



Guatemala, 03 de julio de 2017
Ref. P-920-2017/VHGM/LW/au

**Re.: Caso Cuscul Pivaral y Otros
Vs. Guatemala**

Señor Secretario

Tengo el agrado de dirigirme a usted y por su intermedio a los Honorables Jueces de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, con el propósito de remitir el Escrito de contestación del Estado de Guatemala a la demanda presentada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y al Escrito de Solicitudes Argumentos y Pruebas en el caso de referencia.

Con las muestras de mi distinguida consideración y alta estima.



Víctor Hugo Godoy Morales
Presidente



Señor
Pablo Saavedra Alessandri
Secretario
Corte Interamericana de Derechos Humanos



CASO CUSCUL PIVARAL Y OTROS VS. GUATEMALA

**ESCRITO DE CONTESTACIÓN DEL ESTADO DE GUATEMALA A LA
DEMANDA PRESENTADA POR LA CIDH Y OBSERVACIONES AL
ESCRITO DE SOLICITUDES ARGUMENTOS Y PRUEBAS.**

***Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos
Humanos -COPREDEH-***

Guatemala, julio de 2017

Abreviaturas

AGNU	<i>Asamblea General de Naciones Unidas</i>
ARV	<i>Antirretrovirales</i>
AZT	<i>Zidovudina</i>
BID	<i>Banco Interamericano de Desarrollo</i>
BM	<i>Banco Mundial</i>
CADH	<i>Convención Americana sobre los Derechos Humanos</i>
CC	<i>Corte de Constitucionalidad</i>
CD4	<i>Cúmulo de diferenciación 4</i>
CDC	<i>Centro para el control y prevención de enfermedades (Centers for Disease Control)</i>
CIDH	<i>Comisión Americana sobre Derechos Humanos</i>
COPREDEH	<i>Comisión Presidencial para los Derechos Humanos</i>
Corte IDH	<i>Corte Interamericana de Derechos Humanos</i>
CSJ	<i>Corte Suprema de Justicia</i>
DGSIAS	<i>Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud</i>
ESAP	<i>Escrito de Solicitudes Argumentos y Pruebas</i>
Estado	<i>Estado de la República de Guatemala</i>
Fondo Mundial	<i>Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria</i>

FMI	<i>Fondo Monetario Internacional</i>
HIVOS	<i>Instituto Humanista para la Cooperación al Desarrollo Holandés</i>
HN	<i>Hospital Nacional</i>
IGSS	<i>Instituto Guatemaltecos de Seguridad Social</i>
ITS	<i>Infecciones de transmisión sexual</i>
MCP	<i>Mecanismo Coordinador de País</i>
MINFIN	<i>Ministerio de Finanzas Públicas</i>
MP	<i>Ministerio Público</i>
MSPAS	<i>Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social</i>
OJ	<i>Organismo Judicial</i>
OMS	<i>Organización Mundial de la Salud</i>
OMC	<i>Organización Mundial del Comercio</i>
Pág	<i>Página</i>
Párr/s	<i>Párrafos/s</i>
PNS	<i>Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida</i>
PTMI	<i>Prevención de Transmisión Materno Infantil</i>
PVVS	<i>Personas que viven con VIH y Sida</i>
Representantes	<i>Representantes de las presuntas víctimas</i>
SIGSA	<i>Sistema de Información Gerencial de Salud</i>
TAR	<i>Tratamiento Antirretroviral</i>

TB	<i>Tuberculosis</i>
TRANS	<i>Transexuales</i>
UAI	<i>Unidad de Atención Integral</i>
USME	<i>Unidad de Supervisión Monitoreo y Evaluación</i>
UVG	<i>Universidad del Valle de Guatemala</i>
VICITS	<i>Vigilancia Centinela de Infecciones de Transmisión Sexual</i>
Vs.	<i>Versus</i>

INDICE

ABREVIATURAS.....	I
INDICE	IV
I. REPRESENTACIÓN DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA ANTE LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS	1
II. ANALISIS PRELIMINAR DE COMPETENCIA.....	1
III. TRÁMITE ANTE EL SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS.....	3
IV. DE LA CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA.....	6
1. PRONUNCIAMIENTO RESPECTO AL INFORME DE FONDO NO. 2/16 Y DEL ESAP	6
MEDIDAS CAUTELARES	6
V. CONTEXTO DE LOS HECHOS	7
1. EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH/SIDA).....	7
RESPUESTA INTERNACIONAL PARA COMBATIR LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA	8
Organización de las Naciones Unidas (ONU).....	8
Organización de las Naciones Unidas-Organización de los Estados Americanos (ONU-OEA)	10
2. SITUACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS GUATEMALA	10
SITUACIÓN DEL VIH/SIDA EN GUATEMALA	11
GUATEMALA Y LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA COMBATIR LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA.....	13
3. DERECHOS HUMANOS E INGRESOS FISCALES	15
VI. ANÁLISIS DE DERECHO	16
1. MARCO LEGAL EN EL PAÍS	16
DECRETOS LEGISLATIVOS.....	17
GUÍAS DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO	18
MANUAL DE ATENCIÓN.....	19
ACUERDO DE COOPERACIÓN TÉCNICA CON ORGANISMOS INTERNACIONALES	19
CONVENIO DE COOPERACIÓN ENTRE INSTITUCIONES NACIONALES.....	19
PROTOCOLOS DE ATENCIÓN Y VIGILANCIA.....	20
ACUERDOS MINISTERIALES	20
MECANISMOS DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO GUATEMALTECO	21
2. DE LA ALEGADA VIOLACIÓN AL DERECHO A LA VIDA E INTEGRIDAD PERSONAL ESTABLECIDOS EN EL ARTS. 4,1 Y 5.1 DE LA CADH EN RELACIÓN AL ART. 1.1 DEL MISMO INSTRUMENTO.....	21
3. DE LA ALEGADA VIOLACIÓN A LAS GARANTÍAS JUDICIALES ESTABLECIDO EN EL ART. 8 DE LA CADH EN RELACIÓN AL ART. 1.1 DEL MISMO INSTRUMENTO.....	25
4. DE LA ALEGADA VIOLACIÓN A LA PROTECCIÓN JUDICIAL ESTABLECIDO EN EL ART. 25 DE LA CADH EN RELACIÓN AL ART. 1.1, DEL MISMO INSTRUMENTO.....	27

5.	DE LAS ALEGADAS VIOLACIONES AL ART. 26 DE LA CADH EN RELACIÓN AL ARTÍCULO 1.1 Y 2 DE LA CADH	29
6.	ACCIONES PARA ASEGURAR LA PROGRESIVIDAD DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD	31
	<i>MEDIDA DE NO REGRESIÓN</i>	31
	<i>NORMATIVA DEL MSPAS PARA PREVENIR EL VIH</i>	40
	<i>ACCIONES PARA COMBATIR LA DISCRIMINACIÓN</i>	44
	<i>DIRECTRICES PARA COMBATIR LOS HECHOS DE CORRUPCIÓN</i>	45
	<i>INCREMENTO DE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA</i>	46
VII.	OBSERVACIONES DEL ESTADO RESPECTO A LAS REPARACIONES PLANTEADAS POR LA CIDH Y LOS REPRESENTANTES.....	47
VIII.	CONSIDERACIONES RESPECTO A LAS PRUEBAS OFRECIDAS POR LOS REPRESENTANTES	49
IX.	PRUEBAS OFRECIDAS POR EL ESTADO	50
1.	PRUEBA DECLARATORIA	50
2.	PRUEBA PERICIAL	50
3.	DECLARACIÓN A TÍTULO INFORMATIVO	50
4.	PRUEBA DOCUMENTAL	51
X.	ANUENCIA DEL ESTADO A NEGOCIAR UN ACUERDO DE SOLUCIÓN AMISTOSA	54
XI.	CONCLUSIÓN	54
XII.	ANEXOS	55
XIII.	PETITORIO	55

**ESCRITO DE CONTESTACIÓN DEL ESTADO DE GUATEMALA A LA DEMANDA
PRESENTADA POR LA CIDH Y OBSERVACIONES AL ESCRITO DE SOLICITUDES
ARGUMENTOS Y PRUEBAS EN EL CASO CUSCUL PIVARAL Y OTROS VS. GUATEMALA**

**I. REPRESENTACIÓN DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA ANTE LA
CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS**

1. El Estado de Guatemala (*en adelante* “Estado”) informa que en el presente caso será representado por el Presidente de Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos (*en adelante* “COPREDEH”), Sr. Víctor Hugo Godoy Morales y/o Director Ejecutivo, extremo que se acredita con la copia simple del Acuerdo Gubernativo N° 266¹.

2. Dicho Acuerdo indica:

“Artículo 1. Designar al Presidente y al Director Ejecutivo de la Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos –COPREDEH- para que en nombre del Estado de Guatemala, de forma conjunta o separada indistintamente, comparezcan ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos con el objeto de realizar las diligencias pertinentes ante la Comisión y Corte Interamericana de Derechos Humanos, en los casos tramitados ante dichas entidades internacionales en contra del Estado de Guatemala.”

II. ANALISIS PRELIMINAR DE COMPETENCIA

3. El Estado se adhirió a la Convención Americana sobre Derechos Humanos (*en adelante* “CADH”) el 27 de abril de 1978 y aceptó la jurisdicción contenciosa de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (*en adelante* “Corte IDH”) IDH el 9 de marzo de 1987, estableciendo en el artículo 1 que:

*“Declara que reconoce como obligatoria, de pleno derecho y sin convención especial, la competencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, sobre todos los casos relativos a la interpretación o aplicación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos”*²

¹ Anexo 1: Acuerdo Gubernativo N°. 266 de fecha 22.09.2016.

² Anexo 2: Acuerdo Gubernativo N°. 123-87 de fecha 20.02.1987.

4. Tomando en consideración lo expuesto, la Corte IDH es competente, en los términos del artículo 62.3 de la Convención, para conocer el presente caso, no obstante debería abstenerse dado que los peticionarios no interpusieron ni agotaron los recursos de jurisdicción interna, conforme los principios del Derecho Internacional generalmente reconocidos, como lo establece el art. 46 de la CADH.

No agotamiento de los recursos internos

5. Los distinguidos representantes de las víctimas (*en adelante* “Representantes”) afirman que “**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 resulto inefectivo**”³ (énfasis añadido)

6. Si bien la Corte IDH tiene la potestad para determinar el alcance de su propia competencia (*Compétence de la Compétence/Kompetenz-Kompetenz*)⁴, el Estado informa que los representantes no hicieron uso de los artículos 70 y 71 previstos en el *Capítulo Nueve Aclaración y Ampliación*⁵ de la Ley de Amparo, Exhibición Personal y de Constitucionalidad.

*“Artículo 70. Interposición. Cuando los conceptos de un auto o de una sentencia, sean **oscuros, ambiguos o contradictorios**, podrá pedirse que se aclaren. Si se **hubiere omitido resolver alguno de los puntos sobre los que versare el amparo, podrá solicitarse la ampliación.***

Artículo 71. Trámite y resolución. La aclaración y ampliación, deberán pedirse dentro de las veinticuatro horas siguientes de notificado el auto o la sentencia, y el tribunal deberá resolverlos sin más trámite dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes.” (énfasis añadido)

7. El Estado trae a colación que la jurisprudencia predominante de la Corte IDH, se ha referido que el amparo entra en el ámbito del art. 25 de la CADH y “*tiene que cumplir con varias exigencias, entre las cuales se encuentra[n] la idoneidad y la efectividad*”.⁶ Bajo ese entendido, el recurso de amparo debe ser idóneo “*para proteger la situación jurídica infringida, por ser aplicable a los actos de autoridad que implican una amenaza,*

³ ESAP, pág. 166.

⁴ Cfr. *Caso Baena Ricardo y otros. Sentencia de 28.11.2003. Serie C. No. 104, párr. 68*; *Caso del Tribunal Constitucional. Competencia, Sentencia de 24.09.1999. Serie C No. 55, párr. 31*; y *Caso Ivcher Bronstein. Competencia. Sentencia de 24.09.1999. Serie C No. 54, párr. 32.*

⁵ **Anexo 3: Decreto Nº 1-86. Ley de Amparo, Exhibición Personal y de Constitucionalidad.**

⁶ Corte IDH. *Opinión Consultiva OC-9/87, op. cit., párr. 24*, y *Caso De la Masacre de las Dos Erres vs. Guatemala*, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24.11.2009, párr. 107.

restricción o violación a [dichos] derechos protegidos”⁷ y efectivo, “conforme a los principios de concentración, celeridad, contradictorio y motivación de los fallos, [y] derechos de defensa”⁸.

8. En virtud de lo anterior, el Estado demuestra que no se agotaron los recursos internos en el presente caso, y por ello la Corte IDH debe declararlo inadmisibile, toda vez que conforme lo señalado, al momento de los hechos existían remedios procesales – en este caso no utilizados - que facultaban a interponer una aclaración u ampliación si consideraban que el recurso se resolvió de manera ambigua, contradictoria u omitió resolver alguno de los puntos sobre los que versare el amparo.

III. TRÁMITE ANTE EL SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS

9. En agosto de 2003 la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (*en adelante* "CIDH") recibió una petición⁹ señalando que el Estado no brindó ningún tipo de atención médica a favor de las presuntas víctimas desde que fueron diagnosticadas con VIH/SIDA entre los años 1990 y 2006, que el recurso judicial para remediar esta situación no resultó efectivo y que a partir del 2006 y 2007 recibieron atención médica por parte del Estado pero de manera deficiente y no fue integral. Específicamente, alegaban la violación a 49 personas el derecho a la vida (art. 4), integridad personal (art.5), garantías judiciales (art. 8), derecho a igual protección ante la ley (art. 24) y al desarrollo progresivo (art. 26) de la CADH en relación al art. 1.1. del instrumento internacional.

10. El Estado indicó que si bien las presuntas víctimas no recibieron atención médica pública en respuesta a su condición de personas que viven con VIH/SIDA, la recibían mediante una organización internacional sin fines de lucro; que posteriormente el Estado implementó diversas medidas de atención integral para todas las personas con VIH/SIDA en el país y que las presuntas víctimas estaban recibiendo una atención médica integral y adecuada a cargo de entidades públicas.¹⁰

11. En marzo de 2005, la CIDH admitió la petición respecto los derechos contenidos en los artículos 4 y 25 de la CADH en concordancia con el artículo 1.1 de dicho instrumento y

⁷ Corte IDH. *Caso De la Masacre de las Dos Erres vs. Guatemala. óp. cit.*, párr. 121.

⁸ *Ibíd*, párr. 233.e).

⁹ La petición fue presentada por el Centro por la Justicia y el Derecho Internacional, la Red Nacional de Personas que Viven con el VIH/SIDA, la Asociación Gente Unida, El Proyecto Vida, La Fundación Preventiva del SIDA Fernando Iturbide y la Asociación de Salud Integral.

¹⁰ Informe No. 2/16, *Caso 12.484, Fondo, Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA, Guatemala*, 13 de abril de 2016, párr. 3.

declarando inadmisibles los derechos establecidos en los arts. 8, 24 y 26 de la CADH.¹¹ En abril de 2016, concluyó en el informe de fondo¹² que el Estado era responsable por la violación de los derechos a la vida, integridad personal y protección judicial, establecidos respectivamente en los arts. 4.1, 5.1 y 25.1 de la CADH en relación al art. 1.1. del mismo instrumento en perjuicio de las víctimas y familiares establecidos a dicho informe, proponiendo tres recomendaciones.

12. El 1º de agosto de ese mismo año, el Estado informó a la CIDH sobre las medidas que estaba adoptando para cumplir las recomendaciones, y el 26 de agosto le solicitó una prórroga al plazo estipulado en el art. 51 de la CADH¹³, la cual además de ser concedida requirió al Estado informar sobre las medidas adoptadas para cumplirlas el 15 de noviembre de 2016.

13. Con fecha 23 de junio de 2016, se notificó a los peticionarios que COPREDEH gestionaba ante el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (*en adelante* “MSPAS”) la asistencia médica integral a favor de las 41 víctimas sobrevivientes individualizadas en el informe de fondo y le requirió información personal y de contacto respecto de las víctimas para iniciar -en caso que no lo estuvieran recibiendo- los procesos de atención en los términos recomendados por la CIDH¹⁴. En respuesta manifestaron su disposición a celebrar una reunión para conversar sobre los términos del cumplimiento de dichas recomendaciones¹⁵, misma que se llevó a cabo el 16 de agosto y a la cual asistieron los peticionarios y funcionarios de COPREDEH, MSPAS y Ministerio de Finanzas de Guatemala (*en adelante* “MINFIN”).

14. Adicionalmente, y debido a la precaria situación financiera del sector gubernamental, se implementó una mesa integrada por el MSPAS, MINFIN y COPREDEH con el objetivo de buscar recursos económicos disponibles para reparar a las víctimas del presente caso. Pese a esos esfuerzos, no fue posible contar con los mismos antes del plazo otorgado por la CIDH.

15. En noviembre de 2016, se remitió a la CIDH un informe¹⁶ sobre los avances en el cumplimiento a las tres recomendaciones. En relación a la primera, se indicó lo manifestado en el párrafo precedente y que se convocaría a los peticionarios al contar con

¹¹ CIDH, Informe No. 32/05, Petición 642-03, Admisibilidad, Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras personas afectadas por el VIH/SIDA, Guatemala, párrs. 40, 43 y 44, de fecha 7 de marzo de 2005. Disponible en: <https://www.cidh.oas.org/annualrep/2005sp/Guatemala642.03sp.htm>

¹² CIDH, Informe No. 2/16, Caso 12.484, Fondo, Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA, Guatemala, párr. 160.

¹³ COPREDEH. Oficio P-768-2016/VHGM/WCA/au, de fecha 26.08.2016.

¹⁴ COPREDEH. Oficio, Ref. P-528-2016-VHGM/WC/jmc, de fecha 20.06.2016.

¹⁵ CEJIL, Ref: Caso 12.484 Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA (Guatemala), de fecha 15.07.2016.

¹⁶ Anexo 4: COPREDEH. Oficio Ref. DE-22-2016, de fecha 15.11.2016.

la disponibilidad financiera. Respecto a las recomendaciones de adoptar las medidas para asegurar que todas las víctimas sobrevivientes cuenten con atención médica integral y de proveer tratamiento y atención en salud gratuita, integral e ininterrumpida, se informó de las acciones desarrolladas por el MSPAS. Entre ellas que se brinda gratuita e ininterrumpidamente tratamiento antirretroviral y seguimiento clínico y de laboratorio a 13,701 pacientes en las Unidades de Atención Integral (*en adelante* “UAI”) de los cuales 13,020 son adultos y 681 niños, entre otras acciones, la elaboración de un plan de compras que incluye reactivos, pruebas y medicamentos antirretrovirales por medio del Fondo Estratégico de la OPS para el año 2017, destinado a la adquisición de medicamentos antirretrovirales de las diferentes familias, la revisión e implementación de mecanismos serios y efectivos de supervisión y fiscalización periódica de los hospitales públicos a fin de asegurar una atención integral en materia de salud a las personas con VIH/SIDA que no cuenten con recursos para ello y ampliación y mejoramiento respecto de los programas de capacitación al personal de hospitales públicos a fin de asegurar que ejerzan sus labores de manera compatible con los estándares internacionales, entre otros.

