017. Guatemala. Ver en el mismo sentido Declaración de Cruza García Ramos.

> yo la limpiaba, ella no dejaba ni que su hija se acercara con ella ni mi mamá. (…)Yo tenía que limpiarle su boca, le aseaba con un palito de piñón, que le decimos allá, y con eso le aseaba su boca, le compramos en la farmacia para limpiarle pero ella decía que eso le lastimaba mucho. Entonces sólo con la leche de piñón le limpiaba yo. No comía, eso fue lo que a ella le puso más mala porque no comía, el suero fue lo que la estuvo manteniendo unos días, después yo digo que el suero le hizo daño porque como el suero es frío. Ella se empezó a quejar de un dolor y que diarrea, pero ya fue el último día[194].

La falta de medicamentos le ocasionó una resistencia al tratamiento antirretroviral que estaba recibiendo. Según información proporcionada por la doctora Calderón, la resistencia le ocasionó la muerte a la víctima, lo cual se hubiera podido resolver a través de la realización de exámenes de genotipo y fenotipo[195].

Según relata su hermana Noelia y su hija Sandra, Guadalupe trabajó durante un tiempo en la maquila, en ciudad de Guatemala, desde donde enviaba dinero a su madre para sufragar los gastos de sus hijas[199].

La muerte de la víctima impactó en la vida de la familia. Por ejemplo, la señora García padece depresión. Según relata la señora Noelia Cayaxón,

> (…) desde entonces mi mamá ha venido padeciendo, ella la tristeza, porque ya la llevábamos con un montón de doctores y ella lo que el doctor nos tiene dicho es que tenemos que tener cuidado porque ella está a punto de caerle un derrame cerebral. Ya la llevamos como con cuatro doctores y le dicen que tal vez tristeza (…) ella dice "mejor me hubiera muerto yo y no mi hija, ella estaba aún pequeña, tenía que velar por sus hijas". Tenía una nena cuando se murió, y la segunda estaba sola con ella, estaba soltera[200].

---

[194] Ver Anexo 38 Declaración de Noelia Elizabeth Cayaxón de 11 de febrero de 2017. Guatemala

[195] Ver Anexo 36. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo II. Pàgs. 48. (Escrito de las peticionarias de 23 de septiembre de 2013. Pág. 4)

[196] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág. 7).

[197] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág. 7).

[198] Ver Anexo 38 Declaración de Noelia Elizabeth Cayaxón de 11 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38 Declaración de Sandra Judith Pérez Cayaxón de 13 de enero de 2017. Guatemala

[199] Ver Anexo 38 Declaración de Noelia Elizabeth Cayaxón de 11 de febrero de 2017. Guatemala. Ver Anexo 38 Declaración de Sandra Judith Pérez Cayaxón de 11 de febrero de 11. Guatemala

[200] Ver Anexo 38 Declaración de Noelia Elizabeth Cayaxón de 11 de febrero de 2017. Guatemala

Por su parte, Sandra manifiesta que el anhelo de su madre,

> (…) era seguir trabajando, antes de que resultara embarazada de mi otra hermana porque nosotros vivimos ahí donde vive mi abuelita y entonces ella decía que iba a seguir trabajando por nosotros y que nos iba a comprar donde vivir porque nosotros vivimos en el terreno de mi abuelita, elle decía "les voy a comprar dónde vivir, el día que su abuelita se muera les va a dejar su herencia a sus hijos y a mí también pero a ustedes no, entonces yo voy a comprarles su casita [201].

Cabe señalar que la hija menor de [redacted] tenía 7 años cuando ella falleció[202]. No se cuenta con información sobre si a la víctima se le brindó información para evitar el contagio vertical durante el embarazo, no obstante no tiene VIH. Actualmente está al cuidado de su abuela materna y su hermana Sandra, y el esposo de esta última es quien asume los gastos de manutención[203].

ix. José Rubén Delgado López

José Rubén Delgado nació el 21 de julio de 1956, [redacted], y además de castellano hablaba mam. Fue diagnosticado con VIH en el año 2002 por una clínica privada[204]. Antes del diagnóstico se dedicaba a sembrar milpa y posteriormente sólo podía sembrar ayote[205].

A partir del año 2002, comenzó a recibir atención médica de la ONG MSF, Hospital de Coatepeque, iniciando el tratamiento antirretroviral en el año 2003[206].

Tras el fin del proyecto de atención a personas con VIH de la referida ONG, el señor Delgado continuó recibiendo atención en el hospital nacional de Coatepeque, misma que presentó una serie de deficiencias. Así, para el año 2009, la víctima había tenido acceso a exámenes CD4 en seis ocasiones, y en 3 a exámenes de carga viral, sin que le fueran entregados los resultados[207].

---

[201] Ver Anexo 38 Declaración de Sandra Judith Pérez Cayaxón de 11 de febrero de 2017. Guatemala

[202] Ver Anexo 38 Declaración de Sandra Judith Pérez Cayaxón de 11 de febrero de 2017. Guatemala

[203] Ver Anexo 38 Declaración de Sandra Judith Pérez Cayaxón de 11 de febrero de 2017. Guatemala

[204] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 6). Ver Anexo 38 Declaración de Antonio Miranda Méndez de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala

[205] Ver Anexo 38 Declaración de Antonio Miranda Méndez de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala

[206] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 9 a dicho informe). Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 6).

[207] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las

Asimismo, para el 2008 el Estado reportó que el señor Rubén tenía infecciones del tracto respiratorio y candidiasis oral[208].

Para esa fecha, y como consecuencia del inadecuado monitoreo, el señor Delgado presentó resistencia a los antirretrovirales, sufriendo los siguientes padecimientos e infecciones oportunistas, a saber, criptococo en la piel, sarcopiosis, trauma ocular, erupción papalar pruriginosa, herpes, desnutrición, lipotomía, diarrea, mareos, otitis y cefalea[209]. Falleció el 14 de mayo de 2010. Durante los 15 días anteriores a su muerte, había estado en estado de gravedad sin poder comer ni orinar y con vómitos[210].

Durante sus últimos 8 años vivía con su hermano Antonio Miranda Méndez y su cuñada Magdalena López, quienes se encargaban de cuidarlo, de su manutención y lo que fuera necesitando, incluso los vecinos en algunas ocasiones les daban dinero para apoyar en lo que se gastaba[211].

[redacted]

x. Elsa Miriam Estrada

Elsa Miriam Estrada nació el 2 de marzo de 1948, [redacted] y cursó hasta tercero de primaria. Fue diagnosticada con VIH en el año 2001 en el Hospital público de Mazatenango, después del resultado positivo de su esposo José Luis quien murió al poco tiempo de su diagnóstico [213].

peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 16). Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 20).

[208] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 9 a dicho informe).

[209] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Ver escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 16).

[210] Ver Anexo 38 Declaración de Antonio Miranda Méndez de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala

[211] Ver Anexo 38 Declaración de Antonio Miranda Méndez de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala

[212] Ver Anexo 41 Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág. 4).

[213] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 6). Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008); Ver Anexo 36 Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 84

La señora Elsa Miriam fue atendida por primera vez en la ONG Proyecto Vida, el 8 de marzo de 2001[214]. Sin embargo, la misma no comenzó a recibir atención hasta el 25 de marzo de 2004, a través de MSF[215]. Con posterioridad a la salida de la referida organización, la víctima continuó recibiendo atención en el hospital nacional de Coatepeque, iniciando el tratamiento antirretroviral en abril de 2006[216].

Para el año 2009 había padecido candidiasis oral y herpes zoster. Asimismo, debido a la falta de un cambio de esquema de medicación, ese año padeció de neuropatía[217].

Falleció el 26 de julio de 2016 en el hospital nacional de Coatepeque[218], después de llevar cerca de 15 días hospitalizada debido a fuertes dolores en el estómago y diarrea[219]. Su hijo Luis Alberto Hernández Estrada señala que en el hospital les pidieron que le realizaran un examen de sangre para verificar si tenía parásitos. Pese a que el resultado de dicho examen salió negativo, la señora Estrada fue tratada sin tomar en consideración que era portadora de VIH[220].

xi. Alberto Quiché Cuxeva

[214] Ver Anexo 44. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 3 del Escrito de las peticionarias del 10 de diciembre de 2010).
[215] Ver Anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).
[216] Ver Anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).
[217] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 22).
[218] Ver Anexo 40. Acta de defunción de Elsa Miriam Estrada.
[219] Información brindada en entrevista realizada por la Dra. Calderon a Luis Alberto Hernández Estrada el 11 de enero de 2017; y que será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.
[220] Información brindada en entrevista realizada por la Dra. Calderon a Luis Alberto Hernández Estrada el 11 de enero de 2017; y que será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.
[221] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág. 6).
[222] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág. 6).

Alberto Quiché Cuxeva residía en el departamento de Retalhuleu. El señor Quiché estuvo bajo seguimiento en el hospital Roosevelt, perteneciente al MSPAS[223].

En vida, el señor Quiché Cuxeva no tuvo acceso a exámenes de CD4 ni de carga viral para determinar que el esquema de tratamiento antirretroviral que estaba recibiendo no estaba siendo el indicado, lo cual le provocó la aparición de neumonía y, finalmente, su fallecimiento en enero de 2001[224].

Cabe señalar que el Estado no aportó información respecto del señor Quichè a lo largo del procedimiento ante la Comisión.

xii. Silvia Mirtala Álvarez Villatoro

Silvia Mirtala Álvarez nació el 13 de octubre del año 1968, residía y fue diagnosticada con VIH en el año 1989 en el IGSS, año en el que comenzó a recibir tratamiento antirretroviral de dicha institución[225]. Antes de esta fecha trabajaba en una imprenta, pero fue despedida a causa de su diagnóstico por lo cual empezó a trabajar por cuenta propia[226].

El TARV le era proporcionado de forma irregular por parte del IGSS debido al desabastecimiento existente en dicha institución *supra* referida. Además, para el año 2010, no recibía apoyo psicológico, ni nutricional de la parte del IGSS[227]. Solamente a través de organizaciones no gubernamentales recibía pláticas para la buena adherencia[228]. Además, tampoco tenía acceso de forma regular y adecuada a los exámenes de carga viral y CD4, por lo que su tratamiento no era objeto del adecuado seguimiento. Lo anterior, le provocó un deterioro en su estado de salud ya que la incorrecta administración de los medicamentos le provocó resistencia a los mismos[229].

[223] Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará al respecto en el momento procesal oportuno. (Anexo 1 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 16).
[224] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará al respecto en el momento procesal oportuno. (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 9).
[225] Ver Anexo 44. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 3 del Escrito de las peticionarias del 10 de diciembre de 2010)
[226] Ver Anexo 44. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 3 del Escrito de las peticionarias del 10 de diciembre de 2010)
[227] Ver Anexo 44. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 3 del Escrito de las peticionarias del 10 de diciembre de 2010)
[228] Ver Anexo 44. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 3 del Escrito de las peticionarias del 10 de diciembre de 2010)
[229] Ver Anexo 38. Declaración de Félix Cabrera de 14 de febrero de 2017. Guatemala

Este problema persistió en los años posteriores y finalmente provocó el fallecimiento de la víctima el 13 de marzo de 2016, en el Hospital General de enfermedades del IGSS[230], debido a la referida resistencia a los medicamentos[231].

[redacted]

xiii. Juana Aguilar

Juana Aguilar nació el 2 de agosto de 1967, [redacted] y fue diagnosticada con VIH el 18 de enero de 2000 en la Cruz Roja de Coatepeque, por referencia del puesto de Salud de Guadalupe[233].

En marzo del año 2002 comenzó a recibir atención de la ONG MSF[234]. Para el año 2003 no tenía acceso a tratamiento, a pesar de que requería tratamiento con carácter urgente porque su salud se estaba deteriorando progresivamente[235]. En el año 2005, la señora Aguilar empezó a recibir tratamiento antirretroviral[236]. Las irregularidades en la atención provocaron la aparición de las siguientes infecciones oportunistas en la señora Aguilar, a saber, herpes zoster, infecciones recurrentes del tracto respiratorio, amigdalitis viral, infecciones bacterianas severas y sarcoidosis[237].

Según información allegada a la Doctora Calderón, la señora Juana Aguilar ya falleció. No obstante, en virtud de la pérdida de comunicación con sus

[230] Ver Anexo 40. Acta de defunción de Silvia Mirtala Villatoro.
[231] Información proporcionada por la Doctora Calderón.
[232] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág. 5).
[233] Ver Anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008). Así como la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 21). Ver Anexo 36. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 82.
[234] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 11 a dicho informe). Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008)
[235] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 3).
[236] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 11 a dicho informe).
[237] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 21).

familiares, no se cuenta con información adicional sobre la fecha exacta ni las causas de su muerte[238].

[redacted]

b. Víctimas fallecidas por causas no relacionadas con el VIH

i. Melvin Yovani Ajtún Escobar

El señor Ajtún nació el 31 de julio de 1981, y fue diagnosticado con VIH en el año 2001, en el hospital público de Retalhuleu[240]. Posteriormente fue referido al Proyecto Vida, a través del cual comenzó a recibir tratamiento ARV en el año 2004[241]. Antes de ser diagnosticado trabaja en un taller de soldadura, posteriormente empezó a trabajar por cuenta propia[242].

Para el año 2006 asistía a la Clínica 12 del Hospital de Coatepeque donde tenía cita cada 3 meses y recibía tratamiento ARV, así como pláticas sobre el uso del preservativo[243].

En los años 2009 y 2010, el señor Ajtún refirió irregularidad en la frecuencia de los exámenes a los que había sido sometido hasta esa fecha[244]. Por ejemplo, en agosto del año 2009 no le habían realizado examen CD4 ni de carga viral desde hacía un año[245]. Además, el señor Ajtún no disponía de recursos suficientes para comprar los medicamentos que le eran recetados[246].

[238] Dicha información fue recabada por la Doctora Calderón, quien declarará al respecto en el momento procesal oportuno.
[239] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág. 6).
[240] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 16).
[241] Ver Anexo 44. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 3 del Escrito de las peticionarias del 10 de diciembre de 2010)
[242] Ver Anexo 44. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 3 del Escrito de las peticionarias del 10 de diciembre de 2010)
[243] Ver Anexo 44. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 3 del Escrito de las peticionarias del 10 de diciembre de 2010)
[244] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las representantes de 7 de agosto de 2009. Pág. 17). Ver también Anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 21).
[245] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las representantes de 7 de agosto de 2009. Pág. 17). Ver también Anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de

En el año 2010 la víctima había padecido las siguientes infecciones oportunistas, a saber, dermatomicosis, fiebres constantes durante más de un mes, manifestaciones micos cutáneos, neumonía atípica, candidiasis oral, faringitis, papilomatosis oral y leucoplasia oral vellosa[247].

El señor Ajtún falleció el 17 de junio del año 2016, a la edad de 35 años, por causas no relacionadas con la infección[248].

ii. José Cupertino Ramírez

José Cupertino nació el 6 de abril de 1970, no sabía leer ni escribir, y se dedicaba a cortar caña . Fue diagnosticado en junio de 2003 en el Hospital público de Mazatenango[252].

El señor Ramírez comenzó a recibir tratamiento antirretroviral en julio de 2004, en el hospital nacional de Coatepeque con el proyecto de MSF[253].

2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 21).

[246] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las representantes de 7 de agosto de 2009. Pág. 17). Ver también Anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 21).

[247] Ver anexo 44. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 3 del Escrito de las peticionarias del 10 de diciembre de 2010)

[248] Ver Anexo 40. Acta de defunción de Melvin Yovani Ajtún.

[249] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Págs. 4 y 5).

[250] Ver anexo 44. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 3 del Escrito de las peticionarias del 10 de diciembre de 2010). Ver también escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Págs. 4 y 5.

[251] Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).

[252] Ver Anexo 36 Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 83 (Hoja confidencial de datos de paciente VIH del Proyecto Vida, pág. 87)

[253] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 15 a dicho informe). Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información

Tras el fin del proyecto de atención a personas con VIH de la referida ONG, el señor Ramírez continuó recibiendo atención en el hospital nacional de Coatepeque, la cual presentó una serie de deficiencias. Así, para el año 2009, había tenido acceso a examen CD4 únicamente en tres ocasiones, y no le había sido realizado ningún examen de carga viral. Consecuentemente, para esa fecha, había padecido faringitis, micosis, sífilis y herpes genital[254]. En el año 2010, se mantenía la irregularidad en la frecuencia de los exámenes[255]. Adicionalmente, en ocasiones, la víctima tenía que pedir prestado cerca de 75 quetzales para el pasaje cuando tenía cita en el hospital[256].

Para sobrevivir, Cupertino se alimentaba de lo que lograba pescar y de hierbas, así como de lo que su tío, primas y sobrinas le podían apoyar[257].

La víctima fue encontrada muerto el 8 de enero de 2013 en un río cerca de la finca 'El Encanto'[258]. Previo a su fallecimiento había estado muy enfermo con fiebres, vómitos y diarreas[259]. En ese momento vivía con su sobrina Victoria y sus hijas, quienes le cuidaban y sostenían económicamente. Según Victoria, Cupertino ya no estaba recibiendo medicamentos[260]. Tuvo 4 hijos que no vivían con él y que al saber que tenía VIH dejaron de ir a visitarlo[261].

3. Víctimas con vida

i. Sebastián Emilio Dueñas

Sebastián Emilio Dueñas nació el 18 de enero de 1955 y cursó estudios hasta tercero de primaria . Fue diagnosticado con VIH en el año 2002 en un laboratorio

actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).

[254] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 20).

[255] Anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 25).

[256] Ver Anexo 38 Declaración de Victoria Ramírez Ramos de 11 de febrero de 2017.Guatemala

[257] Ver Anexo 38 Declaración de Victoria Ramírez Ramos de 11 de febrero de 2017.Guatemala

[258] Ver Anexo 40 Acta de defunción de José Cupertino Ramírez

[259] Ver Anexo 38 Declaración de Victoria Ramírez Ramos de 11 de febrero de 2017.Guatemala

[260] Ver Anexo 38 Declaración de Victoria Ramírez Ramos de 11 de febrero de 2017.Guatemala

[261] Ver Anexo 38 Declaración de Victoria Ramírez Ramos de 11 de febrero de 2017.Guatemala

[262] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág. 5).

[263] Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008). Ver Anexo 38 Declaración de Sebastián Emilio Dueñas de 9 de febrero de 2017. Guatemala.

particular[264]. Tras ser informado de su condición no recibió información sobre las implicaciones de la infección y solo le dijeron que le quedaban 3 meses de vida[265]. Antes de ser diagnosticado se dedicaba a cortar caña y algodón y a recoger y vender mangos en la capital, pero debido a las secuelas físicas del virus tuvo que cambiar de ocupación, por lo que en la actualidad se dedica a la venta de ropa[266].

El señor Sebastián Emilio Dueñas está casado con señora Julia Aguilar, a quien transmitió el virus. La señora Aguilar nació el 28 de julio de 1965 habla mam y aprendió a hablar español a los 10 años cuando tuvo que salir de su casa para trabajar[267]. Carece de estudios y no sabe leer ni escribir[268]. Actualmente se dedica a hacer helados para vender, de los que obtiene una ganancia promedio de 15 quetzales a la semana, así como a la venta de ropa con su esposo[269]. Fue diagnosticada con VIH en el Laboratorio Clínico Biológico, laboratorio privado, el 18 de junio de 2002[270].

El señor Dueñas recibió tratamiento antirretroviral de MSF a partir del 12 de diciembre de 2002[272]. Durante ese tiempo, no tuvo acceso a exámenes de CD4 ni de carga viral, tampoco al tratamiento de infecciones oportunistas, como por ejemplo, al medicamento Fluconazol para tratar los hongos de la boca[273].

Por su parte, la señora Aguilar comenzó a recibir el medicamento profiláctico trimetropin de MSF, a partir del año 2004, debido a que para esa fecha aún no

[264] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 24 a dicho informe).
[265] Ver Anexo 38. Declaración de Sebastián Emilio Dueñas de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala.
[266] Ver Anexo 38. Declaración de Sebastián Emilio Dueñas de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala.
[267] Ver Anexo 38. Declaración de Julia Aguilar de 11 de febrero de 2017. Guatemala.
[268] Ver Anexo 38. Declaración de Julia Aguilar de 11 de febrero de 2017. Guatemala.
[269] Ver Anexo 38. Declaración de Julia Aguilar de 11 de febrero de 2017. Guatemala.
[270] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 26 de agosto de 2010 (Anexo 1). Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 24 a dicho informe). Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008). Ver también información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 15).
[271] Ver Anexo 38. Declaración de Julia Aguilar de 20 de diciembre de 2016. Guatemala. Ver Anexo 38 Declaración de Sebastián Emilio Dueñas de 9 de febrero de 2016. Guatemala.
[272] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 5 a dicho informe). Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).
[273] Ver Anexo 38 Declaración de Sebastián Emilio Dueñas de 9 de febrero de 2017. Guatemala.

requería tratamiento antirretroviral[274]. Durante ese tiempo, no tuvo acceso a exámenes de CD4 ni de carga viral. La víctima comenzó a recibir el tratamiento antirretroviral por parte de MSF en el hospital nacional de Coatepeque, el 26 de abril de 2007[275]. La señora Julia tiene lipodistrofia como efecto secundario de los medicamentos para la infección[276].

El contagio a través de su esposo, generó sentimientos de gran dolor y frustración en la señora Aguilar. Según sus propias palabras: "yo intente matarme (…) y yo me enojaba con mi esposo porque él me había contagiado" (…)[277].

Cuando la pareja recibió atención con MSF, también se les suministró apoyo nutricional[278].

Tras la salida de la ONG MSF, la atención del matrimonio continuó brindándose en el hospital nacional de Coatepeque pero bajo la administración exclusiva de éste. Para 2009 y 2010, Julia Aguilar había tenido acceso a examen CD4 y de carga viral en una única ocasión[279]. Por su parte, para esa misma fecha, Sebastián Emilio había padecido candidiasis oral recurrente, infección respiratoria superior y diarrea[280].

Actualmente, el matrimonio recibe atención en la Clínica 12 del Hospital de Coatepeque, situada a una hora en autobús de su casa de habitación. El pasaje les cuesta entre 8 y 15 quetzales por cada vía a cada uno, cuando los choferes les hacen descuento[281].

En dicho hospital, tienen acceso regular y permanente al tratamiento antirretroviral[282]. Sin embargo, según las víctimas, la atención que reciben presenta una serie de deficiencias, a saber, falta de apoyo nutricional y psicológico, ausencia de atención familiar y comunitaria[283]. De igual modo,

[274] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 5).
[275] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 24 a dicho informe). Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).
[276] Ver Anexo 38. Declaración de Julia Aguilar de fecha 11 de febrero de 2017. Guatemala
[277] Ver Anexo 38. Declaración de Julia Aguilar de fecha 20 de diciembre de 2016. Guatemala.
[278] Ver Anexo 38. Declaración de Julia Aguilar de fecha 11 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38. Declaración de Sebastián Emilio Dueñas de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala.
[279] Ver Anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 20).
[280] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 14).
[281] Ver Anexo 38. Declaración de Julia Aguilar de fecha 11 de febrero de 2017. Guatemala.
[282] Ver Anexo 38. Declaración de Sebastián Emilio Dueñas de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala.
[283] Ver Anexo 38. Declaración de Julia Aguilar de fecha 20 de diciembre de 2017. Guatemala.

nunca les han realizado exámenes de genotipo y fenotipo, y los exámenes CD4 y de carga viral no se les han practicado con la periodicidad necesaria[284].

Aunado a lo anterior, en ocasiones les ha solicitado dinero para suplir la falta de equipamiento de insumos médicos necesarios para realizar los exámenes de CD4 y carga viral, así como el establecimiento en el que reciben atención carece de espacio y mobiliario suficiente[285]. Además, refieren que dicho establecimiento se encuentra al lado de la sala de espera de personas que van a visitar a pacientes internados en el hospital por otras razones, quienes constantemente emiten comentarios despectivos contra ellos[286].

ii. Felipe Ordoñez y Martina Candelaria Álvarez Estrada

Felipe Ordoñez nació el 23 de agosto de 1942, además de castellano habla el k'iche' y fue diagnosticado con VIH en el año 2002 por MSF, en el Hospital de Coatepeque[290], tras presentar síntomas de fiebre y debilitamiento corporal[291]. Su esposa, Martina Candelaria Álvarez Estrada, también víctima del presente caso, nació el 20 de agosto de 1947, no asistió a la escuela y no sabe leer ni

[284] Ver también información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 14) y Anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del escrito de 10 de diciembre de 2010. Pág. 19). Ver Anexo 38 Declaración de Julia Aguilar de fecha 20 de diciembre de 2016. Guatemala.

[285] Ver Anexo 38 Declaración de Sebastián Emilio Dueñas de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala. Ver Anexo 38. Declaración de Julia Aguilar de fecha 11 de febrero de 2017. Guatemala

[286] Ver Anexo 38 Declaración de Sebastián Emilio Dueñas de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala. Ver Anexo 38 Declaración de Julia Aguilar de fecha 11 de febrero de 2017. Guatemala

[287] Cabe aclarar que en el anexo de la CIDH referente a los familiares de las víctimas del presente caso, esta persona aparece con el nombre de Fredy Dueñas Aguilar.

[288] Ver Anexo 38 Declaración de Julia Aguilar de fecha 20 de diciembre de 2016. Guatemala. Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Ver también escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág. 3).

[289] Ver Anexo 38 Declaración de Julia Aguilar de fecha 20 de diciembre de 2016. Guatemala.

[290] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo a dicho informe). Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 14).

[291] Ver Anexo 38. Declaración de Felipe Talabán Ordoñez de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala.

escribir[292]. Fue diagnosticada con VIH en el año 2002, también por MSF, y nunca había escuchado sobre la infección[293].

A partir de junio de 2003, el señor Ordóñez comenzó a recibir tratamiento antirretroviral de la ONG MSF, en el hospital nacional de Coatepeque, organización que le garantizaba dicho tratamiento únicamente durante un plazo limitado[294]. Lo anterior, le generaba gran temor por su vida y por su salud[295].

Por su parte, la señora Álvarez comenzó a recibir atención en el hospital nacional de Coatepeque por el proyecto de MSF, en agosto de 2002, e inició el tratamiento antirretroviral en septiembre de 2003, también a través de MSF[296]. En esa fecha, su estado de salud empeoraba progresivamente y llegó a perder 14 libras[297].

Tras el fin del proyecto de la referida ONG, el matrimonio continuó recibiendo atención en la clínica 12 del hospital nacional de Coatepeque[298]. Allí, el señor Ordoñez tuvo acceso a exámenes de CD4 y carga viral de forma irregular, y como consecuencia de la falta de monitoreo adecuado padeció varias enfermedades oportunistas tales como problemas en el hígado, diarrea aguda, alergias y granos en la boca[299].

Asimismo, el señor Ordoñez señala que desde la salida de MSF, la atención cambió de forma negativa. Así por ejemplo, el tiempo de espera es mucho mayor, y no hacen un chequeo completo para verificar su estado de salud[300].

---

[292] Ver Anexo 38. Declaración de Martina Candelaria Álvarez de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala

[293] Ver Anexo 38. Declaración de Martina Candelaria Álvarez de fecha 16 de enero de 2017. Guatemala

[294] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 6 a dicho informe).

[295] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 4). Ver también anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008)

[296] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 10 a dicho informe). Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).

[297] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 4).

[298] Ver Anexo 38 Declaración de Martina Candelaria Álvarez de 9 de febrero de 2017. Guatemala. Ver también Ver Anexo 38. Declaración de Felipe Talabán Ordoñez de 9 de febrero de 2017. Guatemala.

[299] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 14).

[300] Ver Anexo 38. Declaración de Felipe Talabán Ordoñez de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala

Por su parte, para el año 2009, la señora Álvarez únicamente había tenido acceso a exámenes de CD4 en cuatro ocasiones, y en dos al de carga viral, y como consecuencia del monitoreo inadecuado, en esa época la víctima había padecido las siguientes enfermedades oportunistas: neuropatía por VIH, artralgia y diarrea[301]. En el año 2010 persistían los problemas en la frecuencia de los exámenes[302].

Actualmente el matrimonio tiene un año sin realizarse los exámenes de CD4 y carga viral porque no han contado con el recurso económico para ir el día de las citas[303]. Para el matrimonio representa una dificultad el traslado a la clínica 12 pues tardan cerca de 4 horas en total para llegar a la misma, ya que tienen que salir a las 4 de la mañana y regresan a su hogar a las 6 o 7 de la tarde[304]. Asimismo, el costo económico es muy alto para ellos, en palabras del señor Ordóñez:

> Es duro porque tenemos que vender algo para conseguir ese dinero, si hay maíz pues hay que vender un poco de maíz para poder viajar y conseguir el medicamento para uno. Cuando en tiempo de cosecha hay maicito, de hecho nos tocó la cita, pero no vamos los dos porque tenemos los centavitos, vendemos nuestros productos, lo que cosechamos, nos sentimos el gasto[305].

Antes de ser diagnosticados, el matrimonio dependía económicamente de una panadería que tenía el señor Ordóñez. Como consecuencia del deterioro de su salud, de la que se hicieron cargo sus hijos siendo niños para poder sobrevivir, razón por la que tuvieron que dejar sus estudios[306]. Para él la situación económica cambió y significó que la familia no pudiera comprar alimentos y sostenerse económicamente.

En palabras de la señora Álvarez,

> (…) me acuerdo que no tenía que comer. Me da sentimiento acordarme de todo desde el principio, Me da mucha tristeza todo lo que tuvimos que pasar, todas la hambres (…) eran niños... no sabían bien pero había la necesidad de trabajar, porque si no, no comíamos. ¿Qué hacíamos si el papá tirado y yo mal y cuidándolo y yo batallando con él?[307].

[301] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 15).
[302] Ver Anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 19).
[303] Ver Anexo 38 Declaración de Felipe Talabán Ordoñez de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala.
[304] Ver Anexo 38. Declaración de Felipe Talabán Ordoñez de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala. Ver también Ver Anexo 38. Declaración de Martina Candelaria Álvarez de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala.
[305] Ver Anexo 38. Declaración de Felipe Talabán Ordoñez de 9 de febrero de 2017. Guatemala
[306] Ver Anexo 38 Declaración de Felipe Talabán Ordoñez de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala. Ver también Ver Anexo 38. Declaración de Martina Candelaria Álvarez de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala.
[307] Ver Anexo 38. Declaración de Martina Candelaria Álvarez de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala

El señor relata de la siguiente forma cómo fue este proceso:

> Tardé como otro año con dietas y tomando mí medicamento. Hasta como el año comencé a trabajar otra vez, yo me llegué a mi normalidad, como antes, pero ya cuando yo sentí que ya podía trabajar trabajé otra vez y me vine para abajo otro poco y me quedé como estoy ahorita, ya no me quedé como era antes. Sembraba la milpa, el maíz, cosechaba, piscábamos, y como si nada[308].

Actualmente, la señora Álvarez y el señor Ordóñez tienen una venta de tamales y de papas fritas con pollo[309]. Asimismo, el señor Ordóñez relata que hace tres años tenía una parcela en la que cultivaba con maíz, sin embargo, producto de la sequía tuvo que vender el terreno para sobrevivir[310].

iii. Luis Rubén Álvarez Flores

Luis Rubén Álvarez nació en el año 1962, , es perito en mercadotecnia y publicidad y actualmente está desempleado . Fue diagnosticado con VIH en octubre del año 2002, en el hospital privado Hermano Pedro de Betancourt, como consecuencia de una enfermedad oportunista llamada neumonía por hongo[314]. Tras su diagnóstico fue referido al Hospicio San José, donde le suministraron Trimetroprin. La víctima nunca había escuchado sobre el VIH hasta que fue diagnosticado[315].

[308] Ver Anexo 38. Declaración de Felipe Talabán Ordoñez de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala

[309] Ver Anexo 38. Declaración de Martina Candelaria Álvarez de 9 de febrero de 2017. Guatemala. Ver Anexo 38 Declaración de Felipe Talabán Ordoñez de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala.

[310] Ver Anexo 38. Declaración de Felipe Talabán Ordoñez de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala

[311] Ver Anexo 38. Declaración de Martina Candelaria Álvarez de 16 de enero de 2017. Guatemala. Ver Anexo 38 Declaración de Felipe Talabán Ordoñez de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala.

[312] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág. 3).

[313] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Álvarez de fecha 15 de enero de 2017. Guatemala. Ver Anexo 38 Declaración de Luis Álvarez de fecha 13 de febrero de 2017. Guatemala.

[314] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 3); Ver Anexo 38. Declaración de Luis Álvarez de fecha 13 de febrero de 2017. Guatemala

[315] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Álvarez de fecha 15 de enero de 2017. Guatemala

A partir de febrero del año 2003, el señor Álvarez comenzó a recibir tratamiento antirretroviral (duovir y efavirence) de la ONG MSF[316]. Desde el 3 de mayo de 2007 fue trasladado a la Fundación Marco Antonio[317]. Durante este periodo, la víctima recibió atención psicológica y nutricional, asimismo, era asistido por una trabajadora social[318].

Desde mediados del 2008, el señor Álvarez es atendido en el Hospital público de Antigua[319]. No obstante, entre 2012 y 2014 cambió su residencia a Honduras, donde no tuvo acceso al tratamiento[320]. Consecuentemente, dejó de tomar sus medicamentos y en septiembre de 2014 tuvo que regresar a Guatemala a causa de una fuerte neumonía que le había dejado con un conteo de 2 de CD4[321].

A su regreso, en condiciones de salud graves, su hermana lo llevó al hospital Roosevelt, perteneciente al MSPAS, donde le dijeron que no tenía nada y le recetaron unas vitaminas para que se mejorara[322]. No obstante, Luis Rubén, informó a su hermana que el hospital en el que debía ser atendido era el de Antigua[323].

Actualmente recibe atención en el hospital de Antigua, y que pese a que recibe los antirretrovirales y le realizan exámenes de CD4 y carga viral, nunca le han cambiado su esquema de tratamiento y en ese sentido, sólo cuando regresó de Honduras con neumonía le realizaron la prueba de genotipo[324]. Asimismo, señala que en varias ocasiones ha tenido que pagar por exámenes de hematología[325]. No recibe atención nutricional, ni familiar, ni comunitario y solamente le facilitan la atención psicológica cada tres meses[326].

El señor Álvarez señala que su diagnóstico tuvo serios impactos en su vida. Emocionalmente, ha sido discriminado por su condición de persona con VIH, y económicamente porque ha enfrentado obstáculos para reinsertarse en el mercado laboral[327]. El solo traslado a la clínica le ha generado gastos aproximados de 2000 quetzales al año para lo cual ha solicitado dinero prestado en algunas ocasiones[328].

---

[316] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 2 a dicho informe). Asimismo, dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 3);

[317] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 2 a dicho informe). Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).

[318] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Álvarez de fecha 13 de febrero de 2017. Guatemala

[319] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Álvarez de fecha 13 de febrero de 2017. Guatemala

[320] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Álvarez de fecha 13 de febrero de 2017. Guatemala

[321] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Álvarez de fecha 13 de febrero de 2017. Guatemala

[322] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Álvarez de fecha 13 de febrero de 2017. Guatemala

[323] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Álvarez de fecha 13 de febrero de 2017. Guatemala

[324] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Álvarez de fecha 13 de febrero de 2017. Guatemala

[325] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Álvarez de fecha 15 de enero de 2017. Guatemala

[326] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Álvarez de fecha 15 de enero de 2017. Guatemala

[327] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Álvarez de fecha 13 de febrero de 2017. Guatemala

[328] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Álvarez de fecha 15 de enero de 2017. Guatemala

Sumado a ello, la víctima señala que actualmente no logra conseguir empleo, debido a la discriminación que sufre por ser persona con VIH[329]. Al respecto menciona

> por la misma situación de que las empresas ponen peros, incluso una vez fui a solicitar un empleo y presente mi currículo las personas que me atendieron prácticamente sabían que era VIH y no pude obtener la plaza como orientador de VIH y era a nivel regional y uno se siente incompetente como que uno no fuera apto para eso, incluso las personas que me entrevistaron me preguntaron que si usted se inclina a las mujeres o a los hombres y eso no tenía nada que ver con la solicitud de empleo[330].

[redacted]

iv. Ingrid Janeth Barillas Martínez

Ingrid Janeth nació el 18 de marzo de 1973 [redacted], fue diagnosticada con VIH en Tecún Umán, [redacted]. En el año 2005, la señora Barillas recibía tratamiento de la ONG MSF en Coatepeque y tenía acceso a exámenes de CD4[333].

A la fecha las representantes no tenemos más contacto con la víctima y sus familiares, sin embargo hemos incluido los hechos relacionados con esta, pues los mismos son violatorios de derechos humanos y así también fue considerado por la CIDH en su informe de Fondo.

v. Sayra Elisa Barrios

Sayra Elisa Barrios nació el 30 de agosto de 1972 [redacted]. Cuenta con escolaridad hasta quinto año de primaria .

La señora Barrios fue diagnosticada con VIH por medio de un laboratorio privando en el año 2002, cuando tenía 7 meses de embarazo de su hija menor

[329] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Álvarez de fecha 15 de enero de 2017. Guatemala
[330] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Álvarez de fecha 15 de enero de 2017. Guatemala
[331] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas realizadas en 2011, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág. 7).
[332] Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).
[333] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno.
[334] Ver Anexo 38. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 16 de enero de 2017. Guatemala
[335] Ver Anexo 38. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 16 de enero de 2017. Guatemala

Kendi Liserni[336]. Debido a su situación personal y de salud, acudió a casa de una señora con quien preveía permanecer hasta que naciera su hija para darla en adopción[337]. Estando en dicho lugar, su condición de salud empeoró llegando al punto de desmayarse por tres horas, motivo por el cual la señora con quien vivía le mandó a hacer unos análisis por medio de una enfermera de un centro médico privado[338]. Al día siguiente de que le realizaran la prueba le dieron el resultado de que era VIH positivo, le dijeron que podía irse y que ya no podía dar en adopción al hijo o hija que iba a tener[339].

Posteriormente fue llevada al hospital Coatepeque, al programa de MSF[340]. Desde diciembre de 2002, en virtud de que estaba embarazada, Sayra comenzó a recibir tratamiento antirretroviral de MSF, a fin de prevenir la transmisión vertical[341]. La señora Barrios dio a luz por cesárea y no amamantó a su hija, para no transmitirle el virus. No obstante, dado que solo le dotaron de leche de fórmula por seis meses, la alimentación de su hija se basó en atol[342].

Tras la salida de MSF, la señora Barrios comenzó a recibir la atención del hospital nacional de Coatepeque, la cual presentó varias deficiencias. Así, en el año 2009, hacía un año que la víctima no tenía acceso a exámenes de CD4 y únicamente le habían realizado el de carga viral en una ocasión[343]. En el año 2010 persistían los problemas de irregularidad de los exámenes[344].

[336] Ver Anexo 38. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 16 de enero de 2017. Guatemala
[337] Ver Anexo 38. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[338] Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008). Ver también información proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 4). Ver también información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 14). Ver Anexo 38. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala.
[339] Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008). Ver también información proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 4). Así como información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 14). Ver Anexo 38. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala.
[340] Ver Anexo 38. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[341] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 18 a dicho informe).
[342] Ver Anexo 38. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[343] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 14).
[344] Ver anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 19).

Adicionalmente, en una ocasión le fue sustituido su TARV por medicamento pediátrico, en virtud de un desabastecimiento[345].

Las diversas irregularidades en la atención provocaron la aparición de infecciones oportunistas en la víctima tales como parásitos intestinales, manifestaciones muco cutáneas, infecciones respiratorias e infección bacteriana severa[346].

La señora Barrios solicitó su traslado a la UAI del hospital de Retalhuleu en 2016, pues no le era posible solventar los gastos de traslado a Coatepeque[347]. En dicha Unidad, la atención es precaria y solamente le proporcionan el tratamiento antirretroviral y no así los medicamentos necesarios para tratar sus otras enfermedades[348]. Actualmente ella padece de dolores muy fuertes de cabeza pero el hospital no le proporciona medicamento para ello[349].

Antes de ser diagnosticada con VIH, Sayra obtenía ingresos económicos trabajando en limpieza de casas, cocinando, así como lavando y planchando ropa ajena[350]. No obstante, tras haber adquirido el virus, su situación de salud se deterioró de tal manera que en la actualidad padece de fuertes dolores de cabeza y la cintura, que le impiden realizar actividades para sustentarse económicamente, por lo que depende económicamente de sus hijas[351]. La señora Barrios teme ya no poder darle estudios a su hija menor, quien actualmente está estudiando el básico[352].

Al ser diagnosticada, constantemente pensaba que se iba a morir y se preocupaba por lo que tendrían que hacer sus hijas, ya que no tendrían siquiera dinero para el entierro. Menciona que le decía a sus hijas: “el día que yo me muera no vayan a tener nada, no vayan a tener pena, sólo me enredan en una sábana y me van a dejar por ahí a un barranco” [353].

vi. Félix de Jesús Cabrera Morales

[345] Ver Anexo 38. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 16 de enero de 2017. Guatemala
[346] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 15).
[347] Ver Anexo 38. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 16 de enero de 2017. Guatemala
[348] Ver Anexo 38. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[349] Ver Anexo 38. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[350] Ver Anexo 38. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[351] Ver Anexo 38. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 16 de enero de 2017. Guatemala
[352] Ver Anexo 38. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[353] Ver Anexo 38 Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[354] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Págs. 3 y 4).

Félix Cabrera nació el 20 de noviembre de 1978 en [redacted] Fue diagnosticado con VIH en octubre de 2001 en el laboratorio privado Casa Central[356]. Trabajaba como mesero cuando fue diagnosticado, pero producto de ser VIH positivo fue despedido del mismo[357]. Actualmente se desempeña como actor[358].

Comenzó a recibir tratamiento antirretroviral en diciembre de 2001, dos meses después de recibir su diagnóstico. Ello debido a que su empleador se negaba a otorgarle un certificado que dijera que estaba laborando en la cadena de restaurantes internacionales Sizzler, ANEC S.A. Para esa fecha, la atención que recibía presentaba deficiencias tales como el desabastecimiento recurrente del medicamento antirretroviral y la ausencia de los exámenes requeridos para un adecuado seguimiento[359]. Por ejemplo, en el año 2003 hacía 2 años que no era sometido a exámenes. Como consecuencia de lo anterior, en esa época la víctima sentía un gran temor de generar resistencia a los medicamentos como consecuencia de la inadecuada administración de los mismos[360].

Si bien con posterioridad la frecuencia de los exámenes CD4 y de carga viral mejoró, persistió el problema de los continuos desabastecimientos. Así, en comunicación escrita a sus representantes, de junio de 2008, el señor Cabrera expresó de este modo la angustia provocada por los continuos problemas de desabastecimiento en el IGSS:

> Como persona viviendo con el VIH el desabastecimiento me afectó mucho, pasaba por momentos difíciles en mi vida personal, emocional, económica y psicológica, lo que me llevó a dejar de tomar la terapia antirretroviral ya que de cualquier manera no había en existencia y cuando tenía acceso a ella los efectos secundarios eran insoportables (…) Después de un año de pasar situaciones de salud muy difíciles y a pesar del miedo de retomar la Terapia Antirretroviral, en enero del 2008 empecé de nuevo con los antirretrovirales pero crece en mí la angustia de que el IGSS nuevamente tenga bajas en las compras de ARV[361].

[355] Ver Anexo 45. Certificado de nacimiento de Félix Cabrera.
[356] Ver Anexo 38. Declaración de Félix Cabrera de 8 de enero de 2017. Guatemala. Ver también anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008). Ver también información proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág.6).
[357] Ver Anexo 38 Declaración de Félix Cabrera de 14 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38. Declaración de Félix Cabrera de 8 de enero de 2017. Guatemala.
[358] Ver Anexo 38. Declaración de Félix Cabrera de 8 de enero de 2017. Guatemala.
[359] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág.6).
[360] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág.6)
[361] Ver Anexo 38. Testimonio otorgado por Félix Cabrera a Cejil en junio de 2008. Ver también anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (escrito de las representantes de fecha 27 de junio de 2008).

Más recientemente, el 3 de febrero de 2017, el señor Félix Cabrera asistió al IGSS a recoger su tratamiento antirretroviral, sin embargo el mismo le fue negado como consecuencia del desabastecimiento[362].

Asimismo, al señor Cabrera nunca le han realizado exámenes de genotipo y fenotipo, pese a que le han cambiado su esquema de tratamiento en tres ocasiones; la primera vez, debido a que empezó a tener efectos secundarios en su salud; la segunda y tercera vez debido a que por la escasez de medicamentos, por lo que buscaron otras alternativas para suplirlos[363].

Además, relata que la atención que recibe no es integral, pues se trata de solo 4 médicos que atienden diariamente a cerca de 60 personas, por lo que la dedicación con cada paciente es mínima[364].

Sumado a ello, Félix ha recibido trato discriminatorio por parte del personal del IGSS, por su condición de persona con VIH. Al respecto, menciona que una doctora le preguntó en una ocasión en qué trabajaba, y al responderle que de mesero, esta le pidió que le indicara en qué restaurante para no ir nunca al mismo[365].

Cabe señalar que a inicios del año 2013, el IGSS se negó a proporcionar tratamiento al señor Félix Cabrera, por considerar que no cumplía con los requisitos para beneficiarse del servicio de salud que proporciona la institución[366]. Sin embargo, al alegar ante las autoridades la vigencia de las medidas cautelares otorgadas a su favor por la CIDH en el año 2004, se logró acordar la continuidad del tratamiento del beneficiario por parte de dicha institución, al mismo tiempo que se solicitó a la Junta Directiva que reconsiderara su decisión de excluir al señor Cabrera[367].

Pese a ello, el 21 de junio de 2013 le fue notificado al señor Cabrera el rechazo de la apelación interpuesta ante la Junta Directiva del IGSS[368]. Posteriormente, la víctima interpuso un recurso ante el Juzgado Octavo de Trabajo y Previsión Social, el cual mediante resolución de 2 de febrero de 2015 ordenó al IGSS proporcionarle el tratamiento para el VIH[369].

---

[362] Ver Anexo 38. Declaración de Félix Cabrera de 14 de febrero de 2017. Guatemala.
[363] Ver Anexo 38. Declaración de Félix Cabrera de 14 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38 Declaración de Félix Cabrera de 8 de enero de 2017. Guatemala
[364] Ver Anexo 38. Declaración de Félix Cabrera de 8 de enero de 2017. Guatemala
[365] Ver Anexo 38. Declaración de Félix Cabrera de 14 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38 Declaración de Félix Cabrera de 8 de enero de 2017. Guatemala
[366] Ver Anexo 36. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo II. Págs. 52-54. (Escrito de las representantes ante la Ilustre CIDH de 25 de junio de 2016. Pág 4)
[367] Ver Anexo 36. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo II. Pág. 12 (Escrito de las representantes ante la Ilustre CIDH de 25 de junio de 2016. Pág 4)
[368] Ver Anexo 36. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo II. Pág. 71 (Anexo 1 a Escrito de las representantes ante la Ilustre CIDH de 25 de junio de 2016, Nota de la Junta Directiva del IGSS de 20 de mayo de 2013, notificada el 21 de junio de 2013)
[369] Ver Anexo 38. Declaración de Félix Cabrera de 14 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38. Declaración de Félix Cabrera de 8 de enero de 2017. Guatemala

A pesar de dicha resolución, Félix sigue padeciendo los problemas de desabastecimiento, aunado a que en la actualidad no se le proporciona ningún tipo de atención por cualquier otra enfermedad que no esté relacionada con el VIH, pues el IGGS alega que no cumple con los requisitos para acceder al resto de servicios que proporciona la institución y mantiene el temor de que le quiten los medicamentos[370].

Por otra parte, Félix relata que cuando recibió su diagnóstico no existía información certera sobre el VIH. Por el contrario, la información que había para el público, refería al SIDA como el equivalente a la muerte segura, como él lo señala: "en ese momento hablar de VIH era hablar de muerte, porque era lo que te bombardeaban los medios de comunicación"[371].

Ello tuvo consecuencias emocionales en él, pero además laborales. Al respecto menciona que se sentía deprimido, pidió permiso de tres días para no asistir a trabajar y le contó a su jefe de ese entonces -de la cadena de restaurantes internacionales Sizzler, ANEC S.A- por lo que estaba pasando, quién se comportó en ese momento comprensivo pero al regresar a trabajar se enteró de que les había contado a sus compañeros de trabajo, quiénes lo señalaban y discriminaban, siendo despedido del lugar al poco tiempo[372]. Félix interpuso una demanda laboral en contra de dicha empresa por discriminación, sin embargo la misma no prosperó a su favor. Al respecto relata:

> Yo trabajaba desde las 6 de la mañana a 12 de la noche, entonces mi trabajo era mi vida, mi cadena de apoyo y todo, traté de meterme más en el trabajo para no tener que pensar, yo creía que me iba a morir, eso era todo, por mi contexto de vida, mi situación económica y todo eso no pude estudiar, mis papás nunca lo hicieron, en lugar de ponerme a estudiar me pusieron a trabajar desde los 7 años, entonces no tuve esas oportunidades. Pensé que me iba a morir sin experimentar muchas cosas, era lo que yo pensé en ese tiempo. Del trabajo me iba a mi casa y es posible que me ponía a llorar de las 12 de la mañana a las 5 de la mañana del siguiente día. Traté de mantener mi trabajo y luego me lo quitaron, cuando me lo quitaron me lo quitaron todo, porque entonces tenía más tiempo para estar solo, y dentro de mi tontería me tomé un montón de pastillas un día, llegué al grado de que paré al IGSS en emergencias porque estaba muy mal y recuerdo la pregunta que me hizo una de las doctoras, me dijo que dónde trabajaba y le dije que en un restaurante y que era positivo, y me dijo "¿dígame en qué restaurante trabaja para no ir a comer ahí? (…)[373].

[370] Ver Anexo 36. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo II. Pág. 71 (Anexo 1 a Escrito de las representantes ante la Ilustre CIDH de 25 de junio de 2016, Nota de la Junta Directiva del IGSS de 20 de mayo de 2013, notificada el 21 de junio de 2013). Ver Anexo 38. Declaración de Félix Cabrera de 8 de enero de 2017. Guatemala

[371] Ver Anexo 38. Declaración de Félix Cabrera de 14 de febrero de 2017. Guatemala

[372] Ver Anexo 38. Declaración de Félix Cabrera de 8 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38. Declaración de Félix Cabrera de 14 de febrero de 2017. Guatemala

[373] Ver Anexo 38. Declaración de Félix Cabrera de 14 de febrero de 2017. Guatemala

vii. César Noé Cancinos Gómez

César Noé Cancinos nació el 21 de junio de 1980 Cursó estudios hasta el nivel sexto de primaria . Fue diagnosticado con VIH el 18 de junio de 2002 en el hospital de Coatepeque, departamento de Quetzaltenango[377].

Antes de ser diagnosticado, el señor Cancinos trabajaba en una fábrica en Ciudad Guatemala, y debido al deterioro de su estado físico (llegó a bajar de peso hasta 90 libras) y de las jornadas largas y nocturnas a las que estaba sujeto, dejó de trabajar por aproximadamente un año y medio[378]. Durante ese tiempo dependió económicamente de su hermana, Actualmente se dedica a la agricultura, sin embargo debido a la intensidad del trabajo, tiene una oscilación constante en los niveles de sus defensas[380].