16. El informe también dio respuesta a las solicitudes de los peticionarios, quienes solicitaron al Estado *“fortalecer el plan de compras para garantizar el acceso oportuno y permanente al tratamiento antirretroviral de primera, segunda y tercera línea, así como el tratamiento de las enfermedades oportunistas y otras relacionadas al VIH”; “fortalecer el plan de compras de los insumos necesarios para garantizar el acceso oportuno y permanente a todos los exámenes que requiere la atención integral de la enfermedad”; “la instalación de un secuenciador en un laboratorio de referencia al cual se puedan enviar genotipos virales del VIH que permitan detectar mutaciones que puedan predecir la resistencia del virus” y “Acciones dirigidas a fortalecer la red de centros de salud que brindan atención a las personas con VIH en aldeas y municipios alejados de la capital para garantizar el acceso al tratamiento y la atención, contemplando la superación de las barreras de accesibilidad geográfica y económica”*¹⁷.

17. En enero de 2017, la Corte IDH notificó al Estado que la CIDH sometió el caso a la jurisdicción de este Tribunal¹⁸, y con fecha 2 de mayo de 2017 remitió copia del Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas (*en adelante* “ESAP”). De conformidad con lo dispuesto en el art. 4.1 del Reglamento de la Corte IDH, el Estado presenta su contestación a los cuestionamientos de la CIDH y el ESAP en el presenta caso.

¹⁷ COPREDEH. *Oficio DE-22-2016/MJO/WCA/au*, párrs. 52 a 61.

¹⁸ Corte IDH. *REF.: CDH-16-2016/005. Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala*, de fecha 27.01.2017.

IV. DE LA CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

1. PRONUNCIAMIENTO RESPECTO AL INFORME DE FONDO NO. 2/16 Y DEL ESAP

18. La CIDH concluyó que el Estado es responsable por vulnerar los artículos 4.1, 5.1 y 25.1 de la CADH con relación al artículo 1.1 del mencionado cuerpo convencional¹⁹. Los representantes, adicionalmente reiteraron que el Estado fue responsable por no respetar los artículos 8 y 26 de la CADH.

19. En relación a los artículos 8 y 26 de la CADH, el Estado comparte el pronunciamiento de CIDH durante la tramitación del caso ante esa instancia, por carecer de elementos que caracterice una violación independiente del artículo 8 de la Convención²⁰ (véase *supra* párr. 11) y respecto al artículo 26 considera “*que en cuanto se trata del derecho a la salud hay una obligación de cumplimiento progresivo, y esto se refiere al derecho a la salud en general, tanto curativo como preventiva, y cuya atención es debida a toda la población*”²¹. De manera coincidente, la Corte IDH lo estableció en el Caso “*Cinco Pensionistas*” Vs. Perú²², en el año 2013.

20. En determinados casos el criterio de la Corte IDH ha sido que los derechos a la vida e integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana²³ y que toda persona tiene derecho a un recurso ante los jueces o tribunales competentes que los ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales, de conformidad con el art. 25 de la CADH²⁴.

21. Sin perjuicio de la responsabilidad que le compete a un Estado frente a sus obligaciones en materia de derechos humanos, también es importante ponderar las conductas y los hábitos de aquellas personas que padecen VIH/SIDA, como por ejemplo si ha tomado recaudos excepcionales en sus rutinas diarias, las cuales coadyuvarían al Estado a garantizar y respetar la CADH (ver *infra* párrs. 78-80).

MEDIDAS CAUTELARES

¹⁹ CIDH, Informe No. 2/16, Caso 12.484, Fondo, Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA, Guatemala, párr. 160.

²⁰ CIDH, Informe No. 32/05. Petición 642-03. Admisibilidad. Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras Personas afectadas por el VIH/SIDA, párr. 40.

²¹ CIDH, Informe No. 32/05. Petición 642-03. Admisibilidad. Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras Personas afectadas por el VIH/SIDA, párr. 42.

²² Corte IDH, Caso “Cinco Pensionistas” Vs. Perú. Sentencia de fondo de 28.02.2003, párr. 147.

²³ Corte IDH. Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21.05.2013. Serie C No. 261, párr. 130; y Caso Vera Vera y otra Vs. Ecuador. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19.05.2011. Serie C No. 226, párr. 43.

²⁴ CIDH, Demanda ante la Corte, María Reverón Trujillo, Venezuela, 09.11.2007, párr. 55. Caso Bámaca Velásquez Vs. Guatemala. Fondo. Sentencia de 25.11.2000. Serie C No. 70, párr. 191.

22. El 26 de agosto de 2003, junto con la petición inicial, los peticionarios presentaron una solicitud de medidas cautelares a favor de las 39 presuntas víctimas indicadas en su petición inicial, las cuales fueron comunicadas el 21 de abril de 2004 por la CIDH al Estado su decisión de otorgarlas a las 39 personas dado que no estarían recibiendo los medicamentos adecuados por parte del sistema de salud público de Guatemala. Dicha medida cautelar fue incorporada a las MC No. 321-02²⁵, se encuentran vigentes y la CIDH continúa monitoreando su cumplimiento²⁶.

23. El Estado hace de conocimiento de la Corte IDH que en mayo de 2017 remitió un escrito conteniendo las observaciones al informe que los peticionarios presentaron a la CIDH en diciembre del 2015²⁷. El escrito mencionado informa que la atención a personas con VIH se realiza en la Unidades de Atención Integral (*en adelante* “UAI”) ubicadas en 16 hospitales nacionales, las cuales brindan servicios de salud integral centrada en las personas y sus necesidades y que el MSPAS brinda cobertura global con tratamiento antirretroviral a más de 14,000 pacientes con VIH desagregados y que se han atendido a 29 beneficiarios de las medidas cautelares atendidas a través de las UAI de Clínicas Infecciosas del Hospital Roosevelt (2) y Hospital Regional de Coatepeque, Quetzaltenango (27), de los cuales 2 han fallecido, 5 se encuentran inactivos y 22 pacientes beneficiarios de la presente medida cautelar²⁸.

V. CONTEXTO DE LOS HECHOS

1. EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH/SIDA)

24. En junio de 1981, científicos en los Estados Unidos informaron de la primera evidencia clínica de la enfermedad, que más tarde se conocería como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA. Su causa, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se identificó dos años más tarde (1983). Desde el inicio de la epidemia, en torno a 78 millones de personas han contraído la infección del VIH y alrededor de 35 millones fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA y en el año 2015, 36,7 millones de personas vivían con el VIH. El virus del VIH está presente en los fluidos corporales de una persona que ha contraído la infección, se puede transmitir a través de relaciones sexuales sin protección y también se

²⁵ La medida cautelar No. 321-02 fue otorgada a favor de diez personas con VIH/SIDA en el año 2002, las cuales no hacen parte del caso. Posteriormente, en abril de 2004 fueron incluidas en dicha medida cautelar las 39 personas indicadas en la petición inicial de este asunto.

²⁶ CIDH, Informe No. 2/16, Caso 12.484, Fondo, Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA, Guatemala, párr. 10.

²⁷ La CIDH notificó al Estado el día 09.01.2017.

²⁸ COPREDEH. Ref-720-2017/VHMG/jd. Observaciones del Estado de Guatemala a la Ilustre Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) sobre el Informe rendido por los Peticionarios en relación con las medidas cautelares MC-321-02, de fecha 23 de mayo de 2017.

propaga entre las personas que consumen drogas intravenosas con agujas no esterilizadas, así como por medio de productos sanguíneos no controlados. Las madres pueden transmitirlo a sus hijos durante el embarazo, el parto o el amamantamiento si estas son seropositivas²⁹. Durante las décadas posteriores, la tasa de infección aumentó de forma drástica al igual que el número de fallecidos, pero un nuevo tratamiento antirretrovírico comenzó finalmente a prolongar la vida de aquellas personas que habían contraído el virus.

25. En 2015, de los 36,7 millones de personas vivían con el VIH, 17 millones tuvieron acceso a terapia antirretrovírica en el mes de diciembre, frente a los 15,8 millones de junio y los 7,5 millones de 2010. Sin embargo, a pesar que el número de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido, todavía existe una cantidad elevada de nuevas infecciones, así como de fallecimientos relacionados con el sida pues a manera de ejemplo debe consignarse que en el **año 2015, alrededor de 2,1 millones de personas contrajeron la infección del VIH y 1,1 millones murieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida.**³⁰

26. Las nuevas infecciones han disminuido un 6% desde 2010 (*un 50% entre los niños*) y los fallecimientos asociados al sida han caído un 45% desde su punto más alto en 2005. Desde que en el año 2000 se establecieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la respuesta mundial al VIH ha evitado que se produzcan 30 millones de nuevas infecciones y que cerca de 8 millones (*7,8 millones*) de personas mueran a causa del sida.³¹

RESPUESTA INTERNACIONAL PARA COMBATIR LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA

Organización de las Naciones Unidas (ONU)

27. El ex Secretario General de Naciones Unidas Kofí Annan afirmó que *“La lucha contra el SIDA no podrá ganarse si no se cuenta con los recursos necesarios. Es preciso que movilizemos entre 7.000 y 10.000 millones de dólares al año para financiar todos los aspectos de esta lucha en los países de medianos y bajos ingresos. Una parte de los fondos podrá obtenerse en los propios países afectados”*.³² (*énfasis añadido*) y representantes de Estados conscientes de la necesidad de examinar y hacer frente al problema del VIH/SIDA, declararon asumir el compromiso de enfrentar esta crisis adoptando medidas a nivel nacional, regional y mundial.

²⁹ Naciones Unidas. SIDA. Asuntos que nos importan. SIDA. Disponible en: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/aids/index.html>

³⁰ *Loc. cit.*

³¹ *Loc. cit.*

³² ONU. *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA*. Prólogo, pág. 3. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/aidsdeclaration_es_0.pdf

28. En ese sentido, la **Organización Mundial de la Salud** (en adelante “OMS”) como actor principal en la lucha contra el VIH y el SIDA, apoya la respuesta mundial del sector de la salud al SIDA; ejerce su liderazgo en las esferas prioritarias del tratamiento y la atención del VIH y la coinfección por el VIH y el bacilo de la tuberculosis; coordina junto a UNICEF las actividades de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y copatrocina el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

29. Adicionalmente, la epidemia del VIH/SIDA es el primer tema de salud examinado por los tres órganos principales de las Naciones Unidas: la Asamblea General (AGNU), el Consejo de Seguridad (CSNU) y el Consejo Económico y Social (ECOSOC).³³

30. **Asamblea General de las Naciones Unidas.** Durante su periodo extraordinario de sesiones de 2001 de la AGNU los Jefes de Estado y de Gobierno adoptaron la “*Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA*” incluyendo metas nacionales y acciones mundiales³⁴. En la Reunión de Alto Nivel celebrada en 2006 para examinar los progresos realizados se adoptó la “*Declaración Política sobre el VIH/SIDA*” para lograr el acceso universal de las personas con VIH a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo³⁵. En la Reunión de Alto Nivel sobre el SIDA de 2011 se identificaron los próximos pasos en la respuesta mundial a la enfermedad mediante la “*Declaración Política sobre el VIH/SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA*”³⁶.

31. **Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas**³⁷. Adoptó dos resoluciones sobre el VIH/SIDA. La primera en el 2000, expresando su preocupación por las posibles repercusiones negativas del VIH/SIDA en la salud del personal de mantenimiento de la paz y alentó a los Estados Miembros a fortalecer su capacidad para enfrentar la enfermedad³⁸. La segunda fue en el año 2011 al estudiar las repercusiones de la epidemia en situaciones de conflicto y post conflictos, así como en grupos vulnerables (especialmente mujeres)³⁹.

³³ OMS. *El VIH/SIDA en la ONU*. Disponible en: <http://www.who.int/un-collaboration/health/unga-hiv/es/>

³⁴ Resolución de la Asamblea General. *Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA – 2001*. Disponible en: <http://www.un.org/es/aids/ares262.shtml>

³⁵ Resolución de la Asamblea General. *Declaración Política sobre el VIH/SIDA – 2006*. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20060615_hlm_politicaldeclaration_ares60262_es_0.pdf

³⁶ Resolución de la Asamblea General. *Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA*. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_es.pdf

³⁷ El SIDA, es uno de los dos temas relacionados con la salud que ha sido examinado por el Consejo de Seguridad, el otro es el ébola.

³⁸ UN Security Council Resolution 1308 (2000) on the Responsibility of the Security Council in the Maintenance of International Peace and Security: HIV/AIDS and International Peace-keeping Operations Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20000717_un_sresolution_1308_en_1.pdf

³⁹ Resolución 1983 (2011) del Consejo de Seguridad de UN, aprobada por el Consejo de Seguridad en su 6547ª sesión. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110607_UNSC-Resolution1983_es.pdf

32. **Consejo Económico y Social.** En colaboración con el Presidente del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, celebró una reunión especial sobre los aspectos relacionados con el desarrollo de la pandemia del VIH/SIDA en 2001.

Organización de las Naciones Unidas-Organización de los Estados Americanos (ONU-OEA)

33. La **OEA y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA (ONUSIDA)** firmaron en el 2014 un Memorándum de Entendimiento donde se comprometen a trabajar coordinadamente en actividades de promoción y protección de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA, y en la realización de programas de prevención y educación del tema en la región. Dicho documento se realizó en el marco de la “*Resolución "Promoción y Protección de los Derechos Humanos de las Personas Vulnerables al VIH/SIDA, viviendo con, VIH/SIDA y afectadas por él en las Américas"*”⁴⁰, adoptada en junio de 2014 en Antigua Guatemala, y añadió que la cooperación permitirá crear un programa de trabajo que “no sería posible sin contar con la decidida cooperación y apoyo de ONUSIDA”. Durante el acto, el Secretario General de la OEA enfatizó en los avances alcanzados en la región en el combate del VIH/SIDA, pero destacó que quedan muchos retos pendientes, entre ellos la marginación y la discriminación. Según el comunicado de prensa difundido por la OEA, “**el número total de personas que viven con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe aumentó a 1,5 millones en 2012, debido principalmente a la limitada disponibilidad del tratamiento antirretroviral**”⁴¹ (énfasis añadido)

2. SITUACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS GUATEMALA

34. Luego de 36 años de conflicto armado interno, los Acuerdos de Paz firmados en 1996 representan una agenda nacional de reformas tendientes a reducir las causas estructurales que motivan la exclusión y la desigualdad de grandes grupos de población que viven en pobreza y pobreza extrema, según indica un informe de Naciones Unidas sobre el problema central del país y sus causas.⁴²

⁴⁰ La resolución de la Asamblea General de la OEA insta a los Estados Miembros a continuar sus esfuerzos en apoyo de leyes y políticas públicas que protejan los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas que viven con VIH/SIDA, y a incrementar la prevención y el tratamiento de las embarazadas y las madres, incluyendo la prevención de la transmisión madre-bebé. La resolución también promueve una mayor participación de la gente con VIH/SIDA en la toma de decisiones y en el diseño de políticas y programas para combatir la epidemia.

⁴¹ OEA. *La OEA y ONUSIDA cooperarán para avanzar en temas de derechos humanos y prevención del VIH/SIDA en las Américas*. Disponible en: http://www.oas.org/es/centro_noticias/comunicado_prensa.asp?sCodigo=C-001/14

⁴² OACNUDH. *Guatemala: Análisis de Situación del País / Guatemala: Common Country Assessment, Guatemala diciembre 2014, II. Problema central del país y sus causas*, pág. 18. Disponible en: <http://onu.org.gt/wp-content/uploads/2016/04/Estudio-de-Situacion-Guatemala.compressed.pdf>

35. Guatemala es signatario de los principales tratados internacionales de protección de los derechos humanos e invitó a numerosos expertos internacionales en materia de derechos humanos a visitar el país y asesorar en el fortalecimiento de sus políticas de derechos humanos. Asimismo, requirió a la Alta Comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos a establecer una oficina permanente en el país que asesore al Estado en el fortalecimiento de su política en el tema de derechos humanos⁴³.

36. Según un informe de OACNUDH, los esfuerzos por concretar los compromisos de Estado han permitido la generación de un conjunto de instituciones clave para el fortalecimiento de un Estado de derecho democrático y de respeto a los derechos humanos, el fortalecimiento de la sociedad civil, surgimiento de instancias y mecanismos que favorecen la participación ciudadana⁴⁴ (...).⁴⁵

SITUACIÓN DEL VIH/SIDA EN GUATEMALA

37. A finales de los años ochenta, el país comprendió que el derecho a la salud es un proceso integral de múltiples determinaciones, donde lo biológico es sólo un componente más y que alcanzar la salud para todos, cumpliendo con los requisitos de impacto, equidad, eficiencia

⁴³ El 10 de enero del 2005, el Gobierno de Guatemala y la Alta Comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos firmaron un Acuerdo para establecer formalmente una Oficina en el país. El Acuerdo fue aprobado por el Congreso de la República el 31 de mayo del 2005 y la Oficina inició labores formalmente el 20 de septiembre del mismo año. El establecimiento de la Oficina tiene la finalidad de contribuir a la protección y promoción de los derechos humanos de la población, y su mandato contempla: Observar la situación de los derechos humanos, a fin de asesorar a las autoridades en la formulación y aplicación de políticas, programas medidas para promover y proteger los derechos humanos en Guatemala. Asesorar al Estado guatemalteco y, en las esferas de su competencia, a representantes de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales y particulares. Promover la observancia de los derechos humanos y la aplicación de recomendaciones por mecanismos internacionales. Informar acerca de las actividades de la Oficina y la situación general de derechos humanos en el país, no solamente a través del informe anual de la Alta Comisionada, sino también a través de comunicados de prensa, pronunciamientos públicos, etc.

⁴⁴ Después de los Acuerdos de Paz se introdujeron al Organismo Ejecutivo cambios significativos en la estructura y burocracia del Estado, en 1997 fueron creados espacios como el Foro Nacional de la Mujer –FNM-, la Comisión Paritaria de Reforma y Participación –CPRP-, la Comisión para la Definición de Lugares Sagrados, el Consejo Nacional de los Acuerdo de Paz –CNAP-, de 1997-2007 nacen la Defensoría de la Mujer Indígena –DEMI-, la Secretaría Presidencial de la Mujer –SEPREM-, la Secretaría de Asuntos Agrarios –SAA-, el Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales –MARN-, la Policía Nacional Civil –PNC-, la Comisión Presidencial contra la Discriminación y el Racismo contra los Pueblos Indígenas en Guatemala, la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional –SESAN-, la Coordinadora del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional –SINASAN-, la Secretaría de Asuntos Administrativos y de Seguridad –SAAS-, la creación de la Superintendencia de Administración Tributaria –SAT-, el Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural –CONADUR-, el último avance en relación al fortalecimiento institucional del Ejecutivo se da en 2012 con la creación del Ministerio de Desarrollo Social –MIDES- y la creación del Gabinete de la Mujer, entre otros.

⁴⁵ OACNUDH. *Guatemala: Análisis de Situación del País / Guatemala: Common Country Assessment, Guatemala diciembre 2014, II. Problema central del país y sus causas, pág. 19.* Disponible en: <http://onu.org.gt/wp-content/uploads/2016/04/Estudio-de-Situacion-Guatemala.compressed.pdf>

social, articulación intersectorial es un típico problema económico. En esta perspectiva, la salud se encuentra condicionada por la falta de educación y pobreza extrema, que aunada a la ausencia de oportunidades de trabajo y el hacinamiento de las personas determinan la persistencia de las primeras cuatro causas de morbilidad general (...) típicas de un perfil epidemiológico propio de los países en vías de desarrollo⁴⁶.

38. Según el Informe “*El Sistema de Salud de Guatemala, ¿Hacia dónde vamos?*” la tríada representada por el médico, la tecnología (*diagnóstica/ terapéutica*) y el medicamento, determina que para el usuario de servicios de salud una “buena atención de salud” signifique esencialmente, tener acceso a esa tríada, independientemente de si la disponibilidad de la misma es necesaria o no, para resolver su problemática de salud. Esta creencia obstaculiza el impulso de iniciativas tendentes a la implementación de programas alternativos de atención de salud, cuya pertinencia cultural permitiría eventualmente, responder mejor a las necesidades de diversos grupos poblacionales, particularmente aquellos que no tienen acceso al sistema convencional de prestación de servicios de salud. En cuanto a la disponibilidad de servicios, en el año 2012 la red de servicios del MSPAS estaba distribuida en tres niveles de atención: el primer nivel con 1,101 establecimientos, el segundo nivel con 346 establecimientos y el tercer nivel con 45 hospitales (...) **El hecho de que en el área rural exista una gran dispersión poblacional**, lo cual se evidencia en que aproximadamente el 95% de las localidades existentes tiene menos de veinte mil habitantes; **hace sumamente difícil que el sistema convencional de prestación de servicios de salud, pueda dar respuesta a la demanda de servicios necesarios para alcanzar la meta social salud para todos**⁴⁷ (*énfasis añadido*). En este marco, el MSPAS ha definido los requisitos para instalar los centros de salud, regulado por el Acuerdo Ministerial 20-2016 correspondiente a la “*Normativa para la Categorización y Habilitación de la Red de Servicios de Salud*”.⁴⁸

39. El sistema de control y registro del MSPAS reportó el primer caso de SIDA en Guatemala en junio de 1984, en un hombre de 28 años de edad, guatemalteco proveniente de los Estados Unidos. De manera similar a otros países centroamericanos, todos los casos reportados durante los primeros dos años de la epidemia correspondieron a varones homosexuales, residentes en los Estados Unidos y **que regresaban a Guatemala en estadios avanzados de la enfermedad**. En abril y julio de 1986 se reportaron los primeros dos casos en mujeres guatemaltecas, de 34 y 31 años respectivamente, residentes también en los Estados Unidos y que referían haber sido hemotransfundidas.

⁴⁶ Nota: Prevenibles mediante el mejoramiento de las condiciones relacionadas con la higiene, la disminución del hacinamiento, la provisión de agua limpia y segura, y la construcción de una adecuada red de drenajes y servicios básicos, entre otros

⁴⁷ OACNUDH. *Guatemala: Análisis de Situación del País / Guatemala: Common Country Assessment, Guatemala diciembre 2014, II. Problema central del país y sus causas*, págs. 47 y ss. Disponible en: <http://onu.org.gt/wp-content/uploads/2016/04/Estudio-de-Situacion-Guatemala.compressed.pdf>

⁴⁸ Anexo 5: Acuerdo Ministerial N° 20-2016. *Normativa para La categorización y habilitación de la Red de Servicios de Salud*.

40. En abril de 1988, se reportaron los dos primeros casos de SIDA en personas residentes en Guatemala⁴⁹. De 1984 a diciembre 2013 en Guatemala se han reportado un total acumulado de 31,506 casos de VIH y de VIH avanzado, el 43.2% (13,608/31,506) corresponde a casos de VIH y el 56.8% (17,894/31,506) a casos de VIH avanzado.⁵⁰

41. Para enfrentar esta epidemia, el país elaboró un marco jurídico que promueve y protege los derechos humanos de las personas que viven con VIH, contemplando derechos sociales, salud seguridad, asistencia social, trabajo, no discriminación, el derecho a la salud sexual y reproductiva el derecho al no aislamiento y a una muerte digna, entre otros⁵¹. Conforme dicho estudio, la respuesta nacional a la epidemia de VIH/SIDA ha evolucionado a una respuesta amplia y multisectorial en los últimos años. Esto ha sido evidente desde la formulación del *Plan Estratégico Nacional de lucha contra el SIDA (PEN) 1999-2003*, cuyos resultados, aunque insuficientes, presentan una situación a juicio de los principales actores, mucho más clara que hace 15 años. **Sin duda la formulación y aprobación del PEN en 1999 y los subsiguientes en el 2006 y 2011 respectivamente, constituyen una de las acciones más importantes en la respuesta nacional coordinada de combate a la epidemia de VIH/SIDA.** Su importancia radica en dos aspectos: i) en su elaboración han participado los distintos sectores y organismos, tanto gubernamentales como no-gubernamentales y de la cooperación externa, y de manera integrada identificaron y priorizaron los objetivos estratégicos para enfrentar la epidemia; y ii) los participantes en la elaboración del PEN asumieron responsabilidades compartidas para la ejecución del mismo. Sin embargo, la ejecución de cada uno de los PEN se constituyó en un desafío de grandes magnitudes, dado que no se trataba de enfrentar solamente la epidemia en sí misma, sino todos los elementos que interactúan en dicha respuesta, tal como el ajuste y la actualización del marco legal, el financiamiento de las acciones contempladas, la necesaria coordinación intersectorial e interinstitucional, el fortalecimiento organizacional, etc.⁵²

GUATEMALA Y LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA COMBATIR LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA

⁴⁹ ONUSIDA. MSPAS. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. *Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Lucha Contra el VIH y SIDA*, pág. 6. Disponible en: <http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/file%2C94622%2Ces..pdf>

⁵⁰ *Ibid.*, pág. 7.

⁵¹ OPS, Fundación Fernando Iturbide, Informe de Taller, “*Elaboración De Agenda Temática Para Trabajo del Observatorio de Derechos Humanos, VIH Y PEMA*” 2012. Laura León, Marco Legal Relacionado con la Respuesta al VIH/Sida en Guatemala. 2007. Red Legal y su Observatorio de Derechos Humanos, Víctor Hugo Fernández, Marco Jurídico Guatemalteco e Internacional que protege los Derechos Humanos de las Personas que viven o que se supone que viven con VIH o Sida en razón del Ejercicio de su Sexualidad, 2012. Disponible en: <http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/file%2C94622%2Ces..pdf>, pág. 11.

⁵² ONUSIDA. MSPAS. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. *Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Lucha Contra el VIH y SIDA*, óp. cit., pág. 21 y 22.

42. En el ámbito internacional, tanto a nivel bilateral como en foros multilaterales son diversos los actores comprometidos con la prevención y lucha contra el VIH/SIDA, entre los que se encuentran la ONU, Organización Internacional de Trabajo (OIT), Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI), y la OMS.

43. Desde un enfoque transversal del tema Guatemala siempre ha apoyado las iniciativas surgidas en el seno de las Comisiones y Secretarías especializadas en temas de género de organismos internacionales, por ejemplo en la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de las Naciones Unidas, entre otros.

44. Atendiendo los desafíos de la lucha contra el VIH/SIDA y como parte de tales esfuerzos, Guatemala se ha visto beneficiada con asistencia de organismos internacionales especializados, entre otros, como la labor que realizan en el país instancias como ONUSIDA-Guatemala y OPS/OMS.

45. **ONUSIDA-Guatemala.** Acompaña al país en la recolección y disseminación de información estratégica sobre la epidemia y la respuesta al VIH. El Programa Conjunto provee asesoría técnica sobre marcos políticos relacionados con la respuesta al VIH, coordinación intersectorial, prevención, derechos humanos, género y movilización social. También promueve la sostenibilidad de los programas nacionales de VIH en los aspectos financieros, de asignación eficiente de recursos y de rendición de cuentas. El objetivo de ONUSIDA en Guatemala es facilitar el trabajo multiagencial que, conjuntamente con el Gobierno y la sociedad civil, tratan de encontrar alternativas para enfrentar el creciente problema social y de salud desencadenado por la epidemia del VIH. Además promueve la activa participación de Organismos No Gubernamentales y otras instancias comunitarios en acciones de prevención del VIH, y su consecuente atención y apoyo. Para lograr una respuesta más eficaz y coordinada en el país, una estrategia fundamental ha sido promover los principios de los “Tres Unos”: i) un marco acordado de acción sobre el sida que proporcione la base para coordinar el trabajo de todos los actores involucrados en Guatemala; ii) una autoridad nacional de coordinación del Sida, con un mandato multisectorial amplio; y iii) un sistema de vigilancia y evaluación establecido a nivel de país.

46. **OPS/OMS.** Tiene una Representación en Guatemala desde el año 1943 que trabaja en conjunto con autoridades gubernamentales, instituciones académicas y científicas, organizaciones de la sociedad civil, gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales y organismos de cooperación bilateral y multilateral en las siguientes áreas programáticas: i) Liderazgo y gestión, ii) **Enfermedades transmisibles y vigilancia;** iii) Enfermedades no transmisibles y promoción de la salud; iv) Salud en el ciclo de vida; v) Sistemas y Servicios de salud; y vi) Análisis, sistemas de información y equidad⁵³. En cuanto al área de Enfermedades transmisibles y vigilancia, se enfoca en la ejecución de políticas, planes y programas que

⁵³ Representante de la OPS/OMS en Guatemala. Oficina Sanitaria Panamericana. *La OPS/OMS en Guatemala*. Disponible en: http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=24:la-opsoms-en-guatemala&Itemid=389

permitan al país disminuir la carga social de las enfermedades transmisibles y riesgos asociados, apoyando al fortalecimiento de las capacidades de vigilancia, alerta y respuesta ante amenazas nuevas o reemergentes para la salud pública, entre ellas la Vigilancia epidemiológica y VIH/sida, ITS y Reglamento Sanitario Internacional (RSI), preparación, alerta y respuesta ante amenazas a la salud⁵⁴.

3. DERECHOS HUMANOS E INGRESOS FISCALES

47. El informe anteriormente citado de la OACNUDH, hace referencia que Guatemala los avances para aumentar la inclusión y la equidad social hasta el momento son limitados, ***entre otras causas debido a que el Estado no logra mejorar sus ingresos vía la recaudación fiscal***, mejorar el sistema de tributación hacia uno más progresivo, (...) ⁵⁵. (*énfasis añadido*)

48. El debate sobre la política fiscal en el marco del Sistema Interamericano de Derechos Humanos es una pieza fundamental en el acercamiento de las agendas económicas y de derechos en la región, debido a que las decisiones macroeconómicas, incluidas aquellas en materia tributaria y presupuestaria, influyen y determinan el nivel de goce efectivo de los derechos humanos.⁵⁶

49. Debido a su nivel de desarrollo, Guatemala requiere del apoyo internacional de instituciones monetarias, de desarrollo y que alientan el sistema multilateral del comercio, para combatir la pobreza, promover la prosperidad compartida o crear condiciones que permitan comercializar más eficazmente entre países, como lo son el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Organización Mundial del Comercio (OMC). El informe del BM “*Contra viento y marea: Política fiscal en América Latina y el Caribe desde una perspectiva histórica*” señala que países como Guatemala tuvieron políticas fiscales contracíclicas desde la crisis de 2008, derivado en un aumento del gasto público o de una bajada de impuestos para estimular la economía y tuvo como consecuencia mayores déficits fiscales.⁵⁷ Otro informe del BM también indicó que ***“Guatemala recauda la menor cantidad de ingresos públicos en el mundo en relación con el tamaño de su economía. Actualmente los ingresos públicos ascienden a menos del 12 por***

⁵⁴ Otras líneas de trabajo son: hepatitis, tuberculosis, enfermedades infecciosas desatendidas, zoonosis, enfermedades vectoriales, red nacional de laboratorios de salud pública, inocuidad de alimentos, epidemias y pandemias y enfermedades prevenibles mediante vacunación.

⁵⁵ OACNUDH. *Guatemala: Análisis de Situación del País / Guatemala: Common Country Assessment*, Guatemala diciembre 2014, II. Problema central del país y sus causas, págs. 18-19. Disponible en: <http://onu.org.gt/wp-content/uploads/2016/04/Estudio-de-Situacion-Guatemala.compressed.pdf>

⁵⁶ INESC. *Diálogo auspiciado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en el marco del 157° periodo de sesiones - 11 de abril de 2016*. Disponible en: <http://www.inesc.org.br/noticias-es/2016/politica-fiscal-y-derechos-humanos-en-tiempos-de-austeridad>

⁵⁷ El periódico. *FMI sugiere al país una reforma fiscal de “gran alcance”*. Disponible en: <https://elperiodico.com.gt/inversion/2017/04/19/fmi-sugiere-al-pais-una-reforma-fiscal-de-gran-alcance/>

ciento del PIB, muy por debajo del promedio de 26 por ciento en América Latina y el promedio mundial de 32 por ciento (...) Cabe destacar que Guatemala es el país con el nivel más bajo de gasto público en el mundo en relación con el tamaño de su economía”⁵⁸ (énfasis añadido).

50. La CIDH abordó por primera vez en el marco de sus audiencias temáticas, el vínculo entre la política fiscal y los derechos humanos en octubre de 2015 (156° período de sesiones). De conformidad con el Informe elaborado, en varios países de la región, las políticas fiscales no habrían contribuido a reducir la desigualdad y la pobreza, y en muchos casos la habrían profundizado. Los solicitantes indicaron que resulta importante y urgente que la CIDH aborde las políticas fiscales a la luz de los derechos humanos y solicitaron que elabore un informe temático sobre la política fiscal y los derechos humanos en las Américas y que en el informe sobre pobreza en América que se encuentra en elaboración, incluya un capítulo donde formule directrices y recomendaciones que orienten a los Estados en la adopción de políticas fiscales justas, requerimiento al que la CIDH expresó su interés en la materia, teniendo en cuenta el vínculo estrecho que hay entre tales políticas y las graves carencias en DESC (educación, salud, seguridad social, vivienda, derecho a la alimentación, entre otros) que viven los pueblos en la región⁵⁹.

51. El Estado se permite mencionar que para mitigar la situación que atraviesa en salud, a fines del 2016 el Directorio Ejecutivo del Grupo Banco Mundial (GBM) aprobó la nueva estrategia de alianza con Guatemala para el período 2017-2020, que se basa en dos pilares: fomentar la inclusión de grupos vulnerables y abordar los cuellos de botella para lograr un desarrollo sostenible. A partir de esta nueva estrategia, uno de sus cinco objetivos es **“aumentar el acceso a servicios básicos de salud, nutrición, agua y saneamiento”**.⁶⁰

VI. ANÁLISIS DE DERECHO

1. MARCO LEGAL EN EL PAÍS

52. La Constitución Política de la República de Guatemala (*en adelante* "CPRG") preceptúa que el goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna. En tal sentido, es obligación del Estado velar por la salud y asistencia social de todos los habitantes, desarrollando a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación a fin de procurar el más completo bienestar físico, mental y social.

⁵⁸ Grupo Banco Mundial. *ADN Capturando crecimiento Con una sección de enfoque sobre empleo. Resumen Ejecutivo*. Agosto de 2014 Primera Edición, pág. 9. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/287911468036553099/pdf/904910WP0SPANISH0Box385319B00PUBLIC0.pdf>

⁵⁹ CIDH. 156 Informe sobre el 156 Período de Sesiones, págs. 17-18. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/docs/Informe-156.pdf>

⁶⁰ Banco Mundial. *Guatemala Panorama General*. Estrategia. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/country/guatemala/overview#2>

En el plano internacional, Guatemala se adhirió a la CADH el 27 de abril de 1978 y aceptó la jurisdicción contenciosa de la Corte IDH el 9 de marzo de 1987 (véase *supra* parr. 3). En razón de su mandato constitucional y de obligación de respetar y garantizar la CADH, se lleva a conocimiento acciones impulsadas a través de la promulgación de decretos, acuerdos gubernativos, protocolos de atención, convenios de cooperación, manuales, entre otros, los cuales se presentan de manera resumida a continuación.

DECRETOS LEGISLATIVOS

53. **CÓDIGO DE SALUD** (*Decreto 90-97 del Congreso de la República de Guatemala*)⁶¹, por el Estado velará por garantizar la prestación del servicio de salud a toda persona guatemalteca, en forma gratuita..

54. **LEY PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR** (*Decreto N° 97-1996 del Congreso de la República de Guatemala*)⁶² que regula la aplicación de medidas de protección para garantizar la vida, integridad, seguridad y dignidad de las víctimas de violencia intrafamiliar, así como brindar protección especial a mujeres, niños jóvenes, ancianos y personas discapacitadas, tomando en consideración las situaciones específicas de cada uno, cuyas medidas de protección son independientes de las sanciones específicas establecidas por hechos constitutivos de delitos.

55. **LEY GENERAL PARA EL COMBATE DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA –HIV- Y EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA –SIDA- Y DE LA PROMOCIÓN PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS ANTE EL VIH/SIDA** (*Decreto N° 27-2000 del Congreso de la República de Guatemala*)⁶³ tiene por objeto crear un marco jurídico que implemente mecanismos para la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las ITS-, VIH- y el SIDA-, así como para garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas enfermedades y su reglamento contenido en el Acuerdo Gubernativo 137-2002 de la Presidencia de la República de Guatemala, que tiene por objeto normar lo relativo a los mecanismos necesarios para el cumplimiento de la Ley y garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas enfermedades.

56. **LEY DE DESARROLLO SOCIAL** (*Decreto N° 42-2001 del Congreso de la República de Guatemala*)⁶⁴ que crea un marco jurídico para implementar procedimientos legales y políticas públicas para la promoción, planificación, coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones gubernativas y del Estado encaminadas al desarrollo de la persona humana en

⁶¹ Anexo 6: Decreto N° 90-97 del Congreso de la República de Guatemala. *Código de Salud*.

⁶² Anexo 7: Decreto N° 97-1996 del Congreso de la República de Guatemala. *Ley Para Prevenir, Sancionar y Erradicar La Violencia Intrafamiliar*.

⁶³ Anexo 8: Decreto N° 27-2000 del Congreso de la República de Guatemala. *Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –HIV- y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA- y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA*.

⁶⁴ Anexo 9: Decreto N° 42-2001 del Congreso de la República de Guatemala. *Ley De Desarrollo Social*.

los aspectos social, familiar, humano y su entorno, con énfasis en los grupos de especial atención.

57. **LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA** (*Decreto N° 27-2003 del Congreso de la República de Guatemala*)⁶⁵ es un instrumento jurídico de integración familiar y promoción social, que persigue el desarrollo integral y sostenible de la niñez y adolescencia guatemalteca.

58. **LEY CONTRA EL FEMICIDIO Y OTRAS FORMAS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER** (*Decreto N° 22-2008 del Congreso de la República de Guatemala*)⁶⁶ para garantizar la vida, la libertad, la integridad, la dignidad, la protección y la igualdad de todas las mujeres ante la ley y tiene como fin promover e implementar disposiciones orientadas a la erradicación de la violencia física, psicológica, sexual, económica o cualquier tipo de coacción en contra de las mujeres, garantizándoles una vida libre de violencia, según lo estipulado en la Constitución Política de la Republica e instrumentos internacionales sobre derechos humanos de las mujeres.

59. **LEY CONTRA LA VIOLENCIA SEXUAL, EXPLOTACION Y TRATA DE PERSONAS** (*Decreto N° 9-2009 del Congreso de la República de Guatemala*)⁶⁷ tiene por objeto prevenir, prevenir, sancionar y erradicar la violencia sexual, la explotación y la trata de personas, la atención y protección de sus víctimas y resarcir los danos y perjuicios ocasionados.

60. **LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE** (*Decreto N° 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala*)⁶⁸ tiene por objeto implementar mecanismos para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido y promover el desarrollo humano asegurando la maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información oportuna, veraz y completa y servicios de calidad antes y durante el embarazo, parto o posparto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materno-neonatal.

61. **LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO** (*Decreto N° 57-92 del Congreso de la República de Guatemala*)⁶⁹ tiene por objeto normar las compras, ventas, contrataciones, arrendamientos o cualquier otra modalidad de adquisición pública, que realicen los organismos del Estado, entre otros y su respectivo Reglamento.