Al ser diagnosticado, la víctima recibió por parte de MSF trimetropin y multivitaminas así como apoyo nutricional, y no fue sino hasta junio de 2003 que comenzó a recibir TARV por parte de dicha ONG[381].

Tras el fin del proyecto de MSF, el señor Cancinos continuó recibiendo atención en el hospital nacional de Coatepeque, con una serie de deficiencias[382]. Así, para el año 2009, la víctima únicamente había tenido

[374] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011).
[375] Ver Anexo 38. Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala
[376] Ver Anexo 38. Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala
[377] Ver Anexo 38. Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala
[378] Ver Anexo 38. Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala
[379] Ver Anexo 38. Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala
[380] Ver Anexo 38. Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala
[381] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 14 a dicho informe). Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008). Ver Anexo 38. Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala
[382] Ver Anexo 38. Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala

acceso a examen CD4 en cinco ocasiones y una al de carga viral[383]. En el año 2010, se mantenía la irregularidad en dichos exámenes[384].

Actualmente, la víctima recibe atención en la clínica 12 del hospital de Coatepeque, ubicada a 45 minutos de su residencia. Hasta el momento, no ha sufrido ninguna infección oportunista, ha tenido acceso estable y permanente al tratamiento antirretroviral, aunque en algunas ocasiones por el desabastecimiento del medicamento, el tratamiento se lo dan mensualmente y no cada tres meses[385]. Además, le realizan exámenes CD4 y de carga viral con la frecuencia requerida, aunque sin la entrega en tiempo de sus resultados[386].

Por otro lado, según el señor Cancinos, la referida clínica 12 carece de espacio y mobiliario suficiente, y durante el último año y medio le solicitan dinero para suplir la falta de equipamiento de insumos médicos necesarios para realizar los exámenes de CD4 y carga viral[387]. El trayecto para llegar a la clínica le toma una hora y gasta aproximadamente 75 quetzales. En muchas ocasiones ha tenido que pedir prestado dinero para poder ir a las citas[388].

viii. Aracely Cinto

Aracely Cinto nació el 31 de marzo de 1970 , . La señora Cinto estudió sólo el primero de primaria y no tiene un trabajo formal. Trabaja ocasionalmente como lavandera y en la venta de helados en el barrio donde vive, por lo que depende económicamente del menor de sus hijos,

[383] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 18).
[384] Ver anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 23).
[385] Ver Anexo 38. Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala.
[386] Ver Anexo 38. Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala.
[387] Ver Anexo 38. Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala.
[388] Ver Anexo 38. Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala
[389] Ver Anexo 38. Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala.
[390] Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008). Ver Anexo 38. Declaración jurada de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala.

Leonel relata del siguiente modo lo que sintió cuando conoció el diagnóstico de su madre a la edad de 12 años: "sentí tristeza y muchas ganas de apoyarla, abrazarla y acompañarla en el proceso"[392]. No obstante, no cuenta con el mismo apoyo de su hijo mayor, siendo discriminada por éste, quien la culpa de haber contraído VIH, ella indica: "(…) hoy fecha él sabe que yo vivo pero no es de aquellas personas que anden conmigo, que me dé un abrazo, me tiene como aquella desconfianza, me tiene como asco" [393].

Fue diagnosticada con VIH en el año 1994 en un centro de salud público del municipio Tecún Umán donde, según sus propias palabras "el médico ni me había hecho el examen ni nada, delante de todos me pegó, me trató mal, me dijo que era una perra, (…) me trató de palabras que a uno le duelen y creo que me dolieron más las palabras que él me dijo que lo que yo tenía, porque me dijo que tenía SIDA, a gritos, "tú tienes SIDA y te vas a morir" me decía, "tenés tu hijo, regálalo; toda tu ropa, quemala; todos tus trastes, enterralos"[394].

A raíz de lo anterior, intentó suicidarse bebiendo veneno y parándose en asfalto, sólo que su hijo menor lo evitó[395]. La señora Cinto, menciona que en ese momento no tenía conocimiento de lo que significaba el VIH[396].

Según la víctima, cuando le diagnosticaron tenía fríos y mucha fiebre, estaba pálida, con los labios rajados y con un fuego en la boca; ya no quería comer y todo le daba nausea[397]. Menciona que para combatir los dolores y enfermedades del estómago se tomaba sus orines en ayunas[398].

Dado que ni ella ni sus padres comprendían todavía lo que tenía, dos días después de su diagnóstico fue llevada a una policlínica privada en Coatepeque, en donde finalmente le confirmaron que tenía VIH. Allí los doctores le explicaron que era probable que se hubiera contagiado a través de su esposo, quien ya tenía un año de haber fallecido, probablemente por VIH[399]. De igual forma, le aclararon que no se iba a morir y que había un lugar donde le podrían ayudar[400].

[391] Ver Anexo 38. Declaración de Leonel Celestino Maraziegos Cinto de 21 de diciembre de 2016. Guatemala. Ver Anexo 38Declaración jurada de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala.
[392] Ver Anexo 38. Declaración de Leonel Celestino Maraziegos Cinto de 21 de diciembre de 2016. Guatemala.
[393] Ver Anexo 38 Declaración de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala.
[394] Ver Anexo 38 Declaración de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala.
[395] Ver Anexo 38 Declaración de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala.
[396] Ver Anexo 38 Declaración de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala.
[397] Ver Anexo 38 Declaración de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala.
[398] Ver Anexo 38 Declaración de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala.
[399] Ver Anexo 38 Declaración de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala.
[400] Ver Anexo 38 Declaración de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala.

Así, a partir de su diagnóstico, Aracely fue remitida a la Cruz Roja de Coatepeque. Ella explica como fue su atención en dicho lugar, de la siguiente forma:

> una señorita que se llamaba Marlene, que venía de Estados Unidos, (…) empezaron a darme como remedios caseros, como le decimos nosotros, para que lo tomara, para que se me fuera manteniendo normal. Y ellas me daban como charlas, y ahí me dieron unos botecitos de leche que tenía que estar tomando cada mes para que el cuerpo lo mantuviera yo normal[401].

Aracely Cinto no recibió tratamiento antirretroviral hasta el año 2005, es decir, 9 años después de su diagnóstico, y aquel fue proporcionado por la organización MSF en el Hospital de Coatepeque hasta que esta se fue del país[402].

Para el año 2009, la señora Cinto únicamente había tenido acceso al examen CD4 en tres ocasiones, y nunca le habían realizado el examen de carga viral[403]. En el año 2010 se mantenía la irregularidad en la frecuencia de los exámenes[404].

En la actualidad, la señora Cinto recibe atención médica en la clínica 12 del hospital de Coatepeque, la cual se encuentra a una hora en autobús de su casa de habitación[405]. La víctima tiene dificultad para desplazarse hasta la clínica, ya que en ocasiones no cuenta con el dinero suficiente para su pasaje[406].

Hasta el momento, ha tenido acceso estable y permanente al tratamiento antirretroviral y no ha sufrido ninguna infección oportunista[407]. Asimismo, le hacen constantemente exámenes de sangre, sin embargo, nunca le han dado los resultados de los mismos[408].

Por otra parte, la señora Cinto padece de una grave lipodistrofia[409] que requiere de una intervención quirúrgica que a la fecha no ha sido realizada[410].

---

[401] Ver Anexo 38 Declaración jurada de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala..
[402] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 23 a dicho informe).
[403] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 19).
[404] Ver anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 23).
[405] Ver Anexo 38 Declaración de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala.
[406] Ver Anexo 38 Declaración de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala.
[407] Ver Anexo 38 Declaración de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala.
[408] Ver Anexo 38 Declaración de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala.
[409] Cambios en el cuerpo que se observan en personas que toman medicamentos antirretrovirales y que pueden consistir en pérdida y/o depósitos de grasa que generan malformaciones.
[410] Nótese que, en el marco del proceso de negociación de un eventual acuerdo de cumplimiento de recomendaciones dictadas por la CIDH en el informe de fondo dictado en el presente caso, llevado a cabo entre las representantes y el Estado de agosto a diciembre de 2016, se solicitó con carácter urgente la realización de la intervención quirúrgica a favor de las siguientes víctimas Aracely Cinto, Zoila Marina Pérez Ruiz y Luis Rolando Cuscul Pivaral,

Ello le ha generado problemas para dormir, pues el peso que le genera la malformación le produce dolores, así como se ha sentido discriminada debido a que la gente constantemente la mira y pone apodos[411].

De igual forma, la clínica es muy pequeña y se encuentra en una zona que permite que todas las personas que asisten al Hospital de Coatepeque vean y reconozcan a quienes asisten a la misma, lo que ha facilitado un ambiente de discriminación, pues, en palabras de Aracely "dicen que ahí van los sidosos, entonces eso es lo que a uno le hace sentir a uno como desconfianza" [412].

Aunado a lo anterior, en ocasiones le han pedido a la propia víctima sufragar los costos de los insumos para los exámenes de laboratorio[413].

ix. Luis Rolando Cuscul Pivaral

Luis Rolando Cuscul nació el 12 de enero de 1968, cursó estudios hasta el nivel sexto de primaria, actualmente se desempeña como empleado de seguridad privada, Fue diagnosticado con VIH en el año 1993, en el IGSS, en la clínica de zona 9, ciudad de Guatemala[416].

Luis Rolando Cuscul fue diagnosticado tras ser internado con diarrea, fiebre y vómitos[417]. Cabe destacar que no fue consultado ni informado respecto de la realización de la prueba de VIH con carácter previo a la misma[418]. Además, tras el diagnóstico positivo y según sus propias palabras "en la cama pusieron un roto con letras grandes que decía paciente con SIDA y yo era el monito del

---

debido a la lipodistrofia padecida por ellas. Al respecto, la respuesta del Estado consistió en un informe del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS- en el que refirió, en el caso de Aracely que "su estado no compromete su salud al efectuarle la cirugía solicitada". A la fecha no se le ha realizado la intervención. Ver Anexo 46. COPREDEH Oficio Ref. P-1209-2016/VHGM/WCA/au. 2 de diciembre de 2016. Guatemala

[411] Ver Anexo 38 Declaración de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala.

[412] Ver Anexo 38 Declaración de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala.

[413] Ver Anexo 38Declaración de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala.

[414] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Págs. 3 y 4).

[415] Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008). Ver Anexo 38 Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala.

[416] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala.

[417] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala.

[418] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala.

circo porque todos llegaban a donde yo estaba los médicos y los estudia(s)te, me tocaban me miraba(n) y se reían"[419] (error en el original).

El señor Cuscul relata de este modo el trato recibido por el personal médico en esa oportunidad

> (…) el médico me mando a mi casa y me dijo que me paso esto porque era promiscuo y que si quería iba a comprar la medicina a Estado Unidos, estuve 8 días hospitalizado y no me decía lo que había tenido (…) el doctor solo me dijo que ya era hora que me fuera y que me iba a morir en dos años[420].

Por otro lado, en la época en la que fue diagnosticado, Luis Rolando trabajaba en una fábrica, de donde tras conocer su diagnóstico, fue despedido[421].

El diagnóstico de VIH impactó fuertemente su vida, así, según sus propias palabras: "en el IGSS me daban 2 años de vida si me portaba bien, porque no habían medicamentos, la depresión y la noticia del diagnóstico perdí el interés por todo" [422]. Incluso intentó suicidarse en varias ocasiones[423]. Luis Rolando estuvo cerca de 3 años sin trabajar a causa de su diagnóstico[424].

A partir del año 2001 trabajó en la Fundación Fernando Iturbide y en otras organizaciones dedicadas a la prevención del VIH[425].

El señor Cuscul comenzó a recibir tratamiento antirretroviral en septiembre del año 2000, es decir, casi siete años después de su diagnóstico, en el hospital Roosevelt, a través de la organización MSF[426]. No obstante, antes de ello, el señor Cuscul estuvo recibiendo, por 2 años, antirretrovirales de prueba en el marco de un proyecto de investigación que se realizaba a través de un laboratorio privado en Ciudad de Guatemala[427]. Al respecto, relata que los

[419] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala.
[420] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala.
[421] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 13 de febrero de 2017. Guatemala.
[422] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala.
[423] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 13 de febrero de 2017. Guatemala.
[424] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 13 de febrero de 2017. Guatemala.
[425] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala.
[426] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala. Ver Anexo 38. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 13 de febrero de 2017. Guatemala. Ver también anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del escrito de las peticionarias del 10 de diciembre de 2010. Pág. 27)
[427] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 13 de febrero de 2017. Guatemala.

medicamentos no fueron efectivos[428]. En ese sentido, menciona que le daban Apixaban y que dicho medicamento le ocasionó la lipodistrofia[429].

Según la información proporcionada por el señor Cuscul, tras la transferencia de pacientes efectuada por MSF al Ministerio de Salud, la atención brindada en el referido hospital Roosevelt comenzó a presentar deficiencias, tales como, falta de atención personalizada, cambios continuos en el personal médico y citas que no se ajustan a los horarios laborales de los pacientes y largos periodos de espera en las citas médicas, incluso en ocasiones requiriendo toda una mañana para ser atendido, entre otros[430]. Adicionalmente, señala que no siempre le realizan un chequeo médico, sino que solamente le entregan sus medicamentos[431].

Al señor Cuscul nunca le han realizado exámenes de genotipo[432], y padece de lipodistrofia desde hace aproximadamente 17 años, consistente en joroba y pechos aumentados, lo cual le deprime y genera gran impotencia, ya que es objeto de burla de manera continua. Según sus propias palabras

> (...) se me quedan viendo los pechos y la cara haciendo como caras despectivas. Una vez me dijeron que parecía camello por la joroba esto si me hace sentir mal porque hacen burlas y chistes y yo no les voy a decir que pasa, esto me da depresión me da impotencia[433].

La lipodistrofia del señor Cuscul requiere de una intervención quirúrgica, que a la fecha no ha sido realizada pese a encontrarse en la fase de exámenes preoperatorios[434].

Por otra parte, pese a que la víctima trabaja nuevamente como guardia de seguridad privada, antes de obtener dicho empleo, tuvo grandes dificultades

[428] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 13 de febrero de 2017. Guatemala.
[429] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 13 de febrero de 2017. Guatemala.
[430] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala.
[431] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala.
[432] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 13 de febrero de 2017. Guatemala. Ver Anexo 38. Declaración jurada de María de Jesús Chajon De León de 5 de enero de 2016. Guatemala. Ver Anexo 38. Declaración jurada de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 13 de febrero de 2017. Guatemala
[433] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala.
[434] Nótese que, en el marco del proceso de negociación de un eventual acuerdo de cumplimiento de recomendaciones dictadas por la CIDH en el informe de fondo dictado en el presente caso, llevado a cabo entre las representantes y el Estado de agosto a diciembre de 2016, se solicitó con carácter urgente la realización de la intervención quirúrgica a favor de las siguientes víctimas: Aracely Cinto, Zoila Marina Pérez Ruiz y Luis Rolando Cuscul Pivaral, debido a la lipodistrofia padecida por ellas. El referido informe del SIAS refirió, respecto de Luis Rolando, "que está pendiente de evaluación Cardio Pulmonar y decidir la fecha del procedimiento quirúrgico". A la fecha no se le ha realizado la intervención. Ver Anexo 46. COPREDEH Oficio Ref. P-1209-2016/VHGM/WCA/au. 2 de diciembre de 2016. Guatemala

para encontrar trabajo, ya que si comunica que es una persona con VIH al eventual empleador, no le contratan[435]. Según sus propias palabras

> Si no tuviera la enfermedad me viera en una situación económica mejor porque en los polígrafos no paso la prueba por las preguntas de enfermedades infectocontagiosas, pero igual si les digo la verdad no me van a dar el trabajo y eso me ha limitado a que no tenga un trabajo mejor con un salario mejor porque yo la experiencia en el trabajo lo paso pero en donde me quedo es en las preguntas[436].

x. Olga Marina Castillo

Olga Marina Castillo nació el 27 de octubre de 1976 [redacted]
Fue diagnosticada con VIH en el año 2002. En el año 2003 recibía tratamiento antirretroviral de MSF. El plazo determinado al que estaba sujeto dicho tratamiento y la incertidumbre en torno al acceso al mismo tras la partida de la ONG, le hacía temer por su vida y su salud[440].

A la fecha las representantes no tenemos más contacto con la víctima y sus familiares, sin embargo hemos incluido los hechos relacionados con esta, pues los mismos son violatorios de derechos humanos y así también fue considerado por la CIDH en su informe de Fondo.

[435] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala.
[436] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala.
[437] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala.
[438] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala.
[439] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 13 de febrero de 2017. Guatemala.
[440] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 3.)

xi. María Felipe Pérez

María Felipe Pérez nació el 20 de agosto de 1964 , su lengua materna es el mam y aprendió a hablar español cuando falleció su esposo a causa del VIH. Estudió hasta segundo de primaria[441]. Salió de Ixtahuacán a los 18 años huyendo de la guerra para evitar que la mataran,

Tras el diagnóstico de su esposo Roberto Gómez García, fue diagnosticada con la infección estando embarazada en el año 2000, en un centro médico privado[443].

Durante su embarazo no recibió atención para prevenir la transmisión vertical del VIH, no se le realizó cesárea y amamantó a su hija, quien no obstante no adquirió la infección[444].

En la actualidad sus hijos le ayudan económicamente[445].

Desde el 12 de abril del año 2002, la víctima recibió atención de la ONG MSF, donde le fue proporcionado tratamiento antirretroviral a partir del 6 de junio de 2002[446]. En 2003 la señora Felipe Pérez manifestó a sus representantes que anhelaba vivir porque era el único sostén económico para sus hijos[447].

Tras el fin del proyecto de MSF, la víctima continuó recibiendo atención en el hospital nacional de Coatepeque, con una serie de deficiencias. Así, para el año 2009, la señora Pérez había tenido acceso a examen de CD4 únicamente en 6 ocasiones y 2 al de carga viral[448]. En el año 2010, se mantenía la irregularidad en la frecuencia de los exámenes[449]. En una ocasión le fue sustituido su tratamiento antirretroviral regular por la dosis pediátrica a causa de desabastecimiento del medicamento[450].

[441] Ver Anexo 38. Declaración de María Felipe de fecha 8 de enero de 2017. Guatemala
[442] Ver Anexo 38 Declaración de María Felipe de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[443] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 18 y 19); Ver Anexo 38. Declaración de María Felipe de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[444] Ver Anexo 38. Declaración de María Felipe de fecha 8 de enero de 2017. Guatemala
[445] Ver Anexo 38. Declaración de María Felipe de fecha 9 de enero de 2017. Guatemala
[446] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 7 a dicho informe). Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).
[447] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 4).
[448] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Págs.18 y 19).
[449] Ver anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 23).
[450] Ver Anexo 38. Declaración de María Felipe de fecha 8 de febrero de 2017. Guatemala

Actualmente recibe atención en la UAI de Retalhuleu, centro médico al que solicitó ser reubicada a raíz de las complicaciones de traslado a Coatepeque, por los altos costos y las cinco horas y media que le tomaba llegar[451]. Ahora le toma una hora y media llegar a Retalhuleu y reporta continuas irregularidades en la atención[452]. Así por ejemplo, solo le proporcionan el TARV y le realizan periódicamente sus exámenes de CD4 y carga viral, sin embargo en varias ocasiones no le muestran los resultados de dichos exámenes y no recibe apoyo nutricional, psicológico, ni medicamentos o exámenes complementarios para la atención de sus padecimientos conexos, y en su lugar le dan recetas para que los adquiera por su cuenta[453]. Ha padecido de faringitis, rash cutáneo, sarcopiosis, neumonía bacteriana, dolor lumbar, cándida vaginal, osteopenia, cáncer en la matriz, colitis, insomnio, neuropatía periférica, carvicitis moderada y enfermedad péptica[454]. A la fecha, la señora María Felipe padece artritis y dolores en las articulaciones para las que no recibe medicamento[455].

María Felipe tuvo que vender los terrenos que tenía para poder solventar los gastos de medicamentos, transporte para poder acudir a sus citas y exámenes y para poder comer[456]. A su vez, manifiesta que sus hijos fueron objeto de discriminación por sus compañeros de la escuela que conocían la situación por la que ella estaba viviendo[457].

La víctima señala que sería importante que la atención médica pudiera proporcionarse en mam, ya que como ella lo señala: "la verdad que no soy yo la única que tiene así, somos muchos los que tienen así, porque Dios nos dejó de palabra el mam y como uno no tiene mucho estudio pues por eso no entendemos todo en castilla"[458].

xii. Ismerai Olivia García Castañón

Ismerai Olivia García Castañón nació el 14 de enero de 1964 y fue diagnosticada con VIH en el año 2003, en la organización

[451] Ver Anexo 38. Declaración de María Felipe de fecha 9 de enero de 2017. Guatemala
[452] Ver Anexo 38. Declaración de María Felipe de fecha 9 de enero de 2017. Guatemala
[453] Ver Anexo 38. Declaración de María Felipe de fecha 9 de enero de 2017. Guatemala
[454] Esta información fue recabada por la Doctora Calderón mediante entrevistas y revisión de algunos expedientes médicos en 2011. La Dra. Calderón declarará al respecto, en el momento procesal oportuno.
[455] Ver Anexo 38. Declaración de María Felipe Pérez de fecha 8 de febrero de 2017. Guatemala
[456] Ver Anexo 38. Declaración de María Felipe Pérez de fecha 9 de enero de 2017. Guatemala
[457] Ver Anexo 38. Declaración de María Felipe Pérez de fecha 9 de enero de 2017. Guatemala
[458] Ver Anexo 38. Declaración de María Felipe de fecha 9 de enero de 2017. Guatemala
[459] Rocael Gómez Felipe falleció el 17 de diciembre de 2016.
[460] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág. 6).

Proyecto Vida[461]. Antes de ser diagnosticada tenía un negocio propio de comida[462].

Desde febrero del año 2003, la señora García comenzó a recibir atención de MSF, Hospital de Coatepeque, iniciando el tratamiento antirretroviral en enero de 2006[463]. Posteriormente fue atendida en la clínica 12 del Hospital de Coatepeque. Las irregularidades en el tratamiento provocaron la aparición de enfermedades oportunistas tales como candidiasis vulvovaginal y diarrea crónica[464]. Durante varias ocasiones le daban las recetas de profilácticos para la candidiasis pero, por carecer de recursos económicos, no podía comprarlos[465].

xiii. Santos Isacar Vásquez Barrios

Santos Isacar Vásquez Barrios, nació el 3 de noviembre de 1968 Estudió hasta segundo de primaria y en la actualidad se dedica a recolectar y vender cocos[468].

Fue diagnosticado con VIH enero de 2003 en el Proyecto Vida en Coatepeque[469], tras haber experimentado un período con diarreas

[461] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 22 a dicho informe). Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008). Ver también información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 16).

[462] Ver Anexo 47. National Institutes of Health (NIH), Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America (HIVMA/IDSA). Guidelines for prevention and treatment of Opportunistic Infections in HIV- Infected Adults and Adolescents, June 18, 2008. (Anexo 3 de rscrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009).

[463] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 22 a dicho informe).

[464] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 16).

[465] Ver Anexo 47. National Institutes of Health (NIH), Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America (HIVMA/IDSA). Guidelines for prevention and treatment of Opportunistic Infections in HIV- Infected Adults and Adolescents, June 18, 2008. (Anexo 3 de escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009).

[466] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Ver escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág. 4).

[467] Ver Anexo 38. Declaración del Santos Isacar Vásquez Barrios de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala

[468] Ver Anexo 38. Declaración del Santos Isacar Vásquez Barrios de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala

persistentes[470]. Después de su diagnóstico, MSF le proveyó de Trimetropin por un período aproximado de 9 meses[471]. Tras ello, comenzó a recibir tratamiento antirretroviral por parte de dicha ONG, en 2004[472]. Adicionalmente, le suministraban apoyo nutricional, psicológico y de apoyo grupal.

Antes de ser diagnosticado con VIH, el señor Vásquez Barrios nunca había escuchado acerca del virus, ni las maneras para prevenir el contagio.

Tras el fin del proyecto de MSF, el señor Vásquez continuó recibiendo atención en el hospital de Coatepeque, con una serie de irregularidades. Así, para el año 2009, el señor Vásquez había tenido acceso a exámenes de CD4 únicamente en cuatro ocasiones desde que comenzara a recibir atención, y en una al de carga viral. Para esa fecha, como consecuencia del monitoreo inadecuado, había padecido las siguientes infecciones oportunistas sífilis, neurosífilis, herpes zoster, micosis cutánea recurrente, parásitos, fiebre, diarrea con sangre, tos, vómitos con flema blanca, afonía leve, faringitis, herpes zoster y micosis cutánea[473].

En la actualidad recibe su tratamiento en la clínica 12 del Hospital de Coatepeque, la cual se encuentra a 45 minutos de su hogar y gasta aproximadamente 45 quetzales para poder ir y venir el día de consulta. En 2015, experimentó interrupciones en la provisión de su tratamiento antirretroviral durante 9 meses. Incluso, en alguna ocasión le sustituyeron su medicamento por tratamiento pediátrico[474].

xiv. Mardo Luis Hernández

[469] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 20 a dicho informe). Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008). Ver también información recabada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, así como la recabada a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quienes declararán en el momento procesal oportuno (escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 18 ypetición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 4).

[470] Ver Anexo 38. Declaración del Santos Isacar Vásquez Barrios de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala

[471] Ver sección de contexto sobre conceptualización del VIH. Ver Anexo 38 Declaración del señor Santos Isacar Santos Barrios de fecha 12 de febrero de 2017.. Guatemala

[472] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 20 a dicho informe).

[473] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 18).

[474] Ver Anexo 38. Declaración del Santos Isacar Vásquez Barrios de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala

[475] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág.4).

Mardo Luis Hernández nació el 3 de julio de 1983 [redacted] Cuenta con una escolaridad de tercer grado básico. A causa de un problema familiar, emigró junto con sus hermanos a Ciudad de Guatemala para trabajar en una maquiladora. Al mes y medio de haber emigrado, en el año 2002, comenzó a tener escalofríos, dolores de cabeza, fiebre y diarrea. Su familia lo llevó a un hospital privado en el que le realizaron una prueba para determinar si tenía VIH, la cual resultó positiva. De dicho hospital lo refirieron al Proyecto Vida en Coatepeque, en abril de 2001[477].

Antes de ser diagnosticado con el VIH, había escuchado en la radio que el SIDA era una enfermedad por la que la gente fallecía delgada, pero no sabía como se prevenía[478].

Después de ser diagnosticado, MSF le proporcionó al señor Hernández trimetroprin y en noviembre de 2003 comenzó su tratamiento antirretroviral[479].

En diciembre del año 2005 decidió poner fin a su tratamiento por creencias religiosas[480]. Posteriormente, retomó la atención en el Hospital de Coatepeque. En dicha institución recibía TARV y exámenes periódicos de carga viral y CD4, más no atención nutricional[481]. En 2015 solicitó su traslado a la UAI de Malacatán, a fin de poder continuar recibiendo atención médica con el Doctor Santamarina, donde continúa hasta la fecha[482].

La UAI de Malacatán está a dos horas de donde actualmente reside y gasta el cuádruple de lo que gastaba yendo a Coatepeque, sin embargo, aunque le implica reducir los gastos de su casa, Mardo solicitó su cambio para asegurar una atención de calidad, pues refiere que "vale la pena porque uno no va a que le vayan atinar sino a que le den lo que necesita"[483].

[476] Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).
[477] Ver Anexo 38. Declaración del Mardo Luis Hernández Hernández de fecha 27 de enero de 2017. Guatemala
[478] Ver Anexo 38. Declaración del Mardo Luis Hernández Hernández de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[479] Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).
[480] Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008); Ver Anexo 38. Declaración del Mardo Luis Hernández Hernández de fecha 27 de enero de 2017. Guatemala
[481] Ver Anexo 38. Declaración de Mardo Luis Hernández Hernández de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[482] Ver Anexo 38. Declaración de Mardo Luis Hernández Hernández de fecha 27 de enero de 2017. Guatemala
[483] Ver Anexo 38. Declaración de Mardo Luis Hernández Hernández de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala

A raíz de su condición como persona viviendo con VIH tuvo que cambiar de trabajo pues ya no podía trabajar bajo el sol[484]. En la actualidad trabaja en una empacadora, en la que se establecen metas de producción, las cuales en ocasiones incumple debido a que su condición lo limita físicamente[485]. Hace aproximadamente 5 años estuvo hospitalizado durante 18 días debido a una recaída por infección en la garganta, tuberculosis y criptococos cuestión que le hizo ausentarse de su trabajo[486].

Recientemente tuvo que ser operado en un ojo como resultado del polvillo de lámina que cayó en sus ojos en un accidente de trabajo y que empeoró debido a los criptococos[487].

xv. Luis Armando Linares Ruano

El señor Linares nació el 10 de noviembre de 1969 cuenta con estudios de sexto de primaria y Luis Armando fue diagnosticado en el año 1984, a través de la organización privada Asociación Guatemalteca de Atención Sexual, AGES siendo aún menor de edad[490]. Para ese entonces el sistema de salud pública no realizaba exámenes de diagnóstico ni proporcionaba atención a las personas con VIH[491].

Luis Armando fue expulsado de su casa a los 11 años después de que su madre se enteró de su homosexualidad; era mandado a golpear por su tío que trabajaba como policía por la misma razón y pasó durmiendo en una banca del

[484] Ver Anexo 38. Declaración de Mardo Luis Hernández Hernández de fecha 27 de enero de 2017. Guatemala
[485] Ver Anexo 38. Declaración de Mardo Luis Hernández Hernández de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[486] Ver Anexo 38. Declaración de Mardo Luis Hernández Hernández de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[487] Ver Anexo 38. Declaración de Mardo Luis Hernández Hernández de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[488] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág.7).
[489] Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).
[490] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Armando Linares Ruando de 18 de enero de 2017. Guatemala
[491] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Armando Linares Ruando de 18 de enero de 2017. Guatemala

parque durante mes y medio hasta que comenzó a dedicarse al comercio sexual como travesti para poder sobrevivir[492].

A partir del año 2000, comenzó a recibir tratamiento antirretroviral en la clínica San Juan de Dios, por dos años aproximadamente y posteriormente, debido a la mala atención que recibía, solicitó traslado al Hospital Roosevelt[493]. Actualmente recibe atención en el IGSS[494].

El señor Linares ha sido víctima de los problemas de desabastecimiento de antiretrovirales en el IGSS; además, menciona que le han cambiado los esquemas de su tratamiento sin haberle realizado exámenes de genotipo[495]. Ello ha impactado negativamente en su salud. Según su propio relato:

> El cambio de fármacos es lo que me hizo daño en el estómago, no me hicieron genotipo para cambiarme el medicamento, solo me dan el medicamento y no me revisan ni nada. Ellos solo le dicen a uno tiene que tomárselo pero no lo ven a uno[496].

Asimismo, relata que la falta de una atención integral le afectó en su salud de la siguiente forma:

> En muchas cosas, me debilito mucho, diarrea, dolores de cabeza muy intensos, mareo, me pongo hacer algo para no sentir el mareo, y también me han salido lipomas de grasa en el cuerpo, tengo en los brazos, piernas en la cintura y no me los han querido operar, me dijeron que ya no me iban a salir solo tenía dos pero ahora me han salido en todos lados y algunas sí me duelen, la doctora me dijo que me los iban a operar hasta que estuviera indetectable y le volví a preguntar y me dijo que no me iban a operar[497].

Después de su diagnóstico, trabajó con la Organización de Apoyo a una Sexualidad Integral frente al Sida, OASIS[498].

La víctima relata que ha sido discriminada por su condición de persona con VIH y por su orientación sexual: “he perdido varios trabajos porque me discriminan por ser homosexual o porque tengo que hacerme exámenes. Me gustaría que se pusieran en mis zapatos” [499].

---

[492] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Armando Linares Ruando de 18 de enero de 2017. Guatemala
[493] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Armando Linares Ruando de 18 de enero de 2017. Guatemala
[494] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Armando Linares Ruando de 18 de enero de 2017. Guatemala
[495] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Armando Linares Ruando de 18 de enero de 2017. Guatemala
[496] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Armando Linares Ruando de 18 de enero de 2017. Guatemala
[497] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Armando Linares Ruando de 18 de enero de 2017. Guatemala
[498] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Armando Linares Ruando de 18 de enero de 2017. Guatemala
[499] Ver Anexo 38. Declaración de Luis Armando Linares Ruando de 18 de enero de 2017. Guatemala

xvi. Marta Alicia Maldonado Paz

Marta Alicia Maldonado nació el 27 de abril de 1980, fue diagnosticada con VIH en el año 2001 en el programa de MSF [redacted]. Antes de ser diagnosticada trabajaba en un almacén pero tuvo que dejar el trabajo porque se enfermaba constantemente y faltaba al mismo.

A partir de abril del 2002, comenzó a recibir atención de MSF, iniciando el tratamiento antirretroviral en noviembre del año 2004[501]. A los 15 días de comenzar el tratamiento tuvo efectos secundarios y tuvieron que cambiarle la dosis[502].

Tras el fin del proyecto de atención de MSF, la víctima continuó recibiendo atención en el hospital nacional de Coatepeque, con una serie de deficiencias. Así, en el año 2009, la señora Maldonado no había tenido acceso al examen de carga viral durante un año, mientras que tenía acceso a los exámenes CD4 de manera irregular, problema que persistía en el año 2010[503]. Para el año 2009, debido a las irregularidades en el monitoreo de la infección, había padecido papilomatosis vulvar y anal, candidiasis oral y vaginal, papilomatosis oral, tinia pedís, desnutrición e histoplasmosis[504].

[redacted]

[500] Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008). Ver también información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág.17); Así como anexo 44. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 3 del 10 de diciembre de 2010).

[501] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 25 a dicho informe). Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008); ver anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010).

[502] Ver Anexo 44. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo3 del escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010).

[503] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las representantes de 7 de agosto de 2009. Pág. 17. Ver escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 22.

[504] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las representantes de 7 de agosto de 2009. Pág. 17).

[redacted]

A la fecha las representantes no tenemos más contacto con la víctima y sus familiares, sin embargo hemos incluido los hechos relacionados con esta, pues los mismos son violatorios de derechos humanos y así también fue considerado por la CIDH en su informe de Fondo.

xvii. Dora Marina Martínez Sofoija

Dora Marina Martínez Sofoija nació el 10 de septiembre de 1971 [redacted] Cursó hasta el sexto de primaria. Toda su vida ha trabajado en el servicio doméstico. Fue diagnosticada con VIH en el año 1998 en el Hospital de Coatepeque [redacted]

La señora Martínez indica que llegó al Hospital de Coatepeque porque presentaba mucha fiebre y desnutrición, que después de su diagnóstico no recibió tratamiento durante varios años debido a que en el hospital le explicaron que todavía no existían los medicamentos para tratar el VIH. Posteriormente fue remitida por el mismo hospital a MSF, donde le daban trimetoprim[507].

A partir de julio del año 2003, la señora Martínez comenzó a recibir tratamiento antirretroviral de MSF en Coatepeque[508].

En el año 2005 la señora Martínez se quedó embarazada. Le indicaron que le iban a programar cesárea en el hospital de Quetzaltenango, y el 5 de julio comenzó a sentir dolores y acudió a urgencias. Sin embargo, la falta de atención inmediata provocó la muerte del recién nacido al momento del parto[509].

[505] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Págs. 4 y 5).
[506] Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008). Ver también información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 20)
[507] "La profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) se viene utilizando desde los inicios de la epidemia para prevenir infecciones como la neumonía por Pneumocystis jiroveci en personas infectadas por el VIH, a fin de reducir la mortalidad asociada al VIH en personas con recuentos bajos de células CD4". Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/hiv/topics/arv/cotrimoxazole_factsheet_dec2014/es/
[508] Documento interno empleado para la elaboración del escrito de observaciones sobre el fondo de 13 de mayo de 2005. Ver también anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).
[509] Información brindada en entrevista realizada por CEJIL el 14 de febrero de 2017; y que será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.

Finalizado el proyecto de MSF, la víctima continuó recibiendo atención en el hospital nacional de Coatepeque, con varias deficiencias. Al respecto menciona,

> Hay profesionales [actualmente] como por ejemplo médico, enfermería, trabajo social. Psicólogo y farmacia, pero he observado que actualmente es demasiada la población por lo cual no se dan abasto. Recuerdo que en Médicos Sin Fronteras existía un proyecto que se llamaba Proyecto Vida, donde recibía más atención personalizada, charlas y un oficio que nos enseñaba corte y confección que me ayudó mucho, pero en el hospital no hay nada de eso (…)[510]

Así, para el año 2009, la víctima padecía de lipodistrofia como consecuencia de los antirretrovirales, lo cual requería la práctica de exámenes adicionales que no le fueron realizados[511]. Por su parte, en el año 2010, no tuvo acceso con la frecuencia requerida a los exámenes de monitoreo ya que, para esa fecha, su último CD4 había sido hacía un año y el de carga viral hacía dos[512].

Asimismo, la señora Martínez señala que no recibe una atención adecuada en la clínica 12 de Coatepeque y que no hay un debido manejo de la confidencialidad por parte del personal de salud. De igual forma, en algunas ocasiones le han dicho que no hay reactivos para hacer sus exámenes de CD4 y Carga Viral[513].

En el año 2014 dicha clínica tuvo un problema de desabastecimiento que ocasionó que la víctima no recibiese su tratamiento antirretroviral por varios meses[514]. Su expediente clínico indica que al 6 de noviembre de 2014, no se habrían realizado exámenes de hematología a la señora Martínez debido a la falta de recursos económicos[515].

Actualmente la clínica se encuentra a 4 kilómetros de su hogar y debido a las distancias, a los costos y a lo peligroso de la zona donde vive, ella tiene que irse desde un día antes de su cita y pasar la noche en la sala de emergencias.

> Mi situación es muy difícil porque el pago que recibo aveces me cuesta cuando me toca pagar medicamentos para mi colesterol y también donde vivo hay mucha delincuencia por lo tanto para llegar al hospital debo tomar el bus a las 4:30 am porque la zona dónde vivo es peligrosa por lo que me

[510] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Dora Marina Martínez de 16 de diciembre de 2016. Guatemala
[511] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 20).
[512] Ver anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 25).
[513] Ver Anexo 38 Declaración jurada de Dora Marina Martínez de 16 de diciembre de 2016. Guatemala
[514] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Dora Marina Martínez de 16 de diciembre de 2016. Guatemala
[515] Ver Anexo 39. Expediente clínico de Dora Marina Martínez. Pág. 14

> quedo al lado de emergencia, al hospital a esperar para que llegue la 7:00 am para mi atención[516].

En el año 2015 se mantenía la irregularidad en la frecuencia de los exámenes y constantemente le solicitaban una aportación económica para suplir la falta de equipamiento de insumos médicos necesarios para realizar los exámenes de CD4 y carga viral[517]. Además, la señora Martínez ha escuchado que el personal del hospital pasa por problemas de falta de pago de sus honorarios[518].

[redacted]

xviii. Pascuala de Jesús Mérida

Pascuala de Jesús Mérida nació el 25 de abril de 1975 [redacted] Cuenta con una escolaridad de tercer grado de primaria y se dedica a las labores del hogar, con ocasionales trabajos de recolección de café[521].

La señora Mérida tenía 5 meses de embarazo, cuando fue diagnosticada con VIH en el año 2001 en Coatepeque, con MSF[522]. Su primera pareja, el señor Baudillo Soto de León falleció a causa del VIH en julio de 2001, fue diagnosticado y tratado en un hospital privado[523]. Así, tras el fallecimiento de su ex esposo, Pascuala fue sacada de la residencia de su suegra, donde habitaba con su familia, y se vio obligada a reubicarse en casa de sus padres, quienes asumieron su soporte económico y el de sus hijas. En éste momento su madre la llevó a Proyecto Vida en Coatepeque para realizarle la prueba, donde las refirieron a MSF[524].

[516] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Dora Marina Martínez de 16 de diciembre de 2016. Guatemala.
[517] Información brindada en entrevista realizada por CEJIL el 14 de febrero de 2017; y que será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.
[518] Información brindada en entrevista realizada por CEJIL el 14 de febrero de 2017; y que será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.
[519] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Dora Marina Martínez de 16 de diciembre de 2016. Guatemala
[520] Ver Anexo 38. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala
[521] Ver Anexo 38. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala
[522] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 5.) Ver Anexo 38. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala
[523] Ver Anexo 38. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala
[524] Ver Anexo 38. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala

Posterior a la confirmación de su diagnóstico, MSF comenzó a proveerle de trimetroprin y la colocaron en un proceso de sorteo para que pudiera recibir TARV, a fin de prevenir la transmisión vertical[525]. Entre 2001 y 2002, recibió TARV por 4 meses hasta que su hijo nació[526].

El desarrollo de su embarazo lo llevó a cabo en el centro de salud de Retalhuleu donde le indicaron que la programarían para realizarle la cesárea, así como que le colocarían un medicamento profiláctico durante el alumbramiento, pero nunca ocurrió[527]. La señora Pascuala comenzó a tener dolores de parto el 19 de enero de 2002 y fue llevada al centro de salud donde solicitó que le aplicaran el medicamento profiláctico, así como que le realizaran una cesárea, pero el personal médico se rehusó y dio a luz a su hijo Erick Alexander, por parto natural, a pesar de lo cual el niño no contrajo enfermedad[528].

Tras el nacimiento de su hijo, la señora Mérida recibía de MSF un bote de leche de fórmula por semana. No obstante, conforme Erick Alexander iba creciendo, la leche se hacía insuficiente y el padre de Pascuala debía comprar la leche adicional[529].

A partir de agosto de 2002, la víctima retomó el tratamiento antirretroviral[530]. Adicionalmente recibió apoyo nutricional[531]. Dicha ONG, únicamente le garantizaba el tratamiento hasta diciembre del año 2004, lo cual le generaba temor por su vida[532].

Tras el fin del proyecto de MSF, la víctima continuó recibiendo atención en el hospital nacional de Coatepeque, con una serie de deficiencias. Así, para el año 2009, la señora Mérida había tenido acceso a examen CD4 en 14 ocasiones, sin embargo, los mismos no fueron complementados con el de

[525] Ver Anexo 38. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[526] Ver Anexo 38. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala
[527] Ver Anexo 38. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala
[528] Ver Anexo 38. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[529] Ver Anexo 38. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[530] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 16 a dicho informe). Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 5). Ver también anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).
[531] Ver Anexo 38. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala
[532] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 5).

carga viral, ya que hasta esa fecha no le habían sido realizados[533]. En el año 2010, se mantenía la irregularidad en los referidos exámenes[534]. Adicionalmente, en algunas ocasiones, a causa de desabastecimiento de TARV para adultos, le fue sustituido su tratamiento por dosis pediátrica[535]. Asimismo, en algunos momentos se le ha solicitado cooperación económica por parte de personal del hospital para la compra de material clínico empleado en la realización de las pruebas de monitoreo de CD4 y carga viral[536].

Actualmente el hospital queda a dos horas de su hogar y gasta aproximadamente 40 quetzales para el pasaje, en ocasiones no cuenta con el recurso económico y tiene la necesidad de pedir prestado[537].

Sus hijos han sufrido discriminación por la condición de VIH de la señora Mérida, en diferentes etapas de sus vidas, principalmente en la escuela[539].

xix. Darinel López Montes de Oca

Darinel López Montes de Oca nació el 14 de julio de 1974 en Finalizó el quinto año de magisterio pero no se tituló. se dedica a la venta de distintos productos y le ayuda a su sobrino a sacar las remesas y pagar a los trabajadores de las plantaciones que tiene este[540]. Darinel fue diagnosticado con VIH en el año 2002 en la Parroquia Tecum Umán[541].

[533] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las representantes de 7 de agosto de 2009. Pág. 19).
[534] Anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 24).
[535] Ver Anexo 38. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[536] Ver Anexo 38. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala
[537] Ver Anexo 38. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala
[538] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011.Pág. 5).
[539] Ver Anexo 38. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala
[540] Ver Anexo 38 Declaración de Darinel López Montes de Oca de 11 de enero de 2017. Guatemala
[541] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las

En 2003 llegó a la Clínica de Coatepeque con fuertes dolores de cabeza resultado de una meningitis, tras lo cual la clínica lo remitió al Proyecto Vida y a partir del 27 de enero del año 2003 comenzó a recibir atención de parte de MSF[542], aunque esta no era permanente, lo cual le provocó periodos de mucha angustia[543]. Para ese entonces, Darinel sólo recibía trimetoprim[544]. En el año 2004, empezó a recibir tratamiento antirretroviral y continuaba en control por MSF en el Hospital de Coatepeque[545].

Tras el fin del proyecto de MSF, la víctima continuó recibiendo atención en el hospital nacional de Coatepeque. Allí, los exámenes de CD4 y carga viral a los que tuvo acceso, al menos para los años 2009 y 2010, no fueron regulares, lo cual provocó diversas enfermedades oportunistas tales como desnutrición crónica y anemia[546].

Actualmente, la salud del señor López es estable. Sin embargo, menciona que desde que la atención la asumió la clínica 12, se produjo una desmejora en la misma; así, por ejemplo, ya no recibe ayudas económicas ni productos como en el Ensure, tampoco recibe atención psicológica o nutricional[547].

Por otra parte, la víctima menciona que le toma aproximadamente una hora llegar a la clínica 12, y que cada viaje significa un gasto importante que en ocasiones no ha podido asumir. De esta forma, ha tenido que solicitar préstamos para asistir, sumado a que el día que asiste a su cita, es un día perdido de ingresos, pues deja de trabajar[548].

---

peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 14). Ver también anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).

[542] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 21 a dicho informe).

[543] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 3).

[544] Ver Anexo 38. Declaración de Darinel López Montes de Oca de 12 de febrero de 2017.Guatemala

[545] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 21 a dicho informe). Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Ver tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008); ver también Ver también escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 18.

[546] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 14). Ver también Anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 18).

[547] Ver Anexo 38. Declaración de Darinel López Montes de Oca de 12 de febrero de 2017.Guatemala

[548] Ver Anexo 38. Declaración de Darinel López Montes de Oca de 12 de febrero de 2017.Guatemala

xx. Israel Pérez Charal

Israel Pérez Charal nació el 23 de enero de 1953 , tiene estudios de bachillerato y labora como piloto de tráiler . El señor Pérez tiene una hija con su ex pareja, la señora Karen Judith Samayoa, quien también es víctima del presente caso.

El señor Pérez fue diagnosticado con VIH el 11 de abril de 2002 en el Hospital público San Juan de Dios[553]. Al respecto, relata que después de su diagnóstico no recibió atención por parte del sistema de salud pública, sino que fue referido a la Clínica Yaloc de la organización MSF[554].

A la fecha de la presentación de la petición inicial, agosto de 2003, el señor Pérez no recibía ningún tratamiento, lo cual le provocaba gran temor debido a que tal ausencia podía agravar la enfermedad, imposibilitarle para proporcionarle sustento a su familia y poner en peligro su vida[555]. Para esa época no se suministraba medicamento a todas las personas diagnosticadas, sólo a aquellas que tuviesen los resultados de su CD4 menores a 200[556].

El señor Israel empezó a recibir de MSF, medicamentos antirretrovirales en octubre de 2003 debido al deterioro de salud[557]. En el 2004 el señor Pérez fue nuevamente trasladado a la Clínica Familiar Luis Ángel García, del Hospital San Juan de Dios[558]. Posteriormente, debido a que se encontraba cotizando para la seguridad social, solicitó que le trasladaran a la IGSS, dónde, según su relato "tuve una experiencia horrible en la cual me iba a morir porque tuve una

[549] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011.Pág. 3).
[550] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Israel Pérez Charal de 16 de diciembre de 2016. Guatemala.
[551] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Israel Pérez Charal de 16 de diciembre de 2016. Guatemala.
[552] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Israel Pérez Charal de 16 de diciembre de 2016. Guatemala.
[553] Ver Anexo 39. Expediente clínico de Israel Pérez Charal. Págs. 1 y 178.
[554] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Israel Pérez Charal de 16 de diciembre de 2016. Guatemala.
[555] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 3).
[556] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Israel Pérez Charal de 16 de diciembre de 2016. Guatemala.
[557] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 3 a dicho informe). Ver también anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).
[558] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Israel Pérez Charal de 16 de diciembre de 2016. Guatemala.

enfermedad oportunista que era Herpes, pero no me lo trataron"[559]. En mayo de 2007, inicio seguimiento clínico en la Fundación Marco Antonio[560].

En el año 2010 la víctima solicitó que le trasladaran de nuevo a la Clínica Familiar Luis Ángel García, en donde actualmente recibe atención[561].

Como consecuencia de su condición de persona con VIH, el señor Pérez fue despedido de su trabajo como chófer de bus urbano[562].

Por otra parte, el señor relata que antes de su diagnóstico no tenía conocimiento de la infección y que las personas funcionarias del sistema de salud tenían actitudes discriminatorias hacia las personas con VIH[563]. Asimismo, señala que no había medicamentos para todas las personas diagnosticadas y que incluso su ex pareja, la señora Samayoa, no recibía sus medicamentos sino que "solo la chequeaban"[564].

xxi. Corina Dianeth Robledo Alvarado

Corina Dianeth Robledo nació en 1973 en Coatepeque, y es maestra de educación primaria en la Aldea San Antonio Las Flores, Pajapita[565]. Fue diagnosticada con VIH en el año 2001 en una clínica privada del municipio de Malacatán[566].

La señora Robledo fue contagiada vía transmisión sexual por su esposo. A su vez, su hijo LAL[567], fue contagiado vía transmisión vertical, siendo diagnosticado con VIH a los 3 años[568]. Ambos fueron sometidos a la prueba del

[559] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Israel Pérez Charal de 16 de diciembre de 2016. Guatemala.
[560] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 3 a dicho informe).
[561] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Israel Pérez Charal de 16 de diciembre de 2016. Guatemala.
[562] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 3).
[563] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Israel Pérez Charal de 16 de diciembre de 2016. Guatemala.
[564] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Israel Pérez Charal de 16 de diciembre de 2016. Guatemala.
[565] Ver Anexo 38. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala
[566] Ver Anexo 38. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala
[567] LAL, solicitó a esta representación que su nombre se mantenga de manera confidencial durante todo el proceso ante la Honorable Corte Interamericana.
[568] Ver Anexo 38. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala

VIH tras el diagnóstico positivo de Luis de León, esposo de Corina y padre de LAL[569]. LAL nació el 29 de agosto de 1997, tiene 19 años[570].

LAL, expresa con las siguientes palabras lo ha sentido como una persona que nació con VIH:

> (…) yo cuando fui creciendo, yo pensaba en mi novia, cuando yo le dijera eso y si me iba a querer, o no, no sabía, pero estuve platicando. Pero estuve platicando con la psicóloga y dijo que no pensara mucho en eso, y mi novia me dice que me quiere y entonces yo le digo "eso está por verse", "por qué me dices así" entonces yo le dije a la psicóloga y me dijo que no le estuviera diciendo mucho para que no le entre la duda y que le diga cuando ya esté en cosa seria[571].

La señora Corina relata que durante su embarazo fue atendida en el Hospital de Coatepeque y nunca le realizaron un tamizaje o alguna prueba para determinar si requería de algún cuidado especial[572].