GUÍAS DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

62. **GUÍA DE ATENCIÓN NUTRICIONAL EN PERSONAS CON VIH, EMITIDA EN EL MES DE DICIEMBRE DE 2011 POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**⁷⁰, que contiene

⁶⁵ Anexo 10: Decreto N° 27-2003 del Congreso de la República de Guatemala. *Ley De Protección Integral de la Niñez Y Adolescencia*.

⁶⁶ Anexo 11: Decreto N° 22-2008 del Congreso de la República de Guatemala. *Ley Contra el Femicidio y Otras Formas de Violencia contra la Mujer*.

⁶⁷ Anexo 12: Decreto N° 9-2009 del Congreso de la República de Guatemala. *Ley Contra La Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas*.

⁶⁸ Anexo 13: Decreto N° 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala. *Ley Para La Maternidad Saludable*.

⁶⁹ Anexo 14: Decreto N° 57-92 del Congreso de la República de Guatemala. *Ley de Contrataciones del Estado*.

⁷⁰ Anexo 15: MSPAS. *Guía de Atención Nutricional en Personas Con VIH. MSPAS (2011)*.

lineamientos a la atención nutricional de personas con VIH que se encuentran en el tercer nivel de atención en la red hospitalaria nacional, buscando satisfacer al usuario con enfoque de género, pertinencia cultural y respeto a los derechos humanos.

63. **GUÍA DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y DE INFECCIONES OPORTUNISTAS EN GUATEMALA 2013, EMITIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**⁷¹ contiene recomendaciones sobre los esquemas de medicamentos antirretrovirales ampliando la propuesta al uso de tercera línea para el manejo clínico de adultos, mujer embarazada y niños que viven con VIH, son el propósito de mejorar la calidad de la atención integral, servir como directriz para el manejo y seguimiento clínico de las personas que viven con VIH a nivel nacional.

MANUAL DE ATENCIÓN

64. **MANUAL PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE MUJERES QUE VIVEN CON VIH Y VIH AVANZADO (SIDA)**⁷² tiene por objeto brindar lineamientos técnicos para el abordaje integral de la salud sexual y reproductiva de mujeres que viven con VIH y estandariza los procedimientos vinculados a la atención integral, a fin de contribuir con la mejora de la calidad en la atención y prestación de servicios. (véase también Anexos 27, 28 y 29)

ACUERDO DE COOPERACIÓN TÉCNICA CON ORGANISMOS INTERNACIONALES

65. **ACUERDO DE COOPERACIÓN TÉCNICA PARA LA ADQUISICIÓN DE BIOLÓGICOS, REACTIVOS, MEDICAMENTOS Y OTROS INSUMOS RELACIONADOS ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA Y LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD AL AMPARO DEL CONVENIO BÁSICO PARA PROYECTO DE SALUD EN GUATEMALA (2013)**⁷³ tiene por objeto establecer los términos de cooperación técnica entre la OPS/OMS y el MSPAS, la prevención, promoción, detección, tratamiento y vigilancia epidemiológica de las principales causas de morbilidad (enfermedad) y mortalidad (muerte) en el país y fortalecer la capacidad nacional para la adquisición de biológicos, reactivos, medicamentos, micronutrientes, otros insumos y equipos de salud.

CONVENIO DE COOPERACIÓN ENTRE INSTITUCIONES NACIONALES

66. **CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL “PREVENIR CON EDUCACIÓN” ENTRE EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

⁷¹ Anexo 16: MSPAS. *Guía de Tratamiento Antirretroviral y de Infecciones oportunistas (2013)*.

⁷² Anexo 17: MSPAS. *Manual para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres que viven con VIH y VIH Avanzado*.

⁷³ Anexo 18: MSPAS-OPS/OMS. *Acuerdo de Cooperación Técnica para la Adquisición de Biológicos, Reactivos, Medicamentos y otros insumos relacionados entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República de Guatemala y La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud al amparo del Convenio Básico para Proyecto de Salud en Guatemala*.

(2016)⁷⁴ que fortalece la coordinación entre esos ministerios y la cooperación intersectorial en procesos relacionados con educación integral en sexualidad y promoción, prevención y atención en salud sexual y reproductiva en servicios de salud con enfoque integral y diferenciado.

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN Y VIGILANCIA

67. **PROTOCOLO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL, EMITIDO POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (2016)**⁷⁵ que aporta la ruta de atención idónea, de orientación y de aplicación de estándares de atención oportuna, de calidad y con la celeridad que las circunstancias demanden, el cual coordina acciones con otras instituciones, especialmente con el Sector Justicia y Secretaría Contra la Violencia Sexual para perseguir penalmente a los agresores.

68. **PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA DEL HIV A LOS MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES EN GUATEMALA**⁷⁶ para vigilar la resistencia a medicamentos antirretrovirales en pacientes con VIH de las UAI, evaluar la resistencia pretratamiento y resistencia adquirida, realizando a nivel nacional tres encuestas según las recomendaciones de la OPS: i) vigilancia de resistencia pretratamiento (PDR); ii) vigilancia de resistencia adquirida a los 12 (± 3) meses de recibir tratamiento antirretroviral (ADR12) y iii) vigilancia de resistencia adquirida a ≥ 48 meses de recibir tratamiento antirretroviral (ADR48). Se encuentra pendiente de reproducción del último informe por parte de la Universidad del Valle de Guatemala.

ACUERDOS MINISTERIALES

69. **ACUERDO MINISTERIAL N° 827-2010. SEMANA DE LA CAMPAÑA HAZTE LA PRUEBA**⁷⁷ mediante el cual se institucionaliza la campaña denominada “Hazte la Prueba” como una acción de promoción de la salud.

70. **ACUERDO MINISTERIAL N° 204-2015. APROBACIÓN MANUAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE MUJERES CON VIH Y VIH AVANZADO**⁷⁸ el cual contiene lineamientos generales para la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres que viven con dicha enfermedad de transmisión sexual.

⁷⁴ Anexo 19: MSPAS-MINEDUC. *Convenio De Cooperación Interinstitucional “Prevenir con Educación” entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.*

⁷⁵ Anexo 20: MSPAS. *Protocolo de Atención a Víctimas Sobrevivientes de Violencia Sexual.*

⁷⁶ Anexo 21: *Informe de Vigilancia de la Resistencia del HIV a los Medicamentos Antirretrovirales en Guatemala.*

⁷⁷ Anexo 22: MSPAS. *Acuerdo Ministerial N° 827-2010. Semana de la Campaña “Hazte La Prueba”.*

⁷⁸ Anexo 23: MSPAS. *Acuerdo Ministerial N° 204-2015. Aprobación Manual de Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres con VIH y VIH Avanzado.*

71. **ACUERDO MINISTERIAL N° 261-2016 DEFINICIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO INCLUYENTE EN SALUD**⁷⁹ que implementa el Modelo Incluyente de Salud cuyo contenido contempla las perspectivas, los atributos, el diseño programático, la vigilancia en salud, ámbitos de actuación y categorización de la red de servicios de salud con el objetivo de orientar el ordenamiento del territorio, la organización y desarrollo e integración de la red de servicios, el fortalecimiento del recurso humano, la gestión y el financiamiento institucional, contribuyendo al acceso universal de la población a una atención integral e incluyente de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud.

MECANISMOS DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO GUATEMALTECO

72. La denuncia se encuentra regulada dentro de nuestro ordenamiento jurídico en el Código Procesal Penal⁸⁰. La acción de denunciar sea verbal o escrita, es la herramienta principal para la defensa de los derechos humanos, pues es el primer paso del proceso de denuncia que inicia con hacer del conocimiento de la autoridad sobre la supuesta falta o delito y la obliga a movilizarse para evaluar el hecho y constatar que el delito exista y luego determinar las responsabilidades y sanciones correspondientes y establecer la forma de reparar el daño causado.

73. La denuncia es un derecho y una obligación de todos y todas. Cualquier persona que considere que sus derechos están siendo violados puede iniciar un procedimiento de denuncia. Para proceder a denunciar, es importante que la persona que denuncia conozca la diferencia entre un delito y una violación a los derechos humanos. Las denuncias pueden presentarse en los siguientes centros de atención en derechos humanos Policía Nacional Civil, el Ministerio Público, el Organismo Judicial y la Procuraduría de Derechos Humanos.

2. DE LA ALEGADA VIOLACIÓN AL DERECHO A LA VIDA E INTEGRIDAD PERSONAL ESTABLECIDOS EN EL ARTS. 4.1 Y 5.1 DE LA CADH EN RELACIÓN AL ART. 1.1 DEL MISMO INSTRUMENTO

74. En relación a la situación de las presuntas víctimas hasta los años 2006-2007, la CIDH⁸¹ y los representantes atribuyen responsabilidad a Estado de Guatemala por la violación a los derechos a la vida e integridad personal. En el mismo sentido se pronuncian respecto a las 8

⁷⁹ **Anexo 24: MSPAS. Acuerdo Ministerial N° 261-2016. Definición e Implementación del Modelo Incluyente en Salud.**

⁸⁰ Código Procesal Penal de Guatemala. *Artículo 297. Denuncia.* Cualquier persona deberá comunicar, por escrito u oralmente, a la policía, al Ministerio Público o aun tribunal el conocimiento que tuviere acerca de la comisión de un delito de acción pública. El denunciante deberá ser identificado. Igualmente, se procederá a recibir la instancia, denuncia o autorización en los casos de los delitos que así lo requieran.

⁸¹ CIDH, Informe No. 2/16, Caso 12.484, Fondo, Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA, Guatemala, párrs. 118-119.

personas que fallecieron entre 2001 y 2011⁸², por considerar la falta de atención médica estatal a las 49 personas de VIH/SIDA teniendo un grave impacto en su situación de salud, Respecto a la situación de las presuntas víctimas con posterioridad al 2006 y 2007, si bien a partir de esa fecha fueron trasladadas a servicios de salud públicos, los peticionarios señalaron que la atención de salud pública no ha sido integral y caracterizada por falencias⁸³, aunado al reconocimiento del Estado sobre la existencia de épocas de desabastecimiento.⁸⁴ A criterio de la CIDH y los representantes el Estado violó los derechos a la vida e integridad personal en relación con el derecho a la salud establecidos en los artículos 4.1 y 5.1 de la CADH, en relación al art. 1.1. del mismo instrumento.⁸⁵

Pronunciamento del Estado

75. El Estado, sin perjuicio de la postura asumida durante la sustanciación del procedimiento ante la CIDH⁸⁶, lleva a conocimiento de la Corte IDH las siguientes consideraciones. A la fecha, el virus del VIH/SIDA, no cuenta con un medicamento que permita su cura, afecta a las personas en sus años más productivos, es progresivo y deteriora paulatinamente el organismo de las seropositivas. Aunado a ello, genera una disminución de las defensas en el organismo, lo que provoca el fallecimiento de las personas por enfermedades oportunistas, situación que también ha sido mencionado por los representantes y la CIDH⁸⁷. Conforme la publicación conjunta del Ministerio de Salud de Panamá y la OPS, *"La epidemia del VIH afecta a más de 40 millones de personas en todo el mundo. Más de tres millones mueren todos los años a causa del sida y ocurren alrededor de cinco millones de nuevas*

⁸² *Ibid.*, párr. 125-130.

⁸³ *Ibid.*, párr. 131.

⁸⁴ *Ibid.*, párr. 48, 97, 139.

⁸⁵ *Ibid.*, párrs. 124, 130 y 143. Adicionalmente cabe mencionar que la OMS ha indicado que el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. **El SIDA es un término que se aplica a los estadios 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.** Disponible en: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

⁸⁶ De acuerdo con lo establecido en su jurisprudencia, la Corte IDH considera que un Estado que ha adoptado una determinada posición, la cual produce efectos jurídicos, no puede luego, en virtud del principio del estoppel, asumir otra conducta que sea contradictoria con la primera y que cambie el estado de cosas en base al cual se guió la otra parte. El *principio del estoppel* ha sido reconocido y aplicado tanto en el derecho internacional general como en el derecho internacional de los derechos humanos. Al respecto, véase *Caso Neira Alegría y otros Vs. Perú*. Excepciones Preliminares. Sentencia de 11.12.1991. Serie C No. 13, párr. 29, *Caso Masacres de Río Negro Vs. Guatemala*, párr. 25, y *Caso Santo Domingo Vs. Colombia*. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 30.11.12. Serie C No. 259, párr. 148.

⁸⁷ CIDH. Informe No. 2/16, Caso 12.484, Fondo, Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA.

infecciones. *La relación de este fenómeno con la pobreza es muy estrecha, con lo que el problema se agrava en los países en desarrollo.*"⁸⁸ (énfasis añadido)

76. La ONU, considerando al VIH/SIDA como una epidemia mundial, adoptó la "Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA" en el año 2001, constituyéndola una emergencia mundial y uno de los desafíos más graves para la vida y la dignidad del ser humano, así como para el disfrute efectivo de los derechos humanos que socava el desarrollo económico y social en todo el mundo y afecta a todos los niveles de la sociedad: individual, familiar, comunitario y nacional⁸⁹, entre otros factores. Asimismo, el VIH fue incluido como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el año 2000, necesarios para acabar con la pobreza y obtener un grado de desarrollo aceptable"⁹⁰. De tal cuenta, en ese mismo periodo, **Guatemala adoptó una ley que declara la infección por el VIH/SIDA- como un problema social de urgencia nacional**⁹¹.

77. Al margen de estos esfuerzos conjuntos de prevención y tratamiento del VIH/SIDA, es importante tener presente que ciertos pacientes con VIH/SIDA padecen efectos colaterales, como estados depresivos, sentimiento y detección de conductas de rechazo por parte de la gente, adoptando un comportamiento de encierro, negándose a acceder a los servicios de atención a esta epidemia (...) ⁹², situación que limita la función del Estado de brindar asistencia médica - y en consecuencia agrave la situación del paciente - aunado a las preocupaciones que deberían adoptar por parte de la personas afectadas para evitar que la enfermedad avance o se propague a otras personas.

78. Por lo anterior, el tratamiento de dicha epidemia no debe limitarse al control y distribución de antiretrovirales, sino que conlleva la puesta en marcha de todo un mecanismo y/o procedimiento integral permanente que involucra elementos fundamentales de responsabilidad compartida entre la atención brindada por el Estado como el cuidado responsable de cada una de las personas seropositivas y el apoyo necesario de los familiares, amigos y vecinos. En lo que respecta a las responsabilidades de las personas seropositivas, **se encuentran la de hacer y no hacer.**

79. Entre las primeras, es decir los **hábitos de hacer** se encuentra el *autocuidado*, asociado a aquellas acciones que permiten al individuo adecuadamente su situación de salud a fin de

⁸⁸ Ministerio de Salud de Panamá/OPS. *Normas para la Atención Integral a las personas con VIH. Serie de Publicaciones Técnicas sobre VIH/ITS/SIDA.* Año 1. No. 1, pág. 10, primer párrafo. Disponible en: http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=276-normas-para-la-atencion-integral-a-las-personas-con-vih-1&Itemid=224

⁸⁹ ONU. *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA.* Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/aidsdeclaration_es_0.pdf

⁹⁰ Ministerio de Salud de Panamá/OPS. *Normas para la Atención Integral a las personas con VIH. Serie de Publicaciones Técnicas sobre VIH/ITS/SIDA.*, óp. cit., pág. 10, primer párrafo.

⁹¹ Véase Anexo 8. Decreto Nº 27-2000 *Ley General Para el Combate del VIH y el SIDA y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA.* Art. 2 (Objeto de la ley); 35 (De la atención de las personas); 36 (De los Derechos Humanos en general); 37 (De la discriminación) y 48 (Derechos a los servicios de atención)

⁹² Ministerio de Salud de Panamá/OPS. *Normas para la Atención Integral a las personas con VIH. Serie de Publicaciones Técnicas sobre VIH/ITS/SIDA,* óp. cit., pág. 20.

evitar el deterioro y/o complicaciones. Estas acciones puede realizarlas por sí mismo y con los recursos a su alcance, partiendo de las recomendaciones dadas por el personal de salud y las *actividades de la vida diaria*, aquellas acciones que realiza toda persona diariamente con el fin de satisfacer sus necesidades básicas: conservación de un ambiente seguro, comunicación, respiración, ingesta de alimentos y bebidas⁹³, eliminación, aseo y arreglo personal, control de temperatura, actividad general y ejercicio, ocupación y actividades en el tiempo libre, expresión de la sexualidad, hábitos de sueño y las circunstancias que rodean la muerte. Dentro de los hábitos que la persona debe asumir de **no hacer**, como por ejemplo, evitar acercarse a personas que están pasando por procesos de gripa o infecciones, donar sangre, semen o tejidos, utilizar jeringas usadas por otras personas o compartir con otras personas elementos de uso personal⁹⁴.

80. El Estado, como garante de la CADH, puede ser responsable internacionalmente ante su incumplimiento. No obstante, esa responsabilidad que pretende atribuírsele en el presente caso, no puede descansar en el libre albedrío o hábitos de la persona afectada. Es decir, el Estado tiene dentro de las obligaciones de prevenir, el controlar la propagación de la epidemia y garantizar⁹⁵ el acceso a medicamentos a las personas que no cuenten con recursos para ello, informar al paciente de los hábitos que debe adoptar a partir que se le diagnostica la enfermedad. En consecuencia, si el Estado adoptó todas las medidas a su alcance, incluyendo la advertencia al paciente de lo que debe y no debe hacer, no puede acreditársele responsabilidad al Estado en sentido estricto, si el paciente no respetó las recomendaciones, en especial las relacionadas con los hábitos de hacer. Aunado a lo anterior, debe tenerse presente que la vida de toda persona seropositiva constantemente se torna en riesgo pese a que distintas personas estén infectadas y les sea administrado el mismo medicamento, los cuerpos reaccionan en forma diferenciada, debido a que todo medicamento ocasiona efectos secundarios en la vida y salud de las personas, generándoles señales de trastornos potencialmente mortales.⁹⁶

81. Por lo expuesto, el Estado señala que sin perjuicio de la eventual responsabilidad que podría atribuírsele por la falta de medicamentos señalado en el proceso ante la CIDH, debe ponderarse los efectos psicológicos o hábitos de la persona infectada con VIH/SIDA, como un rol importante dentro de la población -que compone esencial del Estado-, que coadyuvaría al Estado a cumplir sus obligaciones internacionales.

⁹³ El estado nutricional depende de la generación, absorción, asimilación, excreción. Para lograrlo se requiere que los alimentos favorezcan la actividad, sean formadores o renovadores de tejidos, sean reguladores o protectores, lo cual se mejora a través de un estado nutricional que responda a factores como masticar bien los alimentos, evitar consumir bebidas alcohólicas y cigarrillos, no consumir mucho líquido a la hora de alimentarse, evitar comidas grasosas y condimentadas, realizar una buena higiene bucal, ingerir alimentos de buena calidad y de manera equilibrada, todo ello en conjunto a ciertos cuidados de higiene personal y de orden sexual.

⁹⁴ Ministerio de Salud de Panamá/OPS. *Normas para la Atención Integral a las personas con VIH*. Serie de Publicaciones Técnicas sobre VIH/ITS/SIDA, *óp. cit.*, pág. 42.

⁹⁵ El Estado debe poner al alcance de toda la población, en lo rural y urbano, a varones y mujeres, a jóvenes y personas adultas, los mecanismos y medios para prevenir y atender la infección.