Su esposo y su hijo, fueron de los primeros en recibir TARV en MSF. A partir de ahí, su esposo comenzó a recibir atención en la clínica del hospital Roosevelt y en la Luis Ángel García, del hospital San Juan de Dios, el entonces niño LAL[573]. Por su parte, a la señora Robledo no le proporcionaron tratamiento, sin embargo, recibió antirretrovirales de prueba por aproximadamente cuatro años, en el marco de un proyecto de investigación que realizaba la farmacéutica Bristol-Myers en el Hospital Roosevelt[574]. La señora relata que el proyecto tenía como fin probar el tratamiento y

> (…) para ver qué resultado daba, y entonces con personas que no tenían síntomas y si resultaba iba a salir a la venta o algo así, nos hacían pruebas generales, nos hacían muchas veces pruebas en el hospital, no sé mucho qué pruebas porque nos ponían un montón de alambres en todo el cuerpo y nos hacían CD4, carga viral, nos hacían exámenes de todo, para ver si teníamos una enfermedad para poder darnos el medicamento[575].

Durante el periodo que la señora estuvo recibiendo tratamiento por la farmacéutica Bristol-Myers, le hicieron exámenes de CD4 o carga viral; asimismo, cuando la farmacéutica abandonó el estudio, el Estado, a través de

[569] Ver Anexo 38. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala
[570] Ver Anexo 38. Declaración de LAL de 12 de febrero de 2017. Guatemala
[571] Ver Anexo 38. Declaración de LAL de 12 de febrero de 2017. Guatemala
[572] Ver Anexo 38. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala
[573] Ver Anexo 38. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala
[574] Ver Anexo 38. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala; ver Anexo 36 Expediente de Medidas Cautelares. Tomo II. Pág. 198
[575] Ver Anexo 38. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala

la clínica Roosevelt, comenzó a suministrarle otro medicamento sin haberle realizado las respectivas pruebas de genotipo y fenotipo[576].

Durante los primeros tres años de tratamiento, Corina, su esposo y su hijo acudían tres veces por semana a las clínicas correspondientes de la ciudad capital, ubicadas a seis horas en autobús de su residencia, lo cual le generó una deuda que finalmente logró saldar gracias a un empleo proporcionado por MSF[577].

Desde entonces, Corina continuó recibiendo atención en la clínica del referido hospital Roosevelt, a la cual fue trasladado también su hijo desde su adolescencia, debido a que él solicitó el cambio del Hospital de Coatepeque al Roosevelt por la vergüenza que le causaba[578]. Al respecto, señala:

> (…) Me daba mucha vergüenza porque la clínica queda a la entrada de donde hacen las visitas, entonces uno ahí parado esperando que lo atiendan y toda la gente que pasaba se quedaba mirando y yo le dije a mi mamá que me daba vergüenza porque tenía un temor de que pasara algún conocido y preguntara que qué estaba yo haciendo ahí, y qué le iba a decir yo. Entonces fue que me trasladaron para allá[579].

En los últimos años, ambos tuvieron acceso a tratamiento antirretroviral de manera estable y permanente, así como a los exámenes CD4 y de carga viral. Sin embargo, como resultado del tratamiento antirretroviral, la señora Robledo tiene un nivel excesivamente elevado de triglicéridos y colesterol, para lo cual no recibe tratamiento[580]. En su lugar, debe adquirirlo ella por sus propios medios[581].

Por su parte, LAL señala que en varias ocasiones en la clínica Roosevelt no le han revisado su estado de salud, sino que sólo le entregan sus medicamentos[582].

[redacted]

[redacted]

[576] Ver Anexo 38. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala
[577] Ver Anexo 38. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala
[578] Ver Anexo 38. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala
[579] Ver Anexo 38. Declaración de LAL de 12 de febrero de 2017. Guatemala
[580] Ver Anexo 38. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala
[581] Ver Anexo 38. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala
[582] Ver Anexo 38. Declaración de LAL de 21 de diciembre de 2016. Guatemala
[583] Ver Anexo 38. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 21 de diciembre de 2016. Guatemala

[redacted]

xxii. Audencio Rodas Rodríguez

Audencio Rodas nació el 22 de mayo de 1942 [redacted]. Cursó estudios hasta el nivel primero de primaria, no sabe leer ni escribir, trabajaba en albañilería. Fue diagnosticado con VIH en el año 1998 en una clínica privada, ya que el hospital público más cercano a su residencia no proporcionaba acceso al diagnóstico del VIH[585].

Previo a ser diagnosticado llevaba 6 meses con diarrea y fiebre y gastó aproximadamente 5 mil quetzales buscando tratamiento médico particular. Tras su diagnóstico, el médico particular le indicó que masticara tres chiles diarios para que se le quitaran los fuegos en la boca y que para darle tratamiento le cobraría 100 quetzales[586].

A los seis meses de ser diagnosticado, el señor Rodas se vio obligado a abandonar su empleo como maestro de obra, debido a que al no estar recibiendo tratamiento específico para la infección, comenzó a tener diarreas, fiebres y hongos en la boca[587]. Gracias a un amigo, en el año 2002 acudió al Proyecto Vida de MSF, que daba atención en el Hospital de Coatepeque, dónde comenzaron a proporcionarle tratamiento antirretroviral, medicamentos para los hongos de la boca y exámenes de CD4, no así de carga viral[588].

Para ese entonces, los días en los que el señor Rodas acudía a la clínica a recibir atención, salía a las 5 am de su residencia y regresaba a las 4 pm[589].

En los años posteriores, el señor Rodas continuó recibiendo atención en la clínica 12 de Coatepeque, donde le han proporcionado el tratamiento antirretroviral de manera permanente y estable, primero a través de MSF, quienes al principio incluso le ayudaban con el pasaje de autobús, y posteriormente en la clínica 12. Sin embargo, él manifiesta sentir "angustia y miedo a morir" ante las noticias de desabastecimiento de antiretrovirales en el sistema público de salud, ya que carece de recursos suficientes para

[584] Ver Anexo 38. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 21 de diciembre de 2016. Guatemala
[585] Ver Anexo 38. Declaración de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala
[586] Ver Anexo 38. Declaración de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala
[587] Ver Anexo 38. Declaración de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala
[588] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 4 a dicho informe). Ver anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 20);Ver Anexo 38. Declaración jurada de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala
[589] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala

adquirirlos por su cuenta[590]. Actualmente, el señor Rodas recibe atención en la clínica de Malacatán[591].

Por otro lado, para el año 2009, la víctima únicamente había tenido acceso a examen CD4 en 6 ocasiones y una al de carga viral. En esa fecha, había padecido las siguientes infecciones oportunistas, leucoplasia oral vellosa, neumonía bacteriana severa y herpes zoster[592]. Cabe precisar que las irregularidades en la frecuencia de los exámenes se mantenían en el año 2010[593].

Además, el señor Rodas nunca tuvo acceso a exámenes de genotipo y fenotipo, a la vez que su último examen de CD4 y de carga viral fue en diciembre de 2016, cuyos resultados le dijeron que serían entregados en tres meses. Según sus propias palabras: "no he recibido los exámenes, porque no hay personal para realizarlos"[594]. Cabe precisar que el examen de CD4 inmediatamente anterior al realizado en diciembre fue un año antes[595]. Además, el señor Rodas indica

> me mandan a que me haga exámenes de sangre, del corazón y de la cabeza a un lugar particular de Coatepeque porque esos no los hacen en la clínica ni en el hospital de Malacatán[596].

La víctima tampoco ha recibido apoyo nutricional ni psicológico, ni atención familiar y comunitaria[597].

Desde hace varias semanas, la víctima experimentó un deterioro en su salud, con diarrea, mareos y tos. Le prescribieron ingerir suero, el cual no es proporcionado por el sistema público de salud, por lo que una de sus hijas está sufragando los gastos necesarios para adquirirlo[598]. Recientemente le diagnosticaron cálculos en el páncreas; como consecuencia de ello, estuvo internado en enero del presente año en el Hospital general La Montañita, de

[590] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala
[591] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala
[592] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 15).
[593] Ver anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 20).
[594] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala
[595] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala.
[596] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala
[597] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala
[598] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala

Malacatán. Ha tenido que realizarse diversos exámenes relacionados con este padecimiento en clínicas privadas[599].

Desde que fue diagnosticado, la familia de Audencio Rodas le proporcionó apoyo emocional y económico[601].

En ese sentido, el deterioro de su salud y la pérdida de empleo de Audencio Rodas, que para la fecha del diagnóstico era el principal proveedor de recursos económicos de la familia, representaron momentos muy difíciles para todos sus miembros[602]. El señor Rodas lo expresa de la siguiente manera:

> (…) yo ya no trabaje y me dedique a estar en la casa porque ya no podía salir por el sol y ya no pude traer el sustento a mi casa; lo cual me provocó mucha tristeza y preocupación, porque tuvimos que cambiar nuestra forma de vida, ya no pude darles estudio a mis hijas pequeñas y ellas y mi esposa tuvieron que trabajar para mantener la casa, uno de hombre se siente mal con esto, con mucha angustia y sin deseos de hacer nada[603].

De este modo, la esposa de la víctima, Carmen Mérida Coronado, y sus hijas se vieron obligadas a trabajar para mantener a la familia. Las hijas abandonaron sus estudios y encontraron un empleo recolectando café, y por su parte la señora Mérida se dedicó a la venta de ropa en Tapachula, México[604].

En la actualidad su esposa le brinda todos los cuidados necesarios para su aseo y alimentación diarios. A la vez, sus hijas [redacted] le brindan apoyo económico para adquirir los medicamentos

[599] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Audencio Rodas Rodríguez de 12 de febrero de 2017. Guatemala
[600] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala
[601] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala.
[602] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala.
[603] Ver Anexo 38. Declaración jurada de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala
[604] María Magdalena Rodas Mérida, hija de Audencio Rodas, declarará sobre este extremo ante la Corte en el momento procesal oportuno.

que no le proporciona el sistema público de salud, así como cariño y apoyo moral[605].

xxiii. Zoila Marina Pérez Ruiz y Santiago Francisco Valdez Aguilar

Zoila Marina Pérez Ruiz nació el 20 de octubre de 1960, carece de estudios, no sabe leer ni escribir y es ama de casa. Su esposo, Santiago Francisco Valdez Aguilar es también víctima del presente caso[606].De acuerdo con la información que consta en el expediente de medidas cautelares, su diagnóstico fue confirmado en fecha 22 de febrero 2002 en el marco del Proyecto Vida[607]. Antes de ser diagnosticada, la señora Pérez trabajaba de manera informal vendiendo frutas[608].

Por su parte, el señor Valdez Aguilar, nació el 25 de julio de 1961, cursó estudios hasta el nivel sexto de primaria, trabaja como agricultor y fue diagnosticado en el año 2001 en el hospital público, Juan José Ortega de Coatepeque[609]. [redacted]

Con posterioridad a su diagnóstico, Zoila Marina Pérez no recibió ningún tipo de tratamiento antirretroviral[611]. En el año 2003[612], tuvo una tuberculosis ganglionar, lo cual provocó un gran deterioro en su estado de salud[613]. Ella relata de este modo la ausencia de respuesta obtenida del sistema público de salud en esa oportunidad:

> De Coatepeque me mandaron al Roosevelt, allá estuve yo dos meses, pero allá no me podían curar porque me empezaron a aparecer, ya no era sólo la herida, sino que me empezar a aparecer estas cosas, entonces dijeron que ya me viniera a mi casa[614].

Ante dicha situación, y por la intervención de la Doctora Calderón, la señora Pérez acudió a la ONG Fundación Marco Antonio, ubicada en la capital, es decir, a seis horas de la vivienda familiar[615]. Allí permaneció hospitalizada 8 meses y recibió tratamiento para la tuberculosis[616].

[605] María Magdalena Rodas Mérida, hija de Audencio Rodas, declarará sobre este extremo ante la Corte en el momento procesal oportuno.
[606] Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala
[607] Ver Anexo 36. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 87
[608] Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala
[609] Ver Anexo 38. Declaración de Santiago Francisco Valdez Aguilar de 21 de diciembre de 2016. Guatemala
[610] Ver Anexo 38. Declaración de Santiago Francisco Valdez Aguilar de 21 de diciembre de 2016. Guatemala
[611] Ver Anexo 36. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 62
[612] Ver Anexo 38. Declaración de Santiago Francisco Valdez Aguilar de 9 de febrero de 2017. Guatemala
[613] Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala
[614] Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala
[615] Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala
[616] Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala

Dicha hospitalización tuvo un gran impacto en la familia. Así, su esposo se vio obligado a desplazarse también hasta la capital 4 días de cada semana para acompañar a su esposa, lo cual provocó que su hija Nanci Beatriz, abandonara sus estudios para cuidar de sus hermanos[617]. Durante el tiempo que permaneció internada, sus hijos no pudieron visitar a su madre debido a la falta de recursos para sufragar los gastos del viaje. Aunado a lo anterior, dos hijos del matrimonio [redacted] emigraron a los Estados Unidos en busca de trabajo para apoyar económicamente a sus padres[618].

Después de su hospitalización estuvo recibiendo transfusiones de sangre en el hospital Roosevelt que en ocasiones, su esposo tuvo que comprar[619].

La señora Pérez menciona que después de su hospitalización, cuando su salud se estabilizó, fue remitida al Hospital de Coatepeque para que continuara con su tratamiento; sin embargo, allí le negaron los medicamentos para tratar la tuberculosis[620].

Por su parte, el tratamiento antirretroviral le fue proporcionado por MSF a partir de julio de 2004, aunque no tuvo acceso a exámenes CD4 ni de carga viral[621].

En cuanto al señor Valdez, menciona que en el hospital de Coatepeque le indicaron que no le podían proporcionar el tratamiento pero que había una organización en la que le ayudarían[622]. Así, comenzó a recibir atención en el Proyecto Vida, en el año 2001, siéndole proporcionado el tratamiento antirretroviral un año después por MSF, en 2002[623]. En ese periodo de tiempo, el señor Valdez experimentó un gran deterioro en su estado de salud. Según sus propias palabras:

> Al año me empezaron a dar tratamiento, estaba un poco difícil, así que llegue a tener 32 CD4, y estaba muy delgado y tuve que aguantar. Estuve con hongos por 4 meses no podía comer y hasta después me dieron tratamiento en el proyecto vida con Médicos Sin Fronteras. Cuando me dieron el diagnóstico, me daba fiebre y fríos diarrea y me adelgace mucho los hongos fue lo que más me afecto perdí mi cabello y me salió en todas partes[624].

[617] Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala
[618] Ver Anexo 38. Declaración de Santiago Francisco Valdez Aguilar de 21 de diciembre de 2016. Guatemala
[619] Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala
[620] Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala
[621] Ver Anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias del 10 de diciembre de 2010. Pág. 26).
[622] Ver Anexo 38. Declaración de Santiago Francisco Valdez Aguilar de 9 de febrero de 2017. Guatemala
[623] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 13 a dicho informe). Ver Anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias del 10 de diciembre de 2010. Pág. 28).
[624] Ver Anexo 38. Declaración de Santiago Francisco Valdez Aguilar de 21 de diciembre de 2016. Guatemala

Dicho deterioro en su salud provocó que el señor Valdez perdiera su trabajo como agricultor. Él lo explica del siguiente modo:

> La recomendación era de no estar en el sol y mi trabajo era de estar en el campo, pensé en aislarme y gracias a las pláticas que dieron estoy abrazando a mis nietos. Fue ahí donde mis hijos decidieron irse para apoyarme[625].

Tras el fin del proyecto de MSF, el matrimonio continuó recibiendo atención en el hospital nacional de Coatepeque, con varias deficiencias. Así, para el año 2009, el señor Valdez había tenido acceso a examen CD4 y al de carga viral con irregularidad[626]. Como consecuencia de la falta de monitoreo adecuado, en esa fecha había padecido infecciones oportunistas, inlcuyendo candidiasis oral, dermatomicosis y manifestaciones micocutáneas menores[627].

Para ese mismo año 2009, la señora Pérez había tenido acceso a examen CD4 en cuatro ocasiones y dos al de carga viral. Hasta esa fecha, había padecido las siguientes infecciones oportunistas: candidiasis vaginal, sarcopiosis, tuberculosis diseminada, amigdalitis, herpes, neumonía, neuropatía periférica y micosis en ambos pies[628]. En el año 2010, los exámenes de CD4 y CV habían sido escasos e irregulares[629], incluso les pidieron entre cinco y diez quetzales, para comprar los insumos que se requieren para los exámenes[630].

Asimismo, en ocasiones no les han dado el tratamiento antirretroviral completo. La señora Pérez relata que a partir de octubre de 2005 y durante dos años, sólo les daban tratamiento para dos o tres días, debido a que había problemas de desabastecimiento[631].

Actualmente, el matrimonio recibe atención en la clínica 12 de Coatepeque, donde a lo largo del último año el único examen al que tuvo acceso la señora Pérez fue de CD4 hace seis meses y a la fecha no conoce los resultados del mismo[632].

Además, la señora Pérez padece de lipodistrofia desde hace 7 años, consistente en depósitos de grasa en su cuello como consecuencia de los

[625] Ver Anexo 38. Declaración de Santiago Francisco Valdez Aguilar de 21 de diciembre de 2016. Guatemala
[626] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 22).
[627] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 22).
[628] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 20).
[629] Ver anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 26).
[630] Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala
[631] Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala
[632] Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala

medicamentos antirretrovirales, que le provocan elevados dolores de cabeza y cuello, y que por momentos le imposibilitan mover la cabeza con normalidad[633]. Al respecto, su hija Nanci Beatriz indica que "a veces hasta llora del dolor"[634]. Dicha lipodistrofia requiere de una intervención quirúrgica, que a la fecha no ha sido realizada por el sistema público de salud, pese a haber sido solicitada por la señora Pérez en reiteradas ocasiones, así como por las representantes de las víctimas en el marco del presente caso[635].

Incluso, la señora Pérez se presentó en tres ocasiones en el Hospital Roosevelt para requerir que fuera atendida por su padecimiento de lipodistrofia, pero la atención siempre le fue denegada[636]. Sumado a ello, los viajes a ciudad de Guatemala, en donde se ubica el Hospital Roosevelt, suponen un gasto de cerca de 500 quetzales, algo que ya no podía sufragar, por lo que decidió no seguir insistiendo[637].

Asimismo, la actual ubicación de la clínica 12, permite que todas las personas que asisten al Hospital de Coatepeque vean y reconozcan a las personas que son atendidas por la infección del VIH, lo que promueve un ambiente de estigmatización[638].

Por su parte, el señor Valdez menciona que en 15 años solo le han realizado cinco exámenes de carga viral[639]. Asimismo, le han dado recetas para que el mismo compre sus medicamentos[640].

[633] Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala
[634] Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 26 de diciembre de 2016. Guatemala. Ver Anexo 38. Declaración de Nancy Beatriz Valdez Pérez de 21 de diciembre de 2016. Guatemala
[635] El referido informe del SIAS refirió, respecto de Zoila Pérez "según análisis de su peso (158 lbs.) se determinó que tiene Obesidad Mórbida. Por lo anterior, se estaría contraindicando cualquier procedimiento quirúrgico, por lo que se le estableció un plan educacional para bajar de peso. Al lograr llegar el peso adecuado se le harán los exámenes pre-operatorios para evaluar el procedimiento quirúrgico que solicita". A la fecha no se le ha realizado la intervención. Ver Anexo 46 COPREDEH Oficio Ref. P-1209-2016/VHGM/WCA/au. 2 de diciembre de 2016. Guatemala. Ver Anexo 38. Declaración de Nancy Beatriz Valdez Pérez de 21 de diciembre de 2016. Guatemala
[636] Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala
[637] Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala
[638] Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala
[639] Ver Anexo 38. Declaración de Santiago Francisco Valdez Aguilar de 21 de diciembre de 2016. Guatemala
[640] Ver Anexo 38. Declaración de Santiago Francisco Valdez Aguilar de 9 de febrero de 2017. Guatemala
[641] Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 26 de diciembre de 2016. Guatemala

Los hijos e hijas del matrimonio han proporcionado apoyo moral y económico a sus padres desde que ambos fueron diagnosticados con el virus.

En ese sentido, la pérdida de empleo del señor Valdez, principal sustentador de la familia, tuvo un gran impacto en los demás miembros[642]. De acuerdo al señor Valdez:

> Tuvieron que migrar mi hijo y mi hija y sufrimos mucho como familia la separación a la fecha el nieto vive en mi casa y no puede ver a su mama. (…) He incurrido en muchos gastos y muchos viajes a la capital y emocionalmente me he sentido triste y a veces muy molesto[643].

Por su parte, la señora Pérez expresa que le impactó emocionalmente el haber tenido que dejar a sus hijas e hijos solos durante 7 meses, en particular por el abandono de los estudios de su hija Beatriz, quien asumió el cuidado. Al respecto menciona "yo me echaba la culpa, que porque yo estaba mala y los había dejado solos (…) entonces ahí yo me sentía muy mal"[644]. Asimismo, por la partida de su hija Boni Kennedy que tuvo que dejar a su niño de un año en Guatemala y desde entonces no le ve[645].

Nanci Beatriz Pérez, relata de este modo el impacto que tuvo en ella el abandono de los estudios para dedicarse al cuidado de sus hermanos menores, ante la hospitalización de su madre:

> Ese año perdí el año escolar por las faltas que tuve y yo anhelaba ir a estudiar, pero mi mamá estuvo hospitalizada 7 meses y mi papa iba todas las semanas a verla y tenía que cuidar a mis hermanos, lo cual me dio mucha tristeza y mis amigas si estudiaron[646].

Además, Nanci Beatriz expresa con las siguientes palabras el sufrimiento que le genera la falta de intervención quirúrgica a la lipodistrofia de su madre:

> ella sufre mucho por esa enfermedad y se queja, ella se encierra en el cuarto y dice que se va a morir y que yo me debo de quedar encargado de ellos y yo me pongo a llorar y no puedo hacer otra cosa, yo lo que pido a pesar de la revisión que le realicen la operación para la operación estética para quitarle la Lipodistrofia que tiene en el cuello y que le hace que le duela mucho su cabeza y su cuello esta enfermedad[647].

xxiv. Teresa Magdalena Ramírez Castro

[642] Ver Anexo 38. Declaración de Santiago Francisco Valdez Aguilar de 21 de diciembre de 2016. Guatemala
[643] Ver Anexo 38. Declaración de Santiago Francisco Valdez Aguilar de 21 de diciembre de 2016. Guatemala
[644] Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala
[645] Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala
[646] Ver Anexo 38. Declaración de Nancy Beatriz Valdez Pérez de 21 de diciembre de 2016. Guatemala
[647] Ver Anexo 38. Declaración de Nancy Beatriz Valdez Pérez de 21 de diciembre de 2016. Guatemala

Teresa Magdalena Ramírez Castro nació el 10 de noviembre de 1974, r y fue diagnosticada con VIH en el año 2002, en el Proyecto Vida .

A partir de febrero de 2004, la señora Ramírez comenzó a recibir tratamiento antirretroviral de MSF en Coatepeque, la cual le proporcionaba también acceso a exámenes CD4[649].

Tras el fin del proyecto de MSF, la víctima continuó recibiendo atención en el hospital nacional de Coatepeque. En ese sentido, para el año 2009, únicamente había tenido acceso a examen CD4 en cinco ocasiones, y en cuatro al de carga viral. Hasta esa fecha, como consecuencia de las irregularidades en el monitoreo, había padecido las siguientes infecciones oportunistas: criptococo, toxoplasmosis, fibromatosis e hiperglicemia[650]. En el año 2010, se mantenía la irregularidad en los exámenes CD4 y carga viral[651].

A la fecha las representantes no tenemos más contacto con la víctima y sus familiares, sin embargo hemos incluido los hechos relacionados con esta, pues los mismos son violatorios de derechos humanos y así también fue considerado por la CIDH en su informe de Fondo.

xxv. Karen Judith Samayoa

Karen Judith Samayoa nació en el 6 de mayo de 1974, actualmente se desempeña como secretaria comercial, tiene una hija de 11 años que se llama , su expareja es Israel Pérez, víctima del

[648] Ver Anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008). Ver también información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 21).

[649] Ver Anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).

[650] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 21).

[651] Ver Anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 26).

[652] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág. 6).

presente caso mencionada arriba, y [redacted] La señora Samayoa fue diagnosticada con VIH el 12 de abril de 2002 en el Hospital San Juan de Dios[653].

Inmediatamente después de su diagnóstico, fue remitida a la organización MSF. Al respecto, a la fecha de la presentación de la petición inicial del presente caso, el 14 de agosto de 2003, la señora Samayoa no recibía tratamiento. En ese sentido, la víctima manifestaba que deseaba vivir sobre todo por su hija[654]. La señora Samayoa explica que por ese entonces sólo se les brindaba el tratamiento a los pacientes que se encontraban en fase terminal. Antes de recibir el tratamiento, la señora Samayoa tuvo problemas en los ganglios, relacionados con la infección por VIH; de igual forma padeció depresión e incluso pensó en dejar sus estudios[655].

En el año 2005, la víctima empezó a recibir tratamiento de MSF debido a su embarazo[656]. Durante ese tiempo, la señora Samayoa relata que en una ocasión una doctora del IGSS rechazó atenderla por su condición de persona con VIH[657]. La señora Samayoa menciona también que recibió un mal trato en pediatría, después de haber tenido a su hija. En palabras de ella "sentía que la doctora no tenía empatía con las madres (…) llegó un tiempo de abandonar el tratamiento y no llevar a mi hija a control"[658].

Actualmente, la señora indica recibir una mala atención en el Hospital San Juan de Dios cuando acude al Laboratorio Químico por sus pruebas hepáticas. Al respecto, relata que "la atención es mala y la forma de trato, que nos trata mal cuando saben que somos VIH"[659].

La señora Karen Judith sufrió discriminación por parte de sus familiares, quienes la alejaron de su casa por miedo al contagio[660].

[redacted]

[653] Ver Anexo 39 Expediente clínico de Karen Judith Samayoa. Págs. 1 y 201
[654] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 3).
[655] Ver Anexo 38. Declaración de Karen Judith Samayoa de 19 de diciembre de 2016. Guatemala
[656] Ver Anexo 38. Declaración de Karen Judith Samayoa de 19 de diciembre de 2016. Guatemala
[657] Ver Anexo 38. Declaración de Karen Judith Samayoa de 19 de diciembre de 2016. Guatemala
[658] Ver Anexo 38. Declaración de Karen Judith Samayoa de 19 de diciembre de 2016. Guatemala
[659] Ver Anexo 38. Declaración de Karen Judith Samayoa de 19 de diciembre de 2016. Guatemala
[660] Ver Anexo 38. Declaración de Karen Judith Samayoa de 19 de diciembre de 2016. Guatemala
[661] Ver Anexo 38. Declaración de Karen Judith Samayoa de 19 de diciembre de 2016. Guatemala

xxvi. Francisco Sop Quiej

Francisco Sop nació el 4 de octubre de 1962, y fue diagnosticado el 12 de agosto de 2000 en un hospital militar, mientras se desempeñaba como integrante del ejército nacional[662]. Es bachiller en ciencias y letras, habla k'iche además del castellano, y actualmente se desempeña como agricultor[663].

El señor Sop comenzó a recibir atención en el Hospital Militar de Ciudad de Guatemala, iniciando el tratamiento antirretroviral en el año 2000. Él señala que asistió al hospital por su mal estado de salud, incluso con inicios de tuberculosis[664]. Durante esta época, el Hospital Militar no asumía los costos de los exámenes de CD4 y carga viral, por lo que la víctima tenía que acudir a una clínica particular en la cual le cobraban cerca de tres mil quetzales[665].

Para el año 2004, recibía dicho tratamiento de MSF, en el Hospital Nacional de Coatepeque[666].

Tras el fin del proyecto de MSF, la víctima continuó recibiendo atención en el Hospital Nacional de Coatepeque, con deficiencias en cuanto a la frecuencia de los exámenes mínimos requeridos. Así, para el año 2009, la víctima únicamente había tenido acceso a exámenes CD4 y de carga viral una vez al año[667].

Adicionalmente, entre los años 2011 y 2012 le suministraron antirretroviral para niños en versión jarabe, dado el desabastecimiento en la clínica 12 de Coatepeque[668].

Respecto de la atención en la clínica 12, la víctima señala que en la actualidad no recibe ningún tipo de atención nutricional, solamente psicológica una vez al año. Además, cuando asiste a su cita, no siempre le hacen una revisión completa y el lugar donde está ubicada la clínica es reducido para la cantidad de personas que acuden al establecimiento. Asimismo, para poder recibir su atención viaja un total de 4 horas, y a veces no tiene el recurso económico para

[662] Ver Anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008). Ver también información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 21).
[663] Ver Anexo 38 Declaración de Francisco Sop Quiej de 11 de enero de 2017. Guatemala
[664] Ver Anexo 38 Declaración de Francisco Sop Quiej de 11 de enero de 2017. Guatemala
[665] Ver Anexo 38 Declaración de Francisco Sop Quiej de 11 de febrero de 2017. Guatemala
[666] Ver Anexo 48 Programa Nacional de VIH/SIDA, Nota DIR 237/2004 de 8 de noviembre de 2004.
[667] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 21).
[668] Ver Anexo 38 Declaración de Francisco Sop Quiej de 11 de febrero de 2017. Guatemala; será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.

hacerlo, lo que lo ha obligado a solicitar prestado[669]. También señala que la única vez que le han realizado examen de genotipo fue en el Hospital Militar cuando le diagnosticaron[670].

Por otra parte, el señor Sop sufrió de discriminación por su condición de persona con VIH mientras era integrante del ejército nacional. Según relata el propio Francisco, algunos de sus compañeros le decían a la encargada de cocina que apartara todos los utensilios que él utilizaba; asimismo, menciona que oficiales superiores le discriminaron e incluso mientras él se encontraba internado en el Hospital Militar, llamaron a su madre para indicarle que apartara los utensilios de cocina que él utilizaba en su casa y contarle que su hijo tenía VIH[671].

Esta situación de discriminación impactó negativamente en su vida al punto que el 30 de junio de 2004 decidió acogerse al retiro voluntario y dejar de trabajar para el ejército nacional[672]. Ello ocasionó que el Hospital Militar en julio de ese mismo año le negara su tratamiento y atención por VIH, y fuera referido al Proyecto Vida de MSF en Coatepeque[673].

Adicionalmente, el señor no ha podido conseguir otro trabajo pues asegura que en las empresas no reciben gente mayor a los 30 años, por lo que ha tenido que dedicarse de manera informal a la agricultura[674].

[redacted]

xxvii. Jorge Armando Tavares Barreno

Jorge Armando Tavares Barreno nació el 6 de noviembre de 1980 en [redacted] Fue diagnosticado en el año 2001 en

[669] Ver Anexo 38 Declaración de Francisco Sop Quiej de 11 de enero de 2017. Guatemala; será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.
[670] Ver Anexo 38 Declaración de Francisco Sop Quiej de 11 de enero de 2017. Guatemala; será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.
[671] Ver Anexo 38 Declaración de Francisco Sop Quiej de 11 de febrero de 2017. Guatemala; será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.
[672] Ver Anexo 38 Declaración de Francisco Sop Quiej de 11 de febrero de 2017. Guatemala; será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.
[673] Ver Anexo 38 Declaración de Francisco Sop Quiej de 11 de febrero de 2017. Guatemala; será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana. Ver también Anexo 60 Información médica de Francisco Sop Quiej. Pág. 10. Guatemala.
[674] Ver Anexo 38 Declaración de Francisco Sop Quiej de 11 de febrero de 2017. Guatemala; será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.
[675] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016.

la clínica 12 del hospital nacional de Coatepeque[676]. Antes de ser diagnosticado trabajaba en una carpintería; posteriormente empezó a trabajar por cuenta propia[677].

Desde abril de 2002, el señor Tavares recibió tratamiento antirretroviral de MSF en el Hospital Nacional Coatepeque, y tenía acceso a pruebas CD4[678].

Tras el fin del proyecto de MSF, la víctima continuó recibiendo atención en el Hospital Nacional de Coatepeque, con varias deficiencias, como por ejemplo un esquema de tratamiento inadecuado debido a la falta de exámenes de carga viral y genotipo. Como consecuencia, para el año 2009 el señor Tavares había padecido graves enfermedades oportunistas, tales como meningitis por criptococo, tuberculosis pulmonar, visión borrosa, candidiasis, síndrome de desgaste agudo, leucoplasia oral vellosa, úlcera genital, neumonía por pneumogitis, paludismo y neuropatía periférica[679]. Por otro lado, en el año 2010, su último examen de carga viral había sido hacía dos años, en abril de 2008[680].

xxviii. Miguel Lucas Vail

Miguel Lucas Vail nació el 23 de septiembre de 1946, y no sabe ni leer ni escribir; antes de su diagnóstico se trabajaba como jardinero[682]. Fue diagnosticado con VIH en 1998, en una clínica privada en Ciudad de Guatemala[683].

[676] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7de agosto de 2009. Pág 17. .

[677] Ver Anexo 44. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 3 del Escrito de las peticionarias del 10 de diciembre 2010).

[678] Documento interno empleado para la elaboración del escrito de observaciones sobre el fondo de 13 de mayo de 2005. Ver también anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).

[679] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 17).

[680] Ver anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 22).

[681] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016.

[682] Ver Anexo 38. Declaración de Miguel Lucas Vail del 14 de febrero de 2017. Guatemala

[683] Ver Anexo 38. Declaración de Miguel Lucas Vail de 14 de febrero de 2017. Guatemala

A partir de mayo del año 2001, el señor Lucas Vail comenzó a recibir seguimiento clínico en la ONG MSF en el hospital nacional de Coatepeque[684], y a partir del año 2004 tratamiento antirretroviral donde también le realizaban exámenes de carga viral y CD4, cuatro veces al año[685].

Tras el fin del proyecto de atención a personas con VIH de la referida organización, la víctima continuó recibiendo atención en el centro médico citado, misma que presentó varias deficiencias en cuanto a la frecuencia de los exámenes mínimos requeridos. Así, Para el año 2009, el señor Vail había tenido acceso a examen CD4 únicamente en 5 ocasiones, y en una al de carga viral. Como consecuencia del inadecuado monitoreo, para esa fecha había padecido las siguientes infecciones oportunistas, a saber, candidiasis oral, infecciones en el tracto respiratorio superior y diarrea[686]. La irregularidad en los exámenes se mantenía en el año 2010[687]. Además, el señor Vail afirma no disponer de recursos suficientes para comprar los medicamentos recetados para el tratamiento de las enfermedades oportunistas. Actualmente, el señor Vail afirma encontrarse estable[688].

xxix. Santos Vásquez Oliveros

[684] Ver Anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008). Ver Anexo 38Declaración de Miguel Lucas Vail de 14 de febrero de 2017. Guatemala

[685] Ver Anexo 38. Declaración de Miguel Lucas Vail de 14 de febrero de 2017. Guatemala. Anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 22); ver también anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).

[686] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Págs. 17 y 18).

[687] Ver Anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 22).

[688] Ver Anexo 38. Declaración de Miguel Lucas Vail de 14 de febrero de 2017.

[689] Ver Anexo 40. Acta de defunción de la señora María Dominga quien falleció el 29 de octubre de 2001.

[690] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016.

[691] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016.

Santos Vásquez Oliveros nació en el año 1975, [redacted] y fue diagnosticado con VIH en el año 2002, en una clínica particular . En ese momento, se encontraba sin empleo. Posteriormente laboró como jornalero[693].

El señor Vásquez empezó a recibir atención en octubre de 2002 con MSF en el Hospital de Coatepeque[694]. En 2003 comenzó a recibir tratamiento antirretroviral de la ONG MSF, en el mismo hospital[695].

Tras el fin del proyecto de atención a personas con VIH de la referida ONG, la víctima continuó recibiendo atención en dicho hospital nacional en la clínica 12, misma que presentó varias deficiencias. Así, desde agosto del año 2008, la víctima tuvo acceso a los exámenes de CD4 con irregularidad, mientras que para los años 2009 y 2010 nunca se le habían practicado exámenes de carga viral[696]. Las irregularidades en la atención y en la realización de exámenes provocaron la aparición de infecciones oportunistas tales como candidiasis oral, lumbalgia y amigdalitis[697]. Además, para el año 2010, el señor Vásquez afirma no contar con los recursos suficientes para comprar los medicamentos recetados para el tratamiento de las infecciones oportunistas[698].

[redacted]

[692] Ver Anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008). Ver también información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 18. Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Ver también petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 13).

[693] Ver Anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias del 10 de diciembre de 2010).

[694] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 19 a dicho informe).

[695] Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (Anexo 19 a dicho informe). Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 5, yescrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 13). Ver anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).

[696] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 13). Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 18.

[697] Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 13).

[698] Ver Anexo 44. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 3 del Escrito de las peticionarias del 10 de diciembre de 2010).

xxx. Iris Carolina Vicente Barillas

Iris Carolina Vicente Baullas nació el 19 de diciembre de 1981, y fue diagnosticada con VIH el 7 de febrero del año 2003, por un laboratorio privado de nombre LAPRODI. Su diagnóstico fue confirmado por el Hospital Nacional Mazatenango de Suchitepéquez en fecha 14 de febrero del mismo año[700].

En el año 2003, la víctima aún no recibía tratamiento antirretroviral, y asistía a una consulta mensual en Proyecto Vida, donde no tenía acceso a exámenes de carga viral. Para esa fecha, su estado de salud se encontraba deteriorado, padeciendo fiebres muy altas. Fue sometida a exámenes en los riñones cuyos resultados no le fueron proporcionados[701].

La víctima empezó el tratamiento ARV en noviembre 2006 y para el año 2007. Recibía atención en el hospital nacional de Coatepeque, donde tenía acceso a exámenes CD4 y de carga viral de forma escasa e irregular[702].

La falta de monitoreo adecuado, entre otras irregularidades, provocó la aparición de las siguientes enfermedades oportunistas en la víctima, a saber, faringitis, rash cutáneo, sarcoptiosis, neumonía bacteriana, dolor lumbar, cándida vaginal, conjuntivitis, flujo vaginal, osteopenia, colitis, insomnio, neuropatía periférica, cervicitis moderada y enfermedad péptica[703].

En el año 2007, la señora Vicente decidió trasladar su residencia a los Estados Unidos en busca de una atención adecuada. Para el año 2010 sus familiares informaron a las peticionarias que la señora Barillas se encontraba estable[704].

A la fecha las representantes no tenemos más contacto con la víctima y sus familiares, sin embargo hemos incluido los hechos relacionados con esta, pues los mismos son violatorios de derechos humanos y así también fue considerado por la CIDH en su informe de Fondo.

---

[699] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág. 3).

[700] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 5); Ver Anexo 36 Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 74

[701] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 5).

[702] Ver Anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de 10 de diciembre de 2010. Pág. 25).

[703] Ver anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de 10 de diciembre de 2010. Pág. 25).

[704] Ver anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010 quien declarará en el momento procesal oportuno. (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 25).

[redacted]

xxxi. Sandra Lisbeth Zepeda Herrera

Sandra Lisbeth Zepeda Herrera nació el 30 de septiembre de 1968, cursó hasta el segundo básico y actualmente [redacted] donde se dedica a la venta ambulante de diversos productos en los mercados de la misma ciudad. [redacted]

Antes de ser diagnosticada trabajaba como empleada en la maquila “Fábrica Fashion”, de la cual fue despedida cuando informó sobre su condición de persona con VIH[709]. Desde entonces no ha podido obtener otro empleo formal ya que le solicitan exámenes médicos así como su tarjeta de salud, documentos en los que se refleja que vive con VIH[710]. A raíz de su diagnóstico y por la falta de un empleo estable, económicamente no pudo proveer de estudios a su hija menor[711].

La señora Zepeda Herrera fue diagnosticada con VIH en el Hospital General San Juan de Dios el 6 de enero de 2000, fecha en que según su expediente clínico, contaba con 32 semanas de embarazo[712].

Poco tiempo después de ser diagnosticada se le dio medicamento antirretroviral[713]. Sin embargo, tras el nacimiento de su hija se le informó sobre los riesgos de amamantar, pero no se le continuó suministrando dicho tratamiento[714]. En su lugar, de noviembre de 2000 hasta agosto de 2002 recibió

[705] Ver Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Págs. 7 y 8).
[706] Ver Anexo 39. Expediente clínico de Katherine Alejandra Girón Zepeda.
[707] Ver Anexo 39. Expediente clínico de Katherine Alejandra Girón Zepeda.
[708] Ver Anexo 38 Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera de 15 de diciembre de 2016. Guatemala
[709] Ver Anexo 38 Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera de 15 de diciembre de 2016. Guatemala
[710] Ver Anexo 38 Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera de 15 de diciembre de 2016. Guatemala
[711] Ver Anexo 38 Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera de 15 de diciembre de 2016. Guatemala
[712] Ver Anexo 39. Expediente clínico de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera. Págs. 1 y 172.
[713] Del expediente clínico de la paciente se desprende que lo recibió el 12 de enero de 2000. Ver Anexo 39. Expediente clínico de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera. Págs. 121 y 122.
[714] En el expediente clínico no consta que se le haya continuado dando el TARV. Ver Anexo 38. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera de 15 de diciembre de 2017. Guatemala

dosis de trimetropin, el cual no es medicamento antirretroviral[715]. Para esa fecha, sólo contaba con un examen CD4[716].

El 13 de mayo de 2004, a través de la Clínica Yaloc de Médicos sin Fronteras inició su tratamiento antirretroviral, así como la realización periódica de pruebas de CD4 y Carga Viral[717]. La señora Zepeda afirma que inicialmente recibía apoyo psicológico de una organización no gubernamental externa al sistema de Salud Público[718]. En junio de 2007 fue trasladada a la Fundación Marco Antonio donde continuó recibiendo su tratamiento antirretroviral así como sus pruebas de CD4 y Carga Viral[719].

Posteriormente, en 2009 fue trasladada a la Clínica Familiar Luis Ángel García, donde de igual modo continuó recibiendo tratamiento antirretroviral, así como sus pruebas de laboratorio[720].

La señora Sandra Lisbeth recibió algún tipo de atención psicológica entre 2012 y 2014[721]. En la actualidad, la señora Sandra Lisbeth presenta lipodistrofia como efecto secundario del tratamiento que recibe[722]. La víctima expresó que los medicamentos para tratar su lipodistrofia no son brindados por los centros de salud[723].

[redacted]

4. Recursos internos agotados

a. Cartas dirigidas a altas autoridades y recurso de amparo ante la Corte de Constitucionalidad

Tal y como señalamos *supra*, para el año 2002, el Ministerio de Salud únicamente proporcionaba medicamento antiretroviral de manera estable a 27

[715] Ver Anexo 39. Expediente clínico de Katherine Alejandra Girón Zepeda. Págs. 58-65. Ver Anexo 39. Expediente clínico de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera. Pág. 102.
[717] Ver Anexo 39. Expediente clínico de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera. Pág. 69; Ver también Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (anexo 1 a dicho informe).
[718] Información brindada en entrevista realizada por CEJIL el 14 de febrero de 2017; y que será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.
[719] Ver Anexo 39. Expediente clínico de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera. Pág. 68; Ver también Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008 (anexo 1 a dicho informe).
[720] Información brindada en entrevista realizada por CEJIL el 14 de febrero de 2017; y que será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.
[721] Ver Anexo 39 Expediente clínico de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera. Págs. 9 y 10.
[722] Ver Anexo 39. Expediente clínico de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera. Pág. 15.
[723] Información brindada en entrevista realizada por CEJIL el 14 de febrero de 2017; y que será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.
[724] Dicha iinformación fue brindada en entrevista realizada por CEJIL el 14 de febrero de 2017; y que será ampliada en el testimonio que será prestado por la víctima en la audiencia pública ante la Corte Interamericana.

personas con VIH en todo el territorio nacional, entre ellas un hombre y una mujer que en el año 2000 interpusieron un recurso de amparo contra el propio Ministerio. Ninguna de esas 27 personas incluía a las víctimas del presente caso. Por su parte el IGSS, en esa misma fecha, atendía a 1200 personas con VIH, cotizantes con exclusividad, adoleciendo de un desabastecimiento regular de antiretrovirales y sin proporcionar acceso a los exámenes requeridos[725].

Ante dicha situación, personas con VIH y organizaciones dedicadas a la atención de las mismas, tales como la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA así como las representantes de las víctimas (Asociación de Salud Integral y Fundación Preventiva del SIDA Fernando Iturbide), se dirigieron al Ministro de Salud solicitándole que dispusiera la atención integral para las personas con VIH en el país, con base en el referido artículo 48 de la ley general sobre VIH, entre otros. Dicho artículo establece que: "El Ministro de Salud Pública y Asistencia Social proveerá servicios de atención a las personas que viven con el VIH/SIDA, que les aseguren consejería, apoyo y tratamiento médico actualizado (…)"[726].

No obstante, dichas solicitudes no obtuvieron respuesta alguna del Ministerio en cuestión. Aunado a lo anterior, el entonces Ministro de Salud Mario Bolaños, realizó declaraciones públicas rechazando las demandas de atención integral e indicando que el Ministerio no tenía los recursos económicos suficientes para cumplir este compromiso[727].

Así las cosas, el 27 de mayo de 2002, las referidas organizaciones no gubernamentales junto con algunas personas con VIH, enviaron una carta al Presidente de la época, Alfonso Portillo, solicitándole que adoptara las medidas pertinentes para garantizar que todas las personas con VIH en Guatemala recibieran tratamiento integral y universal, con base en la Constitución Política y en la ley general sobre VIH[728].

La referida carta no obtuvo respuesta alguna. Por ese motivo, varias personas con VIH, entre ellas algunas de las víctimas del caso[729], así como organizaciones no gubernamentales dedicadas a la prevención y atención al VIH, concretamente, la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA, Asociación Civil Gente Positiva y Asociación Salud Integral, presentaron el 26 de julio de 2002 un recurso de amparo ante la CC contra el

[725] Ver Sección de contexto.
[726] Ver Anexo 49. Carta de 23 de noviembre de 2001 de la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA dirigida al entonces Ministro de Salud, Mario Bolaños.
[727] Ver anexo 36. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Págs. 151-153. Nota de prensa "En lucha por más vida" publicada en Prensa Libre el 14 de junio de 2002.
[728] Ver Anexo 50. Carta de 27 de mayo de 2002 de la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA dirigida al Presidente Alfonso Portillo.
[729] Concretamente, las víctimas que interpusieron el recurso de amparo fueron Luis Rolando Cuscul Pivaral, Luis Armando Linares Ruano, Facundo Gómez Reyes, Marta Alicia Maldonado Pac, Miguel Lucas Vail, Ingrid Janeth Barillas Martínez, Jorge Armando Tavares Barreno, Melvin Yovani Ajtun Escobar, Mardo Luis Hernández, Alberto Quiché Cuxeva, Rita Mariana Dubón Orozco, Dora Marina Martínez Sofoija e Ismar Ramírez Chajón. Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (petición inicial de 14 de agosto de 2003. Págs. 3 a 6).

Presidente de la República, única persona del gobierno facultada para instaurar una política general gubernamental para garantizar atención integral y entrega inmediata de antirretrovirales a las personas con VIH en Guatemala[730].

En dicho amparo, los recurrentes solicitaron que "se restituya el derecho a la salud constitucionalmente reconocido para todas y cada una de las personas que vivimos con VIH/SIDA, ya que la violación a la disposición constitucional ya ocurrió y sigue dramáticamente ocurriendo día con día para cuatro mil ciudadanos y ciudadanas guatemaltecas que no cuentan con medicina apropiada para mantenerse con vida" [731]. De igual modo, solicitaron que se ordenara al Presidente, "el traslado de los fondos presupuestarios necesarios para la compra, distribución sistemática y diaria de los tratamientos antirretrovirales necesarios para mantener (su) vida, así como el adecuado y permanente seguimiento de las personas que viv(en) con el VIH/SIDA en Guatemala" [732].

A raíz de la interposición de dicho recurso, el 20 de agosto de 2002 el Presidente Portillo mantuvo una reunión con representantes de los recurrentes, en la cual se comprometió a ordenar la transferencia de una partida extraordinaria de 500.000 Q para sufragar los costos del tratamiento de las personas con VIH, al menos para el último trimestre de dicho año 2002. Ello, como paso previo a la adopción de una política pública general de prevención y atención a las personas con VIH en el país[733].

El 2 de septiembre de ese mismo año 2002 el Ministerio de Finanzas Públicas concretó la transferencia de la referida partida extraordinaria al Ministerio de Salud. Sin embargo, este último Ministerio no efectuó la correspondiente compra de los medicamentos[734].

Mediante fallo del 29 de enero del año 2003, notificado el 25 de febrero de 2003, la CC denegó el amparo promovido, fundamentando su decisión en que el agravio reclamado cesó tras la convocatoria del Presidente a los recurrentes a la citada reunión, junto con la orden de transferencia de la partida extraordinaria para sufragar los costos del tratamiento de las personas con VIH. En virtud de lo anterior, el tribunal constitucional concluyó que "la acción

[730] Ver Anexo 51. Acción de amparo nueva presentada ante la Corte de Constitucionalidad de fecha 26 de julio de 2002. Anexo 4 del Informe de fondo de la CIDH.
[731] Ver Anexo 51. Acción de amparo nueva presentada ante la Corte de Constitucionalidad de fecha 26 de julio de 2002. Anexo 4 del Informe de fondo de la CIDH
[732] Ver Anexo 51. Acción de amparo nueva presentada ante la Corte de Constitucionalidad de fecha 26 de julio de 2002. Anexo 4 del Informe de fondo de la CIDH
[733] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Ver petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 12.) OJO. Anexo 7 del Informe de fondo de la CIDH.
[734] Para la fecha de la presentación de la petición inicial, agosto de 2003, la transferencia se había concretado y con la partida presidencial se estaba atendiendo a 47 personas en el hospital Roosevelt y a 24 en el San Juan de Dios, ninguna de ellas es víctima del presente caso. Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Ver petición inicial de 13 de agosto de 2003. Pág. 12).

intentada ha quedado sin materia sobre la cual resolver, lo que hace que la misma resulte simplemente improcedente"[735].

Cabe precisar que el fallo de la CC no se refirió al objeto del amparo, a saber, la necesidad de que el Presidente de la República adoptara medidas para garantizar de manera permanente y estable el acceso a la salud y por ende la vida de las personas con VIH en el país.

b. Acciones posteriores a la sentencia denegatoria de amparo de 29 de enero de 2003

El 3 de junio de 2004, representantes de personas con VIH celebraron una reunión con el nuevo Presidente de la República, señor Oscar Berguer, y otras altas autoridades. En dicha oportunidad, el gobierno se comprometió a desarrollar un programa que permitiera ampliar la cobertura para atender la demanda impuesta por el VIH, elaborar políticas de Estado que garanticen el tratamiento antirretroviral en forma universal y, finalmente, la derogación del Decreto 9-2003 que reformó la Ley de Propiedad Industrial.

Cabe precisar que dicho Decreto, por medio del cual se reformó el artículo 177 de la Ley de la Propiedad Industrial, prohibía la venta de medicamentos genéricos, es decir, medicamentos que tienen la misma composición que uno específico y se comercializan bajo la denominación del principio activo, bajo un precio inferior. Al otorgar exclusividad en el mercado interno, se limita el acceso a medicamentos de las personas con VIH, por el aumento del costo de los mismos que implica tal exclusividad[736].

En franca contradicción con el compromiso adquirido en la referida reunión, el día 8 de julio de 2004 el Presidente de la República retiró su iniciativa de ley 3030, la cual derogaría el referido Decreto 9-2003[737].

---

[735] Ver Anexo 52 Sentencia de la Corte de Constitucionalidad de 29 de enero de 2003. Anexo 11 del Informe de fondo de la CIDH.

[736] El artículo 1 del Decreto 9-2003, establece: Durante un plazo de cinco años, para el caso de productos farmacéuticos, (…) contados a partir de la fecha de otorgamiento de la primera autorización de comercialización de Guatemala, de una nueva entidad química o de un producto nuevo que utiliza o incorpora esa nueva entidad química, la autoridad sanitaria o fitosanitaria competente no podrá conceder otro registro, licencia o autorización de comercialización respecto a entidades químicas o productos iguales o similares haciendo uso por referencia dentro de expedientes abreviados o procedimientos simplificados, de la información o datos de prueba que le hubieran sido proporcionados por el primer registrante, salvo que éste o el titular de la información o datos de prueba, según el caso, diese su consentimiento por escrito con firma legalizada. El vencimiento de los plazos establecidos no tendrá como efecto el que la información o datos de prueba protegidos pierdan su carácter de confidenciales, se hubiesen presentado bajo reserva. Por su parte, el artículo 2 define como producto nuevo "todo producto o composición farmacéutica o químico agrícola que no ha sido previamente autorizado para su comercialización en Guatemala".

[737] Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2005, quienes declararán al respecto en el momento procesal oportuno. (Ver escrito de las representantes de 13 de mayo de 2005)

Las constantes presiones de la sociedad civil, así como de la opinión pública internacional llevaron a la derogación del mencionado Decreto por medio del Decreto 34-2004, de 21 de diciembre de 2004[738].

El 7 de marzo de 2005 fue publicado el Decreto 30-2005, el cual reformó nuevamente el citado artículo 177 de la ley de Propiedad Industrial, previendo una excepción a la exclusividad en el mercado interno respecto de la comercialización de productos farmacéuticos "en casos de emergencia nacional declarada". No obstante, dicha excepción no resultaba aplicable a los medicamentos que requiere la atención al VIH, ya que la epidemia no había sido declarada emergencia nacional por el Presidente de la República[739].

[738] Ver Anexo 53. Congreso de la República. Decreto 34-2004, de 21 de diciembre de 2004.

[739] Ver Anexo 35. Congreso de la República, Decreto 30-2005, Reforma a la Ley de Propiedad Industrial. Art. 7
El artículo 177, tal y como fue modificado por el Decreto 30-2005 establece: "Protección de datos de prueba. Para que una persona natural o jurídica pueda obtener la aprobación para la comercialización de un nuevo producto farmacéutico o químico agrícola, deberá: a) Presentar, si la autoridad lo requiere, datos de prueba o información no divulgada sobre la seguridad y eficacia. La autoridad no aprobará la comercialización a terceros que no cuenten con el consentimiento del propietario o titular de los datos de pruebas, por un período de cinco años para productos farmacéuticos (…); o b) Presentar, si la autoridad lo requiere, información relativa a la seguridad y eficacia de un producto previamente aprobado en otro país, tal como la aprobación de comercialización a terceros que no cuenten con el consentimiento del titular de datos de prueba o de la aprobación de comercialización de otro país, por un período de cinco años para productos farmacéuticos, contados a partir de su aprobación en Guatemala. c) Para que la autoridad administrativa otorgue protección de conformidad con este artículo, dicha autoridad exigirá que la persona que provea la información solicite la aprobación dentro de los cinco años siguientes, luego de haber obtenido la aprobación de comercialización en otro país. (…) Excepción a la obligación de no divulgar datos de prueba. Se exceptúan de la obligación de no divulgar datos de pruebas u otros no divulgados, los siguientes: a)En productos farmacéuticos, cuando sea necesario proteger la seguridad en el uso de los mismos, la vida o la salud o en caso de emergencia nacional declarada. (…) c) Cuando el titular de la información no divulgada o datos de prueba o del registro sanitario o fitosanitario que pueda beneficiarse de la protección hubiese dado su consentimiento por escrito con firma legalizada. (…) Excepción a la protección de los datos de prueba. Como excepción de los datos de prueba, la autoridad administrativa competente: a) Podrá aprobar la comercialización de productos farmacéuticos y químicos agrícolas, siempre que determine que estos son nuevos en Guatemala y que ya no gozan de protección en el país donde se otorgó por primera vez la aprobación para la venta, uso, comercialización o distribución del producto farmacéutico. b) Podrá aprobar la comercialización de productos farmacéuticos o químicos agrícolas a un tercero que presente los datos de prueba o información no divulgada cuando el titular le confiera autorización escrita. Dicha aprobación será por el resto del periodo por el que se encuentre protegido en el país donde obtuvo la primera aprobación. c) No podrá proteger los datos de prueba en el caso de productos farmacéuticos o productos químicos agrícolas cuando estos se refieran a nuevos o segundos usos o indicaciones de un producto o entidad química o a nuevas combinaciones de entidades químicas aprobadas. d) Podrá aprobar la comercialización de un producto farmacéutico o producto químico agrícola a los que se refiere el inciso b) del artículo 177, a cualquier persona natural o jurídica cuando una persona que haya obtenido autorización, registro o licencia de comercialización para el mismo producto en otro país, no haya solicitado autorización en Guatemala dentro de los cinco años de haber obtenido autorización en otro país. (…) En caso de discrepancia entre las disposiciones contenidas en esta Ley y las contenidas en los acuerdos comerciales vigentes en Guatemala, prevalecerán para su aplicación estas últimas para las Partes del mismo.

Derivado de lo anterior, las mencionadas disposiciones legislativas limitaban severamente el acceso a medicamentos esenciales en el país, impidiendo la distribución de los medicamentos genéricos.

III. FUNDAMENTOS DE DERECHO

A. Las acciones y omisiones del Estado de Guatemala que impidieron garantizar los derechos de las víctimas con VIH constituyen violaciones múltiples e interconexas de varias disposiciones de la CADH

Las representantes consideramos que los hechos de este caso generaron la violación de múltiples derechos de las víctimas, los cuales se encuentran íntimamente relacionados entre sí.

Al respecto, este Alto Tribunal ha reconocido en su reiterada jurisprudencia la interdependencia e indivisibilidad de los derechos civiles y políticos y los derechos económicos sociales y culturales[740]. Así, por ejemplo, en el caso *Suárez Peralta vs. Ecuador* la Corte recordó:

> (…) la interdependencia e indivisibilidad existente entre los derechos civiles y políticos y los económicos, sociales y culturales, ya que deben ser entendidos integralmente como derechos humanos, sin jerarquía entre sí y exigibles en todos los casos ante aquellas autoridades que resulten competentes para ello[741].

En este sentido, los representantes sostenemos que el análisis de las violaciones cometidas en este caso debe hacerse tomando en cuenta la íntima relación entre el derecho a la salud y los derechos a la integridad, vida y vida digna, tal como analizaremos a continuación.

Adicionalmente, es necesario desarrollar las obligaciones reforzadas que emergen como consecuencia de lo anterior ante una situación de discriminación estructural e interseccional que surge de la condición de personas con VIH, de pobreza, indígenas y género de las víctimas.

Desde sus primeros casos, la Corte ha tenido en cuenta el contexto para establecer patrones o modus operandi, y así determinar hechos y ponderar el valor de la prueba presentada por las partes[742], determinar el alcance de la

[740] Corte IDH. Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de julio de 2009. Serie C No. 198., párr. 101; Corte IDH. Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 131; ver también TEDH. Caso Airey Vs. Irlanda. Aplicación No. 6289/73. Sentencia de 9 de octubre de 1979, párr. 26; Corte IDH. Voto concurrente del Juez Sergio García Ramírez, Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de julio de 2009. Serie C No. 198, párrs. 15-21

[741] Corte IDH. Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 131.

[742] Corte IDH. Caso J. vs. Perú. Exceção Preliminar, Mérito, Reparações Custas. Sentença de 27 de novembro de 2013. Série C No. 275, pars. 305 e 306 e 315 a 321.

responsabiliad estatal[743], establecer una violación de derechos humanos en el plano colectivo[744], o para determinar reparaciones[745].

De igual modo, al resolver casos de graves violaciones de derechos humanos, la Corte ha determinado que cuando se prueba una práctica violatoria y se vinculan los hechos concretos del caso a la misma, pueden aplicarse ciertas presunciones[746], o invertir la carga de la prueba respecto a algunas alegaciones[747]. Esto puede ser especialmente determinante para comprobar afectaciones colectivas a personas sujetas a situaciones similares, las cuales están en una situación de vulnerabilidad marcada por la discriminación, la pobreza, el analfabetismo u otras condiciones[748].

En el presente caso, consideramos que quedó probada la existencia de una práctica de falta de atención integral a personas de VIH, que tiene origen en acciones y omisiones del Estado de Guatemala. Es en este contexto, que afecta a todas las personas con VIH en el país, que se insertan los hechos referidos a las 49 víctimas del caso sub judice. Si bien cada caso tiene sus particularidades, en todos se encuentran presentes elementos del contexto, como la falta de acceso a medicamentos, la falta de realización de exámenes médicos pertinentes, etc. De igual modo, está probada también la situación de vulnerabilidad de las víctimas, marcada por su condición de personas con VIH, situación de probreza, analfabetismo y otras condiciones.

Por lo anterior, solicitamos que la Corte tenga en cuenta tanto el contexto como las particularidades del caso y la condición de vulnerabilidad de las víctimas a la hora de valorar los hechos, así como el alcance de la responsabilidad estatal.

B. <u>El Estado de Guatemala violó los derechos a vida, vida digna, integridad y salud, al no adoptar las medidas necesarias para proteger y garantizar sin discriminación los derechos consagrados en los artículos 4, 5 y 26 de la CADH en relación con los artículos 1.1 y 2 de dicho instrumento</u>

[743] Corte IDH. Caso Servellón García y otros vs. Honduras. Sentença de 21 de setembro de 2006. Série C No. 152, par. 109.
[744] Corte IDH. Caso de Personas Dominicanas y Haitianas Expulsadas de la República Dominicana. Exceção Preliminar, Mérito, Reparações Custas. Sentença de 28 de agosto de 2014. Serie C No. 282, par. 275; Caso Cantoral Huamaní y García Santa Cruz vs. Perú. Exceção Preliminar, Mérito, Reparações Custas. Sentença de 10 de julho de 2007. Serie C No. 167.
[745] Corte IDH. Caso Servellón García y otros vs. Honduras. Sentencia de 21 de septiembre de 2006. Serie C No. 152, pars. 182 e 201; Caso Anzualdo Castro vs. Peru. Exceção Preliminar, Mérito, Reparações Custas. Sentença de 22 de setembro de 2009. Serie C No. 202, par. 193; Caso Masacre Plan de Sánchez Vs. Guatemala. Exceção Preliminar, Mérito, Reparações Custas. Sentença de 19 de novembro de 2004. Serie C No. 116, pars. 85 – 86.
[746] Corte IDH. Caso Godínez Cruz Vs. Honduras. Mérito. Sentença de 20 de enero de 1989. Serie C No. 5, Par. 130, 132.
[747] Corte IDH. Caso de Personas Dominicanas y Haitianas Expulsadas de la República Dominicana. Exceções Preliminares, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 28 de agosto de 2014. Série C No. 282, pars. 400 e 401.
[748] Idem, pars. 167 a 171 e 382 a 384.

En las siguientes secciones nos referiremos, en primer lugar a las violaciones cometidas por el Estado de Guatemala respecto de los derechos contenidos en los artículos 4 y 5 en relación con el artículo 1.1 de la Convención Americana; para seguidamente referirnos a las violaciones del derecho a la salud a la luz del artículo 26 en relación con los artículos 1.1 y 2 de la CADH.

1. *El Estado de Guatemala es responsable por la violación de los artículos 4 y 5 en relación con el artículo 1.1 de la CADH*

Con base en los hechos acreditados en el presente caso, sostenemos que las vulneraciones a las que fueron sometidas las 49 víctimas, relacionadas con su derecho a la salud, resultan violatorias de los artículos 4.1 y 5.1, en relación con el artículo 1.1 de la CADH.

La Convención Americana dispone en su artículo 1.1 la obligación general de respetar y garantizar los derechos y libertades reconocidos en ella, sin discriminación alguna.

Por su parte, el artículo 4.1 de la CADH:

> Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

Finalmente, el artículo 5.1 de la CADH establece que:

> Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica o moral.

Las violaciones a los derechos humanos que sufrieron de diferentes maneras las 49 víctimas del presente caso, implicaron violaciones conexas a los derechos y obligaciones citadas previamente. En ese sentido, en las siguientes secciones argumentamos, en primer lugar los estándares internacionales aplicables al presente caso, seguido de un análisis que atiende a las violaciones a los derechos a la vida, integridad personal y vida digna de las víctimas. Finalmente, alegamos que el Estado guatemalteco discriminó a las víctimas del presente caso al no garantizarles atención médica integral, accesible, aceptable y de calidad, tomando en cuenta sus diversos factores de vulnerabilidad sumados a su condición seropositiva.

a. Estándares sobre los derechos a la vida, vida diga e integridad personal, contenidos en los artículos 4 y 5 en relación con el 1.1 de la CADH

Esta Honorable Corte ha determinado que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce pleno es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos[749]. En razón de este carácter fundamental,

[749] Corte IDH. *Caso de los "Niños de la Calle" (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Fondo,* párr. 144; *Caso Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) Vs. Venezuela. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 5 de julio de 2006, Serie C. No. 150, párr. 63, y *Caso Zambrano Vélez y otros Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 4 de julio de 2007. Serie C No. 166, párr. 78.

no son admisibles enfoques restrictivos al derecho a la vida[750]. Así, "[e]n esencia, este derecho comprende no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se generen condiciones que le impidan o dificulten el acceso a una existencia digna"[751].

En relación con el concepto de *vida digna,* la Corte ha desarrollado que:

> Una de las obligaciones que ineludiblemente debe asumir el Estado en su posición de garante, con el objetivo de proteger y garantizar el derecho a la vida, es la de generar las condiciones de vida mínimas compatibles con la dignidad de la persona humana[752] y a no producir condiciones que la dificulten o impidan. En este sentido, el Estado tiene el deber de adoptar medidas positivas, concretas y orientadas a la satisfacción del derecho a una vida digna, en especial cuando se trata de personas en situación de vulnerabilidad y riesgo, cuya atención se vuelve prioritaria[753].

De igual manera, la Corte ha precisado que "el artículo 4 de la Convención garantiza no solo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino que además, el deber de los Estados de adoptar las medidas necesarias para crear un marco normativo adecuado que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida"[754].

En cuanto al derecho a la integridad personal, la Corte ha señalado que los Estados tienen el deber de adoptar las medidas necesarias tendientes a hacer frente a las amenazas a la integridad física de las personas[755]. En ese sentido, en lo que respecta a la relación del deber de garantía con el artículo 5.1 de la Convención, la Corte ha establecido que el derecho a la integridad personal se halla directa e inmediatamente vinculado con la atención a la salud humana[756],

---

[750] Corte IDH. *Caso de los "Niños de la Calle" (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Fondo,* párr. 144; Corte IDH. *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek. Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214, párr. 186. Corte IDH. *Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia 17 de junio de 2005. Serie C No. 125, párr. 161.

[751] Corte IDH. *Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia 17 de junio de 2005. Serie C No. 125, párr. 161.

[752] Corte IDH. *Caso "Instituto de Reeducación del Menor" Vs. Paraguay*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de septiembre de 2004. Serie C No. 112, párr. 159.

[753] Corte IDH. *Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia 17 de junio de 2005. Serie C No. 125, párr. 162.

[754] Corte IDH. *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 99 y 125; *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 134; y *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 169.

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

[756] Corte IDH. *Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador.* Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171, párr. 117*, y Caso Vera Vera y otra Vs. Ecuador*. *Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 19 de mayo de 2011. Serie C No. 226, párr. 43.

y que "[l]a falta de atención médica adecuada" puede conllevar a su vulneración[757].

Esta Honorable Corte ha interpretado reiteradamente que el artículo 1.1 de la CADH genera la obligación estatal *erga omnes* de respetar y garantizar las normas de protección en ella contenidas, así como de asegurar la efectividad de los derechos humanos[758]. Asimismo, abarca el deber de prevenir, en la esfera privada, que terceros vulneren los bienes jurídicos protegidos"[759], sin que eso implique que cualquier violación de derechos humanos cometida entre particulares dentro de su jurisdicción, sea responsabilidad estatal, análisis que debe atenerse a las circunstancias particulares del caso y a la concreción de dichas obligaciones de garantía[760].

Así, de lo anterior se colige que los derechos a la vida y a la integridad personal no sólo implican la obligación estatal de respetarlos (obligación negativa), sino que además, requiere la adopción de todas las medidas apropiadas para garantizarlos (obligación positiva)[761], 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[762], tanto en el ámbito público como privado.

---

[757] Corte IDH. *Caso Tibi Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 7 de septiembre de 2004. Serie C No. 114, párr. 157, y *Caso Vera Vera y otra Vs. Ecuador*. *Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 19 de mayo de 2011. Serie C No. 226, párr. 44*. Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 130; *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 171.

[758] Corte IDH. *Caso de la "Masacre de Mapiripán" Vs. Colombia*. Sentencia de 15 de septiembre de 2005. Serie C No. 134, párr. 111, y *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 127. En ese mismo sentido, *Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados*. Opinión Consultiva OC-18/03 de 17 de septiembre de 2003. Serie A No. 18, párr. 140.

[759] Corte IDH*. Caso de la "Masacre de Mapiripán" Vs. Colombia*. Sentencia de 15 de septiembre de 2005. Serie C No. 134, párr. 111, y *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 129. En ese mismo sentido, *Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados*. Opinión Consultiva OC-18/03 de 17 de septiembre de 2003. Serie A No. 18, párr. 140; y *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 170.

[760] Corte IDH*. Caso de la Masacre de Pueblo Bello Vs Colombia*. Sentencia de 31 de enero de 2006. Serie C No. 140, párr. 123, y *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 129. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 170.

[761] Cote IDH. *Caso de los "Niños de la Calle" (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Fondo,* párr. 139; *Caso González y otras ("Campo Algodonero") Vs. México*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No. 205, párr. 245, y *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek. Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214, párr. 187; y *Caso Vera Vera y otra Vs. Ecuador*. *Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 19 de mayo de 2011. Serie C No. 226, párr. 41.

[762] Corte IDH. *Caso González y otras ("Campo Algodonero") Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No. 205, párr.

Con base en todo lo anterior, esta representación sostiene que el Estado guatemalteco incurrió en violaciones conexas al derecho a la salud, los derechos a la vida e integridad de las víctimas del presente caso, al no haber adoptado medidas positivas y concretas para proporcionar atención médica integral, accesible, aceptable y de calidad, tomando en cuenta que conocía la condición de personas con VIH de las víctimas. Ello ocasionó la muerte de 13 víctimas, así como limitó la existencia de condiciones mínimas compatibles con la dignidad humana de todas las víctimas del caso.

b. El Estado de Guatemala violó los derechos a la vida e integridad personal de las víctimas al no haber proporcionado atención médica integral, accesible, aceptable y de calidad

En lo que respecta al daño a la salud causado por el VIH/SIDA, este Alto Tribunal ha reconocido que "por la gravedad de la enfermedad involucrada y el riesgo que en diversos momentos de su vida puede enfrentar la persona, constituye una afectación del derecho a la vida, dado el peligro de muerte que en diversos momentos ha enfrentado y puede enfrentar la víctima debido a su enfermedad"[763].

En ese sentido, el Tribunal Interamericano ha interpretado que las obligaciones estatales en torno a la atención adecuada de servicios de salud, deben orientarse a satisfacer los requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de las prestaciones médicas[764], tanto en el ámbito público como privado[765].

Así, sobre dichos requisitos, la Corte ha incorporado a su jurisprudencia lo establecido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas[766], en los términos siguientes:

a) *Disponibilidad*. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. Con todo, 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

---

243*, Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 127; *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01de septiembre de 2015. Serie C No. 298. párr. 168.

[763] Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 190

[764] Corte IDH. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261. Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01de septiembre de 2015. Serie C No. 298. Párr.173

[765] Corte IDH. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 152.

[766] . *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01de septiembre de 2015. Serie C No. 298. Párr.173.

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, como las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas con VIH/SIDA. […]
   iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.
   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 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[767]

[767] Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 12. *Ver también, Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01de septiembre de 2015. Serie C No. 298. Párr.173.

De tal manera, los Estados son responsables de regular y fiscalizar con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad, "que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida y a la integridad física de las personas sometidas a tratamiento de salud"[768].

En torno a las obligaciones estatales para garantizar la integridad personal, este Alto Tribunal ha determinado que "el acceso a medicamentos, forma parte indispensable del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud"[769]. Aunado a ello, en los casos *González Lluy y otros Vs. Ecuador* y *Duque Vs. Colombia,* basándose en recomendaciones del Consejo de Derechos Humanos y la antigua Comisión de Derechos Humanos, reconoció que, "el acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las de VIH/SIDA […] es uno de los elementos fundamentales para alcanzar gradualmente el ejercicio pleno del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental"[770].

En esa línea, este Alto Tribunal ha determinado que las Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos de la OACNUDH y ONUSIDA, sirven para aclarar algunas obligaciones internacionales del Estado en esta materia. Puntualmente, la Sexta Directriz, revisada en 2002, señala:

> Los Estados deberían adoptar medidas de políticas que regulen los bienes, servicios e información relacionados con el VIH, de modo que haya suficientes medidas y servicios de prevención, adecuada

[768] Corte IDH. *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149. Párr. 99.

[769] Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Resolución sobre 'El acceso a los medicamentos en el contexto del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental' (11 de junio de 2013) UN Doc A/HRC/23/L.10/Rev.l párr. 2; Asamblea General de las Naciones Unidas, 'Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental Paul Hunt ' (13 de septiembre de 2006) UN Doc A/61/338 párr. 40, y Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 'Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, relativo al acceso a los medicamentos' (1 de mayo de 2013) UN Doc A/HRC/23/42 párr. 3. *Caso González Lluy y otros vs. Ecuador,* párr. 194.

[770] Corte IDH. Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 194, y *Caso Duque Vs. Colombia*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de febrero de 2016. Serie C No. 310, párr. 174. Citando, Resoluciones de la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas, 'Acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las de VIH/SIDA, tuberculosis y paludismo', Resoluciones 2001/33, 2002/32, 2004/26 y 2005/23. De forma similar se ha pronunciado el Consejo de Derechos Humanos respecto al VIH/SIDA. *Cfr.* Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Resolución sobre Protección de los derechos humanos en el contexto del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)' (13 de abril de 2011) UN Doc A/HRC/RES/16/28, párr. 1. Por otra parte, el Tribunal Constitucional del Perú, en el marco del reconocimiento de las personas con VIH como sujetos de especial protección, ha señalado que su vida "depende de las acciones concretas que emprenda el Estado de la mano con la comunidad y el núcleo familiar, tanto en materia de salud como en lo que concierne al acceso al tratamiento antirretroviral de gran actividad, como en otros aspectos ligados a la prevención, a la atención integral de calidad, a la seguridad social y a la pensión". *Cfr.* Sentencia del Tribunal Constitucional de 9 de agosto de 2011, expediente número 0479-2009-PA/TC, párr. 29.

> información para la prevención y atención de los casos de VIH y medicación inocua y eficaz a precios asequibles. Los Estados deberían tomar también las medidas necesarias para asegurar a todas las personas, sobre una base sostenida e igualitaria, el suministro de y la accesibilidad a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH/SIDA, incluidos la terapia antirretrovírica y otros medicamentos, pruebas diagnósticas y tecnologías relacionadas seguras y eficaces para la atención preventiva, curativa y paliativa del VIH, de las infecciones oportunistas y de las enfermedades conexas. […][771].

Esta Sexta Directriz ha sido interpretada por la OACNUDH y ONUSIDA en el sentido de que una respuesta eficaz al VIH requiere un enfoque integral, que comprende una secuencia continua de prevención, tratamiento, atención y apoyo. En este sentido, el tratamiento, atención y apoyo integrales a personas que viven con VIH incluyen además "buena alimentación y apoyo social, espiritual y psicológico, así como atención familiar, comunitaria y domiciliaria"[772].

En atención a lo anterior, este Alto Tribunal ha establecido que "[u]na respuesta limitada al acceso a fármacos antirretrovíricos y otros medicamentos no cumple con las obligaciones de prevención, tratamiento, atención y apoyo derivadas del derecho al más alto nivel posible de salud"[773].

Adicionalmente, en el Estado de Guatemala existe un marco normativo que reconoce el derecho a la salud, tanto en su Constitución Política como en el Código de Salud[774], principalmente a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), así como existe desde 1997 un marco normativo relativo a la prevención y atención del VIH[775]. Dicho marco normativo, desde junio de 2000 incorporó la ley general sobre VIH, la cual declaraba al VIH

---

[771] Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 195. Citando a Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos.* Versión consolidada de 2006, sexta directriz.

[772] Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 196. Citando a Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos.* Versión consolidada de 2006, sexta directriz.

[773] Corte IDH. Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 197.

[774] Ver sección de contexto.

[775] Así por ejemplo, el Código de Salud guatemalteco, Decreto 90-97 de 1997, establecía lo siguiente:
Artículo 62. El Ministerio de Salud es responsable de formular, evaluar y supervisar acciones dirigidas al control de las enfermedades de transmisión sexual. Dada la magnitud, trascendencia y otras características epidemiológicas de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (VIH/SIDA) el Ministerio de Salud apoyará el desarrollo específico de programas de educación, detección, prevención y control de ETS, VIH/SIDA, con la participación de diversos sectores.

"como un problema social de urgencia nacional"[776], así como determinó que "[t]oda persona con […] VIH/SIDA debe […] recibir atención integral de inmediato y en igualdad de condiciones con otras personas"[777]. Asimismo, estableció que el MSPAS tiene la obligación de proveer servicios de atención a las personas que viven con VIH, "que les aseguren consejería, apoyo y tratamiento médico actualizado"[778].

No obstante la existencia del marco normativo referido, el Estado no tomó las medidas para que el mismo fuera efectivo para garantizar una adecuada prestación de servicios y programas que garanticen el derecho a la vida y la integridad física de las personas que viven con VIH en Guatemala, y específicamente a las víctimas de este caso.

Así, por ejemplo, antes de la presentación de la petición inicial del presente caso ante la CIDH el 26 de agosto de 2003, dos de las víctimas fallecieron por la falta de atención médica. Durante el trámite del mismo ante la Comisión, han fallecido 11 personas más, debido al desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales, o bien por la falta de periodicidad en las pruebas de monitoreo de CD4 y carga viral, lo que les generó la mutación del virus y una resistencia al esquema antirretroviral, seguido de la aparición de enfermedades oportunistas que les llevaron eventualmente a la muerte. Esto pese a que el Estado tenía conocimiento de sus diagnósticos debido a que algunos fueron realizados en hospitales públicos y otros que tras ser diagnosticados comenzaron a recibir atención en MSF que desarrollaba sus proyectos bajo supervisión estatal, en algunos hospitales públicos del país[779].

A continuación analizamos con detalle cómo se dieron dichas violaciones en los casos específicos.

i. Violaciones al derecho a la vida de las 13 personas fallecidas por falta de atención médica adecuada

En el presente caso, del total de 49 víctimas, 13 han fallecido a causa de la falta de atención al VIH. Concretamente, Alberto Quiché Cuxeva, Facundo Gómez Reyes, Reina López Mújica, Petrona López Robledo, Ismar Ramírez, Rita Mariana Dubón Orozco, Luis Edwin Cruz Gramajo, María Blanca Vail López, Guadalupe Erminia Cayaxon Ramírez, José Rubén Delgado, Juana Aguilar, Silvia Álvarez y Elsa Miriam Estrada.

[776] Ver Anexo 20. Congreso de la República. Decreto nº 27-2000, Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA. 2 de junio de 2000. Ver sección de contexto.
[777] Ver Anexo 20. Congreso de la República. Decreto nº 27-2000, Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA. 2 de junio de 2000. Artículo 35.
[778] Ver Anexo 20. Congreso de la República. Decreto nº 27-2000, Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA. 2 de junio de 2000. Artículo 48.
[779] Ver sección de hechos.

Como quedó probado en la sección de hechos del presente escrito, el Estado tenía conocimiento de los diagnósticos de VIH de las 13 personas aludidas, ya sea porque fueron diagnosticados en hospitales públicos[780], o porque la ONG informó al Estado[781], o porque tras ser diagnosticados comenzaron a recibir atención en MSF, que desarrollaba sus proyectos bajo supervisión estatal, en algunos hospitales públicos del país[782].

En ese orden, a pesar de que el Estado tuvo conocimiento de los diagnósticos de las personas aludidas, y si bien algunas de ellas comenzaron a recibir atención a partir de la llegada de las ONG MSF y Proyecto Vida, el Estado tenía la obligación de brindar servicios de salud de calidad, incluyendo el acceso a los medicamentos antirretrovirales y las pruebas necesarias para monitorear la evolución de la infección. En consecuencia, el fallecimiento de las víctimas por falta de acceso oportuno a medicamentos para tratar las infecciones oportunistas que padecieron, como consecuencia de la falta del esquema adecuado de tratamiento antirretroviral, así como por la falta de monitoreo adecuado a través de exámenes CD4, carga viral, genotipo y fenotipo, es responsabilidad del Estado.

Así por ejemplo, a los señores Alberto Quiché Cuxeva, Facundo Gómez Reyes, Reina López Mújica, Petrona López Robledo, Rita Mariana Dubón Orozco, José Rubén Delgado y María Blanca Vail López, no se les realizaron exámenes de CD4 y carga viral, o bien se les realizaron de manera esporádica e insuficiente, lo cual supuso una falta de monitoreo adecuado de la evolución de la infección a fin de poder verificar la efectividad del esquema antirretroviral suministrado.

De ese modo, el señor Facundo Gómez Reyes no tuvo nunca acceso a tratamiento antirretroviral, así como tampoco recibió medicamentos para la tuberculosis que padecía, dado que el único hospital que los tenía disponibles se encontraba en Ciudad de Guatemala[783].

Por otra parte, los señores Ismar Ramírez Chajón y Silvia Mirtala Álvarez, quienes recibían atención por parte del IGSS, fallecieron en virtud de varios desabastecimientos en dicho Instituto, que les limitaba el acceso a

[780] Silvia Mirtala Álvarez Villatoro, quien fue diagnosticada 1989 en el IGSS; Reina López Mújica, quien fue diagnosticada el 15 de abril del año 2002 en el hospital nacional de Coatepeque; Petrona López Robledo, quien fue diagnosticada el 26 de febrero de 2001 en el Hospital de Mazatenango; Luis Edwin Cruz Gramajo en el Hospital Roosevelt, entre los años 1995 y 1996; Juana Aguilar, quien fue diagnosticada el 18 de enero de 2000 en la Cruz Roja de CoatepequeGuadalupe Erminia Cayaxon García en 2002, en el hospital público de Retalhuleu; y Elsa Miriam Estrada, en 2001 en el Hospital público de Mazatengango. Ver sección de hechos.

[781] Como en el caso del señor Facundo Gómez Reyes, quien fue diagnosticado en Proyecto vida en abril de 2002, quien a su vez reportó a MSPAS. Ver sección de hechos.

[782] Alberto Quiché Cuxeva, quien recibía seguimiento en el hospital Roosevelt; Ismar Ramírez Chajón, quien fue diagnosticado en el 1998 en una Clínica privada, pero recibió atención por parte del IGSS y MSF; Rita Mariana Dubón Orozco, de quien se desconoce fecha de diagnóstico pero comenzó a recibir atención en el hospital nacional de Coatepeque a partir del mes de febrero de 2002; y José Rubén Delgado López, quien fue diagnosticado en 2002 en una clínica privada y comenzó a recibir TARV en 2004 por MSF. Ver sección de hechos.

[783] Ver sección de hechos.

medicamentos antiretrovirales con la periodicidad requerida. Así, la falta de continuidad del TARV les ocasionó resistencia al mismo, que a su vez, desencadenó en infecciones oportunistas, que tampoco fueron atendidas. Al señor Ramírez Chajón no se le realizaron exámenes de genotipo ni de fenotipo para determinar la mutación del virus, lo cual hubiera permitido proporcionarle el cambio de esquema que procedía [784].

Otras personas como las señoras Petrona López Robledo[785], Rita Mariana Dubón Orozco[786], Juana Aguilar[787] y Guadalupe Erminia Cayaxón García[788], fallecieron debido a diversas falencias en el suministro permanente y estable de tratamiento antirretroviral o bien por falta de pruebas de monitoreo, lo cual causó que generaran resistencia al TARV que recibían en aquel momento, que a su vez, desencadenó en infecciones oportunistas y eventualmente la muerte.

Así, de lo anterior, se desprende que el Estado no cumplió con garantizar el derecho a la vida de las 13 víctimas señaladas, por cuanto, aun conociendo su situación específica como personas con VIH, no tomó las medidas para proporcionarles tratamiento, atención y apoyo integrales, que como mínimo deberían haber incluido fármacos antiretrovíricos y otros medicamentos para tratar enfermedades oportunistas; pruebas diagnósticas necesarias; el tratamiento de las infecciones y enfermedades oportunistas, además de otros componentes de la atención integral. Por el contrario, la falta de estas medidas generó resistencias y multiresistencias en las víctimas, que a su vez favorecieron la aparición de infecciones oportunistas que los llevaron a la muerte.

Lo anterior, generó la responsabilidad internacional del Estado de Guatemala por violación del artículo 4 de la CADH en relación con el art. 1.1 en perjuicio de las 13 víctimas fallecidas.

ii. El Estado es responsable de la violación del derecho a la integridad personal y la vida digna de las 49 víctimas con VIH

Las representantes sostenemos que el derecho a la integridad personal está interrelacionado con el derecho a la vida digna. Pues si bien este último derecho establece la obligación estatal de adoptar medidas positivas para garantizar una existencia digna, la falta de éstas genera afectaciones en la integridad física y psicológica de las personas. En ese sentido, el incumplimiento del Estado de su obligación de garantizar como mínimo el acceso a tratamiento antirretroviral y pruebas de monitoreo, como parte de la

[784] Ver sección de hechos.
[785] Quien fue diagnosticada el 26 de febrero de 2001 en el Hospital de Mazatenango. Comenzó a recibir antirretrovirales a mediados de 2003, lo cual no fue suficiente pues falleció en enero de 2004 a raíz de una neumonía oportunista.
[786] Falleció por neumonía. No contó con exámenes adecuados para tratar con tiempo las complicaciones derivadas del tratamiento, así como la sinergia con la Diabetes mellitus.
[787] Fue diagnosticada con VIH el 18 de enero de 2000 en la Cruz Roja de Coatepeque. Comenzó a recibir tratamiento antirretroviral en 2005, por MSF.
[788] Fue diagnosticada con VIH en el año 2002 en el hospital público de Retalhuleu. Falleció el 9 de octubre de 2012, a causa de la falta de abastecimiento de medicamentos antirretrovirales.

atención médica integral a personas con VIH, ha significado una amenaza constante a la vida e integridad personal de las víctimas del presente caso.

Como señalamos, en la sección *supra* relativa a los estándares sobre los derechos a la vida, vida digna e integridad personal, este Alto Tribunal ha determinado que una de las obligaciones que ineludiblemente debe asumir el Estado en su posición de garante, con el objetivo de proteger y garantizar el derecho a la vida, es la de generar las condiciones de vida mínimas compatibles con la dignidad de la persona humana[789], y a no producir condiciones que la dificulten o impidan. De tal manera, el Estado tiene el deber de adoptar medidas positivas, concretas y orientadas a la satisfacción del derecho a una vida digna, en especial cuando se trata de personas en situación de vulnerabilidad y riesgo, cuya atención se vuelve prioritaria[790].

Al respecto, este Alto Tribunal ha establecido que no basta con que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre[791].

En ese mismo sentido, de acuerdo con la jurisprudencia de esta Honorable Corte, los Estados tienen el deber de adoptar las medidas necesarias tendientes a hacer frente a las amenazas a la integridad física de las personas[792]. Así, en casos como el presente en el que la salud humana está directamente vinculada al derecho a la integridad personal "[l]a falta de atención médica adecuada" puede acarrear responsabilidad internacional[793]. Ello debe ser leído a la luz de la obligación de garantía establecida en el artículo 1.1 de la CADH, que requiere la adopción de todas las medidas apropiadas para garantizar los derechos humanos.

En esa línea, este Tribunal ha reconocido que a fin de garantizar la atención médica adecuada de personas que viven con VIH se requiere por parte del Estado, de una respuesta eficaz consistente en una secuencia continua de prevención, tratamiento, atención y apoyo. Como ya hemos aludido, la misma debe incluir fármacos antirretrovíricos y otros medicamentos; pruebas

[789] Corte IDH. *Caso "Instituto de Reeducación del Menor" vs. Paraguay*, párr. 159. Corte IDH. *Caso Comunidad Indígena Yakye Axa vs. Paraguay.* Fondo reparaciones y costas. Sentencia 17 de junio de 2005. Serie C No. 125, párr. 162

[790] *Caso Comunidad Indígena Yakye Axa vs. Paraguay.* Fondo reparaciones y costas. Sentencia 17 de junio de 2005. Serie C No. 125, párr. 162

[791] *Cfr. Caso de la "Masacre de Mapiripán" Vs. Colombia*. Sentencia de 15 de septiembre de 2005. Serie C No. 134, párrs. 111 y 113, y Corte IDH. *Caso Chinchilla Sandoval Vs. Guatemala.* Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016. Serie C No. 312, párr. 168.

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

[793] Corte IDH. *Caso Tibi Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 7 de septiembre de 2004. Serie C No. 114, párr. 157; *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 130; Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 171.

diagnósticas y otras tecnologías relacionadas para la atención del VIH y el SIDA, de las infecciones oportunistas y de otras enfermedades; buena alimentación y apoyo social, espiritual y psicológico, así como atención familiar, comunitaria y domiciliaria.

En el presente caso, las víctimas constituyen un grupo de personas viviendo con VIH, cuyos diagnósticos eran conocidos por el Estado guatemalteco, quien como hemos señalado *supra* incluso había reconocido la urgencia de la epidemia en su territorio[794]. Por ello, resultaba clara la obligación del Estado de adoptar medidas positivas para garantizar la vida digna y la integridad personal, mediante la adopción de un enfoque integral para tratar a víctimas.

Las citadas obligaciones no se derivaban sólo de normas internacionales, sino también del propio marco normativo vigente en Guatemala en la época de los hechos. En ese sentido, a pesar de dicho marco, en la práctica las mismas no se materializaron en medidas de garantía de acceso al tratamiento, atención y apoyo integrales.

Consecuentemente, el Estado de Guatemala faltó a su obligación de garantizar el derecho a una vida digna y a la integridad personal, mediante la atención médica integral, accesible y aceptable, a las víctimas del presente caso, tomando en cuenta su condición de personas con VIH, sus situaciones de pobreza, de personas indígenas y sus características como personas LGTBI y género.

Además, cabe resaltar, como lo hemos señalado a lo largo del presente escrito, que en un primer momento, tras haber sido diagnosticadas, las víctimas del presente caso pasaron un tiempo sin recibir atención médica alguna, hasta la llegada de los proyectos de MSF cuando comenzaron a recibir algún tipo de atención. Posteriormente a la salida de dicha organización del país, la atención médica quedó a cargo exclusivo del Estado, presentando una serie de deficiencias.

A continuación analizaremos el alcance de la responsabilidad estatal, atendiendo a la evolución temporal desde que las víctimas fueron diagnosticadas, pasando por el tratamiento de MSF, y la salida de la organización, momento en el cual el Estado asumió de manera directa la atención médica de las víctimas.

Evolución temporal de la respuesta del Estado frente a las víctimas del caso

Como quedó probado en la sección de hechos, la mayoría de las víctimas del presente caso fueron diagnosticadas a fines de la década de los 90 y principios de los 2000. De entre las 49 víctimas, 20 fueron diagnosticadas en hospitales o instituciones públicas, 11 en alguna ONG que a su vez informó al Estado, y 40 tras ser diagnosticados comenzaron a recibir atención en MSF que desarrollaba sus proyectos bajo supervisión estatal en algunos hospitales

[794] Ver sección de contexto.

públicos del país. En consecuencia, el Estado tenía conocimiento de su situación desde la fecha de diagnóstico.

El Estado también tuvo conocimiento de la situación de las víctimas, pues tanto la petición inicial del presente caso como el otorgamiento de medidas cautelares relacionadas con el mismo, le fueron transmitidas al Estado el 21 de abril de 2004[795].

De ese modo, el Estado tenía conocimiento de la condición de personas con VIH de todas las víctimas del caso *sub judice*, a pesar de lo cual no tomó medidas para garantizar la salud, integridad y vida de las mismas.

Así, si bien el Estado guatemalteco, a través de su sistema de salud público comenzó a proveer medicamentos antirretrovirales en 1999, fue solo para el 13% de la población detectada que lo requería[796]. Posteriormente, del 2000 al 2003, el MSPAS únicamente proporcionó TARV a 27 personas, y después en 2005, a 370 del estimado que en esa época ascendía a 55.000 personas en el país[797]. Ninguna de esas personas era víctima del presente caso.

Así, en al menos 32 víctimas, transcurrió como mínimo un año desde el diagnóstico hasta el comienzo de algún tipo de tratamiento antirretroviral[798], incluso en algunos casos el lapso de tiempo llegó a ser de 4, 6 y hasta 10 años.

[795] Ver Informe de admisibilidad de la CIDH 32/05 de 7 de marzo de 2005. Párr. 5.
[796] Ver sección de contexto c. Marco institucional de la prevención y atención al VIH.
[797] Ver sección de contexto c. Marco institucional de la prevención y atención al VIH.
[798] A saber, Reina López Mújica fue diagnosticada el 15 de abril del año 2002, y comenzó el TAR en junio de 2003; Petrona López Robledo; fue diagnosticada el 26 de febrero de 2001 y comenzó a recibir TAR en 2003;Rita Mariana Dubón Orozco fie diagnosticada en febrero de 2002 y comenzó su TAR en septiembre de 2003; Luis Edwin Cruz Gramajo fue diagnosticado entre 1995 y 1996 y comenzó TAR en 2002; María Blanca Vail López fue diagnosticada el 20 de noviembre de 2001 y comenzó a recibir TAR en agosto de 2004; Melvin Yovani Ajtún Escobar fue diagnosticado en 2001 y comenzó su TAR en el 2004; Juana Aguilar fue diagnosticada el 18 de enero del año 2000 e inició su TAR en marzo de 2002; José Cupertino Ramírez fue diagnosticado en junio de 2003 y comenzó su TAR en julio de 2004; José Rubén Delgado López fue diagnosticado en 2002 y comenzó su TAR en 2004; Elsa Miriam Estrada fue diagnosticada en 2001 y comenzó su tratamiento antirretroviral en 2004; Julia Aguilar fue diagnosticada el 18 de junio de 2002 y comenzó su TAR en 2004; Felipe Ordoñez fue diagnosticado en 2002 y comenzó su TAR en junio de 2003; César Noé Cancinos Gómez fue diagnosticado el 18 de junio de 2002 y comenzó a recibir TAR en junio de 2003; Aracely Cinto fue diagnosticada en 1994 e inició TAR hasta 2005; Luis Rolando Cuscul Pivaral fue diagnosticado en 1993, y comenzó TAR en el año 2000; María Felipe Pérez fue diagnosticada en el 200 e inició con TAR el 6 de junio de 2002; Ismerai Olivia García Castañón fue diagnosticada en 2003 y comenzó TAR en enero de 2007; Santos Isacar Vásquez fue diagnosticado el 28 de enero de 2003 y comenzó con TAR en 2004; Mardo Luis Hernández fue diagnosticado en abril de 2002 y comenzó TAR en noviembre de 2003; Luis Armando Linares Ruano fue diagnosticado en 1984 e inició con TAR en el 2000; Marta Alicia Maldonado Paz fue diagnosticada en el año 2001 y comenzó su TAR abril de 2002; Dora Marina Martínez Sofoija fue diagnosticada en 1998 y comenzó TAR en el año 2003; Darinel López Montes de Oca fue diagnosticado en el 2002 y comenzó TAR el 27 de enero de 2003; Israel Pérez Charal fue diagnosticado el 11 de abril de 2002 e inició con TAR en octubre de 2003; Audencio Rodas Rodríguez fue diagnosticado en 1998 y comenzó TAR en 2002; Zoila Marina Pérez Ruiz fue diagnosticada en 2002 y comenzó TAR en julio de 2004; Teresa Magdalena Ramírez Castro fue diagnosticada en 2002 y comenzó TAR en febrero de 2004; Karen Judith Samayoa fue diagnosticada el 12 de abril de 2002 y comenzó TAR en 2005; Jorge Armando Tavares Barreno fue diagnosticado en 2001 y comenzó TAR en abril de 2002; Miguel Lucas Vail fue

Ante la omisión estatal, entre 2000 y 2004, MSF contaba con proyectos de atención a población viviendo con VIH en Guatemala, entre los que destacan aquellos en Ciudad de Guatemala, a través de la Clínica Yaloc y el Hospital Roosevelt, éste último perteneciente al MSPAS, así como el de Coatepeque en el hospital público de dicha entidad, centros en los que las víctimas del presente caso eran atendidas[799].

Entre 2005 y hasta 2007, MSF comenzó a transferir sus pacientes al Ministerio de Salud[800], incluyendo algunas de las víctimas del presente caso. Sin embargo, de acuerdo con el Programa Nacional de VIH de dicho Ministerio, para el año 2006 no existían recursos suficientes "para asegurar la atención mínima de calidad a la totalidad de las PVVS en el país"[801], lo cual se traducía en una potencial merma en su calidad de vida.

De tal manera, solo a partir de los años 2006 y 2007, con la salida de los programas de MSF, el Estado de Guatemala brindó de manera directa algún tipo de atención, la cual ha presentado graves falencias y no ha cumplido los estándares internacionales en la materia, con el consiguiente impacto en la vida y salud de las víctimas. Dichas falencias, probadas respecto a las víctimas del presente caso, se sintetizan de la manera siguiente:

- Falta de tratamiento antirretroviral de manera permanente debido, entre otras razones, a continuos desabastecimientos.

- Falta de exámenes regulares de carga viral, CD4, genotipo y fenotipo, favoreciendo, entre otros, la resistencia a los medicamentos antirretrovirales y la aparición de enfermedades oportunistas.

- Falta de medicamentos y laboratorios adecuados para el tratamiento y diagnóstico de las infecciones oportunistas prevenibles, así como los efectos secundarios y enfermedades asociadas con el VIH.

- Ausencia de infraestructura regional adecuada para el tratamiento de los pacientes con VIH a nivel de los hospitales y centros de atención a los que acuden las víctimas, residentes en aldeas y municipios alejados de la capital.

- Carencia de suficientes profesionales de la salud con la formación adecuada para tratar a pacientes de VIH en las clínicas y Unidades de Atención Integral a las que acuden las víctimas.

---

diagnosticado en 1998 e inició su TAR en 2004; Santos Vásquez Oliveros fue diagnosticado en 2002 y comenzó con TAR en 2003; Iris Carolina Vicente Barillas fue diagnosticada el 7 de febrero de 2003 e inició TAR en 2006.

[799] Ver sección de contexto c. Marco institucional de la prevención y atención al VIH.

[800] Ver sección de contexto c. Marco institucional de la prevención y atención al VIH.

[801] Ver Anexo 4. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006. Pág. 18.

- Falta de asistencia psicológica, nutricional y apoyo familiar, social y comunitario adecuado.

Más allá de no hacer accesibles los medicamentos y las pruebas de monitoreo, en el presente caso se evidencia además, que en diversas ocasiones no se proporcionaron medicamentos para las infecciones oportunistas y de otras enfermedades; buena alimentación y apoyo social, espiritual y psicológico, así como atención familiar, comunitaria y domiciliaria.

Como consecuencia de la falta de tratamiento adecuado, las víctimas de este caso vieron empeorada su condición de salud, generando numerosas afectaciones físicas, las cuales se habrían evitado con el tratamiento adecuado. Para mayor gravedad, la situación actual de algunas de las víctimas evidencia que, pese a algunas mejorías, la atención que reciben sigue sin ser acorde a los estándares internacionales, y sin garantizar su integridad personal y vida digna.

Como consecuencia de la falta de los mínimos en la atención médica, 20 personas han experimentado diversas enfermedades oportunistas, tales como neumonías, candidiasis y tuberculosis, por mencionar algunas[802].

Así, el señor Luis Armando Linares, ha señalado las afectaciones en su estado de salud de la manera siguiente:

> El cambio de fármacos es lo que me hizo daño en el estómago, no me hicieron genotipo para cambiarme el medicamento, solo me dan el medicamento y no me revisan ni nada. Ellos solo le dicen a uno tiene que tomárselo pero no lo ven a uno.
>
> En muchas cosas, me debilito mucho, diarrea, dolores de cabeza muy intensos, mareo, me pongo hacer algo para no sentir el mareo, y también me han salido lipomas de grasa en el cuerpo, tengo en los brazos, piernas en la cintura y no me los han querido operar, me dijeron que ya no me iban a salir solo tenía dos pero ahora me han salido en todos lados y algunas sí me duelen, la doctora me dijo que me los iban a operar hasta que estuviera indetectable y le volví a preguntar y me dijo que no me iban a operar[803].

Por su parte, la señora Zoila Pérez quien padeció de tuberculosis ganglionar en 2003 no recibió atención del sistema público de salud y le indicaron que fuera "a morir a [su] casa"[804], por lo que tuvo que acudir a la ONG Fundación Marco Antonio, ubicada en la capital, es decir, a seis horas de su vivienda. Ello le ocasionó graves afectaciones a su salud y estuvo cerca de perder la vida.

---

[802] A saber, Felipe Ordoñez, Martina Candelaria Álvarez Estrada, Sayra Elisa Barrios, Aracely Cinto, Luis Cuscul Pivaral, María Felipe Pérez, Ismerai Olivia García Castañón, Santos Isacar Vásquez Barrios, Luis Armando Linares Ruano, Marta Alicia Maldonado Paz, Dora Marina Martínez Sofoija, Audencio Rodas, Zoila Marina Pérez Ruiz, Santiago Francisco Valdez Aguilar, Teresa Magdalena Ramírez Castro, Jorge Armando Tavares Barreno, Miguel Lucas Vail, Santos Vásquez Oliveros, Iris Carolina Vicente Barillas, Sandra Lisbeth Zepeda Herrera. Ver sección de hechos.

[803] Ver sección de hechos

[804] Ver sección de hechos

El señor Cuscul, antes de recibir TARV por parte de MSF, recibió por 2 años, antirretrovirales de prueba en el marco de un proyecto de investigación que se realizaba a través de un laboratorio privado en Ciudad de Guatemala. Al respecto, relata que muchas personas que asistían a dicho proyecto murieron debido a que los medicamentos no fueron efectivos. En su caso particular, el tratamiento experimental le ocasionó lipodistrofia, la cual padece desde hace aproximadamente 17 años. Dicha condición de salud consiste en joroba y pechos aumentados, lo cual le deprime y genera gran impotencia, ya que es objeto de burla de manera continua.