⁹⁶ Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, Consulta realizada el 1 de junio 2017. Disponible en la página web <https://aidsinfo.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/22/63/hiv-medicines-and-side-effects>.

3. DE LA ALEGADA VIOLACIÓN A LAS GARANTÍAS JUDICIALES ESTABLECIDO EN EL ART. 8 DE LA CADH EN RELACIÓN AL ART. 1.1 DEL MISMO INSTRUMENTO.

82. Solamente los representantes pretender responsabilizar al Estado por la supuesta vulneración al artículo 8.1 -abordándolo conjuntamente con el art. 25- de la CADH en relación al art. 1 de dicho instrumento. Cabe señalar que la CIDH en su informe de admisibilidad y de fondo concluyó que no se cumplían los presupuestos necesarios y por lo el art. 8 no fue admitido en la petición. El ESAP tampoco aporta elementos que podrían configurar la alegada violación al art. 8 de la CADH y se refiere brevemente al supuesto plazo excesivo que la CC tomó para resolver el recurso. En su breve exposición hace referencia a elementos que vulnerarían el art. 25, bajo el razonamiento que la decisión de la CC trajo como consecuencia que el recurso resultare inefectivo⁹⁷, por no abordar - *a criterio de los peticionarios* - al fondo del asunto, situación que el Estado abordará más adelante (véase *infra* párrs. 94 a 101).

Pronunciamiento del Estado

83. El art. 8.1 de la CADH se refiere a las garantías judiciales generales exigibles en el marco de un proceso. Los requisitos que el mismo debe contener son: a) el derecho de toda persona a ser oído por un tribunal competente⁹⁸; b) independiente e imparcial⁹⁹; c) plazo razonable (véase *infra* párr. 84 a 87) y d) con las debidas garantías. En ese sentido, el Estado manifiesta que los incisos a), b) y d) además de no ser cuestionado su cumplimiento por los representantes, si se respetaron durante la sustanciación de la acción de amparo planteado en contra del Presidente de la República, el cual buscaba la respuesta al silencio administrativo por la carta que le habían enviado el 27 de mayo de 2002¹⁰⁰, siendo éste el acto reclamado ante la Corte de Constitucionalidad¹⁰¹.

84. Respecto a la alegada violación al plazo razonable, los peticionarios afirman que "*En consecuencia, el recurso debió haber sido resuelto con una diligencia excepcional lo que no ocurrió*"¹⁰², el Estado manifiesta que el amparo bajo análisis se presentó ante la CC el 26 de julio de 2002, siendo el acto reclamado la conducta negativa y omisa del Presidente a la carta fechada 27 de mayo de 2002, en razón que no dio respuesta a la solicitud en el plazo legal¹⁰³.

⁹⁷ ESAP, pág. 68, segundo párr.

⁹⁸ Corte IDH. *Caso Apitz Barbera y otros ("Corte Primera de lo Contencioso Administrativo") vs. Venezuela*. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 05.08.2008. Serie C No. 182, párr. 72; *Caso Barbani Duarte y otros vs. Uruguay*, *óp. cit.*, párr. 120, y *Caso Furlan y Familiares vs. Argentina*. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 31.08.2012. Serie C No. 246, párr. 228.

⁹⁹ Voto razonado del Juez Sergio García Ramírez, párr. 6. Corte IDH. *Caso Usón Ramírez vs. Venezuela*. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 20.11.2009. Serie C No. 207.

¹⁰⁰ CC. Expediente 1103-2002. Sentencia de fecha 29.01.2003

¹⁰¹ ESAP, Anexo 51 – 2002 amparo anexo 4 *inf fondo* SIDH, pág. 17, párr. tercero.

¹⁰² ESAP, pág. 168, primer párr.

¹⁰³ CPRG, art. 28. *Derecho de Petición*.

85. El Estado se permite recordar que si bien la CC resolvió el 29 de enero de 2003, fue acreditado dentro del proceso de amparo que el día 2 de septiembre de 2002, ***es decir 38 días después de haberse planteado el amparo***, el MSPAS recibió la transferencia presupuestaria para atender las personas con VIH/SIDA¹⁰⁴, en razón de la respuesta del Presidente la República al requerimiento planteado.

86. No obstante, en caso que la Corte IDH evaluara si se cumplieron los estándares de "razonabilidad del plazo", a la luz del *Caso Apitz Barbera y Otros Vs. Venezuela*¹⁰⁵, el Estado se permite traer a colación el criterio de la jueza Medina Quiroga en su voto disidente a la sentencia en el *Caso López Álvarez vs. Honduras*, por considerar que concurren los elementos necesarios a tener en cuenta en el presente caso.

87. Según la honorable magistrada, "los procesos a que dan origen las acciones que interpone una persona *“no son recursos rápidos y simples que deban resolverse en días y sin mayor trámite. Por el contrario, el plazo que se da al Estado para concluir los procesos se contará probablemente no en días ni en meses, sino que a menudo en años, ya que se requiere un tiempo considerable para que se resuelva en un juicio un asunto de fondo, ya sea de carácter penal o civil, porque hay que darle a las partes la posibilidad, inter alia, de buscar pruebas, presentarlas a juicio, objetar las del contrario y hay que darle al tribunal la posibilidad de ponderar todo esto con cuidado. De ahí que el plazo debe ser ‘razonable’, lo que significa que no puede ser demasiado largo, pero tampoco demasiado corto”*¹⁰⁶. (énfasis añadido)

88. Los representantes además señalan que el recurso planteado fue el idóneo para reparar el daño causado, indicando que "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."¹⁰⁷

89. El Estado manifiesta que si tomó la debida diligencia para atender esta situación, toda vez que el Presidente ordenó la inmediata transferencia de una partida extraordinaria de Q 500,000 (quetzales quinientos mil) para atender el tratamiento de las personas con VIH/SIDA necesitadas.¹⁰⁸

90. En cuanto a la afirmación que "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

¹⁰⁴ CC. Expediente1103-2002. Sentencia de fecha 29.01.2003, Considerando II, pág. 6, párr. 2.

¹⁰⁵ Corte IDH. *Caso Hilaire, Constantine y Benjamin y otros vs. Trinidad y Tobago*, op. cit., párr. 145, y *Caso Masacre de Santo Domingo vs. Colombia*, óp. cit., párr. 164.

¹⁰⁶ Voto disidente de la jueza Cecilia Medina Quiroga, párr. 3. Corte IDH. *Caso López Álvarez vs. Honduras*.

¹⁰⁷ ESAP, pág.167, pár.3, in fine.

¹⁰⁸ CC. Expediente1103-2002. op.cit., Considerando II, pág. 6, párr. 2.

personas que viven con VIH/SIDA recibieran un tratamiento integral"¹⁰⁹, el Estado señala que la misma carece de sustento, ya que como se hizo referencia (véase *supra* párrs. 84-85), el acto reclamado era obtener una resolución a la petición planteada al Presidente de la República, quien no solamente brindó una respuesta afirmativa atendiendo el fondo del asunto.

91. Por lo expuesto, en el presente caso no debe atribuírsele responsabilidad internacional al Estado, toda vez que cumplió los requisitos conforme al corpus iuris internacional.

4. DE LA ALEGADA VIOLACIÓN A LA PROTECCIÓN JUDICIAL ESTABLECIDO EN EL ART. 25 DE LA CADH EN RELACIÓN AL ART. 1.1. DEL MISMO INSTRUMENTO

92. La CIDH consideró que la decisión de la CC no se ajustó a los parámetros del derecho a la tutela judicial por haber omitido pronunciarse sobre el fondo del asunto y justificó la declaratoria de improcedencia del recurso de amparo basándose en una medida adoptada por el Gobierno que tenía un carácter temporal y extraordinario y que tampoco se enfocaba en la situación general reclamada.¹¹⁰

93. Por su parte los representantes de las víctimas señalaron que: "(...), *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*"¹¹¹ (énfasis añadido)

Pronunciamiento del Estado

94. El Estado desea manifestarse en primer lugar al objeto reclamado, es decir, al fondo del asunto. Al respecto, se informa que el acto reclamado se refería a la conducta negativa y omisa del Presidente de la República a la carta de fecha 27 de mayo de 2002, en razón que no dio respuesta a la solicitud en el plazo legal, situación que fue resuelta 38 días después de haber interpuesto el recurso (véase *supra* párr. 85).

95. Tras dicha aclaración, el Estado desea referirse a la primera observación de la CIDH, se reitera que el Estado adoptó una diligencia excepcional y que el fondo del asunto se solucionó en septiembre del 2002 mediante la asignación de una partida extraordinaria al MSPAS para atender el requerimiento (ver *supra* párr. 89). En línea con lo anterior, el propio informe de fondo **da cuenta que en octubre de 2002**, la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud envió una comunicación a la CC informando que el 20 de agosto de 2002 el Presidente de la República se reunió con el Ministro de Salud y la Presidenta de la

¹⁰⁹ ESAP, *pág. 168, párr. 2.*

¹¹⁰ CIDH, *Informe No. 2/16, Caso 12.484, Fondo, Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA, Guatemala*, párr. 152.

¹¹¹ ESAP, *pág. 168, párr. 2.*

Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA, representantes de personas que viven con VIH/SIDA³⁸. Sostuvo que en esa reunión el Presidente autorizó una partida extraordinaria de 500,000.00 quetzales “para llenar los requerimientos de las personas con VIH/SIDA”¹¹² (énfasis añadido)

96. Aunado a ello, el fallo de la CC indica que según memorial que le fue presentado por los postulantes¹¹³ con fecha 30 de octubre de 2002, hizo de conocimiento de dicho tribunal que luego de una reunión con el Presidente se ordenó la inmediata transferencia de un apartida extraordinaria al MSPAS para atender el tratamiento de las personas con VIH/SIDA, la cual fue recibida el 02 de septiembre de 2002.¹¹⁴

97. Es criterio de la Corte IDH que el deber de motivar no exige una respuesta detallada a todos y cada uno de los argumentos de las partes, “sino que puede variar según la naturaleza de la decisión, y que corresponde analizar en cada caso si dicha garantía ha sido satisfecha”¹¹⁵ y que “**el requisito de que la decisión sea razonada, no es equivalente a que haya un análisis sobre el fondo del asunto, estudio que no es imprescindible para determinar la efectividad del recurso**”¹¹⁶ (énfasis añadido)

98. La Corte IDH ha establecido que si un determinado recurso es resuelto en contra de quien lo intenta, ello “no conlleva necesariamente una violación del derecho a la protección judicial”¹¹⁷. El sistema legal guatemalteco permite ante la misma instancia revisar los fallos que emita, en caso que alguna persona se sintiera perjudicada con dicha decisión, amparándose en el art. 70 Ley de Amparo, Exhibición Personal y de Constitucionalidad, pudiendo solicitar ampliación para obtener respuesta que el tribunal hubiese omitido resolver, si así lo considerase.

99. En ese sentido, dicho artículo señala¹¹⁸:

Artículo 70. Interposición. Cuando los conceptos de un auto o de una sentencia, sean oscuros, ambiguos o contradictorios, podrá pedirse que se aclaren.

Si se hubiere omitido resolver alguno de los puntos sobre los que versare el amparo, podrá solicitarse la ampliación. (énfasis añadido)

100. El Estado trae a colación que la jurisprudencia predominante de la Corte IDH, se ha referido al recurso de amparo entra en el ámbito del art. 25 de la CADH y “tiene que cumplir

¹¹² Anexo 7 del Informe de Fondo No. 2/16. Escrito de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, de fecha 10.10.2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26.08. 2003.

¹¹³ Nombre con el que se designa a las personas que plantean el amparo.

¹¹⁴ CC. Expediente 1103-2002. *óp. cit.*, Considerando II, párr. 6, párr. 2.

¹¹⁵ Corte IDH. *Caso Apitz Barbera y otros (“Corte Primera de lo Contencioso Administrativo”) vs. Venezuela*, *óp. cit.*, párr. 90, y *Caso López Mendoza vs. Venezuela*, *óp. cit.*, párr. 146.

¹¹⁶ Corte IDH. *Caso Castañeda Gutman vs. México*. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 06.08.2008. Serie C No. 184, párr. 94.

¹¹⁷ Corte IDH. *Caso Chocrón Chocrón vs. Venezuela*. Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 01.07.2011. Serie C No. 227, párr. 128, y *Caso Barbani Duarte y otros vs. Uruguay*. Fondo reparaciones y costas. Sentencia de 13.10. 2011. Serie C No. 234, párr. 201.

¹¹⁸ Véase Anexo 3: Decreto N° 1-86. *Ley de Amparo, Exhibición Personal y de Constitucionalidad*.

con varias exigencias, entre las cuales se encuentra[n] la idoneidad y la efectividad”.¹¹⁹ Bajo ese entendido, el recurso de amparo debe ser idóneo “para proteger la situación jurídica infringida, por ser aplicable a los actos de autoridad que implican una amenaza, restricción o violación a [dichos] derechos protegidos”¹²⁰ y efectivo, “conforme a los principios de concentración, celeridad, contradictorio y motivación de los fallos, [y] derechos de defensa”.¹²¹

101. En virtud de lo anterior, el Estado demuestra que en el presente caso, la resolución del recurso cumplió con los elementos jurisprudenciales citados, es decir, sencillez, rapidez y efectividad, y se resolvió atendiendo el debido proceso y las pruebas aportadas por las partes. Asimismo, y como ya se mencionó al inicio del presente escrito, en caso que los postulantes estuvieran disconforme con la resolución de la CC, debieron recurrir a los remedios procesales ya expuestos.

5. DE LAS ALEGADAS VIOLACIONES AL ART. 26 DE LA CADH EN RELACIÓN AL ARTÍCULO 1.1 Y 2 DE LA CADH

102. Los representantes señalan que la Corte IDH tiene competencia para pronunciarse sobre la violación del derecho a la salud y su contenido mínimo a la luz del artículo 26 de la CADH¹²², 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 CADH¹²³ y que el Estado adoptó medidas regresivas y no dispuso de manera efectiva del máximo de los recursos disponibles para garantizar el derecho a la salud¹²⁴

Pronunciamiento del Estado

103. El Estado comparte la decisión adoptada por la CIDH al considerar que *"en cuanto se trata del derecho a la salud hay una obligación de cumplimiento progresivo, y esto se refiere al derecho a la salud en general, tanto curativa como preventiva, y cuya atención es debida a toda la población"*¹²⁵.

104. Bajo ese mismo criterio, la Corte IDH sostiene que:

¹¹⁹ Corte IDH. *Opinión Consultiva OC-9/87*, óp. cit., párr. 24, y *Caso De la Masacre de las Dos Erres vs. Guatemala*, óp. cit., párr. 107.

¹²⁰ Corte IDH. *Caso De la Masacre de las Dos Erres vs. Guatemala*, ó. cit., párr. 121.

¹²¹ *Ibíd*, párr. 233.e).

¹²² ESAP, *pág.145, literal a)*

¹²³ *Ibíd*, *pág.150, literal b).*

¹²⁴ *Ibíd*, *pág.157, literal c).*

¹²⁵ CIDH, *Informe de Admisibilidad Nº 32/05, Petición 642-03, Luis Rolando Cuscul Pivaral y Otras Personas afectadas por el VIH/SIDA Guatemala*, párr. 42.

*"Los derechos económicos, sociales y culturales tienen una dimensión tanto individual como colectiva. Su desarrollo progresivo, sobre el cual ya se ha pronunciado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas[16], **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**"¹²⁶. (énfasis añadido)*

105. En relación a los cuestionamientos de los representantes en el sentido que Guatemala adoptó medidas regresivas, esta representación, con base en la jurisprudencia dominante, señalará los criterios orientadores que determinan si se trató de medidas regresivas o restrictivas - dado que no cualquier medida regresiva es incompatible con el art. 26 de la CADH- y sobre el alcance del desarrollo progresivo.

106. En cuanto al primer interrogante, es decir si fueron medidas regresivas o restrictivas, la CIDH ha asumido el criterio que:

*"140. La Comisión considera de especial relevancia aclarar que la restricción en el ejercicio de un derecho no es sinónimo de regresividad. El corpus iuris interamericano en materia de derechos económicos, sociales y culturales, evidencia que el concepto de progresividad –y la obligación correlativa de no regresividad– establecida en el artículo 26 de la Convención Americana, no es excluyente de la posibilidad de que un Estado imponga ciertas restricciones al ejercicio de los derechos incorporados en esa norma. **La obligación de no regresividad implica un análisis conjunto de la afectación individual de un derecho con relación a las implicaciones colectivas de la medida.** En ese sentido, no cualquier medida regresiva es incompatible con el artículo 26 de la Convención Americana"¹²⁷. (énfasis añadido)*

107. Respecto al segundo cuestionamiento, es decir el alcance de la noción de "desarrollo progresivo", la Corte IDH ofrece una guía interpretativa observado que:

*102. "(...) el desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales ha sido materia de pronunciamiento por parte del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, en el sentido de que la plena efectividad de aquéllos "no podrá lograrse en un breve período de tiempo" y que, en esa medida, "requiere un dispositivo de flexibilidad necesaria que refleje las realidades del mundo [...] y las dificultades que implica para cada país el asegurar [dicha] efectividad"87. En el marco de dicha flexibilidad en cuanto a plazo y modalidades, el Estado tendrá esencialmente, 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***

¹²⁶ Corte IDH, *Caso Cinco Pensionistas*, sentencia de fondo de 28.14.2003, párr. 147.

¹²⁷ CIDH. *Informe No. 38/09. Caso 12.670. Admisibilidad y Fondo. Asociación Nacional de Ex Servidores del Instituto Peruano de Seguridad Social y Otras*. Perú. 27.03.2009. Párr. 140.

recursos económicos y financieros de que disponga para el cumplimiento del respectivo compromiso internacional adquirido¹²⁸. Así, 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."¹²⁸ (énfasis añadido)

"103. 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. (...) En la misma línea, la Comisión Interamericana ha considerado que para evaluar si una medida regresiva es compatible con la Convención Americana, se deberá “determinar si se encuentra justificada por razones de suficiente peso”¹²⁹.

108. En el mismo sentido, se ha pronunciado la Corte Europea de Derechos Humanos (CEDH) que, en el caso Airey al afirmar:

"El Tribunal no ignora que la progresiva realización de los derechos sociales y económicos depende de la situación de cada Estado, y sobre todo de su situación económica (...)".¹³⁰ (énfasis añadido)

109. Si bien los criterios jurisprudenciales de la CIDH, la Corte IDH y la CEDH son claros en la materia, el Estado se permite mencionar, además de los instrumentos ya referidos (véase *supra* párrs. 53 a 73)¹³¹, otras iniciativas adoptadas por atender a las personas afectadas por el VIH/SIDA.

6. ACCIONES PARA ASEGURAR LA PROGRESIVIDAD DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD

MEDIDA DE NO REGRESIÓN

110. Guatemala tiene una tasa de crecimiento superior al 2% anual, la cual se duplica cada tres décadas y el gasto público nacional en materia de salud, es el más bajo de América Latina. En 1990, durante el período de la reforma del sector salud, la población era de 8.9 millones de habitantes y se estima que al finalizar la presente década alcanzará 18 millones. Bajo ese análisis, el Estado señala que debido a la situación socioeconómica y el crecimiento

¹²⁸ Corte IDH. *Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y jubilados de la Contraloría") vs. Perú*. Sentencia de 01.07.2009, párr. 102.

¹²⁹ CIDH. *Informe de Admisibilidad y Fondo No. 38/09, Caso 12.670, Asociación Nacional de Ex Servidores del Instituto Peruano de Seguridad Social y Otras Vs. Perú*, emitido por la CIDH el 27.03.2009, párrs. 140 a 147.

¹³⁰ ECHR, *Case of Airey v. Ireland*, Judgment of 9 October 1979, Serie A, no. 32, para. 26.

¹³¹ Véase también Anexos 6 al 24.

poblacional¹³² se complejizan y agudizan las situaciones de crisis de manera general, y no en particular a las supuestas víctimas identificadas en el presente caso como lo pretenden hacer ver los representantes.

111. Es decir, que el Estado en ningún momento adoptó medidas discriminatorias, y no se negó a brindar atención medica integral y a adquirir y proveer medicamento a las personas con VIH/SIDA y que de haberse dado una falta de medicamentos o atención, respondía a la situación que vivió el país al momento de los hechos y por ende no se trató de una medida regresiva, conforme el criterio de la CIDH y de la Corte IDH, toda vez que el Estado se vio imposibilitado de asegurar el derecho a la salud, **con base a los recursos disponibles**, a todas las personas bajo su jurisdicción, aunado a que la progresiva realización de los derechos sociales y económicos depende de la situación de cada Estado, y sobre todo de su situación económica. (vér *supra* párrs. 106-108)

112. Asimismo, el Estado señala que el presupuesto en VIH/SIDA se ha ido incrementando, pasando de una asignación de 6,2 millones de quetzales en el 2004 a 112,9 millones de quetzales en el presente año (ver *infra* párr. 165)

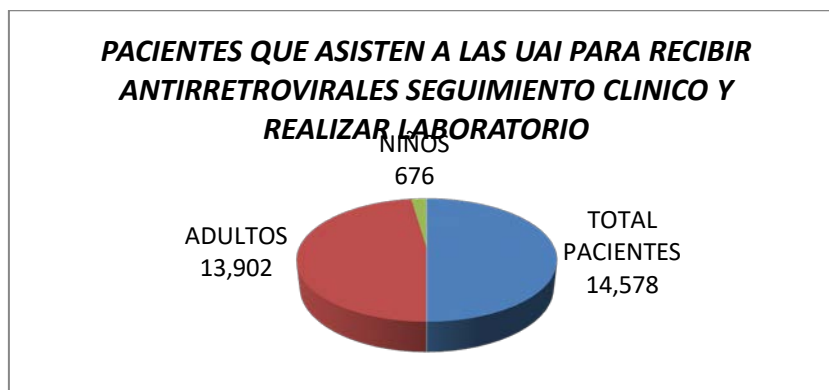
113. Adicionalmente a lo manifestado precedentemente, el Estado informa a la Corte IDH de Guatemala de las providencias realizadas a nivel interno y con apoyo de la cooperación internacional, para lograr progresivamente la plena efectividad de los DESC.

114. **EL MSPAS Y EL FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA.** Con el apoyo de la cooperación internacional, del Fondo Mundial (FM) de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, de activas redes sociales y del liderazgo del MSPAS, se organizó la respuesta nacional articulada alrededor del sector sanitario, con vocación intersectorial e interdisciplinaria. **Las acciones de atención a personas con VIH se concentran en las 16 UAI, distribuidas en los departamentos de mayor prevalencia o mayor interés geográfico-epidemiológico, brindando tratamiento antirretroviral (en adelante “TAR”).** Las UAI prestan servicios de salud de forma integral, brindando atención centrada en la persona y sus necesidades. Nacieron en el contexto de una lucha contra no solo un agente infeccioso, sino lo que es más relevante, contra la exclusión social y la estigmatización, como una iniciativa latinoamericana previa a la Cumbre del Milenio de Naciones Unidas, en septiembre de 2000.

115. El éxito de las UAI radica en la realización de su trabajo en salud con una perspectiva interdisciplinaria, participación social y superación de barreras históricas entre los niveles de atención. Actualmente se cuenta con un número de trescientos sesenta personas que prestan sus servicios multidisciplinarios en las dieciséis UAI distribuidas en la red de servicios hospitalarios del MSPAS, garantizando así la atención integral a los pacientes con VIH SIDA. **El presupuesto asignado es conforme al Plan Operativo Anual (POA) de cada unidad ejecutora y se ha contemplado para el 2018, la recontractación de 360 personas, incluidas en el presupuesto y como otra muestra del compromiso de las autoridades en el tema de VIH.**

¹³² Con tasas de crecimiento superiores a 2% anual, la población de Guatemala se ha duplicado cada tres décadas. En 1990, durante el período de la reforma del sector salud, la población era de 8.9 millones de habitantes y se estima que al finalizar la presente década alcanzará 18 millones.

116. **ATENCIÓN A LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA.** A través del MSPAS y su Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida (*en adelante* “PNS”) se brinda en forma gratuita el tratamiento antirretroviral, seguimiento clínico y de laboratorio a 14,578 pacientes en las ya mencionadas UAI, de los cuales 13,902 adultos y 676 niños.



Fuente: PNS AÑO 2016.

117. El PNS/MSPAS inició a proveer tratamiento antirretrovirales (*en adelante* “ARV”) en el año 1999 con 29 pacientes, se incrementará a 180 en el año 2003 y en el 2004 se proporcionaba tratamiento a 373 pacientes. **Asimismo, el presupuesto asignado era entre cinco y siete millones de quetzales y dependía del apoyo de Médicos Sin Fronteras¹³³ para brindar atención en el interior de la República.** En el año 2017 el presupuesto asignado fue de 60 millones de quetzales para asumir el compromiso de absorción de un 95 % de ARVS que se proporcionaba por el Fondo Mundial. Se dispone de 36 medicamentos, en tres líneas de tratamiento con 49 esquemas y se brindan los lineamientos específicos para una atención integral y del seguimiento y la valoración de adherencia al tratamiento con la realización de estudios de Carga Viral y CD4 cada 6 meses, a partir del inicio de tratamiento. En cuanto a embarazadas se aplica la opción B+ de la OMS que indica inicio de ARV a la embarazada y mantenerlo de por vida, además de que se brinda sucedáneos de la lactancia materna durante el primer año de vida al recién nacido. Se está actualizando la Guía 2013 por un grupo multidisciplinario reactivando la mesa técnica de especialistas de ARV. En ella, se recomienda la estrategia de Diagnóstico y Tratamiento basada en los acuerdos establecidos de metas nacionales de acceso a diagnóstico y tratamiento “Test and Treat”¹³⁴ y el inicio de ARV a toda persona diagnosticada independientemente de su recuento de CD4, siendo un adelanto importante y en consenso con las actuales recomendaciones de OPS/OMS *The use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection.*¹³⁵

¹³⁴ Anexo 25: MSPAS. *Avanzando hacia el control de la Epidemia de VIH y SIDA en Guatemala. Establecimiento de metas nacionales.*

¹³⁵ Anexo 26: OMS. *Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection. Recommendations for a Public Health Approach.* (Second Edition, 2016).

118. **PROVISIÓN PERMANENTE DE LOS MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES REQUERIDOS Y DE OTROS QUE PUEDAN NECESITAR DERIVADOS DE SU SITUACIÓN CONCRETA DE SALUD.** El MSPAS elaboró el Plan de compras por medio del Fondo Estratégico de OPS para el año 2017 destinado a la adquisición de medicamentos antirretrovirales de las diferentes familias¹³⁶. Entre las principales líneas de tratamiento se encuentran: Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos; Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos; Inhibidores de proteasa; Inhibidores de la integrasa. En cuanto a los insumos y reactivos de laboratorio, se contempló su adquisición para dar seguimiento a personas con VIH en tratamiento con CD4 y Carga Viral; diagnóstico temprano de niños expuestos con ADN proviral; Detección de resistencias y fallo de tratamiento con Genotipaje y pruebas rápidas para diagnóstico y confirmación de VIH, sífilis y hepatitis B. También se lleva a conocimiento de la Corte IDH, el Plan Operativo 2015¹³⁷ y 2016¹³⁸.

119. **ATENCIÓN EN SALUD MENTAL A PERSONAS QUE ASÍ LO DESEAN.** Todas las UAI, con excepción de la Unidad de Cobán que es compartida con el Hospital por ser la unidad de más reciente apertura¹³⁹, cuentan con atención psicológica como parte de los servicios que ofrecen a los pacientes que viven con VIH. Como parte de sus funciones, apoyan y dan seguimiento psicológico a personas que viven con VIH-SIDA (*en adelante* “PVVS”) mediante un abordaje individual y grupal; la atención y seguimiento de los casos de violencia sexual; el apoyo puntual a otros casos en el hospital nacional como psicóloga; el apoyo a la actividad de Consejería (formación y seguimiento del personal). El personal que atiende en las 16 UAI¹⁴⁰ realizan la función de orientar y fortalecer la adherencia en cuanto al diagnóstico y manejo de prácticas y conductas sexuales o consumo de tabaco, alcohol y drogas, comparten el rol con trabajo social y profesionales sanitarios como médicas y enfermeras y se están implementando actividades recreativas, deportivas, socioculturales así como otras de integración social y laboral.

120. **ATENCIÓN DIFERENCIADA REQUERIDA POR LAS VÍCTIMAS MUJERES EN ESTE CASO, CON ESPECIAL CONSIDERACIÓN A SU CAPACIDAD REPRODUCTIVA.** Desde el 2014 se cuenta con el “**Manual para la atención de la salud sexual y reproductiva de mujeres que viven con VIH y VIH avanzado**”¹⁴¹, fue socializado a las UAI para ofrecer métodos de planificación familiar y distribución de preservativos. En el año 2015 se publicó el Acuerdo Ministerial 204-2015, el

¹³⁶ Anexo 27: MSPAS. *Plan Operativo de Trabajo 2017*.

¹³⁷ Anexo 28: MSPAS. *Plan Operativo de Trabajo 2016*.

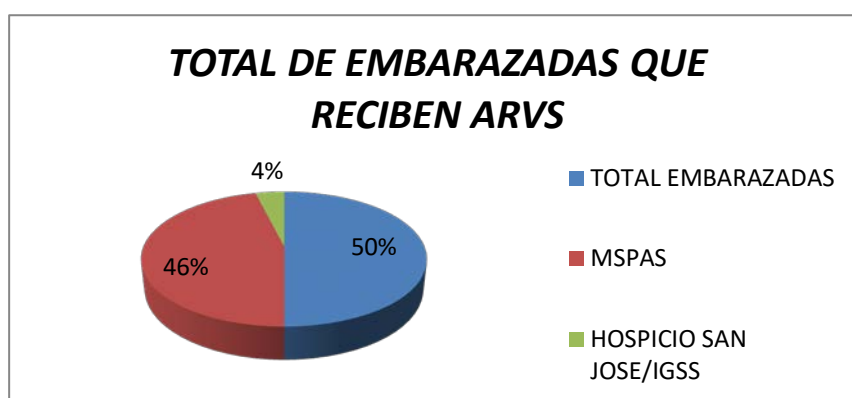
¹³⁸ Anexo 29: MSPAS. *Plan Operativo de Trabajo 2016*.

¹³⁹ Respecto a la Unidad de Cobán, se realizan gestiones para que a la brevedad también brinden la adecuada atención como el resto de las UAI.

¹⁴⁰ Anexo 30: MSPAS. Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud. Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA. *Personal de Psicología que atiende en las 16 UAI de país (2016)*.

¹⁴¹ Anexo 31: MSPAS. *Manual para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres que viven con VIH y VIH Avanzado (SIDA). Manual Práctico para Proveedores de Servicios de Salud por Niveles de Atención del MSPAS (Segunda Edición, 2015)*

cual aprueba el manual y generaliza su uso en todo el país¹⁴² (véase Anexo 23). Para cumplir y fortalecer la respuesta en tema de VIH a través de la implementación del mencionado manual, se programó la entrega física y electrónica y se iniciaron pláticas entre el PNS y el Programa Nacional de Salud Reproductiva para realizar talleres e iniciar su implementación en el segundo nivel de atención en conjunto a las 29 áreas de salud, contribuyendo a la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH. De un total de 333 embarazadas que actualmente reciben ARV, 307 lo realizan a través del MSPAS y 26 a través del Hospicio San José de Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (*en adelante* “IGSS”).



Fuente: COPREDEH /MSPAS

121. Desde el año 1998 el MSPAS estableció actividades de prevención de la transmisión materno infantil del VIH con el tratamiento de Zidovudina (*en adelante* “AZT”) a las mujeres VIH positivas durante el embarazo. A partir del año 2002 se creó en el PNS la Unidad de Transmisión Vertical, que buscaba intensificar las acciones, lo cual contó con el apoyo de OPS, UNICEF y el proyecto del Fondo Mundial. En 2013 se publicó el **“Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno infantil del VIH y Sífilis Congénita 2013 – 2016”** y se actualizó la **“Guía de Tratamiento Antirretroviral y de Infecciones Oportunistas, que incluye indicaciones para el tratamiento de embarazadas y los niños”**¹⁴³. En el segundo nivel de atención, así como en la red hospitalaria, se realiza el tamizaje para VIH y sífilis y el tratamiento de la sífilis. Los casos positivos para VIH son referidos a las UAI, situadas en el tercer nivel de atención, en las que se dispensa el Tratamiento de Terapia Antirretroviral (*en adelante* “TAR”) a personas embarazadas y se realiza el seguimiento y tratamiento de los niños. Las áreas de salud coordinan el trabajo territorial en los primeros niveles de atención, y desde aquí se refiere a los usuarios a los hospitales donde están las UAI, en la cual se prestan servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes infectados con el VIH.

¹⁴² Véase Anexo 23: MSPAS. Acuerdo Ministerial N° 204-2015. *Aprobación Manual de Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres con VIH y VIH Avanzado.*

¹⁴³ Anexo 32: MSPAS. Departamento de Regulación de los programas de Atención a las Personas. **Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH Y SIDA. Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y Sífilis Congénita 2013–2016.**

De acuerdo con la información publicada en el Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno infantil del VIH y Sífilis Congénita 2013 – 2016.

122. Según datos del PNS publicados en el Informe de progreso de ese año, muestran que de un total de 174,470 embarazadas tuvieron acceso a la prueba de VIH (54.34% embarazadas que llegaron al CPN y 33% de las mujeres embarazadas esperadas), pero solo se reportan en el Sistema de Información Gerencial de Salud (*en adelante* “SIGSA”) 48,861 que se hicieron la prueba siendo un porcentaje de 15.21%, resultando 362 embarazadas con VIH (0.7%). En 2014, el 55% (212.303) de las mujeres embarazadas estimadas (de acuerdo al número de nacidos vivos registrados) accedió a la prueba de VIH, y del número estimado de embarazadas viviendo con VIH que necesitarían tratamiento, solo el 23% [16%-33%] (398) lo recibió.

123. Los lactantes hijos de mujeres seropositivas al VIH que se realizaron pruebas de diagnóstico temprano (dentro de los 2 meses posteriores al nacimiento) durante el 2014 fueron 281 (15%).

124. **IMPLEMENTACIÓN DE MECANISMOS SERIOS Y EFECTIVOS DE SUPERVISIÓN Y FISCALIZACIÓN PERIÓDICA DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS A FIN DE ASEGURAR QUE SE BRINDE UNA ATENCIÓN INTEGRAL EN MATERIA DE SALUD A LAS PERSONAS CON VIH/SIDA QUE NO CUENTEN CON RECURSOS PARA ELLO.** La Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (*en adelante* “DGSIAS”) cuenta con un plan operativo de supervisión, monitoreo y evaluación de Áreas de salud, el cual desarrolla a través de la Unidad de Supervisión Monitoreo y Evaluación (*en adelante* “USME”). Resultado que actualmente tanto las Áreas de Salud como los Hospitales, dependen de la DG-SIAS, está en proceso la incorporación conjunta de Hospitales, Áreas de salud y PNS a efecto de integrar las acciones que se realizan en las UAI ubicadas en los hospitales a partir de 2017.

125. **MAESTRÍAS, POSTGRADOS, DIPLOMADOS Y PROGRAMAS DE CAPACITACIONES ESPECÍFICOS CON BASE A ESTÁNDARES INTERNACIONALES.** En el 2009, el PNS gestionó el apoyo de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, que por medio del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España ha permitido cursar una **Maestría online de VIH** a 47 médicos y químicos farmacéuticos que laboran en servicios relacionados a las UAI o en Centros Vigilancia Centinela de Infecciones de Transmisión Sexual (*en adelante* “VICITS”) que atienden ITS y VIH, y actualmente en el ciclo 2016-2017, 18 médicos de los servicios de salud que atienden pacientes con VIH e ITS se han inscrito. Cabe señalar que esta maestría tiene un alto grado de especialización y está en proceso de reconocimiento por la Universidad San Carlos de Guatemala. En cuanto los diplomados, las UAI del Hospital Roosevelt y del Hospital San Juan de Dios “Luis Ángel García” realizan **diplomados en temas de VIH**¹⁴⁴ y se realizan gestiones con organismos internacionales, como la OPS/OMS beneficiándose de Acuerdos de Cooperación PNS/MSPAS – OPS/OMS. Como se mencionó, la OPS/OMS cuenta con una

¹⁴⁴ Entre el 2008 y el 2016, se impartieron diplomados en el Hospital Roosevelt, con una participación total de 579 participantes y un diplomado Hospital San Juan de Dios. En el año 2010 y a través de la Asociación Integral Salud y el Instituto de Salud Carlos Tercero de España, se inició el diplomado *e-learning* en la cual se capacitó a 40 profesionales. Para el 2016 cuenta con 75 estudiantes inscritos. Certificando un total 250 estudiantes a nivel nacional e internacional con las disciplinas de diplomado: VIH Orientado a profesionales multidisciplinario; VIH para médicos basado en Atención Clínica; y Programa de Consejería Pre y Post.

Representación en el país desde el año 1943 y trabaja en conjunto con autoridades gubernamentales, instituciones académicas y científicas, organizaciones de la sociedad civil, gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales y organismos de cooperación bilateral y multilateral. A través del Hospital Roosevelt, se realizó un **Post Grado de Infectología**, para capacitar a profesionales del derecho que se desempeñan en áreas de medicina interna e infecciosas y co-infección VIH-TB del Hospital Roosevelt y UAI del Hospital de Zacapa respectivamente y a Doctora que se desempeñará en Huehuetenango. También se implementaron **programas de capacitación sobre los estándares internacionalmente** a personal de hospitales públicos.

126. En el 2016 se realizaron capacitaciones al personal multidisciplinario del PNS para fortalecer la atención y respuesta en VIH¹⁴⁵. Como parte del fortalecimiento de las capacidades técnicas del personal y su réplica en la atención, se realizó a través del componente de Universidades del PNS con la Mesa Técnica de Universidades gestiones para obtener Maestrías en Atención Integral para el personal de servicios de Salud, permitiendo a dos profesionales que laboran en el PNS cursar la maestría mencionada. La **OPS/OMS** apoya una mesa técnica nacional ITS (actualización guías, monitoreo implementación, vigilancia ITS, vigilancia resistencia gonococo), la actualización guías de ITS y la implementación estrategia vigilancia resistencia gonococo. En abril del 2016 también se desarrolló el curso **PENTA** con el objetivo de actualizar el tratamiento del VIH pediátrico, el cual contó con la participación de los coordinadores de las UAI que atienden a niños con VIH. También se brindó capacitación a voluntarios de la comunidad que se encargan de identificar y orientar a las personas que residen en ella. Ese mismo año 2016 se brindó capacitación con carácter preventivo a través de los siguientes talleres:

127. **Taller de consejería para orientadores de Sitios de Vigilancia Centinela de ITS-VICITS** dirigido a Centros de Salud en Guatemala, Quetzaltenango, Tecún Umán, Hospital de Coatepeque y Escuintla.