Igualmente, las víctimas Zoila Pérez, Aracely Cinto, Sandra Lizbeth, Corina Robledo, Luis Cuscul y Luis Armando Linares Ruano, han experimentado a lo largo de los años lipodistrofia como efecto secundario del TARV, lo que les ocasiona problemas físicos tales como dolores de cabeza y cuello, problemas al dormir, así como estigma social, lo cual se podría haber evitado con el ajuste o cambio del medicamento antirretroviral, o con las intervenciones quirúrgicas a que se había comprometido el Estado[805]

Por otro lado, tomando en cuenta el impacto que a nivel psicológico y social tiene el VIH, la atención psicológica deviene fundamental para garantizar la vida digna de las personas, así como para procurar la adherencia de las personas al tratamiento antirretroviral[806]. Asimismo, el apoyo nutricional es fundamental, a fin de disminuir los efectos secundarios y reducir el impacto de la infección a nivel fisiológico[807].

En el presente caso, la mayoría de las personas reporta que no se les ha proporcionado apoyo nutricional y psicológico por parte del Estado[808], a pesar de la carga que supone la enfermedad, agravada en este caso por la intranquilidad y angustia frente al desabastecimiento y los otros obstáculos de acceso al tratamiento integral.

Por lo anterior, las representantes sostenemos que el Estado de Guatemala vulneró el derecho a la salud de las 49 víctimas, por la falta de tratamiento adecuado que tuvo como consecuencia un empeoramiento de su condición

---

[805] Nótese que, en el marco del proceso de negociación de un eventual acuerdo de cumplimiento de recomendaciones dictadas por la CIDH en el informe de fondo dictado en el presente caso, llevado a cabo entre las representantes y el Estado de agosto a diciembre de 2016, se solicitó con carácter urgente la realización de la intervención quirúrgica a favor de las siguientes víctimas Aracely Cinto, Zoila Marina Pérez Ruiz y Luis Rolando Cuscul Pivaral, debido a la lipodistrofia padecida por ellas. A la fecha no se le ha realizado la intervención. Ver Anexo 46. COPREDEH Oficio Ref. P-1209-2016/VHGM/WCA/au. 2 de diciembre de 2016. Guatemala.

[806] Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). *HIV atención y apoyo. Atención y apoyo al VIH teniendo en cuenta las directrices unificadas de 2016 de la OMS*. 2016. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2741_HIV-o care-and-support_es.pdf Último acceso el 29 de marzo de 2017.

[807] Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). *HIV atención y apoyo. Atención y apoyo al VIH teniendo en cuenta las directrices unificadas de 2016 de la OMS*. 2016, págs. 26 y 27. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2741_HIV-care-and-support_es.pdf Último acceso el 29 de marzo de 2017.

[808] Ver sección de hechos *supra.*

física como personas con VIH y la aparición de múltiples enfermedades oportunistas y efectos secundarios, que se podrían haber evitado de haber contado con el tratamiento adecuado. Por ello, el Estado incurrió en violación de los artículos 4 y 5, en relación con el artículo 1.1 de la CADH, en perjuicio de las 49 víctimas del presente caso.

De manera adicional, la falta de tratamiento integral vulneró el derecho de las víctimas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, situación que se vio agravada por la falta de medidas de parte del Estado para promover y habilitar un entorno protector, como desarrollamos con detalle a continuación.

c. El Estado discriminó a las víctimas del presente caso al no garantizarles una atención integral, accesible, aceptable y de calidad, tomando en cuenta las diversas situaciones de vulnerabilidad en las que viven

Esta Honorable Corte ha establecido que el artículo 1.1 de la Convención, es una norma de carácter general cuyo contenido se extiende a todas las disposiciones del tratado, dispone la obligación de los Estados Partes de respetar y garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos y libertades allí reconocidos "sin discriminación alguna"[809].

Además, el Tribunal ha señalado que los Estados "deben abstenerse de realizar acciones que de cualquier manera vayan dirigidas, directa o indirectamente, a crear situaciones de discriminación *de jure* o *de facto*"[810]. En atención a ello, están obligados "a adoptar medidas positivas para revertir o cambiar situaciones discriminatorias existentes en sus sociedades, en perjuicio de determinado grupo de personas", lo cual implica el deber especial de protección que el Estado debe ejercer con respecto a actuaciones y prácticas de terceros que, bajo su tolerancia o aquiescencia, creen, mantengan o favorezcan las situaciones discriminatorias"[811].

Adicionalmente, la Corte ha determinado que, "el derecho internacional de los derechos humanos no sólo prohíbe políticas y prácticas deliberadamente discriminatorias, sino también aquellas cuyo impacto sea discriminatorio contra ciertas categorías de personas, aun cuando no se pueda probar la intención discriminatoria"[812]. Así, sobre la discriminación indirecta ha destacado que se

[809] Corte IDH. *Propuesta de Modificación a la Constitución Política de Costa Rica relacionada con la Naturalización.* Opinión Consuliva OC-4/84 del 19 de enero de 1984. Serie A No. 4, párr 53; *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek. Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214, párr.. 268.

[810] Corte IDH. *Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados*. Opinión Consultiva OC-18/03, párr. 103.

[811] Corte IDH*. Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados*. Opinión Consultiva OC-18/03, párr. 104, y *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek. Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214, párr. 271.

[812] Corte IDH. *Caso de personas dominicanas y haitianas expulsadas Vs. República Dominicana.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de agosto de 2014. Serie C No. 282., párr. 234. *Citando a,* TEDH. *D.H. y otros Vs. República Checa*, *supra*, párrs. 179, 184 y 194. Consejo Europeo; TEDH. *Hugh Jordan vs Reino Unido,* aplicación No. 24746/94, 4 de mayo de 2011, párr. 154, y TEDH. *Hoogendijk vs Holanda*, aplicación No. 58641/00, 6 de enero de 2005, s/p. Ver también: Directiva 2008/0140 del

produce ante situaciones y casos en que normas, acciones, políticas u otras medidas impactan de manera desproporcionada produciendo "efectos negativos para ciertos grupos vulnerables", aun cuando sean o parezcan neutrales en su formulación, o tengan un alcance general y no diferenciado[813].

En atención a lo anterior es importante precisar que el perfil de las víctimas del presente caso está asociado a factores de discriminación que los hicieron más vulnerables y que agravaron la situación y los daños por los que fueron pasando. Elementos contextuales y estructurales tales como la pobreza, la lejanía de sus residencias, la falta de escolaridad, el género, la orientación sexual y el origen étnico, fueron algunos de esos factores que provocaron que las víctimas del caso se enfrentaran a escenarios donde su condición de personas con VIH agudizara las consecuencias y efectos de la misma enfermedad.

Este Alto Tribunal ya ha destacado que las personas con VIH "han sido históricamente discriminadas debido a las diferentes creencias sociales y culturales que han creado un estigma alrededor de la enfermedad"[814] y que "la estigmatización relacionada con el VIH no impacta en forma homogénea a todas las personas y que resultan más graves los impactos en los grupos que de por sí son marginados"[815]. En atención a ello, ha reconocido que la condición de ser persona con VIH es una categoría protegida por el artículo 1.1 de la CADH[816].

De igual modo, en el *caso Hacienda Brasil Verde*, la Corte IDH consideró por primera vez que la situación de pobreza[817], es de igual modo una categoría protegida por el artículo 1.1 de la CADH, y estimó que el Estado incurre en responsabilidad internacional en aquellos casos en que, habiendo discriminación estructural, no adopta medidas específicas respecto a la

---

Consejo por la que se aplica el principio de igualdad de trato entre las personas independientemente de su religión o convicciones, discapacidad u orientación sexual. Bruselas, 2 de julio de 2008, páginas 7 y 8, y Directiva 2000/43/CE relativa a la aplicación del Principio de igualdad de trato independientemente de su origen racial o étnico. Bruselas 29 de junio de 2000, párr.13.

[813] Corte IDH. *Caso de personas dominicanas y haitianas expulsadas Vs. República Dominicana.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de agosto de 2014. Serie C No. 282, párr. 235. *Citando a* Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General No. 20*, La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, párr. 10 inciso b).

[814] Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 236.

[815] Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 290.

[816] Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01de septiembre de 2015. Serie C No. 298. Párr. 253 y ss.

[817] Corte IDH. *Caso Trabajadores de la Hacienda Brasil Verde Vs. Brasil.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de octubre de 2016. Serie C No. 318, párr. 337.

situación particular de victimización en que se concreta la vulnerabilidad sobre un círculo de personas individualizadas[818].

En ese orden, cabe destacar que este Tribunal ha desarrollado el concepto de discriminación interseccional, al establecer que, en ciertas situaciones pueden confluir múltiples factores de vulnerabilidad y riesgo de discriminación asociados al género, la niñez, la situación de pobreza y otros factores de vulnerabilidad de las personas con VIH. Al respecto, la Corte reconoció que en esos casos, se puede dar una forma específica de discriminación que resulta de la intersección de esos factores, por lo que "si alguno de dichos factores no hubiese existido, la discriminación habría tenido una naturaleza diferente"[819].

De acuerdo con lo anterior, y atendiendo al caso particular, el Estado debió adoptar medidas de atención integral para personas viviendo con VIH en su territorio, a la luz de los requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, a los que nos hemos referido con anterioridad, teniendo en cuenta los diversos factores de vulnerabilidad que confluyeron y generaron una forma específica de discriminación, resultante de la intersección de dichos factores, en las víctimas del presente caso.

Así, como ya hemos analizado *supra,* para garantizar el derecho a la salud, los Estados deben brindar todos los servicios, artículos e instalaciones de salud, de manera accesible y aceptable.

A la luz de los hechos acreditados en el presente caso, se desprende que si bien el Estado de Guatemala ha adoptado, a lo largo de los años, un marco normativo que protege el derecho a la salud de las personas que viven con VIH en su territorio, el mismo no ha sido aplicado para garantizar efectivamente la atención médica de manera accesible y aceptable, particularmente a los sectores más vulnerables y marginados.

Antes de la llegada de MSF al país, la atención brindada por el Estado a las víctimas del presente caso era casi nula, a excepción de las víctimas que recibían tratamiento en el IGSS. Durante los años de MSF en Guatemala, las víctimas tuvieron acceso a TARV y algunas medidas de atención adicionales, como apoyo nutricional, psicológico y espiritual. No obstante, a partir de 2006 y 2007 cuando la referida ONG terminó sus proyectos de VIH en Ciudad de Guatemala y Coatepeque, la atención brindada por el Estado ha presentado una serie de falencias en cuanto a su accesibilidad y aceptabilidad, medidas mínimas para garantizar la dignidad humana de las víctimas del presente caso.

Así, por ejemplo, y como indicamos *supra*, 19 de las víctimas tienen problemas económicos para poder desplazarse al centro de salud para recibir atención

[818] Corte IDH. *Caso Trabajadores de la Hacienda Brasil Verde Vs. Brasil.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de octubre de 2016. Serie C No. 318, párr. 338.
[819] Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 290.

médica[820], además de que acudir, les toma un día de trabajo completo lo que les significa la pérdida del ingreso que hubieran percibido ese día. Aunado a lo anterior, algunas personas han manifestado que se les solicita apoyo económico para sufragar los insumos clínicos para la atención médica que reciben[821]. Asimismo, los establecimientos se encuentran a distancias de entre 2 y 6 horas de los domicilios de las víctimas y la mayoría de ellos no son culturalmente apropiados, es decir no cuentan con personal que pueda brindarles atención médica en su lengua materna, a la par de que no cuentan con perspectiva de género[822].

Adicionalmente, en el caso de la señora María Felipe, quien pertenece a la etnia mam, ha manifestado que aprendió a hablar español tras ser diagnisticada con VIH y quisiera que la atención médica pudiera proporcionarse en mam, ya que: "la verdad que no sólo yo que estoy así, sino que somos más, Dios nos dejó de palabra el mam y como uno no tiene mucho estudio no se entiende mucho"[823].

Por otra parte, pero íntimamente relacionado con el impacto de la falta de atención integral sumado a los múltiples factores de discriminación en el presente caso, vale destacar que varias personas tuvieron impactos relacionados con barreras sociales y actitudinales que afectaron su acceso en igualdad de condiciones al disfrute de sus derechos.

Al respecto, esta Honorable Corte ha destacado que "una persona viva con VIH/SIDA, o incluso la sola suposición de que lo tiene, puede crear barreras sociales y actitudinales para que ésta acceda en igualdad de condiciones a todos sus derechos". Asimismo, ha indicado que "la relación entre este tipo de barreras y la condición de salud de las personas justifica el uso del modelo social de la discapacidad como enfoque relevante para valorar el alcance de algunos derechos involucrados en el presente caso"[824].

En ese sentido, ha reconocido que, "en algunas circunstancias, las barreras actitudinales que enfrenta una persona por convivir con el VIH generan que las circunstancias de su entorno le coloquen en una situación de discapacidad"[825]. En otras palabras, la situación médica de vivir con VIH puede, potencialmente, ser generadora de discapacidad[826] por las barreras actitudinales y sociales, lo

[820] A saber, Sebastián Emilio Dueñas, Julia Aguilar, Felipe Ordoñez, Martina Candelaria Álvarez Estrada, Luis Rubén Álvarez Flores Sayra Elisa Barrios, Aracely Cinto, Luis Rolando Cuscul Pivaral, María Felipe Pérez, Santos Isacar Vásquez Barrios, Mardo Luis Hernández, Dora Marina Martínez Sofoifa, Pascuala de Jesús Mérida, Darinel López Montes de Oca, Corina Dianeth Robledo Alvarado, Audencio Rodas Rodríguez, Zoila Marina Pérez Ruiz, Santiago Francisco Valdez Aguilar y Francisco Sop Quiej.
[821] A saber, Sebastián Emilio Dueñas, Julia Aguilar, César Noé Cancinos, Aracely Cinto, Dora Marina Martínez y Sofoifa y Pascuala de Jesús Mérida.
[822] Ver sección de hechos.
[823] Ver sección de hechos.
[824] Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 236.
[825] Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 238.
[826] En contraste, diversas legislaciones nacionales protegen a todas las personas con VIH, incluyendo aquellas asintomáticas, como personas con discapacidad. Al respecto, en algunos

cual justifica el uso del modelo de derechos humanos de la discapacidad[827], plasmado en la Convención de los Derechos de Personas con Discapacidad (CDPD)[828], para valorar el alcance de sus derechos.

De ese modo, las personas que viven con VIH pueden presentar deficiencias a medida que la enfermedad avanza y se puede considerar que tienen una discapacidad cuando hay barreras sociales, económicas, políticas o de otro tipo que obstaculizan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que los demás[829].

De manera paralela a la obligación general de los Estados parte de respetar y garantizar los derechos contenidos en la CADH, sin discriminación alguna, la CDPD establece como obligación general "asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad"[830]. Asimismo, establece que por "'discriminación por motivos de discapacidad' se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables"[831].

Las barreras sociales y actitudinales generadas por la discapacidad están presentes en las vidas de algunas de las víctimas del presente caso. Su condición como personas con VIH y las implicaciones de la infección en su salud, al interactuar con barreras sociales, económicas y actitudinales les han

---

países donde la ley prohíbe la discriminación basada en la"discapacidad"(o, en algunos casos,"incapacidad"), el VIH-positivo y / o el diagnóstico del SIDA está incluido *per se* dentro de este término. Además de algunas jurisdicciones de derecho consuetudinario, como Australia, Canadá, Reino Unido, Estados Unidos, Irlanda y Nueva Zelanda. *Cfr.,* HIV, disability and discrimination: making the links in international and domestic human rights law. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2788342/#B51 Adicionalmente, en Estados Unidos, el American with Disabilities Act incluye expresamente el VIH como una discapacidad *per se*. Asimimo, la Ley de Discriminación por Discapacidad de 2005 del Reino Unido incluye explícitamente el VIH en la definición de una discapacidad.

[827] La Corte reconoció el modelo social, y en menor grado, el modelo de derechos humanos reflejado en la CDPD. *Veáse Caso Furlán y Familiares vs. Argentina, supra* nota **Error! Bookmark not defined.**, párr. 133. *Véase también* Corte IDH. *Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) vs. Costa Rica*. Sentencia de 23 de noviembre de 2012. Serie C N° 257, párr. 289-91. No obstante, si bien el modelo social de la discapacidad traslada la carga de la persona con discapacidad de "normalizarse" hacia la sociedad, el modelo de derechos humanos encuadra el modelo social en términos del marco internacional de derechos humanos. *Véase generalmente* Michael Ashley Stein, "Disability Human Rights", 95 *Cal. L. Rev.* 75 (2007).

[828] Decreto N° 59-2008 de 4 de noviembre de 2008, mediante el cual el Estado de Guatemala ratifica la CDPD.

[829] ONUSIDA. Informe de política la discapacidad y el VIH. Disponible en: http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/jc1632_policybrief_disability_es%5b1%5d.pdf

[830] Naciones Unidas. Convención sobre Derechos de Personas con Discapacidad, art. 4.1.

[831] Naciones Unidas. Convención sobre Derechos de Personas con Discapacidad, art. 2.

impedido acceder en igualdad de condiciones a todos sus derechos, en particular, a acceder a fuentes de empleo acordes a su nueva condición.

Así por ejemplo, en el ámbito laboral Sebastián Emilio Dueñas[832], Felipe Ordóñez, Martina Candelaria, César Noé Cancinos[833], Mardo Luis Hernández[834], Zoila Marina Pérez Ruiz y Santiago Valdez, tuvieron que cambiar de fuente de empleo debido a que el deterioro en su estado de salud les impidió continuar con sus actividades, sin que tuvieran acceso a fuentes alternativas de empleo acordes a su nueva condición de salud.

i. Discriminación en los centros de salud estatales

En el presente caso está establecido que la situación de extrema y especial vulnerabilidad de las víctimas se debe a su condición seropositva, sumada a diversos factores de vulnerabilidad, y la respuesta del Estado ante dichas condiciones. Así, en los casos particulares de Félix Cabrera, Aracely Cinto, Luis Cuscul, Luis Armando Linares, Karen Judith Samayoa y Francisco Sop, han quedado acreditatos diversos tratos discriminatorios de que han sido objeto por parte de instituciones estatales, particularmente de salud.

El señor Félix Cabrera ha recibido trato discriminatorio por parte del personal del IGSS, por su condición de persona con VIH. Al respecto, relata que una doctora le preguntó en una ocasión en qué trabajaba, y al responderle que de mesero, esta le pidió que le indicara en qué restaurante para no ir nunca al mismo.

La señora Aracely Cinto sufrió discriminación al recibir su diagnóstico de VIH en un centro de salud público del municipio Tecún Umán donde, el médico delante de todos le pegó y le dijo que "era una perra", le dijo que tenía SIDA, a gritos, "tú tienes SIDA y te vas a morir", "tenés tu hijo, regálalo; toda tu ropa, quemala; todos tus trastes, enterralos"[835]. A raíz de lo anterior, la señora Cinto intentó suicidarse bebiendo veneno y parándose en asfalto.

En el caso de Luis Cuscul, tras el diagnóstico positivo y según sus propias palabras "en la cama pusieron un roto con letras grandes que decía paciente con SIDA y yo era el monito del circo porque todos llegaban a donde yo estaba

[832] El señor Emilio Dueñas se dedicaba a cortar caña y algodón y a recoger y vender mangos en la capital antes de ser diagnosticado, pero debido a las secuelas físicas de la falta de atención médica integral, y su necesidad de obtener ingresos económicos tuvo que cambiar de ocupación. Consecuentemente, en la actualidad se dedica a la venta de ropa, actividad que según le ha dicho a su esposa "ya no sale la ropa, Julia, ya no hay ventas, yo quiero ir a trabajar"

[833] César Noé Cancinos Gómez, antes de ser diagnosticado, trabajaba en una fábrica en Ciudad Guatemala, y debido al deterioro de su estado físico (llegó a bajar de peso hasta 90 libras) y de las jornadas largas y nocturnas a las que estaba sujeto, dejó de trabajar por aproximadamente un año y medio. Actualmente se dedica a la agricultura, sin embargo debido a la intensidad del trabajo, tiene una oscilación constante en los niveles de sus defensas

[834] El señor Mardo Hernández. tuvo que cambiar de trabajo pues a raíz de su condición de salud ya no podía trabajar bajo el sol . En la actualidad trabaja en una empacadora, en la que se establecen metas de producción, las cuales en ocasiones incumple debido a que su condición lo limita físicamente.

[835] Ver sección de hechos.

los médicos y los estudia(s)te, me tocaban me miraba(n) y se reían"[836] (error en el original). El señor Cuscul relata de este modo el trato recibido por el personal médico en esa oportunidad

> (…) el médico me mando a mi casa y me dijo que me paso esto porque era promiscuo y que si quería iba a comprar la medicina a Estado Unidos, estuve 8 días hospitalizado y no me decía lo que había tenido (…) el doctor solo me dijo que ya era hora que me fuera y que me iba a morir en dos años[837].

Por su parte, según el señor Linares Ruano, en el Hospital San Juan de Dios las enfermeras le trataban mal, incluso en una ocasión le discriminaron por su orientación sexual diciéndole que "se comportara como un hombrecito"[838]. Asimismo, la víctima relata que ha sido discriminada por su condición de persona con VIH y por su orientación sexual: "he perdido varios trabajos porque me discriminan por ser homosexual o porque tengo que hacerme exámenes. Me gustaría que se pusieran en mis zapatos"[839].

La señora Samayoa relata que estando embarazada, en una ocasión una doctora del IGSS rechazó atenderla por su condición de persona con VIH. La señora Samayoa menciona también que recibió un mal trato en pediatría, después de haber tenido a su hija. En palabras de ella "sentía que la doctora no tenía empatía con las madres (…) llegó un tiempo de abandonar el tratamiento y no llevar a mi hija a control"[840]. Actualmente, la señora indica recibir una mala atención en el Hospital San Juan de Dios cuando acude al Laboratorio Químico por sus pruebas hepáticas. Al respecto, relata que "la atención es mala y la forma de trato, que nos trata mal cuando saben que somos VIH"[841].

Por otra parte, el señor Sop Quiej sufrió de discriminación por su condición de persona con VIH mientras era integrante del ejército nacional. Según relata el propio Francisco, algunos de sus compañeros le decían a la encargada de cocina que apartara todos los utensilios que él utilizaba. Asimismo, menciona que oficiales superiores le discriminaron e incluso mientras él se encontraba internado en el Hospital Militar, llamaron a su madre para indicarle que apartara los utensilios de cocina que él utilizaba en su casa y contarle que su hijo tenía VIH. Esta situación de discriminación impactó negativamente en su vida al punto que el 30 de junio de 2004 decidió acogerse al retiro voluntario y dejar de trabajar para el ejército nacional.

ii. Obligaciones específicas en materia de atención a mujeres y su salud sexual y reproductiva

Aunado a lo anterior, el Estado de Guatemala también faltó a su obligación de adoptar medidas positivas específicas para garantizar la salud y vida digna de

[836] Ver sección de hechos.
[837] Ver sección de hechos.
[838] Ver sección de hechos
[839] Ver sección de hechos
[840] Ver sección de hechos
[841] Ver sección de hechos

las mujeres, niños y niñas. En el presente caso del total de 49 víctimas, 25 son mujeres, de las cuales Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, Sayra Elisa Barrios, Pascuala de Jesús Mérida y Sandra Lisbeth Zepeda Herrera estaban embarazadas al momento de recibir su diagnóstico; Dora Marina Martínez Sofoija tuvo un embarazo con posterioridad a su diagnóstico; y Corina Robledo Alvarado fue diagnosticada con VIH cuando su hijo, quien también es seropositivo tenía 3 años de edad. Del total de hijos de dichas mujeres, 2[842] adquirieron VIH por transmisión vertical y uno falleció a causa de la infección[843].

Así, como demostramos a continuación, a la luz de los estándares internacionales y el marco normativo guatemalteco aplicables a la fecha de los hechos, en algunos casos, el Estado no adoptó las medidas necesarias para atender las necesidades específicas de salud reproductiva de algunas de las mujeres del presente caso.

Este Alto Tribunal ya ha reconocido que, "las mujeres en estado de embarazo requieren medidas de especial protección"[844], particularmente, durante la gestación, el parto y el período de lactancia, debe garantizarse "el acceso a servicios adecuados de atención médica"[845]. Asimismo, ha destacado que dichas medidas no pueden desligarse de la protección del Estado en relación a los derechos de los niños[846].

Por su parte, en 1990, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, puso énfasis en la necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el VIH/SIDA, recomendando, entre otras cuestiones, "que los programas presten principal atención a las necesidades de mujeres, niños y niñas y a los factores relacionados con la función reproductiva de las mujeres y la condición de subordinación que prevalece en algunas sociedades"[847].

En ese sentido, y a la luz de las Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA de 1996, aludidas *supra,* la Octava en particular ha sido interpretada por la OACNUDH y ONUSIDA en el sentido de que los Estados deben velar por que todas las mujeres y las muchachas en edad fecunda tengan acceso a la información y el asesoramiento preciso y amplio sobre la prevención de la transmisión del VIH y el riesgo de transmisión vertical de éste, así como a los

[842] LAL y Katherine Alejandra Girón Zepeda.
[843] El hijo de Dora Marina Martínez Sofoija.
[844] Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Xàkmok Kàsek Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 20106, párr. 233
[845] Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaxa Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia 29 de marzo de 2006, párr. 177.
[846] Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaxa Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia 29 de marzo de 2006, párr. 177.
[847] Observación General No. 15. Necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), Comité CEDAW, 1990.

recursos disponibles para minimizar ese riesgo o no interrumpir el embarazo, si así lo desean[848].

En la misma línea, la Resolución de la Asamblea General A/S-27/19 de 2002, que aprueba el Plan de Acción "Un mundo apropiado para los niños", señala como parte de las metas y compromisos de los Estados para lograr el bienestar de los niños y las niñas, así como el fomento y protección de sus derechos:

> [… R]educir el número de lactantes infectados con el VIH […], ofreciendo [… a] las mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal información, apoyo psicológico y otros servicios de prevención del VIH, aumentado la disponibilidad de tratamiento eficaz para reducir la transmisión del VIH de madre a hijo y brindando acceso a ese tratamiento a las mujeres infectadas con VIH y a sus hijos lactantes, así como mediante intervenciones eficaces para las mujeres infectadas con el VIH que incluyan servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales, acceso a tratamiento, especialmente a la terapia antirretroviral y, cuando proceda, a sucedáneos de la leche materna y a una serie continua de servicios de atención[849].

Y como una las estrategias y medidas de dicho plan, destaca

> […P]oner en práctica medidas para que las mujeres y las adolescentes estén en mejores condiciones de protegerse del riesgo de infección por el VIH, principalmente mediante la prestación de servicios de atención de la salud y de salud, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva, y mediante una educación preventiva que promueva la igualdad de género en un marco en que se tengan en cuenta los aspectos culturales y de género[850].

Por su parte, la ex relatora sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, emitió un informe sobre la relación de la violencia contra las mujeres y el VIH[851], en el que destacó como una situación alarmante la estigmatización y discriminación por razón de género para las mujeres que viven con el virus, muchas de las cuales "suelen recibir tratamiento para el VIH sólo cuando están embarazadas a fin de prevenir la transmisión del virus a su hijo[852]. De igual modo destacó que "el estrés del embarazo en las mujeres que viven con el VIH se ve más intensificada por la denegación de atención médica adecuada"[853].

---

[848] Ver Anexo 3. ONUSIDA. Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada de 2006. octava Directriz, f).
[849] Asamblea General. Resolución A/RES/S-27/2. *Un mundo apropiado para los niños.* 11 de octubre de 2002. Párr. 46, inciso b).
[850] Asamblea General. Resolución A/RES/S-27/2. *Un mundo apropiado para los niños.* 11 de octubre de 2002. Párr. 47.4.
[851] Naciones Unidas. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Yakin Ertürk. E/CN.4/2005/72, de 17 de enero de 2005.
[852] Naciones Unidas. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Yakin Ertürk. E/CN.4/2005/72, de 17 de enero de 2005. Párr. 68.
[853] Naciones Unidas. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Yakin Ertürk. E/CN.4/2005/72, de 17 de enero de 2005. Párr. 70.

Aunado a lo anterior, a nivel local, la Constitución Política de Guatemala de 1985 establece como parte de su compromiso por velar por la salud de la población guatemalteca: desarrollar a través de sus instituciones acciones de prevención de enfermedades[854]. Además, el Código de Salud de 1997[855], señalaba al Ministerio de Salud como "responsable de formular, evaluar y supervisar acciones dirigidas al control de las enfermedades de transmisión sexual" y de dar apoyo al "desarrollo específico de programas de educación, detección, prevención y control de ETS, VIH/SIDA".

Posteriormente, la Ley General para el Combate del VIH del año 2000 crea el Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, cuyo propósito es:

> [… L]a promoción de la salud, prevención, vigilancia epidemiológica, control, diagnósticos, atención y seguimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) con enfoque intersectorial, interinstitucional, ínter programático y multidisciplinario con la participación de la sociedad civil organizada y adaptado al entorno multicultural y plurilingüe de la población, para disminuir incidencia del ITS/VIH/SIDA y por lo tanto, el impacto sociológico, económico y social de las personas afectadas[856].

En este mismo sentido, la Ley también indica como parte de las disposiciones para el cumplimiento del Programa de Salud Reproductiva

> […] el acceso efectivo a la información, orientación, educación, provisión y promoción de servicios de salud reproductiva, incluyendo servicios de planificación familiar, atención prenatal, atención del parto y puerperio, prevención del cáncer cérvico uterino y el del mama, atención a la menopausia y climaterio, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de próstata, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, **diagnóstico, tratamiento y prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)** […][857].

Además, declara la vida y la salud de las madres e hijos como bien público y por lo tanto a la maternidad saludable como un asunto de urgencia nacional, por lo que como parte de las acciones que disminuyan la tasa de mortalidad materna e infantil, incluye "crear y fomentar la instalación de unidades de salud con capacidad de resolución de las urgencias obstétricas, ubicadas en puntos

[854] Ver Anexo 16. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de la República de Guatemala. 1985. Artículo 94.
[855] Congreso de la República. Decreto n° 90-97. Código de Salud. 2 de octubre de 1997. Artículo 62.
[856] Congreso de la República. Decreto n° 27-2000. Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA. Artículo 4
[857] Congreso de la República. Decreto n° 27-2000. Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA. Artículo 26.2

estratégicos del país, con prioridad en los lugares con mayores índices de mortalidad materna y perinatal"[858].

Siguiendo este orden de ideas, el Acuerdo Gubernativo 638-2005[859] aprobó la política pública respecto a la prevención de las infecciones de transmisión sexual y a la respuesta a la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, estableciendo como acción estratégica para "controlar la expansión de la epidemia y reducir el impacto negativo de la misma, tanto para las personas afectadas como para su entorno social"[860] el "[t]amizaje universal de la sangre y sus derivados de uso terapéutico, para descartar en ellos la presencia de VIH, Hepatitis B y C, Treponema Pallidum, Trypanosoma Cruzi, Plasmodium Spp., HTLV-I y otros patógenos endémicos"[861].

Así, a la luz de los estándares internacionales y el marco normativo guatemalteco aplicable a la fecha de los hechos, se desprende que en algunos casos, el Estado no adoptó las medidas necesarias para atender las necesidades específicas de salud reproductiva de algunas de las mujeres del presente caso.

Respecto de aquellas que fueron diagnosticadas estando embarazadas, se evidencia que el Estado no implementó las medidas para detectar, prevenir y atender a mujeres gestantes seropositivas, a fin de evitar el contagio vertical, a pesar de que tenía la obligación de garantizar a "todas las mujeres y las muchachas en edad fecunda acceso a la información y el asesoramiento preciso y amplio sobre la prevención de la transmisión del VIH y el riesgo de transmisión vertical de éste, así como a los recursos disponibles para minimizar ese riesgo"[862].

Además, tampoco contaba con medidas para brindar apoyo alimenticio posparto, lo cual es parte de la atención integral del VIH y resultaba necesario no sólo porque las mujeres no podían amamantar a sus hijos, sino también por la falta de recursos para comprar la leche de fórmula dada su situación socioeconómica.

---

[858] Congreso de la República. Decreto n° 27-2000. Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA. Artículo 26.5, inciso a.

[859] Acuerdo Gubernativo n° 638-2005, en virtud de la cual se aprueba la Política Pública 638-2005. Respecto a la Prevención a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y a la respuesta a la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida –SIDA. 30 de noviembre de 2005.

[860] Política Pública n° 638-2005. Respecto a la Prevención a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y a la respuesta a la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida – SIDA. 30 de noviembre de 2005. Objetivo del eje 3 "Reducción, contención y mitigación del impacto del ITS, VIH y SIDA".

[861] Política Pública n° 638-2005. Respecto a la Prevención a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y a la respuesta a la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida – SIDA. 30 de noviembre de 2005. Acción Estratégica del Eje 3 "Reducción, contención y mitigación del impacto del ITS, VIH y SIDA".

[862] Ver Anexo 3. ONUSIDA. Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada de 2006. Octava Directriz.

De ese modo, Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, fuera diagnosticada con VIH en el año 2000, teniendo 32 semanas de embarazo. Pese a que se adoptaron algunas medidas como el parto a través de cesárea y a que no amamantó a su hija Katherine Alejandra Girón, el diagnóstico tardío y la falta de atención preventiva integral durante todo el periodo de gestación, ocasionaron que la transmisión maternoinfantil se concretara.

La señora Pascuala de Jesús Mérida, tenía 5 meses de embarazo, cuando fue diagnosticada con VIH en el año 2001 en el hospital nacional de Coatepeque bajo el programa de MSF, tras el fallecimiento a causa del VIH de su primera pareja, quien a su vez fue diagnosticado y tratado en un hospital privado. A la Señora Mérida no le fue realizada la prueba en dicho hospital privado, a pesar de que estaba embarazada y presentaba diarreas severas y cefaleas recurrentes. Tras ser diagnosticada, MSF comenzó a proveerle de medicamento profiláctico y la colocaron en un proceso de sorteo para que pudiera recibir TARV, a fin de prevenir la transmisión vertical. Entre 2001 y 2002, recibió TARV por aproximadamente 4 meses hasta que su hijo nació. El desarrollo de su embarazó lo llevó a cabo en el centro de salud de Retalhuleu, institución público-estatal, donde le indicaron que la programarían para realizarle la cesárea, así como que le colocarían un medicamento profiláctico durante el alumbramiento, pero esto nunca ocurrió a pesar de que lo solicitó, pues el personal médico se rehusó y dio a luz a su hijo Erick Alexander, por parto natural, sin embargo no adquirió VIH. Tras el nacimiento de su hijo, la señora Mérida recibía de MSF un bote de leche de fórmula por semana. No obstante, conforme su hijo iba creciendo, dicha cantidad se hacía insuficiente y el Estado no le brindaba apoyo ninguno.

Sayra Elisa Barrios, quien fue diagnosticada con VIH en 2002 en un laboratorio privado cuando tenía 7 meses de embarazo, comenzó a recibir tratamiento antirretroviral de MSF en el hospital nacional de Coatepeque, desde diciembre de 2002, a fin de prevenir la transmisión vertical. Si bien dicha organización le proporcionó apoyo alimentario para su hija, éste era insuficiente y no era complementado por el Estado.

Por su parte, la señora Corina Dianeth Robledo fue diagnosticada con VIH en 2001 cuando su hijo LAL, tenía 3 años de edad. LAL adquirió la infección por vía vertical. La señora Corina relata que durante su embarazo fue atendida en el Hospital de Coatepeque y nunca le realizaron un tamizaje o alguna prueba para determinar si requería de algún cuidado especial.

En cuanto a las mujeres que tuvieron embarazos con posterioridad a su diagnóstico, si bien se les proporcionó algún tipo de ayuda, ésta no fue adecuada ni integral.

La señora Dora Marina Martínez fue diagnosticada en 1998 en el Hospital nacional de Coatepeque, se embarazó en 2005 y le fue indicado un alumbramiento por cesárea en el hospital de Quetzaltenango. En el último mes acudía a consultas cada semana, y el 5 de julio comenzó a sentir dolores y acudió a urgencias del mismo hospital público. Sin embargo, la falta de atención inmediata provocó la muerte del recién nacido al momento del parto.

Así, de las situaciones descritas se evidencia que la falta de atención integral materno infantil de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, Sayra Elisa Barrios, Pascuala de Jesús Mérida, Corina Robledo y Dora Marina Martínez constituyó discriminación por parte del Estado. Ello dado que tres de las mujeres en mención fueron diagnosticadas estando embarazadas con conocimiento estatal; y que a la fecha de los embarazos en 1997, 2000, 2001, 2002 y 2005, tanto la normativa internacional como la nacional establecían la obligación de prevenir la transmisión del VIH por vía vertical y la disposición de los recursos disponibles para minimizar ese riesgo. La atención en salud materna no fue suficiente y menos integral. Aunque en el caso de Sayra Elisa y Pascuala de Jesús, sus hijos no fueron contagiados de VIH vía vertical, ambas no contaron con una atención integral posnatal al no brindarles apoyo alimentario posparto. Además, en el caso de la señora Pascuala de Jesús, no obstante habérsele indicado que su parto debía ser a través de cesárea y la necesidad de aplicarle medicamento profiláctico durante el mismo, ello no fue llevado a cabo. Y en el caso de Dora Marina, no realizarle la cesárea que le habían programado trajo como consecuencia la muerte del recién nacido al momento del parto.

Por tanto, el Estado no adoptó medidas positivas para garantizar el tratamiento integral, teniendo en cuenta la condición de mujeres de las víctimas ni el interés superior de los niños y niñas de estas.

Conclusión

Por todo lo anterior, la falta de adopción por parte del Estado de medidas que garanticen el acceso a la atención médica integral, tomando en consideración la situación socioeconómica de las víctimas, la lejanía de sus residencias, la falta de escolaridad y el analfabetismo de algunas, la condición de personas indígenas y el género, impactaron negativamente no sólo en su salud física y psicológica, sino que además les significaron impactos en su posibilidad de reinsertarse en el mercado laboral, en el deterioro de sus ingresos económicos y el soporte de sus núcleos familiares, lo cual a su vez les afectó adicionalmente en virtud del estigma relacionado con el VIH, colocándoles en una situación de extrema vulnerabilidad.

En conclusión se evidencia que, en el presente caso, existió una discriminación *de facto* en perjuicio de las víctimas del caso por su situación de extrema vulnerabilidad, lo cual derivó en una marginalización en el goce de su derecho a la salud, vida, vida digna e integridad personal. Por tanto el Estado no respetó ni garantizó los derechos de las víctimas sin discriminación, en contravención del artículo 1.1 de la Convención Americana en relación con los artículos 4 y 5 de la misma.

2. *El Estado de Guatemala es responsable por la violación del derecho a la salud a la luz del artículo 26 y en relación con los artículos 1.1 y 2 de la CADH*

Sin perjuicio de lo desarrollado en el acápite anterior, las representantes sostenemos que el Estado de Guatemala es además responsable por la violación del derecho a la salud de las víctimas del presente caso, por adoptar medidas regresivas y no disponer de manera efectiva del máximo de los recursos disponibles para garantizar dicho derecho.

En ese sentido, a continuación, fundamentaremos en primer lugar, las razones por las cuales este Alto Tribunal es competente para conocer sobre las violaciones del derecho a la salud, a la luz del artículo 26, en relación con los artículos 1.1 y 2 de la CADH. A continuación, expondremos los fundamentos de derecho que permiten a esta Honorable Corte, interpretar el contenido mínimo del derecho a la salud y las obligaciones que se desprenden del artículo 26 de la CADH sobre el mismo. Por último, demostraremos que en el caso concreto, las medidas adoptadas por el Estado de Guatemala han resultado violatorias del derecho a la salud, por considerarse regresivas, así como por no haber dispuesto de manera efectiva los recursos disponibles para garantizar las obligaciones mínimas esenciales, que se desprenden del derecho a la salud, a la luz del artículo 26 en relación a los artículos 1.1 y 2 de la CADH.

a. La Corte Interamericana tiene competencia para pronunciarse sobre la violación del derecho a la salud y su contenido mínimo a la luz del artículo 26 de la CADH

En el caso Acevedo Buendía y otros v. Perú la Corte IDH reconoció que "ésta es competente para decidir si el Estado ha incurrido en una violación o incumplimiento de alguno de los derechos reconocidos en la Convención, inclusive en lo concerniente al artículo 26 de la misma"[863].

Adicionalmente, este Alto Tribunal tiene la facultad de determinar el alcance de su propia competencia, para lo cual "debe tener en cuenta que los instrumentos de reconocimiento de la cláusula facultativa de la jurisdicción obligatoria (artículo 62.1 de la CADH) presuponen la admisión por los Estados que la presentan, del derecho de la Corte a resolver cualquier controversia relativa a su jurisdicción"[864], y "que los términos amplios en que está redactada la Convención indican que la Corte ejerce una jurisdicción plena sobre todos sus artículos y disposiciones"[865].

Al respecto, el artículo 26 de la CADH establece lo siguiente:

[863] Corte IDH. Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de julio de 2009. Serie C No. 198., párrs. 17, 97, 99, 100.

[864] Corte IDH. Caso Ivcher Bronstein Vs. Perú. Competencia. Sentencia de 24 de septiembre de 1999. Serie C No. 54, párrs. 32 y 34; Corte IDH. Caso Heliodoro Portugal Vs. Panamá. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 12 de agosto de 2008. Serie C No. 186, párr. 23; Corte IDH. Caso García Prieto y otros Vs. El Salvador. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de noviembre de 2007. Serie C No. 168, párr. 38.

[865] Corte IDH. Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Excepciones Preliminares. Sentencia de 26 de junio de 1987. Serie C No. 1, párr. 29; Corte IDH. Caso de los 19 Comerciantes Vs. Colombia. Excepción Preliminar. Sentencia de 12 de junio de 2002. Serie C No. 93, párr. 27.

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

Como se desprende del mismo, los derechos protegidos por el artículo 26 de la CADH son los que derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura contenidas en la Carta de la OEA. En atención a ello, para desarrollar los derechos que se derivan de dicha Carta, en particular el derecho a la salud, esta Honorable Corte debe interpretar y dar contenido al artículo 26 de la CADH, a la luz de la Declaración Americana y otros tratados de derechos humanos vigentes, tal y como lo ha determinado en su jurisprudencia[866].

Así por ejemplo, en su Opinión Consultiva sobre la *Interpretación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en el marco del artículo 64 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos* determinó que:

> Puede considerarse entonces que, a manera de interpretación autorizada, los Estados Miembros han entendido que la Declaración contiene y define aquellos derechos humanos esenciales a los que la Carta se refiere, de manera que no se puede interpretar y aplicar la Carta de la Organización en materia de derechos humanos, sin integrar las normas pertinentes de ella con las correspondientes disposiciones de la Declaración, como resulta de la práctica seguida por los órganos de la OEA[867].

También, señaló que:

> Para los Estados Miembros de la Organización, la Declaración es el texto que determina cuáles son los derechos humanos a que se refiere la Carta. De otra parte, los artículos 1.2.b) y 20 del Estatuto de la Comisión definen, igualmente, la competencia de la misma respecto de los derechos humanos enunciados en la Declaración. Es decir, para estos Estados la Declaración Americana constituye, en lo pertinente y en relación con la Carta de la Organización, una fuente de obligaciones internacionales[868].

Adicionalmente, resulta necesario que este Alto Tribunal interprete, tal y como lo ha hecho en anteriores ocasiones, el derecho a la salud a la luz del artículo 26 de la CADH, considerando las normas interpretativas que se derivan del

---

[866] Corte IDH. Interpretación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en el marco del artículo 64 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Opinión Consultiva OC-10/89 de 14 de julio de 1989. Serie A No. 10, párr. 43 y 45.

[867] Corte IDH. Interpretación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en el marco del artículo 64 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Opinión Consultiva OC-10/89 de 14 de julio de 1989. Serie A No. 10, párr. 43.

[868] Corte IDH. Interpretación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en el marco del artículo 64 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Opinión Consultiva OC-10/89 de 14 de julio de 1989. Serie A No. 10, párr. 45.

artículo 29 del mismo texto[869]. Ello implica que el Tribunal haga uso de los criterios de interpretación desarrollados y aplicados en su jurisprudencia en relación a las disposiciones de la CADH, a saber: 1) principio de interpretación evolutiva de los tratados; 2) principio *pro homine*; y, 3) principio de efectividad o *effet utile*[870].

Sobre ello, esta Corte ha señalado que los tratados de derechos humanos son instrumentos vivos, cuya interpretación tiene que acompañar la evolución de los tiempos y las condiciones de vida actuales[871]. Asimismo, ha indicado que los derechos recogidos en la CADH deben ser analizados a la luz de la eficaz protección de la persona humana, es decir, debe hacerse una interpretación pro persona[872]. Del mismo modo, ha precisado que las disposiciones de la CADH deben interpretarse y aplicarse de tal manera que la garantía protegida con la decisión sea verdaderamente práctica y eficaz, en atención al carácter especial de los tratados de derechos humanos y la implementación colectiva de los mismos, es decir los Estados deben garantizar los efectos propios (*effet utile*) de dichas disposiciones en el plano de sus respectivos derechos internos[873].

Por ello, los términos de las disposiciones de la CADH deben ser interpretados a la luz del contexto y, en especial, considerando el objeto y fin del tratado, de manera tal que la interpretación no conduzca de modo alguno a debilitar el sistema de protección consagrado en la Convención[874].

---

[869] Corte IDH. Caso Duque vs. Colombia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de febrero de 2016. Serie C No. 310, párr. 172; Corte IDH. Caso de los "Niños de la Calle" (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala. Fondo. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C No. 63, párrs. 144 y 191; Corte IDH. Caso de la Comunidad Indígena de Yakye Axa vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 17 de junio de 2005, Serie C No. 125, párr. 163; Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaxa Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de marzo de 2006. Serie C No. 146, párr. 168.

[870] Corte IDH. Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño. Opinión Consultiva OC-17/02 del 28 de agosto de 2002. Serie A No. 17, párr. 21.

[871] Corte IDH. Caso Atala Riffo y Niñas Vs. Chile. Solicitud de Interpretación de la Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de noviembre de 2012. Serie C No. 254, párr. 83. Corte IDH. Caso de las Masacres de Ituango Vs. Colombia. Sentencia de 1 de julio de 2006. Serie C No. 148, párr. 155.

[872] Corte IDH. Caso 19 Comerciantes Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 5 de julio de 2004. Serie C No. 109, párr. 173. Según el ex Juez de la Corte IDH, Piza Escalante, este principio se define de la siguiente forma: [Un] criterio fundamental [que] [...] impone la naturaleza misma de los derechos humanos, la cual obliga a interpretar extensivamente las normas que los consagran o amplían y restrictivamente las que los limitan o restringen. [De esta forma, el principio pro persona] [...] conduce a la conclusión de que [la] exigibilidad in-mediata e incondicional [de los derechos humanos] es la regla y su condicionamiento la excepción. Cfr. Corte IDH. Exigibilidad del Derecho de Rectificación o Respuesta (arts. 14.1, 1.1 y 2 Convención Americana sobre Derechos Humanos). Opinión Consultiva OC-7/86 del 29 de agosto de 1986. Serie A No. 7. Voto Separado Juez Piza Escalante, párr. 27.

[873] Corte IDH. Caso Baena Ricardo y otros Vs. Panamá. Competencia. Sentencia de 28 de noviembre de 2003. Serie C No. 104, párr. 66.

[874] Corte IDH. Caso del Tribunal Constitucional (Camba Campos y otros) Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de agosto de 2013. Serie C No. 268, párr. 42.

En ese marco, esta Corte también ha afirmado que al dar interpretación a un tratado, no sólo se toman en cuenta los acuerdos e instrumentos formalmente relacionados con éste, sino también el sistema dentro del cual se inscribe[875]. De este modo:

> El *corpus juris* del Derecho Internacional de los Derechos Humanos está formado por un conjunto de instrumentos internacionales de contenido y efectos jurídicos variados (tratados, convenios, resoluciones y declaraciones). Su evolución dinámica ha ejercido un impacto positivo en el Derecho Internacional, en el sentido de afirmar y desarrollar la aptitud de este último para regular las relaciones entre los Estados y los seres humanos bajo sus respectivas jurisdicciones. Por lo tanto, esta Corte debe adoptar un criterio adecuado para considerar la cuestión sujeta a examen en el marco de la evolución de los derechos fundamentales de la persona humana en el derecho internacional contemporáneo[876].

En aplicación de lo establecido más arriba la Honorable Corte ha otorgado un alcance y contenido a los artículos 4 y 5 de la CADH que abarca protecciones al derecho a la salud. Por ejemplo, en su reciente jurisprudencia sobre el caso *Duque vs Colombia,* la Corte declaró que forman parte de los estándares relativos al derecho a la integridad personal en relación con el derecho a la salud de las personas con VIH, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y la Carta de la OEA[877].

Asimismo, tomó en cuenta para profundizar en el contenido mínimo del derecho, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Observación General N°14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y otros[878].

De este modo, en el marco de dicho desarrollo, esta Corte determinó, entre otros contenidos mínimos, que "el acceso a medicamentos forma parte indispensable del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud"[879]. Para ello utilizó como fuentes de interpretación la Observación General Nº 14

---

[875] Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia 17 de junio de 2005. Serie C No. 125, párr. 126. Corte IDH. Caso de los Hermanos Gómez Paquiyauri Vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de julio de 2004. Serie C No. 110, párr. 164.

[876] Corte IDH. Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados. Opinión Consultiva OC-18/03 de 17 de septiembre de 2003. Serie A No. 18, párr. 120.

[877] Corte IDH. Caso Duque vs. Colombia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de febrero de 2016. Serie C No. 310, párr. 172. Al respecto, la Corte señaló "La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece en su Artículo XI que toda persona tiene el derecho "a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a […] la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad". Por su parte, el Artículo 45 de la Carta de la OEA requiere que los Estados Miembros "dedi[quen] sus máximos esfuerzos [… para el] [d]esarrollo de una política eficiente de seguridad social".

[878] Corte IDH. Caso Duque vs. Colombia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de febrero de 2016. Serie C No. 310, párrs. 172 y 173.

[879] Corte IDH. Caso Duque vs. Colombia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de febrero de 2016. Serie C No. 310, párr. 174.

del Comité DESC, Resoluciones del Consejo de Derechos Humanos y la antigua Comisión de Derechos, así como las Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (en adelante "OACNUDH") y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (en adelante "ONUSIDA")[880].

Por lo anterior, para esta representación, la Honorable Corte podría avanzar en el desarrollo del derecho a la salud como derecho autónomo parte del artículo 26 de la CADH, por cuanto ya ha reconocido en su jurisprudencia su competencia para conocer violaciones sobre el mismo, así como ha desarrollado el contenido mínimo del derecho a la salud con base en el *corpus iuris* internacional, de manera complementaria con las obligaciones que se derivan de la protección al derecho a la vida y a la integridad.

En ese mismo sentido, para las representantes, la definición, alcance y contenido del artículo 26 de la CADH en relación con el derecho a la salud, deben ser interpretados con el fin de definir las medidas que deben adoptar los Estados para garantizar el desarrollo progresivo del derecho a la salud.

Asimismo, la necesaria interpretación del artículo 26 debe derivarse también del pleno reconocimiento por parte de los Estados parte de la Convención, de la protección del derecho a la salud como un derecho autónomo en su normativa constitucional[881]. Dicho reconocimiento ha estado acompañado del desarrollo jurisprudencial de las altas cortes de la región, que han consagrado dicho carácter autónomo del derecho a la salud y le han dado un contenido mínimo efectivo[882].

---

[880] Corte IDH. Caso Duque vs. Colombia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de febrero de 2016. Serie C No. 310, párrs. 173-177.