128. **Taller sobre Desafíos en la implementación de la estrategia 90-90-90** dirigido a los encargados de VIH de las 29 áreas de salud.

129. **Talleres de Capacitación prevención combinada** dirigido a áreas de salud de Zacapa, Petén Norte, Petén Suroccidente, Petén Suroriente, Alta Verapaz, Baja Verapaz, Ixcán, Izabal, Chiquimula, Huehuetenango, San Marcos, Quetzaltenango, Quiché, Ixil, Totonicapán, Sololá, Mazatenango, Retalhuleu, Guatemala Central, Guatemala Sur, Guatemala Nor Occidente, Guatemala Nor Oriente, Sacatepéquez, Chimaltenango, Santa Rosa, Jalapa, El Progreso, Jutiapa y Escuintla.

130. Además se impartieron capacitaciones en temas de diagnóstico relacionado al VIH, destacándose la Implementación de la Red de Laboratorios de VIH, en Huehuetenango; Alta Verapaz; San Marcos; Jutiapa; Escuintla; Retalhuleu; Petén Norte; Izabal; Quetzaltenango; y Guatemala Central.

¹⁴⁵ Anexo 33: MSPAS. Unidad de Prevención y Promoción Primaria. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA. *Capacitaciones (Noviembre 2016)*

Fuente: Elaboración Propia. COPREDEH/MSPAS.

Capacitaciones específicas en las Unidades de Atención Integral

131. Entre las capacitaciones a las UAI de forma colaborativa con organismos internacionales realizados en el 2016, se encuentran:

- Taller sobre la Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, en conjunto a OPS y UNICEF.
- Taller sobre adherencia al tratamiento ARV y la implementación de la estrategia diagnóstico y tratamiento, en colaboración a PASCA.
- Sala Situacional de las Unidades de Atención Integral, en conjunto a Proyecto CAPACITY.
- Salud Anal e ITS, en colaboración con la Universidad del Valle de Guatemala.
- Co-Infección TB/VIH y la quimioprofilaxis con INH, en conjunto a la OPS .



132. En cuanto a los temas de Monitoreo y Reportes, el Estado brindó en el presente año las siguientes capacitaciones:

CAPACITACIÓN EN TEMAS DE MONITOREO Y REPORTES		
Ubicación	Institución de Salud	Fecha
Cuilapa	Hospital Regional De Cuilapa.	Marzo 2016
Baja Verapaz	Hotel Park Hotel Sta Cruz Verapaz.	Abril 2016

CAPACITACIÓN EN TEMAS DE MONITOREO Y REPORTE		
Ubicación	Institución de Salud	Fecha
Chimaltenango	Area de Salud Chimaltenango.	Abril 2016
Guatemala Sur	Área de Salud Sur Amatitlán.	Mayo 2016
Retalhuleu	Hotel Posada de Don José Reu.	Junio 2016
Quetzaltenango	Hotel Del Campo Xela.	Junio 2016
El Progreso	Área de Salud y Hospital Del Progreso.	Julio 2016
Escuintla	Restaurante El Varadero.	Julio 2016
Peten Suroriente	Hotel Finca Ixobel Poptun, Petén.	Agosto 2016
Programa Nacional de VIH/SIDA	Hotel Conquistador Ramada.	Agosto 2016
Escuintla	Restaurante El Oasis.	Septiembre 2016
Hospital Regional de Cuilapa	Hospital de Cuilapa.	Octubre 2016
Universidad Rafael Landívar	Campus Central.	Septiembre 2016



Fuente: Elaboración Propia. COPREDEH/MSPAS

133. Las proyecciones para el año entrante, prevé que la Clínica “Luis Ángel García” iniciará un programa de infecciones oportunistas para personal médico. En el 2017 se iniciará un **Diplomado en VIH on line gratuito** con Universidad del Valle con colaboración de PNS

dirigido a personal de UAI y personal de servicios de salud multidisciplinario con el apoyo de CDC Pepfar.

NORMATIVA DEL MSPAS PARA PREVENIR EL VIH

134. **NORMATIVA DEL MSPAS PARA PREVENIR EL VIH.** El MSPAS a través del PNS cuenta con una serie de herramientas técnico normativas para la prevención de las ITS y el VIH, las cuales cuentan con enfoque de género, pertinencia cultural y enfoque de derechos humanos, con énfasis en la no discriminación, las cuales se dividen en planes, estrategias y metas, protocolos, guías, manuales, informes, acuerdo gubernativo y campañas de sensibilización, que se enmarcan en los preceptos constitucionales y en la responsabilidad internacional de respetar garantizar los derechos humanos contemplados en la CADH. **PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE PREVENCIÓN ATENCIÓN Y CONTROL DE ITS, VIH Y SIDA 2011-2015**¹⁴⁶, plantea resultados estratégicos para contribuir en la erradicación de la epidemia de VIH con el objetivo de disminuir el número de casos. Se elabora a nivel multisectorial con la participación activa de los actores clave en el proceso, tomando en consideración los contenidos políticos y técnicos derivados de los compromisos nacionales e internacionales, por medio del cual se brinda una respuesta de país en la temática. Es liderado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través del Programa Nacional de ITS, VIH y Sida.

136. **PLAN NACIONAL PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DE VIH Y SÍFILIS CONGÉNITA 2013-2016**¹⁴⁷ cuyo objetivo es disminuir el impacto del VIH y sífilis congénita en la niñez, tiene como metas específicas reducir la transmisión materno infantil del VIH a menos del 2% y reducir la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 casos por cada 100,000 nacidos vivos.

137. **PLAN NACIONAL SALUD DIGNIDAD Y PREVENCIÓN POSITIVA, GUATEMALA 2015-2019**¹⁴⁸ tiene el propósito de plantear las estrategias que orienten las intervenciones hacia el logro de los objetivos en el marco de la salud, dignidad y prevención secundaria, reduciendo el estigma y la discriminación, midiendo el impacto de las acciones, articulando actores clave y garantizando la sostenibilidad, de manera que en conjunto, las personas con VIH, los prestadores de servicios de salud y las entidades relacionadas con estas poblaciones, implementen acciones para mejorar la calidad de vida de las personas con VIH.

138. **ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO, PARA LA PREVENCIÓN DE ITS, VIH Y SIDA**¹⁴⁹, su objetivo es promover los cambios de comportamiento para la prevención de ITS, VIH y sida de acuerdo al contexto de la

¹⁴⁶ **Anexo 34: MSPAS. Plan Estratégico Nacional de Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y SIDA 2011-2015.**

¹⁴⁷ Véase Anexo 32: MSPAS. Departamento de Regulación de los programas de Atención a las Personas. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH Y SIDA. Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y Sífilis Congénita 2013-2016.

¹⁴⁸ **Anexo 35: MSPAS: Plan Nacional Salud Dignidad y Prevención Positiva, Guatemala 2015-2019.**

¹⁴⁹ **Anexo 36: MSPAS. Estrategia de Información, Educación y Comunicación para el cambio de comportamiento, para la prevención de ITS, VIH y SIDA.**

comunidad y de la población a la que se va a abordar, los planes operativos anuales son una herramienta comunitaria la cual ayuda a visualizar dentro de la comunidad los actores clave que pueden apoyar a la prevención al tratamiento y a la promoción de derechos humanos, con pertinencia cultural y equidad de género.

139. **ESTRATEGIA NACIONAL DE CONDOMES, GUATEMALA 2012-2015**¹⁵⁰, su objetivo es implementar acciones que contribuyen a la disponibilidad de condones de forma oportuna en calidad y cantidad a nivel nacional, a fin de contribuir a la prevención de VIH y otras ITS así como embarazos no planificados, de esta forma se contribuye a fortalecer las buenas prácticas en salud sexual y reproductiva.

140. **METAS NACIONALES DE ACCESO A DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AL VIH, AVANZANDO HACIA EL CONTROL DE LA EPIDEMIA (2015)**¹⁵¹, su objetivo es contar con una estrategia nacional de respuesta acelerada en el acceso a diagnóstico y tratamiento de VIH para los próximos cinco años y acciones más convenientes para alcanzarlas en Guatemala, en respuesta a la estrategia global denominada Fast track, en la cual el 90 % de las personas con VIH conocen su diagnóstico, que el 90% de estas estén vinculadas a las clínicas de atención integral y que el 90% tengan carga viral indetectable.

141. **ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DIFERENCIADA EN SALUD PARA LAS PERSONAS TRANS EN GUATEMALA 2016-2030**¹⁵², su objetivo principal es velar por el pleno respeto de la identidad de género de las personas Trans beneficiarias de los servicios de salud y garantizar la atención de calidad, integral y diferenciada para esta población.

142. **PROTOCOLO A VÍCTIMAS Y SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL (2015)**¹⁵³, que establece los lineamientos para el abordaje integral de las personas que han sufrido violencia sexual, todo abordaje debe ser tratado por personal capacitado, en salud mental, atención clínica y seguimiento legal. Cada persona debe ser atendida de manera individual tomando en cuenta su edad, sexo, género, orientación sexual, tipo de agresión entre otros y debe aplicarse el kit de violencia sexual.

143. **GUÍA PARA LA ORIENTACIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN DE BEBÉS HIJOS DE MAMÁS CON VIH**^{154,155}, que ayuda a la madre/cuidador(a) a decidir el método de alimentación infantil que sea mejor para ella (él) y su bebé, y para ayudarla(o) a llevarlo a cabo de forma segura y eficaz. Esto contribuirá no solo a disminuir nuevos casos de VIH, sino también a prevenir la morbilidad y mortalidad infantil, cualquiera sea la elección.

¹⁵⁰ Anexo 37: MSPAS-Estrategia Nacional de Condones, Guatemala 2012-2015.

¹⁵¹ Véase Anexo 25: MSPAS. Avanzando hacia el control de la Epidemia de VIH y SIDA en Guatemala. Establecimiento de metas nacionales.

¹⁵² Anexo 38: MSPAS. Estrategia de Atención Diferenciada en Salud para las personas Trans en Guatemala 2016-2030.

¹⁵³ Anexo 39: Protocolo a Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual.

¹⁵⁴ Anexo 40: MSPAS. Guía para la Orientación sobre Alimentación de Bebés Hijos de Mamás con VIH.

¹⁵⁵ Anexo 41: MSPAS. Tarjetas guía para la orientación sobre alimentación de bebés-hijos de mamás con VIH.

144. **GUÍA PARA FACILITADORES DE COMADRONAS, “COMPARTIENDO SABERES PARA LA PREVENCIÓN DE ITS (2013)**¹⁵⁶, atendiendo que la transmisión materno infantil del VIH puede producirse durante todo el embarazo, el parto y durante el puerperio a través de la lactancia materna, siendo la mayor posibilidad de transmisión del virus en el proceso de parto debido a la exposición del feto a la sangre y secreciones maternas infectadas. Por lo tanto como parte de prevención de ITS con énfasis en VIH, sífilis y hepatitis B se genera la Guía para facilitadores/as con abordaje de género e interculturalidad, la cual permite cuatro enfoques: 1. Derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos 2. ITS, con énfasis en VIH, sífilis y hepatitis B 3. Prevención de ITS, con énfasis en VIH, sífilis y hepatitis B 4. Practicando lo aprendido.

145. **GUÍA DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y DE INFECCIONES OPORTUNISTAS EN GUATEMALA (2013)**¹⁵⁷, su objetivo es normar el uso de los medicamentos antirretrovirales enfocándose en ciclos de vida, se especifica los tratamientos, de las diferentes esquemas de medicamentos disponibles, las combinaciones y dosificaciones cuidados y posibles efectos secundarios de los mismos, como parte de su contenido especifica también el uso de estos medicamentos en mujeres embarazadas y el tratamiento a recién nacidos madres positivos.

146. **GUÍA DE ATENCIÓN NUTRICIONAL A PERSONAS CON VIH (2011)**¹⁵⁸, en razón que en las personas con VIH, una buena nutrición contribuye a mantener o mejorar su estado nutricional y su salud en general, una alimentación deficiente en calidad o cantidad puede incidir negativamente en su mejoría e interferir con el adecuado funcionamiento de los antirretrovirales.

147. **MANUAL DE ACTIVIDADES PARA LA REDUCCIÓN DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN, ASOCIADO A VIH (2013)**¹⁵⁹, brinda módulos para crear las capacidades técnicas en los servidores de salud en el abordaje de la prevención de ITS, VIH y sida así como, busca la sensibilización al atender a personas clave en los servicios que deben ser de calidad y calidez.

148. **MANUAL DE MANEJO DE EMOCIONES EN PERSONAS CON VIH**^{160,161}, su fin es facilitar a nivel local y a prestadores de atención multidisciplinaria de los servicios de salud, el abordaje inicial de las emociones de quienes reciben un resultado positivo de VIH y brindar el seguimiento cercano en el estado de crisis que se presenten en el momento de la entrega del resultado al usuario.

149. **MANUAL PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE ITS, CON ÉNFASIS EN MANEJO SINDRÓMICO (2007)**¹⁶², su objetivo es detectar las principales infecciones de transmisión sexual que prevalecen en Guatemala, se hace énfasis en el manejo por síndromes lo cual facilita el diagnóstico y tratamiento el cual se gráfica en forma de algoritmos donde se resume la forma en

¹⁵⁶ Anexo 42: MSPAS. *Guía para Facilitadores de Comadronas “Compartiendo saberes para la Prevención de ITS.*

¹⁵⁷ Véase Anexo 16: MSPAS. *Guía de Tratamiento Antirretroviral y de Infecciones Oportunistas en Guatemala.*

¹⁵⁸ Véase Anexo 15: MSPAS: *Guía de Atención Nutricional a Personas con VIH (2011).*

¹⁵⁹ Anexo 43: *Manual de Actividades para la reducción de Estigma y Discriminación, asociado a VIH.*

¹⁶⁰ Anexo 44: MSPAS. *Manual de manejo de emociones en personas con VIH.*

¹⁶¹ Anexo 45: MSPAS. *Tarjetas manejo de emociones en personas con VIH.*

¹⁶² Anexo 46: MSPAS. *Manual para el abordaje Integral de ITS, con énfasis en Manejo Síndrómico.*

que se aborda a los pacientes en base a su sintomatología y orienta al prestador de servicio sobre pruebas diagnósticas y tratamiento.

150. **MANUAL DE ORIENTACIÓN EN ITS, VIH Y SIDA**¹⁶³, es una orientación de ITS, VIH y Sida brinda los lineamientos a seguir en los servicios de salud para el abordaje en la realización de pruebas de VIH, con un proceso de Orientación Pre y Post prueba.

151. **MANUAL DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN LOGÍSTICA SIAL (2015)**¹⁶⁴, tiene como objetivo el mejoramiento del sistema de información para la administración logística de medicamentos e insumos, para la prevención y tratamiento de VIH/sida y constituye una estrategia para la estandarización e implementación de procesos en la gestión logística en las UAI.

152. **MANUAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE MUJERES CON VIH (2015)**¹⁶⁵, es de aplicación en el segundo y tercer nivel de atención, tiene por objetivo promover el acceso de las mujeres viviendo con VIH a los servicios de salud sexual y reproductiva, con énfasis en los métodos anticonceptivos y sus interacciones con los medicamentos antirretrovirales

153. **INFORME VALIDACIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS DE VIH**¹⁶⁶, tiene como objetivo general actualizar y validar el algoritmo diagnóstico de VIH, utilizando pruebas rápidas recomendadas por OPS/OMS, como herramienta para la toma de decisiones diagnósticas para el control de la infección por VIH, cuyo objetivo específicos es validar y estandarizar a nivel nacional, el uso de pruebas rápidas en el tamizaje y diagnóstico de VIH en suero.

154. **INFORME FINAL NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON VIH UNICEF**¹⁶⁷, es un estudio promovido por UNICEF y Fundación Fernando Iturbide con el propósito de reflejar los tipos y dimensiones de las barreras y desafíos que a diario enfrentan los niños, niñas y adolescentes que viven con VIH y sus familias. En ese marco se identifica la necesidad de caracterizar la población de niños, niñas y adolescentes con VIH, su condición de orfandad y otras condiciones que limitan su desarrollo psicobiosocial. Asimismo provee información básica para el diseño de propuestas de intervenciones con énfasis en la protección y promoción de los derechos y atención fundamentales.

155. **PLAN SALUD DIGNIDAD Y PREVENCIÓN POSITIVA**¹⁶⁸, su propósito es plantear las estrategias que orienten las intervenciones hacia el logro de los objetivos en el marco de la salud, dignidad y prevención secundaria, reduciendo el estigma y la discriminación, midiendo el impacto de las acciones, articulando actores clave y garantizando la sostenibilidad, de manera que en conjunto, las personas con VIH, los prestadores de servicios de salud y las entidades

¹⁶³ **Anexo 47: MSPAS. Manual de orientación en ITS, VIH y SIDA.**

¹⁶⁴ **Anexo 48: MSPAS. Manual del Sistema de Información para la administración logística Sial.**

¹⁶⁵ Véase Anexo 31: MSPAS. Manual para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres que viven con VIH y VIH Avanzado (SIDA). Manual Práctico para Proveedores de Servicios de Salud por Niveles de Atención del MSPAS (Segunda Edición, 2015)

¹⁶⁶ **Anexo 49: MSPAS. Informe Final Fase I Validación de Pruebas Rápidas de VIH en población general.**

¹⁶⁷ **Anexo 50: Informe Final Niños, Niñas y Adolescentes con VIH UNICEF**

¹⁶⁸ **Anexo 51: MSPAS. Plan Salud Dignidad Y Prevención Positiva.**

relacionadas con estas poblaciones, implementen acciones para mejorar la calidad de vida de las personas con VIH.

156. **INFORME FINAL DE LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y CONDICIONES INSTITUCIONALES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROCESO**¹⁶⁹, tiene como propósito estandarizar la manera de coleccionar la información a nivel de la región centroamericana, para generar la línea base de monitoreo de las acciones en la región, así como, para el control de la epidemia de VIH, buscando alcanzar las metas acordadas en Consejo de Ministros de salud de Centro América (COMISCA) en el 2013 y siguiendo las recomendaciones de la OMS y ONUSIDA para el año 2020.

157. **ACUERDO GUBERNATIVO 57-2012 REGLAMENTO PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**¹⁷⁰, tiene como objeto establecer medidas que conduzcan a mejorar la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), en el ámbito nacional, en el marco de la promoción y protección de los derechos humanos.

158. **DIRECTORIO DE REFERENCIA Y RESPUESTA REDES MULTISECTORIALES**, el cual realiza un mapeo de las redes multisectoriales existentes en los departamentos y de las organizaciones que pertenecen a las mismas, con ello ayudara a la respuesta efectiva multisectorial a nivel local del VIH. La identificación de cada una de las instituciones mejorara el diagnóstico, la vinculación y la promoción de derechos humanos relacionados a ITS y VIH. El sistema de referencia y contra referencia busca dar el adecuado seguimiento a los usuarios y usuarias que solicitan los servicios de salud y garantizar la pronta resolución de las necesidades de cada individuo.

ACCIONES PARA COMBATIR LA DISCRIMINACIÓN

159. Se realizan gestiones para disponer de material de comunicación (*spots radiales en idiomas español y maya, videos, otros*) a través de la Academia de Idiomas Mayas de Guatemala con enfoque de prevención y control de ITS y VIH Sida, atención integral y derechos humanos, pertinencia cultural, logrando posicionar en radios comunitarias del país para la difusión respectiva.