[881] Entre las normas constitucionales de los Estados parte de la Convención Americana que protegen el derecho a la salud, se encuentran: Argentina (art. 42), Bolivia (art. 35), Brasil (art. 196), Colombia (art. 49), Costa Rica (art. 46), Chile (art. 19, inciso 9), Ecuador (art. 32), El Salvador (art. 65), Guatemala (arts. 93 y 94), Haití (art. 19), Honduras (art. 145), México (art. 4o.), Nicaragua (art. 59), Panamá (art. 109), Paraguay (art. 68), Perú (art. 70.), República Dominicana (art. 61), Suriname (art. 36), Uruguay (art. 44), y Venezuela (art. 83).

[882] Ver, Corte Constitucional de Guatemala. Expediente 1055. 25 de junio de 2008. Ver también, Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-016-2007, párr. 12. Al respecto, menciona "la falta de reconocimiento del derecho fundamental a la salud (i) significa a un mismo tiempo lesionar de manera seria y directa la dignidad humana de la persona afectada con la vulneración del derecho; (ii) se pregona de un sujeto de especial protección constitucional y/o (iii) implica poner a la persona afectada en una condición de indefensión por su falta de capacidad de pago para hacer valer ese derecho"; ver también Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo Federal de Argentina. Caso Viceconte, Mariela Cecilia c/Estado Nacional- Ministerio de Salud y Acción Social s/ amparo ley 16.986. Causa no. 31.777/96. 2 de junio de 1998. Considerandos VIII, XII, XV y XVI. Al respecto, la Cámara Nacional de Apelaciones en lo contencioso Administrativo Federal de Argentina, ordenó la producción de una vacuna contra la fiebre hemorrágica para proteger a la población en Argentina, determinando el incumplimiento de las obligaciones al cometer omisiones lesivas del derecho a la salud de la población al no destinar presupuesto para la creación de una unidad de producción de la vacuna; además, señaló que en el caso de "derechos sociales", entre los que se encuentra el derecho a la salud, los individuos tienen la facultad de reclamar determinadas prestaciones de parte del Estado; ver también Corte Suprema de Costa Rica. Sala Constitucional. Sentencia 3691. 13 de marzo de 2013.

En ese orden, restringir la competencia de esta Corte sobre el artículo 26, no sólo contravendría el principio de interpretación evolutiva de los tratados, sino que limitaría el efecto útil de dicha disposición y desnaturalizaría el principio *pro homine*, al limitar el alcance de una disposición sustantiva de derecho, establecida en la Convención Americana. Por ello, esta representación sostiene que el desarrollo interpretativo de esta disposición permitiría a los Estados responder de manera adecuada a las obligaciones específicas que se derivan del artículo 26 de la CADH.

Esta conclusión adquiere mayor sustento en el caso en particular, dado que las violaciones sufridas por las víctimas del presente caso reflejan la situación que vive la casi totalidad de la población guatemalteca con VIH[883]. De ese modo, el conjunto de personas que viven con esta epidemia en Guatemala se ha visto afectada en su derecho a la salud, por las distintas medidas regresivas adoptadas por el Estado en la materia, así también porque este no ha dispuesto de manera efectiva del máximo de recursos disponibles para garantizar los contenidos mínimos que se desprenden del derecho a la salud.

b. Sobre las obligaciones de respeto y garantía del derecho a la salud, a la luz del artículo 26 en relación con los artículos 1.1 y 2 de la CADH

Ahora bien, tomando como punto de partida el contenido mínimo del derecho a la salud expuesto arriba, las representantes sostenemos que, del análisis del artículo 26 de la CADH se derivan obligaciones específicas con efecto inmediato, a la luz de las obligaciones generales establecidas en los artículos 1.1 y 2 de la CADH. Tales obligaciones están intrínsecamente ligadas al principio de progresividad de los derechos económicos, sociales y culturales, así como a la disposición efectiva del máximo de recursos disponibles para garantizar dicho contenido mínimo.

Las representantes consideramos oportuno señalar que las obligaciones derivadas del artículo 26 son de naturaleza distinta, aunque complementarias, de aquellas que puedan derivarse de otros artículos; tal y como lo estimó la Honorable Corte IDH en el caso *Acevedo Buendía y otros*, al indicar que,

> (…) el compromiso exigido al Estado por el artículo 26 de la Convención consiste en la adopción de providencias, especialmente económicas y técnicas – en la medida de los recursos disponibles, sea por vía legislativa u otros medios apropiados – para lograr progresivamente la plena efectividad de ciertos derechos económicos, sociales y culturales. En este sentido, la obligación estatal que se desprende del artículo 26 de la Convención es de

[883] Corte IDH. Caso "Cinco Pensionistas" Vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de febrero de 2003. Serie C No. 98, párr. 147. Al respecto, la Corte señaló "Su desarrollo progresivo, sobre el cual ya se ha pronunciado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, se debe medir, en el criterio de este Tribunal, en función de la creciente cobertura de los derechos económicos, sociales y culturales en general, y del derecho a la seguridad social y a la pensión en particular, sobre el conjunto de la población, teniendo presentes los imperativos de la equidad social, y no en función de las circunstancias de un muy limitado grupo de pensionistas no necesariamente representativos de la situación general prevaleciente".

> naturaleza diferente, si bien complementaria, a aquella relacionada con los artículos 21 y 25 de dicho instrumento[884].

En esta misma línea, esta Corte ha señalado que la obligación principal que se desprende de este artículo es el desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales[885]. Sin embargo, dicho desarrollo progresivo según el Comité DESC de Naciones Unidas "no se ha de interpretar equivocadamente como que priva a la obligación de todo contenido significativo"[886].

En atención a ello, la Corte, haciendo referencia a lo señalado por el Comité DESC, estimó que en el marco de la flexibilidad que otorga el desarrollo progresivo, el Estado tendrá "aunque no exclusivamente, una obligación de hacer, es decir de adoptar providencias y brindar los medios y elementos necesarios para responder a las exigencias de efectividad de los derechos involucrados, siempre en la medida de los recursos económicos y financieros de que disponga para el cumplimiento del respectivo compromiso internacional adquirido"[887].

En ese mismo sentido, la Corte señaló que los derechos económicos, sociales y culturales a que se refiere el artículo 26, están sujetos a las obligaciones generales contenidas en los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana[888]. En palabras del Alto Tribunal,

> (…) si bien el artículo 26 se encuentra en el capítulo III de la Convención, titulado "Derechos Económicos, Sociales y Culturales", se ubica, también, en la Parte I de dicho instrumento, titulado "Deberes de los Estados y Derechos Protegidos" y, por ende, está sujeto a las obligaciones generales contenidas en los artículos 1.1 y 2 señalados en el capítulo I (titulado "Enumeración de Deberes"), así como lo están los artículos 3 al 25 señalados en el capítulo II (titulado "Derechos Civiles y Políticos")[889].

---

[884] Corte IDH. Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de julio de 2009. Serie C No. 198., párr.105.

[885] Corte IDH. Caso "Cinco Pensionistas" Vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de febrero de 2003. Serie C No. 98, párr. 147.

[886] Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 3, E /1991/23, 1990, párr. 9.

[887] Corte IDH. Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de julio de 2009. Serie C No. 198., párr. 100. Citando Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Declaración sobre la "Evaluación de la obligación de adoptar medidas hasta el 'máximo de los recursos de que disponga' de conformidad con un protocolo facultativo del Pacto", E/C.12/2007/1, 38º Período de Sesiones, 21 de septiembre de 2007, párr. 8."

[888] Corte IDH. Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de julio de 2009. Serie C No. 198., párr. 102.

[889] Corte IDH. Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de julio de 2009. Serie C No. 198., párr. 100; En su voto concurrente sobre el Caso Suarez Peralta vs. Ecuador, el Juez Eduardo Ferrer Mac-Gregor retoma este estándar y señala que "En efecto, las obligaciones generales de "respeto" y "garantía" que prevé el mencionado precepto convencional —conjuntamente con la obligación de "adecuación" del artículo 2 de la propia Convención Americana— aplican a todos los derechos, sean civiles, políticos, económicos,

Al respecto, este Alto Tribunal se ha referido desde el inicio de su jurisprudencia al deber de respetar y garantizar los derechos protegidos por la CADH, de tal forma que,

> (…) en aplicación del artículo 1.1 de la Convención, los Estados poseen la obligación *erga omnes* de respetar y garantizar las normas de protección, así como de asegurar la efectividad de los derechos humanos. Por consiguiente, los Estados se comprometen no solo a respetar los derechos y libertades en ella reconocidos (obligación negativa), sino también a adoptar todas las medidas apropiadas para garantizarlos (obligación positiva)[890].

Asimismo, sobre el deber de adoptar disposiciones de derecho interno ha establecido que,

> […] el deber general del artículo 2 de la Convención Americana implica la adopción de medidas en dos vertientes. Por una parte, la supresión de las normas y prácticas de cualquier naturaleza que entrañen violación a las garantías previstas en la Convención. Por la otra, la expedición de normas y el desarrollo de prácticas conducentes a la efectiva observancia de dichas garantías[891].

Por su parte, el Comité DESC estimó en su Observación General N°14 sobre *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud,* que:

> Los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2 del PIDESC) y la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del artículo 12. Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud[892].

---

sociales y culturales, a la luz de la interdependencia e indivisibilidad existente entre todos los derechos humanos reconocidos en el Pacto de San José". Cfr. Voto Concurrente del Juez Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot a la Sentencia de la Corte IDH en el Caso Suárez Peralta vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013, párr.4; así también lo hizo la jueza Margarette May Macaulay en su voto concurrente del caso Furlan y familiaras vs. Argentina. Cfr. Voto Concurrente del Jueza Margarette May Macaulay a la Sentencia de la Corte IDH en el Caso Furlan y familiaras vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013, párr.5.

[890] Corte IDH. Caso de la "Masacre de Mapiripán" Vs. Colombia. Sentencia de 15 de septiembre de 2005. Serie C No. 134, párr. 111; Corte IDH. Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Fondo. Sentencia de 29 de julio de 1988. Serie C No.4, párrs. 165 y 166.

[891] Corte IDH. Caso Castillo Petruzzi y otros Vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de mayo de 1999. Serie C No. 52, párr. 207; Corte IDH. Caso Raxcacó Reyes Vs. Guatemala. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 15 de septiembre de 2005. Serie C No. 133, párr. 87; Corte IDH. Caso Almonacid Arellano y otros Vs. Chile. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de septiembre de 2006. Serie C No. 154, párr. 118.

[892] Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 30.

Además, se refirió a las obligaciones generales que se desprenden del derecho a la salud, indicando que:

> Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de *respetar, proteger* y *cumplir*. A su vez, la obligación de *cumplir* comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover. La obligación de *respetar* exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de *proteger* requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12. Por último, la obligación de *cumplir* requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud[893].

De conformidad con lo anterior, en su Observación General Nº3, determinó que "los Estados Partes tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto"[894]. Así, tomando en cuenta el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y la Declaración de Alma-Ata, señaló obligaciones básicas que el Estado debe cumplir para garantizar el derecho a la salud[895], entre las que se destacan:

> d) Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS;(…)Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad; (…) Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas[896].

Estas obligaciones básicas son parte del contenido mínimo del derecho a la salud, y como señalamos arriba, han sido razonadas recientemente por esta Corte en los casos *Duque vs. Colombia* y *González Lluy vs. Ecuador*[897].

Con base en lo anterior, la progresividad de los DESC no exime a los Estados de su obligación de garantizar tales derechos en condiciones de igualdad y a implementar de forma inmediata, medidas dirigidas a la satisfacción de los mismos. Como afirman los Principios de Limburgo sobre la Aplicación del Pacto

---

[893] Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 33.
[894] Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 3, E /1991/23, 1990, párr. 10 y Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 43.
[895] Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 43
[896] Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párrs. 43 y 44; ver también Corte IDH. Corte IDH. Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr.163.
[897] Corte IDH. Caso Duque vs. Colombia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de febrero de 2016. Serie C No. 310, párr. 172; Corte IDH. Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párrs. 192- 197.

Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, lograr la plena efectividad de los DESC progresivamente, "[b]ajo ninguna circunstancia […] será interpretado de manera que implique que los Estados tienen el derecho de aplazar indefinidamente esfuerzos destinados a asegurar la plena efectividad. Al contrario, todos los Estados Partes tienen la obligación de comenzar inmediatamente a adoptar medidas dirigidas a cumplir sus obligaciones"[898].

Ahora bien, una vez desarrollado el alcance normativo del artículo 26 en función de las obligaciones generales establecidas en los artículos 1.1 y 2 de la CADH, es posible identificar las violaciones que se pueden inferir del derecho a la salud.

Para ello, es importante retomar lo señalado por esta Corte respecto del análisis de las violaciones a los derechos económicos, sociales y culturales, al afirmar que,

> (…) la implementación progresiva de dichas medidas podrá ser objeto de rendición de cuentas y, de ser el caso, el cumplimiento del respectivo compromiso adquirido por el Estado podrá ser exigido ante las instancias llamadas a resolver eventuales violaciones a los derechos humanos[899].

De tal forma que,

> Como correlato de lo anterior, se desprende un deber – si bien condicionado – de no-regresividad, que no siempre deberá ser entendido como una prohibición de medidas que restrinjan el ejercicio de un derecho. (…) cabe afirmar que la regresividad resulta justiciable cuando de derechos económicos, sociales y culturales se trate[900].

---

[898] Principios de Limburgo sobre la Aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. U.N. GAOR. Comisión de Derechos Humanos, 43ra. Sesión. ONU Doc. E/CN.4/1987/17, párr. 21.

[899] Corte IDH. Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de julio de 2009. Serie C No. 198., párr. 100. Al respecto "El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas ha señalado que "[c]uando estudie una comunicación en que se afirme que un Estado Parte no ha adoptado medidas hasta el máximo de los recursos de que disponga, […] examinará las medidas, legislativas o de otra índole, que el Estado Parte haya adoptado efectivamente. Para determinar si esas medidas son 'adecuadas' o 'razonables', el Comité podrá tener en cuenta, entre otras, las consideraciones siguientes: a) [h]asta qué punto las medidas adoptadas fueron deliberadas, concretas y orientadas al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales; b) [s]i el Estado Parte ejerció sus facultades discrecionales de manera no discriminatoria y no arbitraria; c) [s]i la decisión del Estado Parte de no asignar recursos disponibles se ajustó a las normas internacionales de derechos humanos; d) [e]n caso de que existan varias opciones en materia de normas, si el Estado Parte se inclinó por la opción que menos limitaba los derechos reconocidos en el Pacto; e) [e]l marco cronológico en que se adoptaron las medidas[, y] f) [s]i las medidas se adoptaron teniendo en cuenta la precaria situación de las personas y los grupos desfavorecidos y marginados, si las medidas fueron no discriminatorias y si se dio prioridad a las situaciones graves o de riesgo". Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Declaración sobre la "Evaluación de la obligación de adoptar medidas hasta el 'máximo de los recursos de que disponga' de conformidad con un protocolo facultativo del Pacto", E/C.12/2007/1, 38º Período de Sesiones, 21 de septiembre de 2007, párr. 8."

[900] Corte IDH. Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de julio de 2009. Serie C No. 198., párr. 101."

Así por ejemplo, la adopción de normativa y políticas regresivas, que tengan por objeto o efecto la disminución del estado de goce de los derechos económicos, sociales y culturales, viola el principio de progresividad establecido en el artículo 26 de la CADH. Tales medidas requerirán la consideración más cuidadosa y deberán justificarse plenamente y en el contexto del aprovechamiento pleno del máximo de los recursos de que el Estado disponga[901].

En ese sentido, la *Declaración sobre la "Evaluación de la obligación de adoptar medidas hasta el máximo de los recursos de que disponga"* del Comité DESC establece que:

> (…) cuando estudie una comunicación en que se afirme que un Estado Parte no ha adoptado medidas hasta el máximo de los recursos de que disponga, […] examinará las medidas, legislativas o de otra índole, que el Estado Parte haya adoptado efectivamente. Para determinar si esas medidas son 'adecuadas' o 'razonables', el Comité podrá tener en cuenta, entre otras, las consideraciones siguientes: a) hasta qué punto las medidas adoptadas fueron deliberadas, concretas y orientadas al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales; b) si el Estado Parte ejerció sus facultades discrecionales de manera no discriminatoria y no arbitraria; c) si la decisión del Estado Parte de no asignar recursos disponibles se ajustó a las normas internacionales de derechos humanos; d) en caso de que existan varias opciones en materia de normas, si el Estado Parte se inclinó por la opción que menos limitaba los derechos reconocidos en el Pacto; e) [e]l marco cronológico en que se adoptaron las medidas [y] f) [s]i las medidas se adoptaron teniendo en cuenta la precaria situación de las personas y los grupos desfavorecidos y marginados, si las medidas fueron no discriminatorias y si se dio prioridad a las situaciones graves o de riesgo[902].

Ahora bien, respecto del derecho a la salud, el Comité DESC en su Observación General N°14 ha sido enfático en señalar que las violaciones de dicho derecho pueden producirse a través de la acción directa por parte de los Estados, cuando estos adoptan

> (…) medidas regresivas que sean incompatibles con las obligaciones básicas en lo referente al derecho a la salud, a que se hace referencia el párrafo 43 supra [por ejemplo, respecto de facilitar medicamentos

[901] Corte IDH. Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de julio de 2009. Serie C No. 198., párr. 101; ver también Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto), U.N. Doc. E/1991/23, Quinto Período de Sesiones (1990), párr. 9;

[902] Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Declaración sobre la "Evaluación de la obligación de adoptar medidas hasta el 'máximo de los recursos de que disponga' de conformidad con un protocolo facultativo del Pacto", E/C.12/2007/1, 38º Período de Sesiones, 21 de septiembre de 2007, párr. 8.

> esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS][903].

Asimismo, "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]"[904]. Además, "no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas enunciadas en el párrafo 43 supra, que son inderogables"[905].

En este mismo sentido, el Estado viola su obligación de respetar cuando sus acciones, políticas o leyes son susceptibles de producir "lesiones corporales, una morbosidad innecesaria y una mortalidad evitable"[906], por ejemplo "(…) el hecho de que el Estado no tenga en cuenta sus obligaciones legales con respecto al derecho a la salud al concertar acuerdos bilaterales o multilaterales con otros Estados, organizaciones internacionales u otras entidades, como, por ejemplo, las empresas trasnacionales" [907].

Sumado a ello, el Estado viola su obligación de garantizar cuando la asignación inadecuada de los recursos públicos impide el disfrute del derecho a la salud, en particular para las personas vulnerables o marginadas[908].

Por su parte, Altas Cortes de Estados parte de la CADH, han hecho análisis sobre las implicaciones de las medidas regresivas. Por ejemplo, la Corte Constitucional de Colombia, estableció que una medida es regresiva

> (…) en los siguientes eventos: (1) cuando recorta o limita el ámbito sustantivo de protección del respectivo derecho; (2) cuando aumentan sustancialmente los requisitos exigidos para acceder al respectivo derecho; (3) cuando disminuye o desvía sensiblemente los recursos públicos destinados a la satisfacción del derecho. [...E]s relevante recordar que tanto la Corte Constitucional como el Comité DESC han considerado de manera expresa, que la reducción o desviación efectiva de recursos destinados a la satisfacción de un derecho social cuando no se han satisfecho los estándares exigidos, vulnera, al menos en principio, la prohibición de regresividad[909].

Así, en atención a estas consideraciones, las representantes sostenemos que las medidas adoptadas por el Estado en función de sus obligaciones de

[903] Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 48.
[904] Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 47.
[905] Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 47.
[906] Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 50.
[907] Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 50.
[908] Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 52.
[909] Corte Constitucional de Colombia. C-313/14.

respetar y garantizar el derecho a la salud, pueden ser objeto de escrutinio, para determinar si existen violaciones derivadas de la adopción de medidas regresivas respecto del contenido mínimo del derecho, o bien por no disponer efectivamente del máximo de recursos disponibles para garantizar el mismo.

Con base en los estándares analizados *supra*, en la siguiente sección sostendremos que las medidas adoptadas por el Estado de Guatemala han resultado violatorias del derecho a la salud, por considerarse regresivas, así como por no haber dispuesto de manera efectiva los recursos disponibles para garantizar las obligaciones mínimas esenciales que se desprenden del derecho a la salud, a la luz del artículo 26 en relación a los artículos 1.1 y 2 de la CADH.

c. El Estado de Guatemala adoptó medidas regresivas y no dispuso de manera efectiva del máximo de los recursos disponibles para garantizar el derecho a la salud

El Estado violó el artículo 26 de la CADH en relación con el derecho a la salud, por adoptar normativa y prácticas que implican un retroceso no justificado respecto al grado de desarrollo que alcanzó dicho derecho conforme a la legislación vigente *supra* citada. Asimismo, no ha dispuesto de manera efectiva de todos los recursos económicos disponibles para garantizar los contenidos mínimos de su propia legislación.

En particular, las representantes sostenemos que el Estado de Guatemala adoptó normativa que no permite acceder de manera permanente a los medicamentos y tratamiento necesario para las personas con VIH, lo que ha impactado de forma directa a las víctimas del presente caso[910]. Asimismo, dichas medidas han estado acompañadas por factores de corrupción y faltas en la gestión de compras de medicamentos que han impedido una disposición efectiva del máximo de recursos disponibles para garantizar el acceso a los mismos. Adicionalmente, fallas en distribución- mencionadas más abajo.

Al respecto, como se desprende de la sección de contexto, el Estado de Guatemala, para el año 1985, había consagrado el derecho a la salud como un derecho fundamental, y desde entonces desarrolló su contenido mínimo a partir de distintas normas[911]. En particular, la normativa interna guatemalteca,

[910] Corte IDH. Caso Duque vs. Colombia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de febrero de 2016. Serie C No. 310, párr. 174; y Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 43(d); Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Resolución sobre 'El acceso a los medicamentos en el contexto del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental' (11 de junio de 2013) UN Doc A/HRC/23/L.10/Rev.l párr. 2; Asamblea General de las Naciones Unidas, 'Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental Paul Hunt ' (13 de septiembre de 2006) UN Doc A/61/338 párr. 40, y Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 'Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, relativo al acceso a los medicamentos' (1 de mayo de 2013) UN Doc A/HRC/23/42 párr. 3.

[911] Así por ejemplo, la Constitución Política de la República de Guatemala del año 1985, reconoce en su artículo 93 el derecho a la salud, como un derecho fundamental; asimismo, en sus artículos 94 y 95 establecen obligaciones del Estado respecto de dicho derecho. Ver

establece estándares mínimos de garantía y protección del derecho a la salud para personas con VIH y se constituye como elemento esencial del derecho a la salud, el acceso a los medicamentos ARV.

Así por ejemplo, la Ley general sobre VIH, del año 2000, establece en su artículo 48 que las personas con VIH tienen derecho a los servicios de atención y en tal sentido menciona que:

> El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social proveerá servicios de atención a las personas que viven con el VIH/SIDA, que les aseguren consejería, apoyo y **tratamiento médico actualizado**, de manera individual o en grupo. Esta atención podrá ser domiciliaria o ambulatoria y estará diseñada para atender sus necesidades físicas, psicológicas y sociales. Así mismo, a través del Programa de Accesibilidad a Medicamentos "PROAM", **el Ministerio de Finanzas Públicas y de Economía implementarán un programa que permita a nivel nacional e internacional el acceso a medicamentos antiretrovirales de calidad, a precios accesibles a las personas que viven con el VIH/SIDA**[912]. (El resaltado es nuestro)

De igual forma, el Reglamento a la Ley general sobre VIH, del año 2002, establece en su artículo 32 que el MSPAS garantizará el acceso a los medicamentos[913].

Pese a la existencia de dicha normativa, Guatemala adoptó medidas regresivas que han significado un retroceso en la protección mínima alcanzada. Tal y como mencionamos en el contexto del caso, se han mencionado como factores importantes de la no disponibilidad de los medicamentos las barreras legales en materia de propiedad industrial y algunas practicas en la contratación administrativa que han impedido el abastecimiento permanente en el sistema

---

también: Corte de Constitucionalidad. Sentencia de 8 de diciembre de 2012. Sobre ello, la propia Corte de Constitucionalidad de Guatemala, ha señalado que "el derecho a la salud es fundamental (…) su desarrollo conlleva a la posibilidad real de una persona, de recibir atención médica (…), derecho dentro del cual se incluye la prevención de enfermedades y el tratamiento y rehabilitación de estas"

[912] Ver Anexo 20. Congreso de la República. Decreto nº 27-2000, Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA. 2 de junio de 2000.

[913] Ver Anexo 21. Acuerdo Gubernativo nº 317-2002. Reglamento de la Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA 6 de septiembre de 2002. Artículos 32. Al respecto En cumplimiento de los artículos 35 y 48 de la Ley, el MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL proporcionará en las unidades que cuenten con la capacidad mínima, atención integral de calidad, incluyendo el acceso a medicamentos antirretrovirales de acuerdo a los Protocolos nacionales de tratamientos de VIH/SIDA. Los Protocolos serán desarrollados y actualizados periódicamente por dicho Ministerio, con la participación y asistencia de organizaciones técnicas, científicas y académicas y la Sociedad Civil. Dichos Protocolos deberán ser aprobados por el Ministerio del Ramo por conducto del PROGRAMA NACIONAL DEL SIDA. Con el propósito de obtener mejor calidad y precios de medicamentos antirretrovirales se conformará una comisión coordinada por el PROGRAMA NACIONAL DEL SIDA con delegados de los Ministerios de Finanzas Públicas, de Economía y del Programa de Accesibilidad a Medicamentos -PROAM- para su compra en los mercados nacionales o internacionales, respetando los requisitos de calidad establecidos por la Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud del MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (…).

de salud y con ello el acceso a medicamentos esenciales de calidad y bajo costo.[914].

Al respecto, la ley de Propiedad Industrial fue aprobada en noviembre del año 2002, es decir 6 meses después de que se aprobó la Ley General sobre VIH. La misma ha sido reformada en diversas ocasiones, incluso en 2003 y 2004, se reformó la legislación permitiendo el acceso a medicamentos genéricos, sin embargo, esta fue nuevamente reformada en 2005, retrocediendo a lo establecido en la legislación aprobada en 2000[915]. Como señalamos en el contexto, la Ley de Propiedad Industrial establece limitación respecto del comercio legítimo de medicamentos genéricos, impactando seriamente en el acceso a servicios de tratamiento para el VIH a precios bajos, pues establece un período de cinco años, a partir del otorgamiento del registro sanitario de un fármaco, en el que no se podrá conceder otro registro de comercialización, limitando así la producción y distribución de genéricos en el país[916].

Por su parte, en la práctica, los procesos de contratación administrativa son complejos y cargados de prácticas burocráticas, lo que limita la capacidad del Estado de proveer tratamiento ARV a todas las personas que lo necesitan[917].

Dichas barreras han sido reconocidas como obstáculos para garantizar el contenido mínimo del derecho a la salud por el MSPAS y el IGSS, así como organismos internacionales como ONUSIDA[918]. Incluso la propia PDH se ha

[914] Ver sección de contexto.
[915] Fondo Mundial, Hivos y ITPCO, "Estudios sobre las barreras legales de la propiedad intelectual aplicada a la adquision de medicamentos ARV para VIH en GUatemala", diciembre de 2005, pág. 15 y 16 Disponible en: http://www.itpc-latca.org/index.php?option=com_content&view=article&id=132:estudio-de-barreras&catid=4:estudios&Itemid=22
[916] Ver Anexo 34 Congreso de la República, Decreto 57-2000, Ley de Propiedad Industrial. Art 177
[917] Ver Anexo 5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Lucha contra el VIH y SIDA. Guatemala. Marzo de 2014. Pág. 35
[918] Ver Anexo 37. Comunicado de prensa de la Junta Directiva y Gerencia de IGSS de 13 de enero de 2017; Ver Anexo 5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Lucha contra el VIH y SIDA. Guatemala. Marzo de 2014. Pág. 35 y 26: Cabe señalar que en 2011 los Estados miembros de la Naciones Unidas, incluida Guatemala, en el marco de la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA, reconocieron (…) con preocupación que los reglamentos, las políticas y las prácticas, incluidos los que limitan el comercio legítimo de medicamentos genéricos, pueden limitar seriamente el acceso asequible al tratamiento del VIH y otros productos farmacéuticos en los países de ingresos bajos y medianos, y reconocemos que se pueden introducir mejoras, por medios como la legislación nacional, la política de regulación y la gestión de la cadena de suministro, observando que podrían estudiarse modos de reducir las barreras a los productos asequibles a fin de ampliar el acceso a medicamentos y productos asequibles y de buena calidad para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del VIH, sin olvidar las infecciones oportunistas y concomitantes. Al respecto ver Anexo 54. Naciones Unidas. Asamblea General. A/RES/65/277 Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA. 8 de julio de 2011, párr. 36

pronunciado e iniciado acciones legales en contra del Estado por los problemas de desabastecimiento[919].

Lo anterior se traduce en medidas regresivas para la garantía del derecho. Su impacto se evidencia en que para el 2007 y 2008 el tratamiento antirretroviral cubría únicamente al 43% de la población afectada[920]; mientras que para el 2015 hubo un retroceso sustancial, pues únicamente el 31% del estimado de personas con VIH en el país recibió el tratamiento antirretroviral[921].

Sumado a ello, recientemente en una nota de 9 de marzo de 2017, de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de Salud Pública y Asistencia Social del MSPAS, se reconoce que el Hospital de Coatepeque se encuentra desbastecido desde agosto de 2016 del antirretroviral Didanosina, y que quedará desabastecido de Abacavir en marzo del presente año; asimismo, el Hospital Roosevelt se encuentra desabastecido del antirretroviral Didanosina, y quedará desabastecido de Abacavir y Maraviroc en marzo, y de Duranavir y Raltegravir en abril del presente año. De igual forma, el Hospital San Juan de Dios quedará desabastecido de Abacavir y Maraviroc en marzo de este año y de Duranavir y Raltegravir en abril; el Hospital de Retalhuleu y el Hospital de Malacatán quedarán desabastecidos de Abacavir en marzo de este año[922]. Cabe mencionar que las víctimas del presente caso, son atendidas en dichas unidades.

Al respecto, la misma nota señala que "existen limitantes entre otros procesos administrativos que han intensificado el tiempo para adquirirlos oportunamente"[923].

En relación con lo anterior, Guatemala paga entre 3 y 10 veces más por medicamentos que el resto de los países en la región, por lo que las barreras legales y de contratación administrativa vigentes no permiten disponer de

---

[919] Ver Anexo 29. Procuraduría Derechos Humanos –PDH- Informe anual circunstanciado. Situación de los Derechos Humanos y Memoria de Labores 2015. Guatemala. 2015 Pág. 240; Noticia Día. Ombudsman de Guatemala denuncia falta de medicamentos para pacientes con VIH. 24 de febrero de 2016. Disponible en http://noticiaaldia.com/2016/02/ombudsman-de-guatemala-denuncia-falta-de-medicamentos-para-pacientes-con-vih/ Último acceso el 1 de enero de 2017. Ver también Soy 502. PDH Interpone amparo contra IGSS por falta de antirretrovirales, 24 febrero 2016. Disponible en http://www.soy502.com/articulo/pdh-interpone-amparo-contra-igss-falta-antirretrovirales Último acceso el 1 de enero de 2017.

[920] Ver Anexo 8. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. USAID. Diagnóstico de Situación y Respuesta al VIH-SIDA. Análisis y Conclusiones. Guatemala, enero 2008. Guatemala. Pág. 13; Escrito de las peticionarias de 20 de septiembre de 2008. Pág. 11. Ver Anexo 27 Certificaciones de diversos centros de salud y hospitales públicos solicitando antirretrovirales en el mes de septiembre de 2008.

[921] Ver Anexo 13. Red Legal y su Observatorio de Derechos Humanos, VIH y PEMAR. 4º Informe Nacional sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas con VIH y poblaciones clave 2013-2015. Prólogo y Pág. 16.

[922] Ver anexo 31. MSPAS, Nota suscrita por la doctora Zoila Albina Guerra, directa de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de Salud Pública y Asistencia Social del MSPAS, 9 de marzo de 2017. Págs. 2-3.

[923] Ver anexo 31. MSPAS, Nota suscrita por la doctora Zoila Albina Guerra, directa de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de Salud Pública y Asistencia Social del MSPAS, 9 de marzo de 2017.Pág. 6.

manera efectiva de los recursos disponibles para garantizar que el total de la población que vive con VIH acceda a sus medicamentos.

Cabe señalar que pese a las barreras legales nacionales respecto de la propiedad industrial, Guatemala es parte del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), en el marco de la Organización Mundial de Comercio(OMC) y en relación con este, de la Declaración de Doha (adoptada por la OMC en su Conferencia Ministerial en Doha, Catar el 14 de noviembre de 2001), que permite prescindir de las patentes industriales para la obtención de medicamentos con el fin de proteger la salud pública y frente a situaciones de emergencia nacional o extrema urgencia[924].

En este mismo sentido, la OMS en el marco de la 56º Asamblea General de la Salud celebrada en 2003, recordó que, la Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública (Declaración de Doha), no impide ni debe impedir a los Miembros que tomen medidas para proteger la salud pública y, en particular, para promover el acceso a los medicamentos para todos; en ese sentido, dichos acuerdo contienen flexibilidades y que, para utilizarlas adecuadamente, los Estados Miembros necesitan adaptar su legislación nacional sobre patentes[925].

Asimismo, la Declaración Política sobre el VIH/SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2011, señala que

> (…) es de vital importancia la disponibilidad de medicamentos asequibles, incluidos los medicamentos genéricos, para ampliar el acceso al tratamiento del VIH a precios módicos, y reconocemos además que las medidas de vigilancia y protección de los derechos de la propiedad intelectual deben ser compatibles con el Acuerdo [ADPIC] y deben interpretarse y aplicarse de una manera que respete el derecho de los Estados Miembros a proteger la salud pública y, en particular, a promover el acceso a los medicamentos para todos[926].

---

[924] Organización Mundial de Comercio. Aclaraciones respecto de la obtención de medicamentos de países pobres. Disponible en: https://www.wto.org/spanish/tratop_s/trips_s/healthdeclexpln_s.htm
Al respecto "el Acuerdo sobre los ADPIC vigente desde 1995 también consagra en el derecho internacional público el derecho de los gobiernos a adoptar diversos tipos de medidas que matizan o limitan los derechos de propiedad intelectual, incluso por motivos de salud pública. En ese sentido, la Declaración de Doha aclara que el Acuerdo sobre los ADPIC no impide ni debe impedir que los gobiernos Miembros de la OMC adopten medidas para proteger la salud pública y, en particular, de promover el acceso a los medicamentos para todos. La Declaración establece que cada Miembro tiene el derecho de determinar lo que constituye una emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia, y que las crisis que afectan a la salud pública, como el VIH/SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otras epidemias, pueden considerarse situaciones de esa naturaleza".

[925] Ver Anexo 55. Organización Mundial de la Salud, Asamblea Mundial de la Salud. Derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública. 56ª Periodo, WHA56.27/ A56/VR/10, 28 de mayo de 2003.

[926] ONU- Asamblea General. Declaración Política sobre el VIH/SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA. A/65/L.77.8 de junio de 2011, párr. 35. Disponible en: http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2011/7545.pdf?view=1

Asimismo en dicha declaración los Estados señalan

> (…) con preocupación que los reglamentos, políticas y prácticas, incluidos los que limitan el comercio legítimo de medicamentos genéricos, puede limitar seriamente el acceso a precios módicos a servicios de tratamiento del VIH y otros productos farmacéuticos en los países de ingresos bajos y medianos, y reconocemos que se pueden introducir mejoras, por ejemplo mediante la legislación nacional, la política de regulación y la gestión de la cadena de suministro, observando que podrían contemplarse medidas para reducir las barreras a productos asequibles a fin de ampliar el acceso a medicamentos y productos asequibles y de buena calidad para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del VIH, sin olvidar las infecciones oportunistas y concomitantes[927].

Por tanto, pese a tener varias opciones a su alcance, Guatemala ha mantenido un marco normativo en materia de propiedad industrial que resulta regresivo en cuanto a la provisión de tratamiento a personas con VIH, por cuanto no garantiza el mayor acceso a los medicamentos a estas personas.

Esta situación resulta más clara en el presente caso, por cuanto Guatemala no ha tenido en cuenta que la mayoría de personas con VIH en el país se encuentran en una situación de vulnerabilidad, debido a factores de pobreza y exclusión, que les impiden la compra de medicamentos a los precios actuales.

En segundo lugar, la corrupción en el sistema de salud de Guatemala, en particular respecto del IGSS, ha impactado directamente en el abastecimiento de medicamentos antirretrovirales[928].

---

[927] ONU- Asamblea General. Declaración Política sobre el VIH/SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA. A/65/L.77.8 de junio de 2011, párr. 36. Disponible en: http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2011/7545.pdf?view=1

[928] Cabe destacar los señalamientos en contra de la ex vicepresidenta Roxana Baldetti y el ex Presidente Otto Pérez Molina dentro del caso de defraudación aduanera conocido como "La Línea"; el desvío de aproximadamente 6.9 millones de dólares por parte del subdirector de la Dirección General de Apoyo y Logística de la Policía Nacional Civil ; la investigación contra la jueza Carol Patricia Flores por enriquecimiento ilícito, lavado de dinero e incumplimiento del deber de presentar declaración jurada patrimonial. En el ámbito del sistema de salud guatemalteco, uno de los casos de corrupción fue la concesión fraudulenta –por parte del IGSS- de un contrato de servicios de salud a una empresa que no contaba con las condiciones técnicas y de experiencias necesarias, lo que provocó la muerte de al menos diecisiete pacientes renales infectados por peritonitis. Dentro del caso conocido como Negociantes de la Salud, la estructura criminal buscó obtener beneficios a través de la venta de servicios médicos, medicamentos (incluidos antirretrovirales) e insumos en el IGSS los cuales procuraban colocar en el listado básico de medicamentos de la entidad y manipular los procesos de compra para resultar favorecidos. El 15 de junio de 2016, fue detenido por estos hechos el gerente del IGSS, Oscar Armando García Muñoz. Ver Nómada. "IGSS: tres pacientes renales muertos, quince infectados y #530enRiesgo", 10 de marzo de 2015, disponible en: https://nomada.gt/igss-tres-pacientes-renales-muertos-quince-infectados-y-530enriesgo/; Nómada. "De cómo 530 pacientes frenaron un caso de corrupción que había matado a 12 personas", 15 de mayo de 2015, disponible en: https://nomada.gt/de-como-530-pacientes-frenaron-un-caso-de-corrupcion-que-habia-matado-a-12-personas/ Ver también SIPSE.com, "Escandalo en el Seguro Social de Guatemala", 20 de mayor de 2015, disponible en: http://sipse.com/mundo/guatemala-detienen-funcionarios-salud-caso-corrupcion-152521.html Ver Prensa Libre. Cae gerente del IGSS por caso Negociantes de la Salud. 16 de

Al respecto, la Convención Interamericana contra la Corrupción, la cual ha sido ratificada por la mayoría de los Estados americanos[929], reconoce que la corrupción "socava la legitimidad de las instituciones públicas, atenta contra la sociedad, el orden moral y la justicia, así como contra el desarrollo integral de los pueblos"[930].

En relación con lo anterior, el relator de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, ha identificado entre los diversos factores estructurales y sistémicos que obstaculizan la realización del derecho a la salud –además de las profundas desigualdades, la discriminación generalizada y la estructura tributaria regresiva- a las debilidades institucionales endémicas y la corrupción en todos los niveles[931].

Así, según la OMS, hasta un 25% del gasto público en medicamentos puede perderse debido al fraude, el soborno y otras prácticas corruptas[932].

En el presente caso, estas prácticas constituyen sin duda alguna, una desviación de los recursos financieros y económicos disponibles, que implican que Guatemala no haya dispuesto de manera efectiva el máximo de los recursos disponibles para garantizar el derecho a la salud, mediante el suministro de medicamentos esenciales para la atención del VIH en el país.

Así, como quedó probado en la sección de hechos, la mayoría de las víctimas del presente caso han sido impactadas en su derecho a la salud.

En particular, 30 víctimas se enfrentaron, en algún momento de su enfermedad, a algún problema de desabastecimiento, tanto de medicamentos ARV, como de medicamentos para contrastar las enfermedades oportunistas o aliviar los efectos secundarios de los ARV. De estas, 25 personas se encontraban bajo seguimiento en los centros del MSPAS y 5 en el IGSS[933].

---

junio de 2016. Disponible en http://www.prensalibre.com/guatemala/justicia/detenido-gerente-del-igss-por-caso-negociantes-de-la-salud Último acceso el 8 de agosto de 2016.

[929] OEA. Convención Interamericana contra la Corrupción, ratificado por Guatemala el 3 de agosto de 2001, disponible en: https://www.oas.org/juridico/spanish/firmas/b-58.html

[930] OEA. Convención Interamericana contra la Corrupción, preámbulo, disponible en: http://www.oas.org/juridico/spanish/Tratados/b-58.html

[931] Relator Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental Sr.Dainius Pūras. Observaciones Preliminares. Visita a Paraguay, 23 de septiembre al 6 de octubre de 2015, disponible en: http://www.hchr.org.py/docs/informes/008%20Observaciones%20preliminares%20de%20la%20Visita%20del%20Relator%20de%20Salud%20a%20Paraguay%202015%20ESPA%C3%91OL.pdf

[932] Organización Mundial de la Salud, "Medicamentos: la corrupción relacionada con los productos farmacéuticos", nota descriptiva núm. 335, diciembre de 2009.

[933] Las 25 víctimas que tuvieron seguimiento en los centros de salud públicos son: Facundo Gómez Reyes, Petrona López Robledo, Luis Edwin Cruz Gramajo, Guadalupe Erminia Cayaxón García, Juana Aguilar, Melvin Yovani Ajtún Escobar, Julia Aguilar, Sebastián Emilio Dueñas, Felipe Ordoñez, Sayra Elisa Barrios, César Noé Cancinos Gómez, Aracely Cinto, María Felipe Pérez, Ismerai Olivia García Castañón, Santos Isacar Vásquez Barrios, Pascuala de Jesús Mérida, Israel Pérez Charal, Corina Dianeth Robledo Alvarado, Audencio Rodas Rodríguez, Zoila Marina Pérez Ruiz, Santiago Francisco Valdez Aguilar, Francisco Sop Quiej,

Asimismo, una víctima fallecida, no recibió ningún tipo de tratamiento ARV, 5 recibieron tratamiento ARV pediátrico por falta de disponibilidad de medicamentos para adultos, mientras que 10 recibieron tratamiento ARV de forma irregular[934]. 4 de estas últimas fallecieron.

Por tanto, en el presente caso, las limitaciones en el acceso al tratamiento ARV, generaron un empeoramiento en la salud de las víctimas, que se tradujo en la aparición de enfermedades oportunistas y en algunos casos en el fallecimiento, y que se podrían haber evitado con acceso al tratamiento adecuado.

En conclusión la falta de medicamentos ARV como consecuencia del desabastecimiento crónico, ocasionado tanto por medidas legislativas regresivas adoptadas por Guatemala como por la falta de medidas para disponer de manera efectiva de los recursos financieros, se ha traducido en la violación del derecho a la salud de las víctimas, a la luz del artículo 26 en relación a los artículos 1.1 y 2 de la CADH.

3. Conclusión

Por las razones expuestas arriba, esta representación sostiene que el Estado de Guatemala violó los derechos a la vida, integridad personal, y a la salud, por no adoptar las medidas necesarias para garantizar una atención integral adecuada, accesible, aceptable, de calidad y sin discriminación a las víctimas del presente caso, y por adoptar medidas regresivas y no disponer del máximo de los recursos disponibles de forma efectiva para garantizar el derecho a la salud.

C. <u>El Estado es responsable por la violación del derecho a las garantías judiciales y a la protección judicial, amparados en los artículos 8.1 y 25 de la CADH en relación con el artículo 1 del mismo instrumento, en perjuicio de todas las víctimas del presente caso</u>

El artículo 8 de la CADH establece en sus partes pertinentes:

> 1. Toda persona tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente,

---

Miguel Lucas Vail, Santos Vásquez Oliveros y Sandra Lisbeth Zepeda Herrera. Las 5 víctimas que tuvieron seguimiento en el IGSS son: Ismar Ramírez Chajón, Silvia Mirtala Álvarez Villatoro, Félix de Jesús Cabrera Morales, Luis Rolando Cuscul Pivaral y Luis Armando Linares Ruano.

[934] La persona que no recibió ningún tratamiento ARV es Facundo Gómez Reyes. Las 5 personas que recibieron ARV pediátricos son: Sayra Elisa Barrios, María Felipe Pérez, Santos Isacar Vásquez Barrios, Pascuala de Jesús Mérida y Francisco Sop Quiej. Las 10 personas que recibieron ARV de forma irregular son: Petrona López Robledo, Luis Edwin Cruz Gramajo, Guadalupe Erminia Cayaxón García, Juana Aguilar, Félix de Jesús Cabrera Morales, Aracely Cinto, Luis Rolando Cuscul Pivaral, Santos Isacar Vásquez Barrios, Zoila Marina Pérez Ruiz, Santiago Francisco Valdez Aguilar.

> independiente e imparcial, establecido con anterioridad por la ley, en la sustanciación de cualquier acusación penal formulada contra ella, o para la determinación de sus derechos y obligaciones de orden civil, laboral, fiscal o de cualquier otro carácter.
>
> 2.

Asimismo, el artículo 25 de la CADH dispone:

> 1. Toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, la ley o la presente Convención, aun cuando tal violación sea cometida por personas que actúen en ejercicio de sus funciones oficiales.
> 2. Los Estados Partes se comprometen:
> a) a garantizar que la autoridad competente prevista por el sistema legal del Estado decidirá sobre los derechos de toda persona que interponga tal recurso; […]

Al respecto este Tribunal ha establecido que el derecho de acceso a la justicia implica que la solución de la controversia se produzca en tiempo razonable, ya que una demora prolongada puede llegar a constituir, por sí misma, una violación de las garantías judiciales[935]. Asimismo, ha señalado que es necesario tomar en cuenta 4 elementos para determinar la razonabilidad del plazo, a saber:

> i)la complejidad del asunto; ii) la actividad procesal del interesado; iii) la conducta de las autoridades judiciales, y iv) la afectación generada en la situación jurídica de la persona involucrada en el proceso. La Corte recuerda que corresponde al Estado justificar, con fundamento en los criterios señalados, la razón por la cual ha requerido del tiempo transcurrido para tratar el caso y, de no demostrarlo, la Corte tiene amplias atribuciones para hacer su propia estimación al respecto[936].

Además, la Corte ha indicado, haciendo referencia a su par europea que, en casos de personas que viven con VIH:

> lo que est[á…] en juego en el proceso judicial era de crucial importancia para el peticionario, debido a la naturaleza de su enfermedad. El Tribunal indicó que en el referido caso era requerida una "diligencia excepcional", independientemente de la cantidad de casos pendientes. Asimismo, en el caso F.E. Vs. Francia, el Tribunal Europeo señaló que esta diligencia excepcional debía operar aun entendiendo cierto nivel de complejidad en este tipo de casos[937].

Por otro lado, la Corte ha indicado que:

---

[935] Corte IDH. Caso Valle Jaramillo y otros Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 2008. Serie C No. 192, párr. 154.
[936] Corte IDH. Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 298.
[937] Corte IDH. Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 313.

> para que el Estado cumpla con lo dispuesto en el artículo 25 de la Convención no basta con que los recursos existan formalmente, sino que es preciso que tengan efectividad en los términos del mismo, es decir que den resultados o respuestas a las violaciones de derechos reconocidos, ya sea en la Convención, en la Constitución o en la ley. Lo anterior implica que el recurso debe ser idóneo para combatir la violación y que sea efectiva su aplicación por la autoridad competente. De igual manera, un recurso efectivo implica que el análisis por la autoridad competente de un recurso judicial no puede reducirse a una mera formalidad, sino que debe examinar las razones invocadas por el demandante y manifestarse expresamente sobre ellas[938].

Como fue desarrollado en la sección de hechos, el recurso agotado en este caso para proteger los derechos de las víctimas afectadas por la falta de atención integral frente al diagnóstico de VIH recibido, fue el recurso de amparo, sin embargo, este resultó inefectivo.

Respecto del recurso de amparo, la Constitución Política guatemalteca establece en su artículo 265 que:

> Se instituye el amparo con el fin de proteger a las personas contra las amenazas de violaciones a sus derechos o para restaurar el imperio de los mismos cuando la violación hubiere ocurrido. No hay ámbito que no sea susceptible de amparo, y procederá siempre que los actos, resoluciones, disposiciones o leyes de autoridad lleven implícitos una amenaza, restricción o violación a los derechos que la Constitución y las leyes garantizan.

Asimismo, el artículo 10 de la Ley de amparo, exhibición personal y de constitucionalidad señala que:

> La procedencia del amparo se extiende a toda situación que sea susceptible de un riesgo, una amenaza, restricción o violación a los derechos que la Constitución y las leyes de la República de Guatemala reconocen, ya sea que dicha situación provenga de personas y entidades de derecho público o entidades de derecho privado.

Por otro lado, la Constitución Política guatemalteca protege el derecho a la salud en los siguientes términos:

> Artículo 94: El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.
>
> Artículo 95.- La salud, bien público. La salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

[938] Corte IDH. Caso Duque Vs. Colombia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de febrero de 2016. Serie C No. 310, párr. 148. Caso López Álvarez Vs. Honduras. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de febrero de 2006. Serie C No. 141, párr. 96.

Igualmente, como fue descrito en la sección de contexto de este escrito, el Decreto 90-97 de 1997, establece una serie de obligaciones al sector salud en materia de prevención y atención al VIH. En concreto, señala la obligación del Estado de brindar a los portadores de enfermedades transmisibles acceso al diagnóstico y atención de salud. Estas obligaciones serían después complementadas por otras normas, como la Ley general de VIH, adoptada en el año 2000, que establece el derecho de toda persona con diagnóstico de infección por VIH/SIDA deberá recibir atención integral de inmediato.

Queda claro entonces que el recurso de amparo era el recurso idóneo para reparar el daño causado a raíz de la ausencia de una atención integral de salud y para prevenir que esta violación a sus derechos continuara ocurriendo. A la fecha, este hecho no ha sido controvertido por el Estado.

En atención a ello, el 26 de julio de 2002 varias organizaciones no gubernamentales dedicadas a la prevención y atención al VIH y varias de las víctimas de este caso presentaron un recurso de amparo ante la Corte Constitucional, contra el Presidente de la República de Guatemala, única persona facultada para instaurar una política general gubernamental para garantizar atención integral y entrega inmediata de antirretrovirales a las personas con VIH en Guatemala.

En el referido recurso, se solicitaba que se restituyera el derecho a la salud a las personas que en ese momento vivían con VIH/SIDA en Guatemala (entre ellos las víctimas del caso). En concreto se solicitaba "el traslado de los fondos presupuestarios necesarios para la compra, distribución sistemática y diaria de los tratamientos antirretrovirales necesarios para mantener (su) vida, así como el adecuado y permanente seguimiento de las personas que viv(en) con el VIH/SIDA en Guatemala" [939].

En consecuencia, el 20 de agosto de 2002 el Presidente Portillo mantuvo una reunión con representantes de los recurrentes. En ella se comprometió a ordenar la transferencia de una partida extraordinaria de 500.000 Q para sufragar los costos del tratamiento de las personas con VIH, al menos para el último trimestre de dicho año 2002.

El 29 de enero de 2003 la Corte Constitucional decidió el recurso interpuesto señalando que este había quedado sin materia que resolver, debido a la reunión que se había sostenido con el Presidente y a la transferencia ordenada.

Esta decisión trajo como consecuencia dos violaciones distintas a los derechos de las víctimas. Por una parte, se violó su derecho a obtener una decisión de un tribunal competente acerca de sus derechos en un plazo razonable.

Es evidente que lo que se encontraba en riesgo era de crucial importancia para los recurrentes y para todas las personas viviendo con VIH/SIDA en Guatemala

[939] Ver Anexo 51. Acción de amparo nueva presentada ante la Corte de Constitucionalidad de fecha 26 de julio de 2002.

debido a la naturaleza de su enfermedad, pues la falta de un tratamiento adecuado ponía en grave peligro su integridad y su vida. En consecuencia, el recurso debió haber sido resuelto con una diligencia excepcional, lo que no ocurrió. Por el contrario, la Corte de Constitucionalidad tardó 6 meses en adoptar una decisión, sin que a la fecha el Estado haya justificado esta demora.

En segundo lugar, esta decisión trajo como consecuencia que el recurso resultara inefectivo, pues la Corte de Constitucionalidad no se refirió al fondo del asunto, es decir, a la obligación del Estado guatemalteco de adoptar medidas sostenibles para la que las personas que viven con VIH/SIDA recibieran un tratamiento integral.

Prueba de ello es que las víctimas de este caso continuaron y aún continúan hoy experimentando problemas para que el sistema público de salud les brinde una atención integral y de calidad para el tratamiento del VIH/SIDA.

En atención a ello, solicitamos a la Honorable Corte que declare que el Estado es responsable de la violación los derechos a las garantías judiciales y a la protección judicial de todas las víctimas de este caso, contenidos en los artículos 8 y 25 de la CADH, respectivamente. Lo anterior en concordancia con el incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 1.1 del mismo instrumento.

D. El Estado es responsable por la violación del derecho a la integridad personal de los familiares de las víctimas de este caso, contenido en el artículo 5 de la CADH, en relación al artículo 1.1 del mismo instrumento.

A lo largo de su jurisprudencia, esta Honorable Corte ha reconocido que:

> los familiares de las víctimas de ciertas violaciones de Derechos Humanos pueden ser, a su vez, víctimas. El Tribunal ha considerado violado el derecho a la integridad psíquica y moral de algunos familiares con motivo del sufrimiento que estos han padecido a causa de las actuaciones u omisiones de las autoridades estatales, tomando en cuenta, entre otros, las gestiones realizadas para obtener justicia y la existencia de un estrecho vínculo familiar. También se ha declarado la violación de este derecho por el sufrimiento generado a partir de los hechos perpetrados en contra de sus seres queridos.
>
> Este Tribunal ha señalado que la contribución por parte del Estado al crear o agravar la situación de vulnerabilidad de una persona, tiene un impacto significativo en la integridad de las personas que le rodean, en especial de familiares cercanos que se ven enfrentados a la incertidumbre e inseguridad generada por la vulneración de su familia nuclear o cercana[940].

[940] Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 211 y 212.

Además la Corte ha reconocido la afectación de personas con quienes las víctimas mantenían un vínculo afectivo cercano a pesar de no existir un parentezco legal[941].

En relación a este último aspecto, los representantes sostenemos que la Honorable Corte debe considerar que, dado el estigma que tradicionalmente ha acompañado al VIH/SIDA, el círculo más cercano de apoyo a las personas que padecen esta enfermedad va más allá de los miembros de la familia biológica de las víctimas. Al respecto, la OMS, en diversos estudios sobre VIH, ha considerado el concepto de familia como, "*a social network of biologically related members and socially (chosen) relationships*"[942]. La Organización ha recalcado que esto es especialmente importante en el caso de personas LGBTI[943].

En atención a ello hemos incluido como familiares a personas que no tienen relación biológica con las víctimas a pesar de haber prestado el apoyo y la atención.

Por otro lado, la Corte ha reconocido las afectaciones específicas generadas a los familiares de personas que viven con VIH, entre ellos el sufrimiento causado a raíz de la estigmatización[944]. Si bien, en el caso que nos ocupa no es posible derivar la responsabilidad internacional del Estado por la estigmatización producida por la enfermedad en sí misma, la falta de una atención integral a las víctimas en muchos casos agravó su condición, lo que los hizo más vulnerables a esta estigmnatización.

Además, es reconocido que cuidar de una persona con VIH es una tarea compleja, por cuanto se requieren cuidados y esfuerzos específicos[945]. En el caso que nos ocupa debido a que las víctimas de este caso no recibieron un tratamiento integral, su condición de salud se agravó, haciendo más complejo su cuidado.

Por otro lado, los familiares de las víctimas se vieron obligados a ver como la salud de sus seres queridos se deterioraba frente a la impotencia de no poder hacer nada para cambiar esta situación. Ello además en muchos casos en una

---

[941] Corte IDH. *Caso Servellón García y otros Vs. Honduras*. Sentencia de 21 de septiembre de 2006. Serie C No. 152, párr. 138.

[942] Ver por ejemplo, WHO-Europe, "*What is the impact of HIV on families*?" 2005, p. 8. Disponible en http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/pre2009/what-is-the-impact-of-hiv-on-families (última consulta el 23 de marzo de 2017).

[943] Ver por ejemplo, WHO-Europe, "*What is the impact of HIV on families*?", 2005, p. 8. Disponible en http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/pre2009/what-is-the-impact-of-hiv-on-families (última consulta el 23 de marzo de 2017).

[944] Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 212 y sig.

[945] Ver por ejemplo, OMS y FAO, "Aprender a vivir con el VIH/SIDA: Manual sobre cuidados y apoyo nutricionales a los enfermos de VIH/SIDA", Roma, 2003, págs. 55-63. Disponible en www.fao.org/docrep/006/y4168s/y4168s09.htm (última consulta el 23 de marzo de 2017)

época en la cual, como ha quedado descrito en las declaraciones de las víctimas, se consideraba que el VIH era una sentencia de muerte.

Por ello, dada la estigmatización que rodea a la enfermedad, así como las afectaciones que se generan en el entorno cercano de los pacientes de VIH/SIDA sin un tratamiento integral adecuado, y en concreto las afectaciones que se generaron a las víctimas de este caso, las representantes consideramos que en el presente caso, la Honorable Corte debería presumir las afectaciones a los familiares y a las personas que mantenían un vínculo afectivo cercano con las víctimas, tal como lo ha hecho en otro tipo de casos[946].

Sin perjuicio de lo anterior, en el caso que nos ocupa, ha quedado establecido que los familiares de las víctimas experimentaron profundos sufrimientos al observar que, en virtud de una falta de atención integral en su condición de pacientes de VIH/SIDA por parte del Estado, estos veían deteriorado su estado de salud, algunos de ellos llegando incluso a perder la vida.

Igualmente, ha quedado probado en el presente escrito que los familiares han experimentado diversas formas de discriminación, alteraciones en sus proyectos de vida, en sus lazos familiares y en su situación económica, entre otras afectaciones.

De igual manera esto queda evidenciado en el presente caso, en la situación de algunas víctimas que fueron exlcuídas de su círculo familiar biológico y cuyo cuidado y atención fue procurado por personas que pertenecían a su círculo social.

Algunas de las declaraciones de los familiares son ilustrativas de los impactos suñalados arriba.

A manera de ejemplo, María de Jesús Chajón De León, madre de Ismar Ramírez Chajón, experimentó lo siguiente frente a la falta de tratamiento atirretroviral regular para su hijo:

> Yo me sentí triste primero porque él no tenía su medicina y ya después que el sufría mucho para ir a comprar la medicina, porque le daban una receta para que el IGSS le diera su medicina y no había, entonces él tenía que ir a comprarlas pero no las podía comprar porque eran muy caras. Entonces tenía que ir a buscar a otro lugar pero le decían que el IGSS debería de darla, a él nunca le dieron sus medicinas estaba selladas por el IGSS, pero no le daban la medicina, yo sí me sentí mal porque él pagando el IGSS y que la medicina no estuviera cada mes que a él le tocaba

[946] Ver por ejemplo Corte IDH, Caso González Medina y familiares vs. República Dominicana. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de febrero de 2012, serie C, serie 240, párr. 270. Corte IDH. Caso de las Masacres de Ituango Vs. Colombia. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de julio de 2006 Serie C No. 148, párr. 262. *Cfr*. Caso de la Masacre de Mapiripán Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 15 de septiembre de 2005. Serie C No. 134, párr. 146.

> dárselas me sentía mal porque él tenía derecho a su medicina y nunca tenía[947].

Por su parte, sus hermanos manifestaron que la falta de atención adecuada a la víctima y las afectaciones sufridas por este les generaron sentimientos tales como enojo, cólera y profunda tristeza por no poder evitarle el dolor sufrido[948].

Por otro lado, el fallecimiento de Guadalupe Erminia Cayaxon García producto de un tratamiento integral, que según la declaración de sus familiares incluyó una interrupción en el suministro de medicamentos, también causó un profundo dolor en sus familiares. En palabras de su hermana, Nohelia Cayaxón:

> A mí me afecto mucho porque ya no le siguieron dando la medicina, porque así ella si podría estar entre nosotros, pero nosotros nunca tuvimos ese valor para preguntar porque motivos no le daban motivo, cual es la razón porque no la quisieron atender ahí. Ella estuvo internada en el IGSS pero tampoco le dieron, cuando ella estuvo en el IGSS fue donde ella se puso bien grave, de ahí fue donde nosotros la sacamos bien grave, porque le inyectaban amoxicilina, si no la hubieran ido a internar en el IGSS ella todavía seguiría viva, después de salir del IGSS estuvo tres meses en la casa[949].

La declaración de Nohelia también refleja el tipo de cuidados que las víctimas se vieron obligados a dispensar a sus seres queridos, los cuales por su naturaleza también les causaban sentimientos de angustia. En sus palabras:

> Ella se puso bien delgada, delgadita, delgadita y le agarró una tos, y el fuego que le salió en la boca que no dejaba que otro la limpiara más que yo la limpiaba. […] Yo tenía que limpiarle su boca, le aseaba con un palito de piñón, que le decimos allá, y con eso le aseaba su boca, le compramos en la farmacia para limpiarle pero ella decía que eso le lastimaba mucho. Entonces sólo con la leche de piñón le limpiaba yo[950].

Los padecimientos sufridos por la falta de una atención adecuada por las víctimas sobrevivientes también han afectado a sus familiares. Por ejemplo, el hijo menor de la señora Aracely Cinto, quien a pesar de haber sido diagnosticada en centro de salud público del municipio Tecún Umán en 1996, no recibió atención antirretroviral, sino hasta el 2005. Él manifestó que se enteró del diagnóstico de su mamá a los 12 años y que en ese momento no tenía tratamiento, por lo que sintió "tristeza y muchas ganas de apoyarla, abrazarla y acompañarla en el proceso"[951].

---

[947] Anexo 38. Declaración rendida por la señora María de Jesús Chajón De León ante la Doctora Cristina Calderón el 5 de enero de 2017.
[948] Ver Anexo 38 Declaración jurada de Carlos Fernando Coc Chajón de 5 de enero de 2017. Guatemala. Ver Anexo 38 Declaración jurada de Edna Yolanda Ramírez Chajón de 5 de enero de 2016. Guatemala
[949] Anexo 38. Declaración de Nohelia Cayaxón de 13 de enero de 2017.
[950] Declaración de Nohelia Cayaxón de 11 de febrero de 2017. Anexo 38.
[951] Ver anexo 38. Declaración jurada de Leonel Celestino Maraziegos Cinto de 21 de diciembre de 2016. Guatemala.

Lo mismo ocurrió en el caso de Luis Rolando Cuscul Pivaral quien a pesar de haber sido diagnosticado en el IGSS en 1993, no empezó a recibir tratamiento antirretroviral, sino hasta el año 2000. Al respecto, su madre manifestó que durante los años que no recibió tratamiento sentía mucha preocupación[952].

Los familiares de las víctimas también han experimentado temor ante la eventualidad de que se descontinúe el suministro de medicamentos a sus familiares, ya que de esto depende su supervivencia.

Igualmente, en el proceso hemos probado que los familiares de las víctimas han tenido que realizar cambios drásticos a sus proyectos de vida producto de la omisión estatal de brindarles atención integral y adecuada a las víctimas. Este es el caso de Nancy Beatriz Valdés Pérez, hija de Zoila Marina Pérez Ruiz y Santiago Francisco Valdez Aguilar, ambos víctimas de este caso. Como quedó establecido en los hechos, debido a la falta de una atención adecuada por parte del Estado guatemalteco su madre tuvo que permanecer hospitalizada por 7 meses. A este respecto, Nancy declaró que debido a esto tuvo que dejar la escuela para cuidar a sus hermanos, lo cual le causó mucha tristeza, porque ella anhelaba estudiar[953].

Nancy también se refirió al sufrimiento que le genera el hecho de que el Estado no haya adoptado medidas para realizarle una intervención quirúrgica a su madre a raíz de la lipodistrofia que presenta. Al respecto señaló que:

> ella sufre mucho por esa enfermedad y se queja, ella se encierra en el cuarto y dice que se va a morir y que yo me debo de quedar encargada de ellos y yo me pongo a llorar y no puedo hacer otra cosa, yo lo que pido a pesar de la revisión que le realicen la operación para la operación estética para quitarle la Lipodistrofia que tiene en el cuello y que le hace que le duela mucho su cabeza y su cuello esta enfermedad[954].

Los ejemplos anteriores demuestran que los familiares de las víctimas o aquellas personas que mantenían un vínculo cercano con ellas, experimentaron profundos sufrimientos frente a la omisión estatal de brindarles una atención adecuada. Esto colocó a las víctimas en una situación de especial vulnerabilidad que en algunos casos les costó la vida o las puso en peligro de perderla o en el mejor de los casos las expuso a sufrimientos que podrían ser prevenidos con un tratamiento adecuado.

En consecuencia, solicitamos a la Honorable Corte que declare que el Estado es responsable por la violación del derecho a la integridad de los familiares de las víctimas del presente caso, contenido en el artículo 5 de la Convención Americana, en concordancia con el incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 1.1 del mismo instrumento.

---

[952] Ver anexo 38. Declaración jurada de María de la Cruz Mundo Zelaya de 5 de enero de 2017. Guatemala.

[953] Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 26 de diciembre de 2016. Guatemala. Ver también Anexo 38. Declaración de Nancy Beatriz Valdez Pérez de 21 de diciembre de 2016. Guatemala

[954] Ver Anexo 38. Declaración de Nancy Beatriz Valdez Pérez de 21 de diciembre de 2016. Guatemala

IV. REPARACIONES

A. Obligación de reparar

Las representantes de las 49 víctimas del presente caso consideramos que ha quedado demostrada la responsabilidad internacional del Estado de Guatemala por las violaciones a sus derechos fundamentales. Por ello, respetuosamente solicitamos a la Honorable Corte Interamericana que ordene al Estado la reparación integral de los daños ocasionados a ellas como consecuencia de las violaciones a los derechos consagrados en los artículos 4, 5, 8, 19, 25 y 26 de la CADH, en relación con los artículos 1.1 y 2 del mismo instrumento.

1. Fundamentos de la obligación de reparar

El derecho internacional sobre la responsabilidad de los Estados establece que, al producirse un hecho ilícito imputable a un Estado surge de inmediato la responsabilidad internacional de éste por la violación de que se trata, y el respectivo deber de reparación y de hacer cesar las consecuencias de la violación[955].

Dicho principio se encuentra amparado en el artículo 63.1 de la CADH, el cual otorga a esta Corte la facultad de ordenar reparaciones cuando ocurran violaciones de los derechos humanos establecidos en el mismo instrumento[956]. En ese sentido, el Alto Tribunal ha señalado que el artículo 63 de la Convención Americana "refleja una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre la responsabilidad de los Estados"[957].

Así, las reparaciones son medidas que tienen como fin paliar los efectos de las violaciones cometidas. Adicionalmente, esta Corte ha reiterado que su naturaleza y monto dependen del daño ocasionado en los planos tanto material

[955] Corte IDH. *Caso Manuel Cepeda Vargas Vs. Colombia*. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 26 de mayo de 2010. Serie C No. 213, párr. 211; Corte IDH. *Caso Chitay Nech y otros Vs. Guatemala*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de mayo de 2010. Serie C No. 212, párr. 227. Corte IDH. *Caso Radilla Pacheco Vs. México*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de noviembre de 2009. Serie C No. 209, párr. 327.

[956] Artículo 63.1 CADH.- Cuando decida que hubo violación de un derecho o libertad protegidos en [la] Convención, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcados. Dispondrá asimismo, si ello fuera procedente, que *se reparen las consecuencias* de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada.

[957] Corte IDH. *Caso Manuel Cepeda Vargas Vs. Colombia*. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 26 de mayo de 2010. Serie C No. 213, párr. 211. Corte IDH. *Caso Chitay Nech y otros Vs. Guatemala*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de mayo de 2010. Serie C No. 212, párr. 227. Corte IDH. *Caso Radilla Pacheco Vs. México*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de noviembre de 2009. Serie C No. 209, párr. 327. Corte IDH. *Caso de las Hermanas Serrano Cruz Vs. El Salvador.* Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de marzo de 2005. Serie C No. 120, párr. 134.

como inmaterial. En ese sentido, para reparar a las víctimas de violaciones de derechos humanos, el Estado debe buscar "siempre que sea posible, la plena restitución (*restitutio in integrum*)"[958].

En vista de que esto no siempre es posible, la Corte ha establecido una serie de medidas dirigidas a garantizar los derechos vulnerados, reparar las consecuencias generadas por las violaciones de dichos derechos, así como establecer el pago de una indemnización como forma de compensación por los daños causado[959]. A ello hay que agregar las medidas de carácter positivo que el Estado debe adoptar para asegurar que hechos como los ocurridos en el presente caso, no vuelvan a suceder[960].

Asimismo, las reparaciones deben incluir el reembolso de todos los gastos y costas que los familiares de las víctimas o representantes hayan realizado derivadas de la representación en procedimientos ante cortes nacionales e internacionales[961].

Con base en lo anterior, y dado el carácter de las violaciones cometidas en el caso que nos ocupa, el Estado debe adoptar las medidas de reparación necesarias a las violaciones a los derechos humanos probadas a lo largo del presente escrito[962].

2. Beneficiarios de las reparaciones

La Corte ha señalado que son titulares del derecho a la reparación todas aquellas personas que resulten directamente lesionadas por las violaciones a los derechos humanos establecidos en la Convención Americana[963].

Asimismo, el Tribunal ha establecido que los familiares de las víctimas son también consideraras víctimas indirectas de los hechos del caso, cuando estas se han visto impactadas producto de las violaciones a los derechos humanos[964].

---

[958] Corte IDH. *Caso 19 Comerciantes Vs. Colombia*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 5 de julio de 2004. Serie C No. 109, párr. 221.
[959] Corte IDH. *Caso Masacre Plan de Sánchez Vs. Guatemala*. Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre 2004. Serie C No. 116, párr. 53.
[960] Corte IDH. *Caso de las Hermanas Serrano Cruz Vs. El Salvador.* Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de marzo de 2005. Serie C No. 120, párr. 135; Corte IDH. *Caso Masacre Plan de Sánchez Vs. Guatemala*. Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre 2004. Serie C No. 116, párr. 54.
[961] Corte IDH. *Caso de las Hermanas Serrano Cruz Vs. El Salvador.* Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de marzo de 2005. Serie C No. 120, párr. 205.
[962] Corte IDH. *Caso Reverón Trujillo Vs. Venezuela.* Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de junio de 2009. Serie C No. 19, párr. 126.
[963] Corte IDH. *Caso El Amparo Vs. Venezuela*. Reparaciones y Costas. Sentencia de 14 de septiembre de 1996. Serie C No. 28, párr. 38.
[964] Corte IDH. *Caso de los Hermanos Gómez Paquiyauri Vs. Perú*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de julio de 2004. Serie C No. 110,párr.118; Corte IDH. Corte IDH. *Caso Juan Humberto Sánchez Vs. Honduras.* Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 7 de junio de 2003. Serie C No. 99, párr. 101

De igual forma, ha señalado que el daño se extiende a quienes mantuvieron un vínculo afectivo estrecho con la víctima[965].

En atención a lo anterior el listado final de las víctimas y los familiares de las víctimas que son beneficiarias de las reparaciones, se corresponde con el listado aportado por la Ilustre Comisión en su informe de fondo.

B. Medidas de reparación solicitadas

Uno de los avances más importantes de la jurisprudencia del Alto Tribunal es el relativo a la inclusión de garantías de restitución, satisfacción y no repetición como medidas de reparación[966]. La efectiva aplicación de estas medidas son señales inequívocas del "compromiso con los esfuerzos tendientes a que no vuelvan a ocurrir"[967] violaciones a los derechos humanos como las que originaron el presente caso.

En los siguientes apartados, las representantes explicaremos las razones por las cuales se deben tomar una serie de medidas con el fin de disminuir el daño causado por las violaciones de derechos humanos en perjuicio de las víctimas, así como de aquellas dirigidas a que hechos como los del presente caso no se vuelvan a repetir.

1. Medidas de restitución

Las representantes de las víctimas consideramos que el Estado debe llevar acabo ciertas medidas, tendientes a restituir a las víctimas en sus derechos vulnerados como consecuencia de la falta de una atención integral adecuada.

a. Garantizar atención médica integral y accesible a las víctimas que permanecen con vida

Como ha quedado demostrado, la falta de una atención integral adecuada ocasionó graves afectaciones a la integridad física y psicológica de todas las víctimas del presente caso.

Si bien muchas de las afectaciones a la integridad física y psicológica de las víctimas del presente caso no pueden ser plenamente reparadas, el Estado debería tomar las medidas necesarias para contribuir a reestablecerlos en la medida de lo posible.

Al respecto, la Honorable Corte ha señalado en anteriores ocasiones que como forma de reparación, el Estado debe suministrar el nivel de prevención, tratamiento, atención y apoyo que requieran las víctimas para la atención de su

[965] Corte IDH. *Caso Servellón García y otros Vs. Honduras*. Sentencia de 21 de septiembre de 2006. Serie C No. 152, párr. 79.58.
[966] Corte IDH. *Caso Fornerón e hija Vs. Argentina.* Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de abril de 2012 Serie C No. 242, párr. 149
[967] Corte IDH. *Caso de los "Niños de la Calle" (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala*. Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de mayo de 2001. Serie C No. 77, párr. 84.

salud[968]. En tal sentido, ha señalado que es preciso disponer una medida de reparación que brinde una atención adecuada a los padecimientos físicos y psicológicos sufridos por las víctimas, como consecuencia de las violaciones a sus derechos humanos[969].

De este modo, la Honorable Corte ha dispuesto que el Estado, como medida de reparación debe,

> (…) brindar gratuitamente, a través de instituciones de salud públicas especializadas o personal de salud especializado, y de forma inmediata, oportuna, adecuada y efectiva, el tratamiento médico y psicológico o psiquiátrico [a las víctimas], incluyendo el suministro gratuito de los medicamentos que eventualmente se requieran, tomando en consideración sus padecimientos[970].

Asimismo, ha dispuesto que los tratamientos respectivos deben prestarse, en la medida de lo posible, en el centro más cercano a su lugar de residencia por el tiempo que sea necesario[971].

Al respecto, y dadas las condiciones de pobreza que enfrentan la totalidad de las víctimas, las representantes consideramos imprescindible que el Estado asuma los gastos de transporte y alimentación por el día que deben detener su actividad económica para asistir al centro de atención médica.

De igual forma, este Alto Tribunal ha dispuesto como medida de reparación que,

> (…) en situaciones de urgencia, el Estado deberá adoptar las recomendaciones de la médica o médico de confianza que [las víctimas], señale[n]. Además, si el médico o la médica de confianza determina que existe un motivo fundado por el que [las víctimas] deba recibir atención en el sistema privado de salud, el Estado deberá cubrir los gastos necesarios para el restablecimiento de su salud[972].

La Corte también ha establecido que el Estado debe proveer el transporte para las personas que así lo requieran en situaciones de emergencia y, cuando sea necesario que del puesto de salud se trasladen al lugar donde se encuentren las personas[973].

---

[968] Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 358.
[969] Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 359; Corte IDH. *Caso Barrios Altos Vs. Perú*. Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2001. Serie C No. 87, párrs. 42 y 45
[970] Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 359.
[971] Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 359.
[972] Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 360.
[973] Corte IDH. *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214, párr. 306.

En atención a lo anterior, esta representación considera imprescindible, que para garantizar una efectiva restitución de los derechos violados a las víctimas del presente caso, este Alto Tribunal ordene al Estado que adopte las medidas necesarias para brindar asistencia médica integral para cualquier padecimiento médico y cualquier otra acción que sea necesaria para restablecer el daño causado a las víctimas, tomando en cuenta las situaciones de salud particulares de cada una de ellas, e incluyendo atención psicológica que contemple la provisión de fármacos psiquiátricos que se requieran.

En ese sentido, el Estado debe además garantizar de forma permanente y gratuita tratamiento integral para tratar el VIH, el cual debe incluir fármacos antirretrovíricos y otros medicamentos; pruebas diagnósticas y otras tecnologías relacionadas para la atención del VIH, de las infecciones oportunistas y de otras enfermedades; buena alimentación y apoyo social, espiritual y psicológico, así como atención familiar, comunitaria y domiciliaria[974].

Asimismo, debe proveer de forma permanente y gratuita preservativos, lubricantes, material de inyección estéril, fármacos antirretrovíricos (por ej., para revenir la transmisión materno infantil o como profilaxis posexposición)[975]. En el caso de las víctimas mujeres la atención debe ser brindada desde la perspectiva de género.

De igual forma, el Estado debe garantizar que la atención integral sea culturalmente apropiada para las víctimas del presente caso; en particular, para aquellas que hablan alguna lengua indígena, como la señora María Felipe Pérez.

b. Garantizar atención médica y psicológica a los familiares de las víctimas fallecidas y que permanecen con vida

Como ha quedado demostrado, la falta de una atención integral ocasionó la muerte de 10 personas. Ello violó el derecho a la integridad psíquica y moral de los familiares con motivo del sufrimiento que estos padecieron a causa de las actuaciones y omisiones de las autoridades estatales que llevaron a la muerte de sus familiares, tal como desarrollamos en la sección de derecho correspondiente.

Por otra parte, ha quedado demostrado, que la falta de una atención integral ocasionó graves afectaciones a la integridad física y psicológica de las víctimas del presente caso. Dichas afectaciones han violentado el derecho a la integridad psíquica y moral de sus familiares por el sufrimiento experimentado a raíz de los padecimientos de sus seres queridos y a la impotencia de no poder remediarlos.

[974] Anexo 3. ONUSIDA. Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada de 2006, comentario a la sexta directriz, párr. 26.
[975] Anexo 3. ONUSIDA. Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada de 2006, comentario a la sexta directriz, párr. 26.

También se han visto sometidos a la carga que representa el cuidado de una persona con VIH/SIDA, el estigma asociado a esta y la incertidumbre acerca del destino de sus familiares, frente a la posibilidad de que el Estado los prive del cuidado necesario para su supervivencia.

Por otro lado, tal y como argumentamos en el presente escrito la obligación de atención integral en salud a personas con VIH, incluye el apoyo familiar y comunitario, el cual ha estado ausente frente a las víctimas del caso.

Al respecto, el Alto Tribunal ha dispuesto en otras ocasiones como forma de reparación "disponer la obligación a cargo del Estado de brindar gratuitamente y de forma inmediata, a través de sus instituciones de salud especializadas, el tratamiento médico y psicológico requerido por los familiares declarados víctimas"[976].

En atención a lo anterior, las representantes solicitamos a la Corte que ordene al Estado de Guatemala que brinde atención adecuada a los padecimientos físicos y psicológicos sufridos por los familiares de las víctimas, el cual debe ser proporcionado por personal competente y de confianza, y que cubra todos los gastos que genere el tratamiento, incluidos el transporte y otras necesidades que puedan presentarse[977].

2. Medidas de satisfacción

a. Acto público de reconocimiento de responsabilidad internacional, de desagravio, y de compromiso de no repetición

La Honorable Corte, en reiteradas ocasiones ha destacado que como desagravio para las víctimas de violaciones a los Derechos Humanos[978] y como garantía de no repetición[979], es pertinente ordenar un acto público de reconocimiento de su responsabilidad internacional por las violaciones cometidas[980].

En atención a ello, las representantes solicitamos a este Alto Tribunal que ordene a Guatemala la celebración de un acto público, en el cual el Estado reconozca su responsabilidad internacional por las violaciones de derechos humanos por las que ha sido condenado y donde se realice una solicitud de

[976] Corte IDH. Caso de la Masacre de La Rochela Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 11 de mayo de 2007. Serie C No. 163, párr. 302

[977] Corte IDH. *Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México.* Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2010 Serie C No. 216, párr. 251,252 y 253; Corte IDH. Caso de la Masacre de La Rochela Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 11 de mayo de 2007. Serie C No. 163, párr. 302

[978] Corte IDH. *Caso Juan Humberto Sánchez Vs. Honduras*. Interpretación de la Sentencia de Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 26 de noviembre de 2003. Serie C No. 10, párr. 188.

[979] Corte IDH. *Caso Kawas Fernández Vs. Honduras*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 3 de abril de 2009 Serie C No. 196, párr. 202. Corte IDH. *Caso Anzualdo Castro Vs. Perú.* Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de Septiembre de 2009. Serie C No. 202, párr. 200.

[980] Corte IDH. *Caso Cantoral Benavides Vs. Perú.* Reparaciones y Costas. Sentencia de 3 de diciembre de 2001. Serie C No. 88, párr. 81.

perdón público con el fin de desagraviar a las víctimas[981]. En este acto, el Estado debe manifestar, además, su compromiso de proteger y garantizar los derechos de todas las personas que viven con VIH en Guatemala.

Desde ya solicitamos que la Corte le ordene al Estado que en dicho acto estén presentes las "más altas autoridades del Estado", incluyendo los magistrados de la Corte Suprema de Justicia, el Presidente de la República, una representación de su gabinete, una representación de alto nivel del Poder Legislativo, y una representación de alto nivel del IGSS y del MSPAS[982].

Además le solicitamos a la Honorable Corte que expresamente señale que para la organización del acto público, el Estado deberá consensuar con las víctimas o sus representantes las características (incluyendo lugar, fecha, forma, etc.) del mismo, y que se ordene que dicho evento sea difundido a través de los medios de comunicación televisivos o radiales, asegurando que la difusión se realice en un horario de alta audiencia[983]. Dado el estigma asociado al VIH/SIDA, consideramos que esta consulta debe incluir el tipo de participación que las distintas víctimas desean tener en el referido acto.

b. Publicación y difusión de la sentencia de la Corte IDH

La Corte Interamericana ha reconocido que la difusión de sus sentencias en los medios de comunicación en un país contribuye a que la sociedad, en su conjunto, conozca la responsabilidad del Estado sobre los hechos denunciados y sobre la verdad de los mismos, reconociendo con ello el derecho a la información y a la verdad. Igualmente, la Corte ha interpretado que tal difusión constituye parte de la reparación moral de las víctimas[984].

---

[981] Corte IDH. *Caso Kawas Fernández Vs. Honduras*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 3 de abril de 2009 Serie C No. 196, párr. 202.

[982] Corte IDH. *Caso De la Masacre de las Dos Erres Vs. Guatemala.* Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2009. Serie C No. 211, párr. 262; Corte IDH. *Caso Manuel Cepeda Vargas Vs. Colombia.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de mayo de 2010. Serie C No. 213, párr. 224. Corte IDH. *Caso Gomes Lund y otros ("Guerrilha do Araguaia") Vs. Brasil*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2010. Serie C No. 219, párr. 277.

[983] Corte IDH. *Caso del Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú.* Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2006. Serie C No. 16, párr. 445; Corte IDH. *Caso Chitay Nech y otros Vs. Guatemala*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de mayo de 2010. Serie C No. 212, párr. 348. Corte IDH. *Caso Manuel Cepeda Vargas Vs. Colombia.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de mayo de 2010. Serie C No. 213, párr. 224 y 229; Corte IDH. *Caso Myrna Mack Chang Vs. Guatemala.* Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2003. Serie C No. 101, párr. 278; Corte IDH. *Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México.* Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2010 Serie C No. 216, párr. 226. Corte IDH. *Caso Fernández Ortega y otros Vs. México*. Interpretación de la Sentencia de Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 15 de mayo de 2011. Serie C No. 22, párr. 244. Corte IDH. *Caso Masacre Plan de Sánchez Vs. Guatemala.* Reparaciones. Sentencia de 19 de noviembre 2004. Serie C No. 116, párr. 100.

[984] Corte IDH. *Caso de las Hermanas Serrano Cruz Vs. El Salvador*. *Op. Cit.* Párr. 195.

En el caso que nos ocupa, esta medida reviste de una particular importancia, pues tal y como expusimos con anterioridad, los hechos del presente caso se enmarcan en un contexto de violaciones sistemáticas a los derechos humanos de las personas con VIH, marcado por la estigmatización y discriminación, la falta de información sobre la enfermedad y la falta de una atención integral a su salud, por lo que el mensaje de reproche a la conducta estatal también debe informarse a la sociedad guatemalteca en general. Como hemos expuesto, en Guatemala existe una falta de información sobre la infección del VIH y el impacto que esta ha tenido en la población, y por ello, la divulgación de esta información es particularmente importante.

En consecuencia, solicitamos a la Corte que, de acuerdo con su jurisprudencia constante en la materia, ordene al Estado la publicación de, por lo menos, las secciones de contexto y resumen de hechos probados, así como la parte resolutiva de la sentencia en el Diario Oficial y en al menos dos diarios de circulación nacional[985]. Dicha publicación también deberá ser realizada en las páginas web del MSPAS, el IGSS, y en las distintas UAI, y mantenida en estos espacios hasta el momento en que se cumpla integralmente la sentencia.

Dada la estigmatización asociada al VIH/SIDA, consideramos que previo a la publicación el Estado deberá consultar con las víctimas si desean que su nombre sea incluido en esta publicación, o si por el contrario desean que su nombre sea excluido.

c. Otorgar becas de estudio

La Corte, en diversas ocasiones, ha considerado "oportuno ordenar, como medida de satisfacción, que el Estado otorgue becas en instituciones públicas […] que cubran todos los costos de su educación hasta la conclusión de sus estudios superiores"[986], tomando en cuenta el impacto de las violaciones en el desarrollo personal de las víctimas[987].

En el caso concreto, ha quedado demostrado que los hechos violatorios generaron una afectación a los hijos de Felipe Ordoñez y Martina Candelaria Álvarez Estrada, quienes como consecuencia de la falta de atención integral de parte del Estado a sus padres y el empeoramiento en la salud de estos, tuvieron que abandonar sus estudios.

De ese modo, la señora Sayra Elisa Barrios, señala que como consecuencia de su estado de salud actual por la falta de una atención integral, no podrá seguir dando estudios a su hija menor, [redacted], quien actualmente está estudiando el básico.

[985] Corte IDH. *Caso Gómez Palomino Vs. Perú*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2005. Serie C No. 136. Párr. 142.
[986] Corte IDH. *Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México.* Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2010 Serie C No. 216, párr. 257
[987] Corte IDH. *Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México.* Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2010 Serie C No. 216, párr. 257

De igual modo, la señora Pascuala Mérida ha manifestado que por su situación económica, afectada por la infección, tanto de ella como su actual pareja, quisieran contar la posibilidad de becas para sus tres hijos,

Así también, las hijas de la víctima Audencio Rodas se vieron obligadas a abandonar los estudios y trabajar recolectando café para mantener a la familia.

De igual forma, hija mayor de las víctimas Zoila Marina Pérez y Santiago Valdez, tuvo que abandonar sus estudios para cuidar de sus hermanos, frente al deterioro de la salud de sus padres por la falta de una atención integral.

Por su parte, debido al detrimento de salud de la víctima Sandra Lisbeth, por la falta de una atención integral y por la falta de un empleo estable económicamente no pudo proveer de estudios a su hija menor Katherine Alejandra, quien abandonó los mismos al quinto de primaria para trabajar con su madre en la venta ambulante.

Así también, Lexana Rosbetty, hija de María Blanca Vail, no pudo continuar la carrera profesional a pesar de contar con una beca para ello, pues tenía que cuidar a su mamá.

Adicionalmente, varias de las víctimas tuvieron que abandonar sus actividades económicas debido al deterioro de su situación de salud como consecuencia de la falta de atención del Estado. Ello afectó su proyecto de vida. Esta afectación ocasionó para las víctimas cambios significativos tanto en sus vidas como en sus relaciones personales y sociales, afectando a su desarrollo personal[988].

Al respecto, varias de ellas han manifestado su voluntad de continuar trabajando, y en particular de recibir una formación técnica o profesional que les facilite el acceso al mercado laboral en condiciones dignas.

En atención a lo anterior, solicitamos a la Honorable Corte que requiera al Estado de Guatemala que otorgue una beca de estudios a cada una de las víctimas señaladas, y a aquellas que así lo deseen, la cual deberá cubrir todos los gastos hasta la completa finalización de sus estudios en los términos expuestos[989].

3. Garantías de no repetición

[988] Véase, *mutatis mutandis*, Corte IDH. Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2010. Serie C No. 216, párr. 257; Corte IDH. *Caso Fernández Ortega y otros Vs. México*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de agosto de 2010. Serie C No. 215, párr. 264.

[989] Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 373; Corte IDH. *Caso Gómez Palomino Vs. Perú*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2005. Serie C N°. 136, párr. 145.

A continuación, describimos las garantías de no repetición que en el caso concreto, contribuirían a evitar que vuelvan a ocurrir hechos violatorios como los que originaron el presente caso.

a. Medidas para garantizar la atención integral y adecuada a las personas con VIH en Guatemala

Como hemos descrito a lo largo de este escrito, las violaciones a los derechos humanos de las víctimas se dieron producto de la falta de una atención integral a su condición de personas con VIH/SIDA. Los obstáculos para la obtención de esta atención son el reflejo de factores estructurales que afectan a todas las personas con VIH/SIDA de Guatemala.

En atención a ello solicitamos a la Honorable Corte que ordene al Estado la adopción de las siguientes medidas destinadas a hacer frente a estos factores estructurales.

i. Creación de una base de datos y sistema de información único sobre la epidemia de VIH

Como ha quedado demostrado, en Guatemala no existe acceso a información oficial completa, precisa, confiable y contrastable relativa a las cifras y demás elementos que caracterizan la epidemia de VIH en el país, incluyendo aquellos relacionados con el acceso a la atención integral por parte de las personas con VIH. Tal y como señaló SEGEPLAN "dadas las características de notificación y monitoreo del VIH, es difícil poder tener un panorama certero del acceso a ARV (antirretrovirales) y su relación con la prevalencia en el país"[990].

Al respecto, la Ilustre CIDH ha señalado la obligación del Estado de producir información estadística desagregada relacionada con colectivos vulnerables[991]. Sobre ello, en su informe sobre los "Lineamientos para la Elaboración de Indicadores de Progreso en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales", la CIDH señaló que,

> (…) la obligación del Estado de adoptar medidas positivas para resguardar el ejercicio de derechos sociales tiene importantes derivaciones, por ejemplo, en cuanto al tipo de información estadística que el Estado debe producir. La producción de información debidamente desagregada, a efectos de determinar estos sectores desaventajados o postergados en el ejercicio de derechos, desde esta perspectiva, no es sólo un medio para garantizar la efectividad de una política pública, sino una obligación indispensable para que el Estado pueda cumplir con su deber de brindar a estos sectores atención especial y prioritaria. A modo de ejemplo, la

[990] Ver Anexo 9. Secretaría de Planificación de la Presidencia de la República de Guatemala – SEGEPLAN- Informe de Avances 2013. Política de Desarrollo Social y Población. Pág. 26.

[991] CIDH. El Derecho de acceso a la información en el marco del Sistema Jurídico Interamericano. OEA/Ser.L/V/II. CIDH/RELE/INF. 9/12 7 marzo 2011. Párrs. 35-36. Disponible en: https://www.oas.org/es/cidh/expresion/docs/publicaciones/ACCESO%20A%20LA%20INFORMACION%202012%202da%20edicion.pdfhttps://www.oas.org/es/cidh/expresion/docs/publicaciones/ACCESO%20A%20LA%20INFORMACION%202012%202da%20edicion.pdf

> desagregación de los datos por sexo, raza o etnia constituye una herramienta imprescindible para iluminar problemas de desigualdad[992].

Así también, el Comité DESC, ha precisado que es una obligación estatal la de producir bases de información a partir de las cuáles sea posible la validación de indicadores y, en general, el acceso a muchas de las garantías cubiertas por cada derecho social[993]. En ese sentido "es evidente que se requieren datos tanto cualitativos como cuantitativos a fin de evaluar de manera adecuada la situación"[994].

En virtud de lo anterior, las representantes consideramos imprescindible que, para que hechos como los del presente caso no se repitan, la Honorable Corte ordene al Estado de Guatemala que instaure un sistema de información única sobre el alcance de la epidemia del VIH en el país[995].

En ese sentido, dicho sistema de información debe contener como mínimo, informaciones estadísticas de todas las personas con VIH, atendidas en centros de atención del MSPAS e IGSS, así como centros privados, desagregada por sexo, edad, etnia, lengua, condición socioeconómica, nacionalidad, pertenencia a zona rural o urbana, y cualquier otro elemento que sea necesario para garantizar la efectividad de una política pública[996]. De igual manera, la base de datos debe incluir indicadores de género, por tipo de fuente de información y cobertura[997].

Dicha base de datos debe reflejar los presupuestos mínimos de cada institución, destinados a la atención integral del VIH, así como la información relativa a los rubros sobre los cuales se destina dicho presupuesto. Asimismo,

---

[992] CIDH. Lineamientos para la Elaboración de Indicadores de Progreso en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. OAS/Ser.L/V/II.132, Doc. 14. 19 de Julio de 2008. Párr. 58. Disponible en: http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdf. Disponible en: http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdf.

[993] ONU – Comité DESC. Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Doc. ONU E/C.12/2000/4 (2000). Párr. 63.

[994] ONU – Comité DESC. Observación general 1, Presentación de informes por los Estados Partes. Doc. ONU E/1989/22 (1989). Párr. 7.

[995] ONU – Comité DESC. Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Doc. ONU E/C.12/2000/4 (2000). Párr. 16.

[996] CIDH. Lineamientos para la Elaboración de Indicadores de Progreso en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. OAS/Ser.L/V/II.132, Doc. 14. 19 de Julio de 2008. Párr. 80. Disponible en: http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdfDisponible en: http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdf; ONU – Comité DESC. Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Doc. ONU E/C.12/2000/4 (2000). Párr. 12.

[997] CIDH. Lineamientos para la Elaboración de Indicadores de Progreso en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. OAS/Ser.L/V/II.132, Doc. 14. 19 de Julio de 2008. Párr. 80. Disponible en: http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdfDisponible en: http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdf

el órgano gestor de dicha base de datos debe contar con un presupuesto mínimo que le permita mantener actualizada la información[998].

ii. Elaboración de diagnóstico sobre las barreras legales y administrativas que impiden el abastecimiento permanente de medicamentos ARV y adoptar medidas con base en ello

Como quedó demostrado, la falta de medicamentos ARV como consecuencia del desabastecimiento crónico, así como tratamiento para las enfermedades oportunistas y otras relacionadas con el VIH, ocasionado tanto por medidas legislativas regresivas adoptadas por Guatemala como por la falta de medidas para disponer de manera efectiva de los recursos financieros, se ha traducido en la violación del derecho a la salud de las víctimas del presente caso.

Así, también se demostró que las causas estructurales del desabastecimiento son complejas y están intrínsecamente relacionadas con la Ley de Propiedad Industrial, los procesos administrativos de compra amparados en la Ley de Contratación del Estado y otros factores como la corrupción.

Al respecto, esta Honorable Corte, ha ordenado anteriormente, a efectos de garantizar un prestación de un bien o servicio básico adecuado y periódico, que el Estado elabore un estudio en un plazo de seis meses a partir de la notificación de la sentencia que permita determinar las causas que obstaculizan la prestación del servicio y la forma en que dirigirá sus acciones para remediar dicha situación[999].

En relación con ello, ha señalado que "para la elaboración del estudio, los especialistas encargados del mismo deberán tener los conocimientos técnicos específicos requeridos para cada tarea"[1000].

Asimismo,

> Una vez que el Estado remita al Tribunal el estudio, el mismo será transmitido a la Comisión y a los representantes, a efectos de que remitan las observaciones que estimen pertinentes. La Corte, teniendo en cuenta el parecer de las partes, podrá disponer que el Estado requiera a los especialistas que completen o amplíen el estudio. A partir de entonces el Estado deberá adecuar la entrega de bienes y servicios básicos a los miembros de la Comunidad a las conclusiones que los especialistas hayan arribado en su informe[1001].

---

[998] CIDH. Lineamientos para la Elaboración de Indicadores de Progreso en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. OAS/Ser.L/V/II.132, Doc. 14. 19 de Julio de 2008. Párr. 80. Disponible en: http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdf. Disponible en: http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdf.

[999] *Mutatis Mutandis* Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214, párr. 303.

[1000] *Mutatis Mutandis* Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214, párr. 304.

[1001] Corte IDH. *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214, párr. 305.

En tal virtud, esta representación considera imprescindible que, para garantizar que los hechos del presente caso no se repitan, este Alto Tribunal le ordene al Estado de Guatemala que elabore un diagnóstico sobre las limitaciones legales y administrativas que no permiten mantener el suministro permanente de tratamiento ARV a todas las personas con VIH en Guatemala.

Además, dicho diagnóstico deberá contemplar dentro de su análisis las barreras legales concernientes a la Ley de Propiedad Industrial así como a la Ley de Contrataciones del Estado, identificadas en el presente escrito. Asimismo, el Estado deberá elaborar una propuesta para adecuar la entrega de medicamentos de calidad y bajo costo disponiendo de manera efectiva del máximo de los recursos disponibles.

Adicionalmente, las representantes consideramos que una vez elaborado el diagnóstico, el mismo deberá ser transmitido a la Comisión y a los representantes, a efectos de que remitan las observaciones que estimen pertinentes. Así, la Honorable Corte, teniendo en cuenta el parecer de las partes, podrá disponer que el Estado requiera a los especialistas que completen o amplíen el estudio, y con base en ello iniciar las acciones necesarias para garantizar el acceso permanente a medicamentos[1002].

iii. Fortalecimiento de las Unidades de Atención Integral

Como quedó demostrado a lo largo del presente documento, gran parte de las falencias en la atención integral se derivan de: a) falta de personal médico, psicológico, nutricional y recursos humanos adecuados en general; b) falta de equipo para la elaboración de las pruebas de CD4 y Carga Viral; b) falta de equipo para la realización de exámenes de laboratorio convencionales; c) falta de insumos, como reactivos para la elaboración de los distintos exámenes; d) infraestructura inadecuada en las UAI[1003].

Al respecto, esta Honorable Corte, se ha referido al fortalecimiento de instancias del Estado como medida para garantizar la no repetición de los hechos. Así por ejemplo, en casos relacionados con la obligación del Estado de investigar los hechos, ésta ha señalado como medida de reparación la dotación

[1002] Corte IDH. *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214, párr. 305.

[1003] Ver Anexo 30. Procuraduría Derechos Humanos –PDH. Informe anual circunstanciado. Guatemala, 2016. Pág. 245. Así por ejemplo, la PDH en su informe anual de 2016 señaló lo siguiente "Con el objetivo de verificar las condiciones de atención en diferentes Unidades de Atención Integral (UAI), la IPDH monitoreó 20 de ellas, 17 de salud pública y 3 del seguro social. Se encontró que el 47% de las UAI adscritas al MSPAS reportaron falta de personal de todo tipo y únicamente tres clínicas tienen equipo para pruebas de CD4, donado por la Organización AHF-Guatemala. Los exámenes de laboratorio convencionales se realizan en el laboratorio clínico del hospital; sin embargo, los hospitales no cuentan con suficientes reactivos para la demanda de la población. Los hospitales de referencia son quienes más personas atienden (HGSJDD= 2,988; HR= 3,998); la mediana de pacientes que están siendo atendidos en UAI del sistema de salud pública es de 297. No se observó en ninguna UAI mejoras en las instalaciones (en el caso de la UAI de Escuintla se encontró heces fecales alrededor del hospital"

de recursos suficientes (económicos, humanos, logísticos y científicos), para cumplir con su obligación internacional[1004].

Las representantes consideramos que en aplicación a dichos estándares, *mutatis mutandis*, la Honorable Corte debe ordenar al Estado que dote de recursos económicos, humanos, logísticos, científicos y de infraestructura suficientes a cada una de las unidades de atención integral de VIH, con el fin de que puedan garantizar de manera efectiva el derecho a la salud.

En particular, el Estado deberá de dotar a cada una de las UAI de personal médico, psicológico y nutricional permanente; asimismo, equipo para la elaboración de las pruebas de CD4 y Carga Viral y equipo para la realización de exámenes de laboratorio convencionales. De igual forma, deberá garantizar que las UAI estén abastecidas de forma permanente de insumos, como reactivos para la elaboración de los distintos exámenes. Por último, debe acondicionar la infraestructura de cada una de las UAI para garantizar una atención adecuada y acorde con la cantidad de población que atiende.

b. Capacitaciones a los funcionarios de salud en materia de derechos humanos de las personas con VIH

En relación con en el apartado anterior en cuanto a la necesidad de contar con los recursos humanos adecuados, como parte de la atención integral, se encuentran las medidas dirigidas a mejorar las capacidades de los funcionarios del sistema de salud, a partir de la capacitación, lo cual ha sido considerado por la Honorable Corte, como un elemento "crucial para generar garantías de no repetición"[1005].

En ese sentido, la Corte en distintas oportunidades ha señalado que las capacitaciones en materia de protección de derechos humanos son una "manera de brindar al funcionario público nuevos conocimientos, desarrollar sus capacidades, permitir su especialización en determinadas áreas novedosas, prepararlo para desempeñar posiciones distintas y adaptar sus capacidades para desempeñar posiciones distintas y adaptar sus capacidades para desempeñar mejor las tareas asignadas"[1006].

En el presente caso*, mutatis mutandis*, debido al rol que jugaron los funcionarios del sistema de salud guatemalteco en los hechos violatorios así como el hecho de que actualmente persisten serias debilidades en la atención

[1004] Corte IDH. *Caso de la Masacre de las Dos Erres Vs. Guatemala*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2009. Serie C Nº 211, párr. 233.f); Corte IDH. *Caso Masacres de Río Negro Vs. Guatemala.* Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de septiembre de 2012. Serie C Nº. 250, párr. 257.e).

[1005] Corte IDH. *Caso de la Masacre de las Dos Erres Vs. Guatemala.*Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2009. Serie C Nº 211, párr. 252.

[1006] Corte IDH. *Caso Claude Reyes y otros Vs. Chile.* Supervisión de Cumplimiento de Sentencia. Resolución de la Corte IDH de 24 de noviembre de 2008, Considerando décimo noveno. Corte IDH. *Caso Escher y otros Vs. Brasil.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 6 de julio de 2009. Serie C No. 200, párr. 251.

que reciben las personas con VIH, esta representación estima necesario que el Estado implemente un programa permanente de capacitación para funcionarios del sistema de salud sobre los estándares internacionales en materia de derechos humanos y atención integral a personas con VIH, y que se haga especial mención a la sentencia emanada por el Tribunal Interamericano, tal y como esta Honorable Corte lo ha ordenado en otras oportunidades[1007].

c. Fortalecimiento de la respuesta para la prevención de la transmisión madre-hijo

Como ha quedado demostrado en los hechos del presente caso, la transmisión vertical de VIH fue una de las situaciones a las que algunas de las víctimas del caso estuvieron expuestas. Es así como en el caso de Corina Dianeth Robledo Alvarado, la falta de medidas de prevención de la transmisión del VIH, trajo como consecuencia la transmisión vertical a su hijo LAL.

El Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas ha precisado que es una obligación de los Estados realizar intervenciones y prestar atención en materia de "prevención de la transmisión materno-infantil del VIH"[1008], y ha puesto énfasis en que, como parte de las estrategias para la prevención primaria de la transmisión está la aplicación de medidas tales como el suministros de medicamentos esenciales (como lo son los fármacos antirretrovirales), cuidados apropiados durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio; la prestación de información sobre las diversas opciones de alimentación de los lactantes, los riesgos de éstos y que se brinde el apoyo complementario para que las mujeres pueden aplicar la opción que decidan[1009].

A su vez la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han señalado como parte de la Guía práctica para la ejecución de la estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en las Américas que las pruebas de VIH deben estar disponibles para todas las mujeres embarazadas en los servicios de salud públicos y privados[1010].

En el mismo sentido, la OMS señaló como parte de los indicadores del proceso para la validación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la cobertura de la atención prenatal de manera universal o casi universal[1011]; asimismo, en anteriores ocasiones ha recomendado "ofrecer a las mujeres

[1007] Corte IDH. *Caso Radilla Pacheco Vs. México.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de Noviembre de 2009. Serie C No. 209, párrs. 347 a) y 348. Corte IDH. *Caso Gomes Lund y otros ("Guerrilha do Araguaia") Vs. Brasil*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2010. Serie C No. 219, párr. 283.

[1008] Comité CRC. *Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24).* Observación General No. 15. CRC/C/GC/15, 17 de abril de 2013, párrs. 34 y 54.

[1009] Comité CRC. *El VIH/SIDA y los derechos del niño.* Observación General No. 3. CRC/GC/2003/3, marzo de 2003, párr. 26.

[1010] OPS y OMS. Guía Práctica para la ejecución de la Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en las Américas, 2014, pág. 22.

[1011] OMS. Orientaciones Mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis. 2015. Orientación 3.3.1.

pruebas de detección y asesoramiento […] como componente sistemático en todos los momentos de atención durante el embarazo, el parto y el puerperio, y de atención pediátrica", así como "repetir la prueba de detección en el tercer trimestre del embarazo, o durante el parto o poco después del mismo, ya que el riesgo de la infección por VIH es muy elevado durante la gestación"[1012].

Cabe resaltar que el Estado de Guatemala aprobó desde 2005 la Política Pública 638-2005[1013], en la que establece como acción estratégica para la reducción, contención y mitigación del impacto de ITS, VIH y SIDA el tamizaje universal de la sangre para descartar en ellos, entre otros, la presencia de VIH. Sin embargo, de acuerdo con datos de ONUSIDA, para 2015 sólo el 42% de las mujeres embarazadas en Guatemala han tenido acceso a pruebas de VIH[1014].

En virtud de lo anterior, las representantes consideramos oportuno que a fin de evitar la reiteración de los hechos, la Honorable Corte ordene al Estado guatemalteco que garantice de forma efectiva y universal el diagnóstico temprano de todas las mujeres embarazadas a través de los exámenes pertinentes durante el periodo de embarazo, el parto y el puerperio; que realice evaluaciones periódicas de los programas de atención; que lleve a cabo el seguimiento de las mujeres embarazadas, así como iniciativas de prevención de la transmisión vertical para garantizar el derecho a la vida digna e integridad de madres, hijos e hijas.

d. Campaña de sensibilización acerca del VIH/SIDA

Como ha quedado descrito a lo largo de este escrito, el VIH es una enfermedad que viene acompañada de una estigmatización que genera discriminación en contra de aquellas personas afectadas por ella.

En atención a ello se hace necesario visibilizar las situaciones de discriminación que afectan a las personas con VIH. La carencia de información, los estereotipos y prejuicios sociales favorecen la discriminación. En sentido contrario, la información favorece la inclusión.

En atención a ello y a que los hechos de este caso reflejan esta situación e estigmatización y discriminación, los representantes consideramos que es necesario que esta Honorable Corte ordene al Estado de Guatemala que lleve a cabo campañas de sensibilización que tenga alcance en los departamentos

[1012] OMS. Directrices Unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamietno y la prevención de la infección por VIH. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Junio de 2013. Orientación 5.1.4.2, pág. 73. Véase también: Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007, http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc2007/en.

[1013] Anexo 22. Acuerdo Gubernativo nº 638-2005, en virtud del cual se aprueba la Política Pública respecto de la Prevención de las Infecciones de Trasmisión Sexual -ITS- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA. 30 de noviembre de 2005. Eje 3.

[1014] ONUSIDA. Reportaje "Prevenir la transmisión maternoinfantil en zonas productoras de café en Guatemala", 8 de diciembre de 2016. Disponible en: http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2016/december/20161208_guatemala

de donde provienen las víctimas. Esta campaña debe llevarse a cabo en español y en los diferentes idiomas que hay en el país y debe estar dirigida a reducir el estigma asociado a la enfermedad, con énfasis en los ámbitos laboral y familiar así como en la divulgación de los derechos que asisten a la población que ha adquirido el VIH.

El objetivo de esta campaña que este fenómeno no permanezca oculto, que se conozcan y entiendan sus causas y consecuencias, propiciando que cada individuo tome un rol activo para combatirla.

Solicitamos que se ordene al Estado que el contenido de la referida campaña sea acordado con las víctimas y con los representantes.

C. Medidas pecuniarias

1. Daño material

El daño material supone la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, así como los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con ellos[1015].

Como se desprende de los hechos arriba mencionados, las víctimas del presente caso han tenido que asumir gastos económicos extras, derivados de la falta de una atención integral a su salud.

Por ejemplo, 12 de las víctimas manifestaron que se les había solicitado contribuciones económicas para comprar los insumos necesarios para realizar los exámenes de CD4, carga viral y genotipo, o adquirir por su cuenta algunos de los medicamentos necesarios para su tratamiento[1016]. Asimismo, al menos 7 tuvieron que costearse su propio tratamiento para las enfermedades vinculadas al VIH/SIDA por las que resultaron afectados[1017].

Por otra parte, debido a la distancia de los centros de atención de los domicilios de las víctimas, al menos una 20 de las víctimas incurrieron en gastos de transporte[1018].

[1015] Corte IDH. *Caso Juan Humberto Sánchez Vs. Honduras*. Interpretación de la Sentencia de Excepción Preliminar, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 26 de noviembre de 2003. Serie C No. 102, párr. 250.
[1016] Véase en la sección de hechos la información relativa a María Elena Morales, Sebastián Emilio Dueñas y Julia Aguilar, Luis Rubén Álvarez Flores, César Noe Cancinos Gómez, Aracely Cinto, María Felipe Pérez, Dora Marina Martínez Sofoija, Pascuala de Jesús Mérida, Audencio Rodas Rodríguez, Zoila Marina Pérez Ruiz y Santiago Francisco Valdez Aguilar
[1017] Véase en la sección de hechos la información relativa a María Felipe Pérez, Mardo Luis Hernández, Corina Dianeth Robledo Alvarado, Audencio Rodas Rodríguez, Zoila Marina Pérez Ruiz, Miguel Lucas Vail, Santos Vásquez Oliveros
[1018] Véase en la sección de hechos la información relativa a María Blanca Vail López, Jose Cupertino Ramírez, Sebastián Emilio Dueñas, Julia Aguilar, Luis Rubén Álvarez Flores, César Noe Cancinos Gómez, Aracely Cinto, Luis Rolando Cuscul Pivaral, María Felipe Pérez, Santos Isacar Vásquez Barrios, Mardo Luis Hernández , Dora Marina Martínez Sofoija, Pascuala de Jesús Mérida, Darinel Lopez Montes de Oca, Corina Dianeth Robledo Alvarado, Zoila Marina Pérez Ruiz, Santiago Francisco Valdez Aguilar, Francisco Sop Quiej.

Al momento de valorar estos gastos solicitamos a la Honorable Corte que tome en cuenta por un lado, el tiempo transcurrido desde que las víctimas fueron diagnosticadas y por el otro que la mayoría de ellas se encuentran en una precaria situación económica, por lo que estos gastos significaron importantes erogaciones para ellos. De hecho, en algunos casos las víctimas tuvieron que contraer deudas para poder costearlos y en otros se vieron imposibilitadas de acceder al tratamiento por no contar con los recursos necesarios para ello.

Asimismo, las mujeres que tuvieron hijos e hijas en esa época incurrieron en el gasto adicional de comprar la leche de fórmula para que sus bebés no resultasen contagiados con la enfermedad, pues ésta o no fue proporcionada, o fue insuficiente para asegurar la alimentación de los recién nacidos[1019].

Ahora bien, debido al transcurso del tiempo, las víctimas no cuentan con los comprobantes de los gastos antes mencionados, en tal sentido, solicitamos a la Honorable Corte que determine en equidad la cantidad correspondiente al daño material que deberá ser entregada a cada una de ellas.

2. Daño inmaterial o moral

Las indemnizaciones pecuniarias tienen el propósito principal de remediar los daños, tanto materiales como morales, que sufrieron las partes perjudicadas[1020]. Para que constituyan una justa expectativa, deberán ser proporcionales a la gravedad de las violaciones y del daño causado[1021].

Lo anterior debe tomar en cuenta "tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa […], el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario […]"[1022].

Una característica común a las distintas expresiones del daño moral es la imposibilidad de asignarles un "preciso equivalente monetario"[1023]. Por ello, para los fines de la reparación integral, las víctimas pueden ser objeto de compensación de dos maneras. La primera de ellas como ya se abarcó, corresponde a las medidas de satisfacción.

[1019] Véase en la sección de hechos la información relativa a María Elena Morales, Heidy Mariela Lucas González, Sayra Elisa Barrios, y Pascuala de Jesús Mérida.

[1020] Corte IDH. *Caso Aloeboetoe y otros*. Reparaciones y Costas. Sentencia de 10 de septiembre de 1993. Serie C No. 15, párrs. 47 y 49.

[1021] La Corte ha estimado que la naturaleza y el monto de las reparaciones "dependen del daño ocasionado en los planos tanto material como moral" (*cfr.* Corte IDH. *Caso de la "Panel Blanca" (Paniagua Morales y otros) Vs. Guatemala*. Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de mayo de 2001. Serie C No. 76, párr. 79.

[1022] Corte IDH. *Caso Pueblo Indígena Kichwa de Sarayaku Vs. Ecuador*. Fondo y reparaciones. Sentencia de 27 de junio de 2012. Serie C No. 245*, párr*. 318. Corte IDH. *Caso Villagrán Morales Vs. Guatemala.* Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de mayo de 2001. Serie C No. 77, párr. 84.

[1023] *Caso Villagrán Morales Vs. Guatemala.* Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de mayo de 2001. Serie C No. 77, párr. 84.

En segundo lugar, se logra la reparación del daño moral a través del "pago de una suma de dinero o la entrega de bienes o servicios apreciables en dinero, que el Tribunal determine en aplicación razonable del arbitrio judicial y en términos de equidad"[1024].

Para el caso concreto, hemos demostrado que a raíz de los hechos violatorios, existió una afectación autónoma a la integridad personal y a la vida, entre otros derechos, de las víctimas del presente caso.

Tales afectaciones, no solo se verán respaldadas por el testimonio de las víctimas, sino también por el peritaje propuesto por esta representación para tal efecto, el cual contribuirá a demostrar la afectación psicosocial a las víctimas del presente caso.

Estas afectaciones consistieron en el deterioro de su salud por la falta de una atención integral en su condición de personas con VIH, en ocasiones causándoles profundos sufrimientos, llegando incluso a causar la muerte de 13 de las víctimas de este caso.

Es evidente que esta situación le generó una profunda afectación a todas las víctimas, al verse expuestas a que el Estado que estaba llamado a protegerlas, incurriera en omisiones que ponían en riesgo su vida. La incertidumbre acerca de los efectos de la enfermedad y sus consecuencias frente a la falta de una atención adecuada las afectaron profundamente.

Además, como ya hemos desarrollado los familiares de las víctimas también se vieron afectados. Por una parte se vieron obligados a ser testigos del sufrimiento de sus seres queridos y al no poder hacer nada por remediar su situación. Por la otra, tuvieron que experimentar la carga de la atención de las personas con VIH, su estigmatización y la discriminación que en muchas veces trajo como consecuencia su condición.

En consecuencia, en atención a los elementos de hecho del presente caso, las violaciones cometidas, los sufrimientos ocasionados, la afectación a los proyectos de vida, así como las restantes consecuencias de orden inmaterial sufridas por las víctimas del presente caso[1025], solicitamos a este Alto Tribunal que ordene al Estado de Guatemala el pago por concepto de daño inmaterial en los siguientes términos en equidad.

3. Gastos y costas

La Honorable Corte ha establecido que:

> las costas y gastos están comprendidos dentro del concepto de reparación establecido en el artículo 63.1 de la Convención Americana […], toda vez que las actividades desplegadas por las víctimas con el fin de obtener

[1024] *Caso Villagrán Morales Vs. Guatemala.* Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de mayo de 2001. Serie C No. 77, párr. 84.
[1025] Corte IDH. *Caso Fornerón e hija Vs. Argentina.* Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de abril de 2012 Serie C No. 242, párr. 197

> justicia, tanto a nivel nacional como internacional, implican erogaciones que deben ser compensadas cuando la responsabilidad internacional del Estado es declarada mediante una sentencia condenatoria. [Este rubro] comprende los gastos generados ante las autoridades de la jurisdicción interna, así como los generados en el curso del proceso ante el Sistema Interamericano, teniendo en cuenta las circunstancias del caso concreto y la naturaleza de la jurisdicción internacional de protección de los derechos humanos. Esta apreciación puede ser realizada con base en el principio de equidad y tomando en cuenta los gastos señalados por las partes, siempre que su *quantum* sea razonable[1026].

Con base en ello, sostenemos que las víctimas del presente caso y sus representantes tenemos derecho al pago de los siguientes montos por concepto de gastos y costas.

a. Gastos y costas incurridas por la Dra. María Cristina Calderón Melgar[1027]

Durante todo el proceso, la Dra. María Cristina Calderón Melgar dio seguimiento a la situación de las víctimas del presente caso, a través de visitas a sus lugares de residencia para recabar información respecto de su estado de salud. Estos viajes generaron costos logísticos (pago de gasolina, transporte, alimentación y hospedaje para la representante así como de una persona que siempre le acompañaba), de materiales (papelería y útiles de oficina) y médicos (consultas para las víctimas) que fueron cubiertos integralmente por la Dra. Calderón.

A continuación se desglosan los gastos referidos a la última serie de viajes realizada entre diciembre 2016 y la fecha, de la cual anexamos los respectivos comprobantes[1028]:

Alimentación (2 personas y víctimas)	Q 5,103.25	USD 695.22
Transporte (víctimas)	Q 5,592	USD 761.80
Transporte y gasolina (2 personas)	Q 5,437.48	USD 740.75
Hospedaje (2 personas)	Q 3,625	USD 493.83
Papelería y útiles de oficina	Q 754.92	USD 101.62
TOTAL	**Q 20,512.65**	**USD 2,794.44**

Adicionalmente, desde el año 2000 a la fecha, la Dra. Caderón efectuó 14 viajes que implicaron gastos similares, sin embargo debido al transcurso del

[1026] Corte IDH. *Caso del Tribunal Constitucional (Camba Campos y otros) Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de agosto de 2013. Serie C No. 268, párrs. 315-316. Corte IDH. *Caso Garrido y Baigorria Vs. Argentina*. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de agosto de 1998. Serie C No. 39, párrs. 79 y 82.

[1027] Los gastos de la Doctora Calderón se sufragaron en Quetzales guatemaltecos, por lo que la conversión se realizó atendiendo al tipo de cambio vigente el 30 de marzo de 2017, por 7.34 quetzales por dólar.

[1028] Anexo 56. Comprobantes correspondientes a los gastos relacionados a la última serie de viajes realizada entre diciembre 2016 a la fecha.

tiempo, no cuenta con los comprobantes de los mismos, en tal sentido, solicitamos a la Honorable Corte que determine en equidad la cantidad de gastos y costas incurridas por la Dra. María Cristina Calderón Melgar, tomando como cantidad de referencia los montos señalados arriba[1029].

Por otra parte, durante el trámite del caso ante la Ilustre Comisión, la Doctora Calderón sufragó la totalidad de los gastos de dos viajes a la ciudad de Washington, D.C., Estados Unidos con el fin de participar en reuniones relacionadas con el presente caso ante la CIDH. Cabe señalar que, en uno de los viajes fue acompañada por dos de las víctimas del caso, de quienes también asumió todos los gatos. Debido al transcurso del tiempo, no cuenta con los comprobantes de los gastos incurridos en dichos viajes por lo que solicitamos a la Honorable Corte que determine en equidad la cantidad de gastos y costas incurridas por la representante.

De igual forma, la Doctora Calderón incurrió en un gasto de Q 2,400 (dos mil cuatrocientos quetzales guatemaltecos) correspondientes a USD 327.80 (trescientos veintisiete dólares con ochenta centavos de dólar de los Estados Unidos de América) por trámites legales relacionados con el presente caso[1030].

En atención a lo anterior, solicitamos que la Corte ordene que dicha cantidad sea reintegrada directamente por el Estado guatemalteco a la Doctora Calderón.

b. Gastos y costas incurridas la Asociación de Salud Integral

La Asociación de Salud Integral ha actuado como representante de las víctimas de este caso desde el inicio de este proceso.

La Asociación ha incurrido en gastos de transporte y alimentación para las víctimas en los momentos en los que se han llevado a cabo reuniones para discutir acerca del caso y en particular para la obtención de las declaraciones que se presentarán como anexo a este escrito.

No obstante, debido al paso del tiempo, no contamos con comprobantes de los gastos realizados, por lo que solicitamos que se fije el monto de gastos y Costas a favor de la Asociación de Salud Integral en equidad.

c. Gastos y costas incurridas por CEJIL

CEJIL ha actuado como representante de las víctimas en el proceso internacional desde agosto del año 2002. En el ejercicio de dicha representación ha incurrido en gastos que incluyen viajes y alojamiento.

[1029] Anexo 57. Comprobantes correspondientes trámites legales relacionados con el presente caso sufragados por la Dra. Calderón.
[1030] Anexo 57. Comprobantes correspondientes trámites legales relacionados con el presente caso sufragados por la Dra. Calderón

Los viajes realizados como parte del acompañamiento del caso lo fueron desde San José, Costa Rica, a Ciudad de Guatemala y a Washington DC, en los Estados Unidos.

Algunos de estos viajes no estuvieron exclusivamente vinculados con este caso, razón por la cual los montos se han establecido tomando en cuenta el tiempo aproximado que se invirtió en reuniones y otras gestiones directamente relacionadas con la representación del caso.

Igualmente, CEJIL ha incurrido en gastos correspondientes al trabajo jurídico dedicado a la atención específica del caso, lo que incluye la investigación, recopilación y presentación de pruebas, la realización de entrevistas y la preparación de escritos.

Considerando lo anterior, a continuación detallamos algunos de estos rubros:

	VIAJES		
	Viaje a Washington DC para audiencia de fondo del caso (19 de octubre de 2006)	1 abogada	USD 553,97[1031]
	Viaje a Guatemala para trabajo en relación con el caso (27 de noviembre a 2 de diciembre de 2011)	2 abogadas	USD 456,40[1032]
	Viaje a Guatemala para trabajo en relación con el caso (4 al 10 de agosto de 2013)	1 abogada	USD 566,49[1033]
	Viaje a Guatemala para trabajo en relación con el caso (25 de noviembre de 2013)	1 abogada	USD 63,50[1034]
	Viaje a Guatemala para trabajo en	1 abogada	USD 108,68[1035]

[1031] Anexo 61. Comprobantes correspondientes al viaje de una abogada a Washington DC para participar en la audiencia de fondo celebrada el 14 de marzo de 2007 en el marco del 126º Período de Sesiones. Se aplica un 30% de los gastos reportados puesto que, en el marco de dicho viaje, la abogada participó en otras actividades puntuales no vinculadas al caso.
[1032] Anexo 62. Comprobantes correspondientes al viaje de dos abogadas a Guatemala. Se aplica únicamente un 10% de los gastos que se comprueban puesto que, en el marco de dicho viaje, se participó de otras reuniones y actividades no vinculadas al caso.
[1033] Anexo 63. Comprobantes correspondientes al viaje de una abogada a Guatemala. Se aplica únicamente un 20% de los gastos que se comprueban puesto que, en el marco de dicho viaje, se participó de otras reuniones y actividades no vinculadas al caso.
[1034] Anexo 64. Comprobantes correspondientes al viaje de una abogada a Guatemala. Se aplica únicamente un 20% de los gastos que se comprueban puesto que, en el marco de dicho viaje, se participó de otras reuniones y actividades no vinculadas al caso.

	relación con el caso (4 al 13 de febrero de 2013)	1 abogado	USD 84,90[1036]
	Viaje a Guatemala para trabajo en relación con el caso (16 al 19 de agosto de 2016)	1 abogada	USD 114[1037]
	Viaje a Guatemala para trabajo en relación con el caso (7 al 15 de febrero de 2017)	1 abogada	USD 1.993,62[1038]
		1 abogado	USD 1.692,52[1039]
	Sub-total Viajes		**USD 5.634,07**
	SALARIOS Y GASTOS NOTARIALES		
	30% del salario correspondiente a tres meses dedicados a la elaboración de la petición inicial que se presentó ante la CIDH (junio - agosto 2003)	1 abogado	USD 2.336,02
	40% del salario correspondiente dos meses dedicados a preparar y presentar el escrito de fondo ante la CIDH (abril y mayo de 2005)	1 abogada	USD 2.617,94
	40% del salario correspondiente dos meses dedicados a preparar y presentar observaciones sobre el fondo ante la CIDH (julio y agosto de 2009)	1 abogada	USD 1.901,55

[1035] Anexo 65. Comprobantes correspondientes al viaje de una abogada a Guatemala. Se aplica únicamente un 10% de los gastos que se comprueban puesto que, en el marco de dicho viaje, se participó de otras reuniones y actividades no vinculadas al caso.
[1036] Anexo 66. Comprobantes correspondientes al viaje de un abogado a Guatemala. Se aplica únicamente un 10% de los gastos que se comprueban puesto que, en el marco de dicho viaje, se participó de otras reuniones y actividades no vinculadas al caso.
[1037] Anexo 67. Comprobantes correspondientes al viaje de una abogada a Guatemala. Se aplica únicamente un 40% de los gastos que se comprueban puesto que, en el marco de dicho viaje, se participó de otras reuniones y actividades no vinculadas al caso.
[1038] Anexo 68. Comprobantes correspondientes al viaje de una abogada a Guatemala. Este viaje fue dedicado en su totalidad al trabajo del caso.
[1039] Anexo 69. Comprobantes correspondientes al viaje de un abogado a Guatemala. Este viaje fue dedicado en su totalidad al trabajo del caso.

	40% del salario correspondiente a un mes, tiempo que se requirió para preparar y presentar el escrito previsto en el art 44.3 del Reglamento de la CIDH	1 abogada	USD 1.110,48
	25% del salario correspondiente a dos meses, 50% del salario de un mes y 100% del salario de un mes correspondiente al tiempo utilizado por una abogada para preparar y presentar el ESAP (diciembre de 2016 a marzo de 2017)	1 abogada	USD 6.604,46
	25% del salario correspondiente a dos meses, 50% del salario de un mes y 100% del salario de un mes correspondiente al tiempo utilizado por un abogado para preparar y presentar el ESAP (diciembre de 2016 a marzo de 2017)	1 abogado	USD 5.552,42
	Gastos por servicios notariales (marzo 2017)	-	USD 1.413,14[1040]
	Sub-total Salarios y gastos		**USD 21.536,10[1041]**
	TOTAL		**USD 27.170,08**

En consideración de lo anterior, respetuosamente solicitamos a la Honorable Corte que fije la cantidad de USD 27.170,08 (Veintisiete mil ciento setenta dólares con ocho centavos de dólar de los Estados Unidos de América) por concepto de gastos. Asimismo, solicitamos que la Corte ordene que dicha cantidad sea reintegrada directamente por el Estado guatemalteco a CEJIL.

d. Gastos futuros

[1040] Anexos 70. Contrato por servicios notariales para la autenticación de firmas de declaraciones de las víctimas, gastos de transporte y alimentación.
[1041] Anexos 58. Comprobantes de salarios (CEJIL).

Los gastos detallados arriba no incluyen la totalidad de aquellos a ser incurridos por las víctimas y sus representantes en lo que resta del trámite del caso ante la Honorable Corte. Estos gastos futuros comprenden, entre otros, los desplazamientos locales e internacionales y gastos adicionales que implique la efectiva rendición de testimonios y peritajes en la eventual audiencia ante la Corte, el traslado de las víctimas y las representantes a la misma, los gastos que demande la obtención de prueba futura, y los demás en que se pueda incurrir para la adecuada representación de las víctimas ante la Corte. Además, este monto debe considerar la etapa de cumplimiento de sentencia tanto a nivel nacional como internacional.

En atención a lo anterior, las representantes de las víctimas solicitamos a la Corte que, en la etapa procesal correspondiente, nos otorgue la oportunidad de presentar cifras y comprobantes actualizados sobre los gastos en los que se incurrirá durante el desarrollo del proceso contencioso internacional. Asimismo, desde ya solicitamos que en la sentencia que se dicte sobre el caso se prevea un monto para gastos de la etapa de supervisión de cumplimiento en los términos antes señalados.

V. SOLICITUD DE ACCESO AL FONDO LEGAL DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS

Con base en el Reglamento de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre el Funcionamiento del Fondo de Asistencia Legal de Víctimas (en adelante "Reglamento del Fondo"), solicitamos a la Honorable Corte que determine procedente la solicitud de asistencia legal de las víctimas de este caso para cubrir algunos costos concretos relacionados con la producción de prueba durante el proceso del presente caso ante la Corte.

El artículo 2 del citado Reglamento del Fondo dispone lo siguiente:

> La presunta víctima que desee acogerse al Fondo de Asistencia Legal de Víctimas deberá hacerlo saber a la Corte en su escrito de solicitudes, argumentos y pruebas. Deberá demostrar, mediante declaración jurada y otros medios probatorios idóneos que satisfagan al Tribunal, que carece de recursos económicos suficientes para solventar los costos del litigio ante la Corte Interamericana e indicar con precisión qué aspectos de su defensa en el proceso requieren el uso de recursos del Fondo de Asistencia Legal de Víctimas.

Tal como se desprende de la sección de hechos del presente documento, las víctimas se encontraban en condición de pobreza cuando fueron diagnosticadas con el VIH. Desafortunadamente, las condiciones de vulnerabilidad generadas a partir del diagnóstico del VIH en las víctimas, profundizaron en su situación de pobreza, ello hace que en actualidad permanezcan en la misma condición, razón por la cual les resulta imposible

hacer frente a los gastos que implica este proceso ante la Honorable Corte IDH[1042].

Si bien, hasta el momento las organizaciones representantes han asumido diversos gastos en ocasión del seguimiento al proceso nacional e internacional de búsqueda de justicia, el trámite del proceso ante esta Honorable Corte implica un aumento de los mismos, los cuales no podrán ser sufragados en su totalidad por las representantes.

Considerando lo expuesto, solicitamos a la Honorable Corte que los siguientes gastos sean cubiertos por el Fondo de Asistencia Legal:

- Gastos de viaje (pasaje, hotel y *per diem*) de las personas que la Corte llame a declarar en audiencia, incluyendo víctimas, testigos y peritos, de acuerdo al artículo 50 del Reglamento de la Corte;
- Gastos de notario/a pública derivados de las declaraciones de víctimas, testigos y peritos que la Corte considere pertinente recibir por *affidavit* de acuerdo al citado artículo;
- Gastos derivados de la realización de los peritajes psicosociales a las víctimas del presente caso para que la Corte IDH pueda valorar los impactos producidos por los hechos violatorios.

Finalmente, solicitamos que se requiera al Estado el reintegro de dichos gastos al Fondo de Asistencia Legal de Víctimas, de acuerdo al artículo 5 del Reglamento respectivo. Todo lo anterior, sin prejuicio de los montos en concepto de gastos y costas que la Honorable Corte determine para las víctimas y sus representantes y que deberán ser reintegrados directamente a estos.

VI. PRUEBA TESTIMONIAL, PERICIAL Y DOCUMENTAL

A. Declaraciones de las víctimas y prueba testimonial

1. **Félix de Jesús Cabrera Morales**, víctima del caso. Declarará sobre su diagnóstico como persona con VIH y la atención médica recibida desde ese momento en el IGSS, en particular al trato recibido del personal encargado de su cuidado y a los distintos obstáculos que ha enfrentado para obtener una atención integral.

   Asimismo se referirá a la forma en que la falta de un tratamiento integral como paciente de VIH ha afectado su vida y la de sus familiares y a las acciones que el Estado debe adoptar para reparar el daño causado, entre otros aspectos relacionados con el caso.

2. **Zoila Marina Pérez Ruiz,** víctima del caso. Declarará sobre su diagnóstico como persona con VIH y la atención médica recibida desde

[1042] Ver Declaraciones de cada una de las víctimas, de las cuales se desprende su condiciones de pobreza.

ese momento, en particular los distintos obstáculos que ha enfrentado para que el Estado le brinde una atención integral.

Asimismo se referirá a la forma en que la falta de un tratamiento integral como paciente de VIH ha afectado su vida y la de sus familiares y a las acciones que el Estado debe adoptar para reparar el daño causado, entre otros aspectos relacionados con el caso.

3. **Sandra Lisbeth Zepeda Herrera**, víctima del caso. Declarará sobre su diagnóstico como persona con VIH y la atención médica recibida desde ese momento, incluyendo los distintos obstáculos que ha enfrentado para que el Estado le brinde una atención integral, en particular, la falta de atención adecuada durante su embarazo.

   Asimismo se referirá a la forma en que la falta de un tratamiento integral como paciente de VIH ha afectado su vida y la de sus familiares y a las acciones que el Estado debe adoptar para reparar el daño causado, entre otros aspectos relacionados con el caso.

4. **Francisco Sop Quiej**, víctima del caso. Declarará sobre su diagnóstico como persona con VIH y la discriminación que sufrió a raíz de esto en su calidad de miembro del ejército guatemalteco. Asimismo se referirá a la atención médica recibida desde ese momento, incluyendo los distintos obstáculos que ha enfrentado para que el Estado le brinde una atención integral.

   Igualmente se referirá a la forma en que la falta de un tratamiento integral como paciente de VIH/SIDA ha afectado su vida y la de sus familiares y a las acciones que el Estado debe adoptar para reparar el daño causado, entre otros aspectos relacionados con el caso.

5. **Luis Rolando Cuscul Pivaral**, víctima del caso. Declarará sobre su diagnóstico como persona con VIH y la atención médica recibida desde ese momento, en particular al trato recibido por el personal médico y auxiliar y a los distintos obstáculos que ha enfrentado para obtener una atención integral por parte del Estado.

   Asimismo se referirá a la forma en que la falta de un tratamiento integral como paciente de VIH ha afectado su vida y la de sus familiares y a las acciones que el Estado debe adoptar para reparar el daño causado, entre otros aspectos relacionados con el caso.

6. **Marina Martínez Sofoija,** víctima del caso. Declarará sobre su diagnóstico como persona con VIH y la atención médica recibida desde ese momento, incluyendo los distintos obstáculos que ha enfrentado para que el Estado le brinde una atención integral, en particular, la falta de atención adecuada durante su embarazo.

   Asimismo se referirá a la forma en que la falta de un tratamiento integral como paciente de VIH ha afectado su vida y la de sus

familiares y a las acciones que el Estado debe adoptar para reparar el daño causado, entre otros aspectos relacionados con el caso.

7. **Ismerai Olivia Castañón,** víctima del caso. Declarará sobre su diagnóstico como persona con VIH y la atención médica recibida desde ese momento, en particular los distintos obstáculos que ha enfrentado para que el Estado le brinde una atención integral.

   Asimismo se referirá a la forma en que la falta de un tratamiento integral como paciente de VIH ha afectado su vida y la de sus familiares y a las acciones que el Estado debe adoptar para reparar el daño causado, entre otros aspectos relacionados con el caso.

8. **Carlos Fernando Coc Chajón,** hermano de Ismar Ramírez Chajón, víctima del caso fallecida por causas relacionadas con el VIH. Declarará sobre el diagnóstico recibido por su hermano y la falta de una atención integral por parte del Estado en su condición de paciente de VIH, incluyendo al trato que este recibió por parte del personal a cargo de su cuidado.

   Asimismo se referirá a la forma en que la falta de un tratamiento integral como paciente de VIH afectó la vida de su hermano, la suya y la de sus familiares y cómo su posterior muerte los afectó a él y a su familia. Igualmente declarará sobre las acciones que el Estado debe adoptar para reparar el daño causado, entre otros aspectos relacionados con el caso.

9. **Luis Alberto Hernández Estrada,** hijo de Elsa Miriam Estrada Ruiz, víctima de este caso, fallecida por razones relacionadas con el VIH. Declarará sobre el diagnóstico recibido por su madre y la falta de una atención integral por parte del Estado en su condición de paciente de VIH.

   Asimismo se referirá a la forma en que la falta de un tratamiento integral como paciente de VIH afectó la vida de su madre, la suya y la de sus familiares y cómo su posterior muerte los afectó a él y a su familia. Igualmente declarará sobre las acciones que el Estado debe adoptar para reparar el daño causado, entre otros aspectos relacionados con el caso.

10. **María Magdalena Rodas Mérida,** hija de Audencio Rodas Rodríguez, víctima de este caso. Declarará sobre el diagnóstico recibido por su padre y la falta de una atención integral por parte del Estado en su condición de paciente de VIH.

    Asimismo se referirá a la forma en que la falta de un tratamiento integral como paciente de VIH afectó la vida de su padre, la suya y la de sus familiares y sobre las acciones que el Estado debe adoptar para reparar el daño causado, entre otros aspectos relacionados con el caso.

11. **Matthew Anderson**, doctor en medicina graduado de la Universidad de Harvard y Profesor en medicina social y familiar, experto en la atención a personas con VIH.

    Dará su testimonio sobre su trabajo en Guatemala en la atención de pacientes con VIH a finales de la década de los años noventa y a su conocimiento de la situación de la atención del VIH en atención de su rol de supervisión de prácticas y estudios médicos en Guatemala desde entonces. A partir de ello, declarará sobre los principales obstáculos para una atención integral en dicho país, así como las medidas que el Estado debería adoptar para garantizarla.

12. **Rocío Samayoa Bran,** abogada integrante de la Red Legal y el Observatorio de Derechos Humanos y VIH en Guatemala. A partir de su experiencia de trabajo en las mencionadas organizaciones declararán sobre el contexto de falta de atención integral a las personas con VIH en Guatemala; los obstáculos para la obtención de este tipo de atención y las medidas que el Estado debe adoptar para superarlos.

B. Prueba pericial

1. **Alicia Ely Yamin,** Directora de la Iniciativa de Salud y Derechos Humanos del Instituto O'Neil de la Facultad de Derecho de la Universidad de Georgetown, experta en salud y derechos humanos. Rendirá declaración sobre las obligaciones estatales para garantizar el derecho a la salud, desde la perspectiva del derecho internacional de los derechos humanos y el derecho comparado en la región latinoamericana; los estándares internacionales para garantizar atención médica integral de personas que viven con VIH; la prohibición de regresividad en el derecho a la salud y las medidas estructurales que el Estado debería adoptar para garantizar el derecho a la salud de las personas con VIH, así como otros aspectos del presente caso.

2. **Antonio Solano Chinchilla,** doctor en medicina, infectólogo y experto en la atención a personas con VIH. Ha sido coordinador de la Clínica de VIH/SIDA del Hospital Calderón Guardia en Costa Rica por más de 10 años. Analizará los expedientes médicos de las víctimas a los que han tenido acceso los representantes con el fin de presentar a la Corte su opinión experta acerca de su adecuación a la normativa y estándares internacionales para el tratamiento del VIH y otros padecimientos asociados, así como las consecuencias de la falta de una atención integral, entre otros aspectos del presente caso.

3. **Olga Alicia Paz,** psicóloga con experiencia en estudios e investigación en materia de VIH/SIDA. Realizará un peritaje sobre los efectos psicosociales que el VIH/SIDA y la falta de una atención integral tiene en general en los afectados por esta enfermedad y en particular en las víctimas de este caso. También declarará sobre las medidas que el

Estado debería adoptar para reparar el daño causado a las víctimas, así como otros aspectos del presente caso.

4. Un experto en tratamiento de personas con VIH/SIDA en Guatemala. Declarará sobre el funcionamiento del sistema de salud guatemalteco durante el período que abarcan los hechos de este caso, en particular en relación al tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA. También se referirá a los obstáculos estructurales para que este tratamiento sea integral y a las medidas que el Estado guatemalteco debería adoptar para superarlos.

C. Declaraciones a título informativo

1. **Eduardo Arathoon Pérez,** doctor en medicina, infectólogo y experto en la atención a personas con VIH, co-representante de las víctimas del presente caso. Declarará sobre lo que conoce de los hechos de este caso incluyendo, el contexto en el que estos se dieron, la forma en el que monitoreó la situación de salud de algunas de las víctimas de este caso a lo largo de este proceso, las diferentes afectaciones que presentaron las víctimas monitoreadas por él frente a la falta de una atención integral, la situación de la atención de las personas que viven con VIH en Guatemala desde la época en que las víctimas fueron diagnosticadas hasta la actualidad y las medidas que el Estado debería adoptar para garantizar una atención integral a las personas que viven con VIH en Guatemala.

2. **Cristina Calderón Melgar,** doctora en medicina, maestra en atención integral a personas con VIH, co-representante de las víctimas del presente caso. Declarará sobre lo que conoce de los hechos de este caso incluyendo, el contexto en el que estos se dieron, la forma en el que monitoreó la situación de salud de algunas las víctimas de este caso a lo largo de este proceso, las diferentes afectaciones que presentaron las víctimas monitoreadas por él frente a la falta de una atención integral, la situación de la atención de las personas que viven con VIH en la actualidad en Guatemala y las medidas que el Estado debería adoptar para garantizar una atención integral a las personas que viven con VIH en Guatemala.

D. Prueba documental

Los anexos señalados en las notas al pie de página del presente escrito serán remitidos oportunamente a la Honorable Corte, de conformidad con el artículo 28 del Reglamento de la Corte. Los referidos anexos se enlistan a continuación:

Anexo 1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA). Orientaciones terminológicas del ONUSIDA. Marzo de 2007.

Anexo 2. DHHS Panel on Antirretroviral Guidelines for Adults and Adolescents- A working group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC). Guidelines for the Use of Antirretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. November 3, 2008.

Anexo 3. ONUSIDA. Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada de 2006.

Anexo 4. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006.

Anexo 5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Lucha contra el VIH y SIDA. Guatemala. Marzo de 2014.

Anexo 6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación de Salud en Guatemala. Indicadores básicos correspondientes a los años 1997, 1998, 1999, 2001, 2003, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011.y 2012.

Anexo 7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Epidemiología. Estadísticas del VIH. Octubre de 2016.

Anexo 8. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. USAID. Diagnóstico de Situación y Respuesta al VIH-SIDA. Análisis y Conclusiones. Guatemala, enero 2008. Guatemala.

Anexo 9. Secretaría de Planificación de la Presidencia de la República de Guatemala –SEGEPLAN- Informe de Avances 2013. Política de Desarrollo Social y Población.

Anexo 10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Regulación, Vigilancia y control de la Salud. Departamento de regulación de programas de atención a las personas. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Plan Estratégico Nacional 1999-2003.

Anexo 11. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. Cuarto informe mundial. 2004.

Anexo 12. UNAIDS. HIV and AIDS estimates (2013). Guatemala.

Anexo 13. Red Legal y su Observatorio de Derechos Humanos, VIH y PEMAR. 4º Informe Nacional sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas con VIH y poblaciones clave 2013-2015.

Anexo 14. Organización Panamericana de la Salud. Informe de Labores 2012-2013. Guatemala.

Anexo 15. ONUSIDA, “Informe nacional sobre los progresos realizados en la lucha contra el VIH y sida”. Guatemala. Marzo de 2012.

Anexo 16. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de la República de Guatemala. 1985.

Anexo 17. Congreso de la República. Decreto 295. Ley Orgánica del Instituto guatemalteco del Seguro Social.

Anexo 18. Procuraduría Derechos Humanos –PDH, Nota de la Procuradora Adjunta de los Derechos Humanos de Guatemala, 6 de marzo de 2017.

Anexo 19. Congreso de la República. Decreto 90-97. Código de Salud. 2 de octubre de 1997.

Anexo 20. Congreso de la República. Decreto nº 27-2000, Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA. 2 de junio de 2000.

Anexo 21. Acuerdo Gubernativo nº 317-2002. Reglamento de la Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA 6 de septiembre de 2002.

Anexo 22. Acuerdo Gubernativo nº 638-2005, en virtud del cual se aprueba la Política Pública respecto de la Prevención de las Infecciones de Trasmisión Sexual -ITS- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA. 30 de noviembre de 2005.

Anexo 23. Guía de Tratamiento Antirretroviral y de Infecciones Oportunistas de Guatemala. 2005.

Anexo 24. COPREDEH. Informe del Estado de Guatemala sobre las observaciones al informe de admisibilidad No. 32/05 aprobado en 122º Periodo Ordinario de Sesiones en el caso No. 12.484 de las personas afectadas por el VIH/SIDA en Guatemala.

Anexo 25. Prensa Libre. “En lucha por más vida. Portadores de VIH y afectados por el SIDA solicitan atención médica al Gobierno”. Guatemala. 14 de junio de 2002.

Anexo 26. Gobierno de la República. Política Pública respecto de la prevención a las infecciones de transmisión sexual –ITS- y a la respuesta a la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida –SDA-.(sic)

Anexo 27. Certificaciones de diversos centros de salud y hospitales públicos solicitando antirretrovirales en el mes de septiembre de 2008.

Anexo 28. Amparo nuevo de 28 de enero de 2008 en contra del Decreto 70-2007.

Anexo 29. Procuraduría Derechos Humanos –PDH. Informe anual circunstanciado. Situación de los Derechos Humanos y Memoria de Labores 2015. Guatemala. 2015.

Anexo 30. Procuraduría Derechos Humanos –PDH. Informe anual circunstanciado. Guatemala, 2016.

Anexo 31. MSPAS, Nota suscrita por la doctora Zoila Albina Guerra, directa de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de Salud Pública y Asistencia Social del MSPAS, 9 de marzo de 2017.

Anexo 32. Recurso de amparo interpuesto ante la Corte Suprema de Justicia de Guatemala de 15 de marzo de 2017.

Anexo 33. Listado de medicamentos protegidos por la ley de propiedad intelectual.

Anexo 34. Congreso de la República, Decreto 57-2000, Ley de Propiedad Industrial.

Anexo 35. Congreso de la República, Decreto 30-2005, Reforma a la Ley de Propiedad Industrial.

Anexo 36. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I y II.

Anexo 37. Comunicado de prensa de la Junta Directiva y Gerencia de IGSS de 13 de enero de 2017.

Anexo 38. Declaraciones de las víctimas.

Anexo 39. Expedientes clínicos recabados por los representantes: Dora Marina Martínez; Israel Pérez Charal; Karen Judith Samayoa; Katherine Alejandra Girón Zepeda; y Sandra Lisbeth Zepeda Herrera.

Anexo 40. Actas de defunción: Ismar Ramírez Chajón, Luis Edwin Cruz Gramajo, María Blanca Vail, Elsa Miriam Estrada, Silvia Mirtala Villatoro, Melvin Yovani Ajtún, José Cupertino Ramírez y María Dominga.

Anexo 41. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Ver escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág. 2).

Anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón. (Tabla con información actualizada respecto de cada una de

las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008).

Anexo 43. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010 (Anexo 2 del Escrito de las peticionarias del 10 de diciembre de 2010).

Anexo 44. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010 (Anexo 3 del Escrito de las peticionarias del 10 de diciembre de 2010)

Anexo 45. Certificado de nacimiento de Félix Cabrera.

Anexo 46. COPREDEH Oficio Ref. P-1209-2016/VHGM/WCA/au. 2 de diciembre de 2016. Guatemala

Anexo 47. National Institutes of Healt (NIH), Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America (HIVMA/IDSA). Guidelines for prevention and treatment of Opportunistic Infections in HIV- Infected Adults and Adolescents, June 18, 2008. (Anexo 3 de escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009).

Anexo 48. Programa Nacional de VIH/SIDA, Nota DIR 237/2004 de 8 de noviembre de 2004.

Anexo 49. Carta de 23 de noviembre de 2001 de la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA dirigida al entonces Ministro de Salud, Mario Bolaños.

Anexo 50. Carta de 27 de mayo de 2002 de la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA dirigida al Presidente Alfonso Portillo.

Anexo 51. Acción de amparo nueva presentada ante la Corte de Constitucionalidad de fecha 26 de julio de 2002. Anexo 4 del Informe de fondo de la CIDH.

Anexo 52. Sentencia de la Corte de Constitucionalidad de 29 de enero de 2003. Anexo 11 del Informe de fondo de la CIDH.

Anexo 53. Congreso de la República, Decreto 34-2004, de 21 de diciembre de 2004.

Anexo 54. Naciones Unidas. Asamblea General. A/RES/65/277 Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA. 8 de julio de 2011.

Anexo 55. Organización Mundial de la Salud, Asamblea Mundial de la Salud. Derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública. 56ª Periodo, WHA56.27/ A56/VR/10, 28 de mayo de 2003.

Anexo 56. Comprobantes correspondientes a los gastos relacionados a la última serie de viajes realizada entre diciembre 2016 y la fecha.

Anexo 57. Comprobantes correspondientes trámites legales relacionados con el presente caso sufragados por la Dra. Calderón.

Anexos 58. Comprobantes de salarios (CEJIL).

Anexo 59. Documentos de Médicos sin Fronteras.

Anexo 60. Información médica de Francisco Sop Quiej.

Anexo 61. Comprobantes correspondientes al viaje de una abogada a Washington DC para participar en la audiencia de fondo celebrada el 14 de marzo de 2007 en el marco del 126º Período de Sesiones.

Anexo 62. Comprobantes correspondientes al viaje de dos abogadas a Guatemala. Se aplica únicamente un 10% de los gastos que se comprueban puesto que, en el marco de dicho viaje, se participó de otras reuniones y actividades no vinculadas al caso.

Anexo 63. Comprobantes correspondientes al viaje de una abogada a Guatemala. Se aplica únicamente un 20% de los gastos que se comprueban puesto que, en el marco de dicho viaje, se participó de otras reuniones y actividades no vinculadas al caso.

Anexo 64. Comprobantes correspondientes al viaje de una abogada a Guatemala. Se aplica únicamente un 20% de los gastos que se comprueban puesto que, en el marco de dicho viaje, se participó de otras reuniones y actividades no vinculadas al caso.

Anexo 65. Comprobantes correspondientes al viaje de una abogada a Guatemala. Se aplica únicamente un 10% de los gastos que se comprueban puesto que, en el marco de dicho viaje, se participó de otras reuniones y actividades no vinculadas al caso.

Anexo 66. Comprobantes correspondientes al viaje de un abogado a Guatemala. Se aplica únicamente un 10% de los gastos que se comprueban puesto que, en el marco de dicho viaje, se participó de otras reuniones y actividades no vinculadas al caso.

Anexo 67. Comprobantes correspondientes al viaje de una abogada a Guatemala. Se aplica únicamente un 40% de los gastos que se comprueban puesto que, en el marco de dicho viaje, se participó de otras reuniones y actividades no vinculadas al caso.

Anexo 68. Comprobantes correspondientes al viaje de una abogada a Guatemala. Este viaje fue dedicado en su totalidad al trabajo del caso.

Anexo 69. Comprobantes correspondientes al viaje de un abogado a Guatemala. Este viaje fue dedicado en su totalidad al trabajo del caso.

Anexo 70. Contrato por servicios notariales para la autenticación de firmas de declaraciones de las víctimas, gastos de transporte y alimentación.

Anexo 71. Fondo Mundial, Hivos y ITPCO, "Estudios sobre las barreras legales de la propiedad intelectual aplicada a la adquisición de medicamentos ARV para VIH en Guatemala", diciembre de 2005.

VII. PETITORIO

Con base en todo lo anteriormente expuesto, las representantes respetuosamente solicitamos a la Honorable Corte que:

PRIMERO. Tenga por presentado, en tiempo y forma, este escrito y lo incorpore al expediente a los efectos correspondientes.

SEGUNDO. De acuerdo con los argumentos y pruebas que se presentan en el transcurso de este proceso, declare que:

1. Que el Estado de Guatemala es responsable de la violación de los derechos a la vida, protegido por el artículo 4 de la Convención Americana, en perjuicio de las víctimas fallecidas por razones relacionadas con el VIH en este caso, en concordancia con el incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 1.1 del mismo instrumento.

2. Que el Estado de Guatemala es responsable por la violación del derecho a la vida digna, a la integridad personal, protegidos en los artículos 4 y 5 de la CADH, en perjuicio de las 49 víctimas de este caso, por no haber garantizado su atención integral atendiendo a su condición de personas con VIH, ello en relación con el incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 1 de la CADH.

3. Que el Estado de Guatemala es responsable por la violación del derecho de las víctimas a la no discriminación, protegido por el artículo 1.1 de la CADH en perjuicio de las víctimas de este caso por no garantizarles una atención integral, accesible, aceptable y de calidad, tomando en cuenta las diversas situaciones de vulnerabilidad en las que viven.

4. Que el Estado de Guatemala es responsable por la violación de la prohibición de regresividad y por no disponer de manera efectiva del máximo de los recursos disponibles para garantizar el derecho a la salud de las víctimas, tal como lo dispone el artículo 26 de la CADH,

ello en concordancia con el incumplimiento de las obligaciones contenidas en los artículos 1.1 y 2.

5. Que el Estado de Guatemala es responsable por la violación del derecho a la integridad personal de los familiares de las víctimas (artículo 5 de la CADH), debido al sufrimiento experimentado a raíz de las afectaciones de sus seres queridos por la falta de una atención integral. Ello en concordancia con el incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 1.1 del mismo instrumento.

6. Que el Estado de Guatemala es responsable por la violación de los derechos a las garantías judiciales (artículo 8 de la CADH) y a la protección judicial (artículo 25 de la CADH) por el retardo injustificado y la falta de efectividad del recurso de amparo interpuesto. Ello en concordancia con el incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 1.1 de la Convención Americana.

TERCERO. Como consecuencia de las violaciones imputadas al Estado, se solicita a la Honorable Corte que le ordene reparar adecuadamente a las víctimas y a sus familiares, así como adoptar garantías de no repetición, conforme se estipula en el apartado correspondiente de este escrito.

VIII. FIRMAS

P/ la Dra. Cristina Calderón
Dra. Cristina Calderón

P/ el Dr. Eduardo Arathoon
Dr. Eduardo Arathoon
Asociación de Salud Integral

P/ Viviana Krsticevic
Viviana Krsticevic
CEJIL

P/ Marcia Aguiluz
Marcia Aguiluz
CEJIL

P/ Alejandra Vicente
Alejandra Vicente
CEJIL

Esteban Madrigal
CEJIL

Marcela Martino
CEJIL

Samantha Colli
CEJIL

CEJIL