160. En cuanto a la solicitud de **“Reformas a la ley general de VIH para actualizarla desde una perspectiva de derechos humanos y en el marco de las directrices internacionales de VIH en el abordaje de conceptos, atención y vigilancia de la enfermedad entre otros”**, el Estado a través del PNS convocará a una mesa técnica para discutir la presente ley y hacer las propuestas

¹⁶⁹ Anexo 52: MSPAS. Informe Final de la evaluación de la adherencia al Tratamiento Antirretroviral y Condiciones Institucionales que pueden influir en el proceso.

¹⁷⁰ Anexo 53: MSPAS. Acuerdo Gubernativo Nº 57-2012. Reglamento para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

de reforma que se consideren pertinentes, con la participación de diferentes organizaciones de sociedad civil y organismos de cooperación internacional que trabajan en temática de VIH, y se trabajará con la Secretaría de Planificación SEGEPLAN a través de la Unidad de Políticas Públicas y COPREDEH para la debida aplicación del enfoque de derechos humanos en dicha ley.

DIRECTRICES PARA COMBATIR LOS HECHOS DE CORRUPCIÓN

161. Respecto a los hechos de corrupción señalados en el ESAP¹⁷¹, entre otros, el Estado hace de conocimiento de la Corte IDH que se ha celebrado un Convenio entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Ministerio Público, la Contraloría de Cuentas y la Comisión Internacional Contra la Impunidad en Guatemala para Luchar Contra la Corrupción Administrativa¹⁷².

162. En ese sentido se informa que a raíz del nombramiento de fecha 28 de julio del año 2016, por medio del Acuerdo Gubernativo No. 100 del Presidente de la República de Guatemala, el cual surtió efecto a partir del día 28 de julio del año 2016, por medio del acta número 90-2016, de misma fecha, en virtud de la cual se da toma de posesión del cargo de la actual Ministra de Salud Pública y Asistencia Social, la doctora Lucrecia María Hernández Mack; se procede a trabajar en uno de los ejes de trabajo, dentro de los cuales uno de los fines y objetivos es trabajar con transparencia, a consecuencia de esto se establece la creación de la “Unidad de Transparencia y Anticorrupción”, por medio del Acuerdo Ministerial No. 278-2016, de fecha 19 de octubre del año 2016; en el cual establece en su tercer considerando, literalmente: **“Que la Convención Interamericana Contra la Corrupción, ratificada por el Estado de Guatemala en el año 2001, insta a los estados signantes a impulsar las acciones para prevenir, detectar, sancionar y erradicar las prácticas corruptas. De esa cuenta, se promulgó la Ley Contra la Corrupción, que procura la transparencia y sanciona con mayor drasticidad actos ilícitos, por lo que este Ministerio, en ejercicio de la rectoría del sector salud, teniendo amplias facultades para ejercer todos los actos y dictar todas las medidas que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones del servicio, competen al ejercicio de su función, tiene legitimidad para crear una unidad que coadyuve con el Despacho Ministerial, con el propósito de velar por el estricto cumplimiento de las funciones confiadas a cada unidad, las que deben ejecutarse con absoluta transparencia, probidad, eficiencia y eficacia, que tiendan a la protección de la salud del pueblo de Guatemala.”** (énfasis añadido)

¹⁷¹ ESAP, pág. 26 “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”.

¹⁷² Anexo 54: MSPAS-MP-CC-CICIG. *Convenio entre el Ministerio De Salud Pública Y Asistencia Social, el Ministerio Público, la Contraloría de Cuentas y la Comisión Internacional contra la Impunidad en Guatemala para luchar contra la corrupción administrativa.*

163. En el artículo 2 de dicho acuerdo, indica el objeto de dicha unidad, el cual es promover acciones encaminadas a prevenir, detectar, documentar y diligenciar a donde corresponda para erradicar actos de corrupción. El cual adjunto a la presente contenido en tres folios.

164. Aunado a lo anterior, se recuerda que cualquier persona puede interponer una denuncia, conforme se mencionó en el apartado VI. Análisis de Derecho, Mecanismos Previstos para la Protección de los Derechos Humanos (véase *supra* párrs.72-73).

INCREMENTO DE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA

165. El Estado señala que el presupuesto en VIH/SIDA se ha ido incrementando¹⁷³, pasando de una asignación de 6,2 millones de quetzales en el 2004 a 112,9 millones de quetzales en el presente año, conforme lo demuestra la gráfica siguiente:

CUADRO 5. EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE VIH - SIDA

AÑO	PRESUPUESTO VIGENTE	DEVENGADO	% EJECUCION
2017	112,996,290.00	17,691,683.63	15.66
2016	99,794,148.00	85,459,352.39	85.64
2015	133,915,424.00	76,446,539.38	57.09
2014	125,128,916.00	105,070,948.49	83.97
2013	65,330,637.00	58,963,372.78	90.25
2012	50,065,335.00	48,112,398.07	96.1
2011	56,153,442.95	52,976,296.59	94.34
2010	43,254,616.00	42,693,586.31	98.70
2009	26,773,854.62	25,685,009.08	95.93
2008	30,104,754.00	29,836,373.01	99.11
2007	39,355,387.00	39,208,938.85	99.63
2006	20,000,000.00	19,999,999.11	100.00
2005	23,326,296.00	23,225,554.20	99.57
2004	6,258,607.00	6,258,605.41	100.00
ACUMULADO	826,199,100.57	625,370,051.89	75.69

FUENTE: Información tomada de reportes generados de SICOIN

¹⁷³ Anexo 55: MSPAS. Asignación Presupuestaria VIH. Periodo 2004-2017.

VII. OBSERVACIONES DEL ESTADO RESPECTO A LAS REPARACIONES PLANTEADAS POR LA CIDH Y LOS REPRESENTANTES

166. El Estado reconoce, al igual que la Corte IDH que “*Sobre la base de lo dispuesto en el artículo 63.1 de la Convención Americana... toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente, y que esa disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado*”¹⁷⁴. En ese sentido, de declararse la responsabilidad internacional del Estado por violaciones a obligaciones internacionales, se podrán ordenar medidas de reparación que tiendan a hacer desaparecer los efectos de las violaciones cometidas¹⁷⁵.

167. Tanto la CIDH¹⁷⁶ como los representantes¹⁷⁷ han solicitado una serie de reparaciones. En caso que la Corte IDH resuelva que el Estado es responsable internacionalmente por no garantizar alguno de los derechos ya abordados, el Estado manifiesta que a excepción de la reparación por daño material e inmaterial, ya se han adoptado las medidas necesarias para asegurar que todas las víctimas sobrevivientes del presente caso - *al igual que el resto de las personas infectadas que residen en el país* -, y que ya se han implementado los mecanismos de no repetición.

168. Cabe señalar que las dos acciones mencionadas en el párrafo anterior, aplican para todas las personas bajo jurisdicción del Estado, y que esas acciones no solo han sido posible al esfuerzo que realiza el país con los recursos disponibles y la colaboración de un conjunto de organismos internacionales que apoyan económicamente y asesoran en la toma de decisiones, conforme los estándares internacionales en la materia.

169. Respecto a la reparación por daño material e inmaterial, a favor de las víctimas sobrevivientes y a los familiares y seres queridos de todas las víctimas por las alegadas violaciones en el presente caso, se presentará oportunamente una propuesta basado en un estudio actuarial.

170. Por último, el Estado desea manifestarse respecto a la reparación solicitada en capítulo IV. Reparaciones del ESAP por los posibles daños ocasionados por la supuesta violación al artículo 19 (Derechos del Niño) de la CADH. Tomando en cuenta que el ESAP no presenta argumentos en sus fundamentos de derecho, el Estado no está en condiciones de pronunciarse y

¹⁷⁴ Corte IDH. *Caso Miembros de la Aldea Chichupac y comunidades vecinas del Municipio de Rabinal Vs. Guatemala*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30.11.2016. Serie C No. 328. Párr. 266. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*. Reparaciones y Costas. Sentencia de 21.07.1989. Serie C No. 7, párr. 25, y *Caso Herrera Espinoza y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01.09.2016. Serie C No. 316, párr. 210.

¹⁷⁵ Corte IDH. *Caso Bámaca Velásquez Vs. Guatemala*. Reparaciones y Costas. Sentencia de 22.02.2002. Serie C No. 91. Párr. 41.

¹⁷⁶ CIDH, Informe No. 2/16, Caso 12.484, Fondo, Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA, Guatemala, 13 de abril de 2016, párrs. 1-3.

¹⁷⁷ ESAP, IV Reparaciones, pág.173 y ss.

en consecuencia solicita a la Corte IDH que dicha solicitud de reparación se tenga por no presentada.

171. En razón de lo anterior, de establecerse la responsabilidad internacional del Estado, las reparaciones que oportunamente puedan declararse deberán guardar relación con las violaciones declaradas sobre el fondo del asunto, sometido al conocimiento contencioso de la Corte¹⁷⁸. Asimismo, la reparación deberá dirigirse a los efectos inmediatos de los actos que se declaren como ilícitos internacionales por la Corte, pero solo en la medida jurídicamente tutelada¹⁷⁹.

Costas y gastos

172. Es criterio jurisprudencial que la indemnización y las costas y gastos son dos tipos de reparación independiente.¹⁸⁰ En cuanto al reembolso de costas y gastos, la Corte ha sido clara al afirmar que “... corresponde a la Corte apreciar prudentemente su alcance, el cual 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.”¹⁸¹

173. Aunado a lo anterior ha reiterado con relación al reembolso de los gastos y costas que “... no es suficiente la remisión de documentos probatorios, sino que se requiere que las partes hagan una argumentación que relacione la prueba con el hecho que se considera representado, y que, al tratarse de alegados desembolsos económicos, se establezcan con claridad los rubros y la justificación de los mismos.”¹⁸², por lo que deberán ser reembolsables únicamente aquellos que respalden la pretensión en materia de costas y gastos¹⁸³ y cumplan con los criterios identificados anteriormente. No obstante la Corte IDH no se encuentra sujeta a lo que determine la legislación interna de los Estados parte de la CADH en lo que respecta a la valoración del

¹⁷⁸ 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. 64.

¹⁷⁹ Corte IDH. *Caso Aloeboetoe y otros Vs. Surinam*. Reparaciones y Costas. Sentencia de 10 de septiembre de 1993. Serie C No. 15. Párr. 49.

¹⁸⁰ La Corte IDH ha indicado que “Esta Corte ha considerado en algunos casos que es procedente otorgar una indemnización por los gastos en los que las víctimas o sus familiares han incurrido como consecuencia de las violaciones declaradas, siempre que tales gastos tengan un nexo causal directo con los hechos violatorios y no se trate de erogaciones realizadas por motivo del acceso a la justicia, ya que estas últimas se consideran como “reintegro de costas y gastos” y no como “indemnizaciones”.”

¹⁸¹ Corte IDH. *Caso Furlan y familiares Vs. Argentina*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Serie C No. 246. Párr. 324. Corte IDH. *Caso Artavia Murillo y otros (“Fecundación in vitro”) Vs. Costa Rica*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas Sentencia de 28.11.2012. Serie C No. 257. Párr. 368.

¹⁸² Corte IDH. *Caso Chaparro Álvarez y Lapo Íñiguez Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21.11.2007. Serie C No. 170, párr. 277, y Corte IDH. *Caso Vélez Restrepo y familiares Vs. Colombia*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 03.09.2012. Serie C No. 248, párr. 307

¹⁸³ Corte IDH, *Caso Bayarri vs. Argentina*, Sentencia de 30.10.2008, Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas, Serie C 187, párrafo 193.

monto¹⁸⁴ de las costas y gastos, dicho Tribunal deberá, al momento de resolver, que los montos fijados por dicho concepto sean adecuados y razonables al proceso seguido.

Gastos futuros

174. El Estado manifiesta que los gastos futuros que solicitan los representantes no son justificables y para su otorgamiento debe ser medible y sostenible anticipadamente, circunstancias que no ocurre en el presente caso por responder a circunstancias condicionantes y sin fundamento y no se enmarcan en los parámetros de la CIDH. Los gastos futuros atentan contra certeza jurídica y tal como lo establece la doctrina los gastos o las reparaciones deben de ser proporcionales a los hechos violentados. Adicionalmente, se debe tener presente que la propia Corte IDH en el *Caso Buenos Alves vs. Argentina* consideró que los gastos futuros reclamados (gastos ya efectuados, gastos futuros, daño emergente futuro y compensaciones por tratamientos médicos y psiquiátricos futuros) duplicaron “su pretensión, calculando en dos capítulos distintos un mismo rubro...”¹⁸⁵.

VIII. CONSIDERACIONES RESPECTO A LAS PRUEBAS OFRECIDAS POR LOS REPRESENTANTES

175. En cuanto a las declaraciones, los representantes proponen la declaración de 10 presuntas víctimas¹⁸⁶ para que declaren sobre su diagnóstico como persona con VIH y la atención médica recibida desde ese momento y que se referirán a la forma en que la falta de un tratamiento integral como paciente VIH afectó su vida.¹⁸⁷

176. Teniendo en cuenta que todas ellas se pronunciarán sobre temas coincidentes, que la Dra. Olga Alicia Paz ha sido propuesta para realizar un peritaje sobre los efectos psicosociales que el VH/SIDA y la falta de una atención integral tiene en general y en particular en las víctimas de este caso y que los representantes presentaron información sobre la situación de salud de las víctimas del caso y sus perfiles socio-económico y familiar¹⁸⁸. atendiendo el principio de economía procesal se solicita a la Corte IDH limitar a tres personas las declaraciones de las víctimas, o bien realizar sus declaración por *affidavit*.

177. Adicionalmente, los representantes proponen al Dr. Matthew Anderson y a la Licenciada Roció Samayoa Bran, para que declaren sobre los principales obstáculos para una atención integral en Guatemala, y las medidas que el Estado debería adoptar para garantizarla, el Estado propone limitar a una sola persona para que aborden dichos temas en razón de la

¹⁸⁴ *Loc. cit.*

¹⁸⁵ Corte IDH. *Caso Bueno Alves Vs. Argentina*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 11.05.2007. Serie C No. 164. Párr. 180.

¹⁸⁶ 1.Feliz de Jesús Cabrera Morales, 2.Zoila Marina Pérez Ruiz, 3.Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, 4.Francisco Sop Queij; 5.Luis Rolando Cuscul Pivaral; 6.Marina Martínez Sofoija; 7.Ismerai Oliva Castañón; 8.Carlos Fernando Coc Chajón; 9.Luis Alberto Hernández Estrada; 10.María Magdalena Rodas Mérida.

¹⁸⁷ ESAP, A. Declaraciones de las víctimas y prueba testimonial, págs. 198-200.

¹⁸⁸ *Ibíd*, B. *Hechos*, págs. 32-109.

similitud de los temas a abordar por ambos profesionales¹⁸⁹, teniendo en cuenta que el Estado a demostrado que actualmente garantiza la atención médica integral

178. En cuanto a la prueba pericial¹⁹⁰, los representantes proponen a la Directora de la Iniciativa de Salud y Derechos Humanos del Instituto O’Neil de la Facultad de Derecho de la Universidad de Georgetown para rendir declaración sobre las obligaciones estatales para garantizar el derecho a la salud, desde la perspectiva del derecho internacional de los derechos humanos. Atendiendo que el propio ESAP desarrolla ampliamente este tema, el Estado considera que este peritaje no brindará elementos adicionales para la resolución del presente caso.

179. Respecto a la declaración a título informativo¹⁹¹, los representantes proponen declaración a título informativo de la Doctores Cristina Calderón Melgar y Eduardo Arathoon Pérez. El Estado observa que ambos profesionales son parte del equipo que elaboró el ESAP, con lo cual no sería necesario su participación ya que en él abordaron sus respectivas consideraciones. Por ello, el Estado sostiene que no es necesario contar con ambos peritajes atendiendo el principio de economía procesal y que no aportarían nuevos elementos para mejor resolver. Asimismo, se recuerda que durante la implementación de las recomendaciones, el Doctor Arathoon no mostró predisposición a celebrar oportunamente un acuerdo de cumplimiento de recomendaciones.

IX. PRUEBAS OFRECIDAS POR EL ESTADO

1. PRUEBA DECLARATORIA

180. Declaración de un paciente con VIH/SIDA, cuyo nombre será informado a la brevedad, quien por medio de affidavit declarará sobre la atención médica recibida desde que se le diagnóstico como persona con VIH y el trato recibido del personal encargado de su cuidado.

2. PRUEBA PERICIAL

181. Declaración de un experto, cuyo nombre será informado a la brevedad, quien por medio de *affidavit* declarará sobre las acciones del Estado para garantizar las obligaciones estatales en materia de salud, desde la perspectiva de la legislación interna y del derecho internacional de los derechos humanos. (podría evaluarse si declara en la Corte IDH)

3. DECLARACIÓN A TÍTULO INFORMATIVO

182. Declaración de un experto, cuyo nombre será informado a la brevedad, quien por medio de affidavit declarará sobre las providencias adoptadas por Guatemala, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr

¹⁸⁹ *Ibíd*, A. *Declaraciones de las víctimas y prueba testimonial*, pág. 201.

¹⁹⁰ *Ibíd*, B. *Prueba Pericial*, págs. 198-201.

¹⁹¹ *Ibíd*, C. *Declaraciones a título informativo*, pág. 202.

progresivamente la plena efectividad de los derechos económicos y sociales, y en particular el derecho a la salud.

4. PRUEBA DOCUMENTAL

183. Los anexos enlistados a continuación, serán remitidos conforme el plazo establecido en el artículo 28 del reglamento de la Corte IDH. Los referidos anexos son:

Anexo 1: Acuerdo Gubernativo N°. 266 de fecha 22.09.2016.

Anexo 2: Acuerdo Gubernativo N°. 123-87 de fecha 20.02.1987.

Anexo 3: Decreto N° 1-86. Ley de Amparo, Exhibición Personal y de Constitucionalidad.

Anexo 4: COPREDEH. Oficio Ref. DE-22-2016, de fecha 15.11.2016.

Anexo 5: Acuerdo Ministerial N° 20-2016. Normativa para La categorización y habilitación de la Red de Servicios de Salud.

Anexo 6: Decreto N° 90-97 del Congreso de la República de Guatemala. Código de Salud.

Anexo 7: Decreto N° 97-1996 del Congreso de la República de Guatemala. Ley Para Prevenir, Sancionar y Erradicar La Violencia Intrafamiliar.

Anexo 8: Decreto N° 27-2000 del Congreso de la República de Guatemala. Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –HIV- y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA- y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA.

Anexo 9: Decreto N° 42-2001 del Congreso de la República de Guatemala. Ley De Desarrollo Social.

Anexo 10: Decreto N° 27-2003 del Congreso de la República de Guatemala. Ley De Protección Integral de la Niñez Y Adolescencia.

Anexo 11: Decreto N° 22-2008 del Congreso de la República de Guatemala. Ley Contra el Femicidio y Otras Formas de Violencia contra la Mujer.

Anexo 12: Decreto N° 9-2009 del Congreso de la República de Guatemala. Ley Contra La Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas.

Anexo 13: Decreto N° 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala. Ley Para La Maternidad Saludable.

Anexo 14: Decreto N° 57-92 del Congreso de la República de Guatemala. Ley de Contrataciones del Estado.

Anexo 15: MSPAS. Guía de Atención Nutricional en Personas Con VIH. MSPAS (2011).

Anexo 16: MSPAS. Guía de Tratamiento Antirretroviral y de Infecciones oportunistas (2013).

Anexo 17: MSPAS. Manual para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres que viven con VIH y VIH Avanzado.

Anexo 18: MSPAS-OPS/OMS. Acuerdo de Cooperación Técnica para la Adquisición de Biológicos, Reactivos, Medicamentos y otros insumos relacionados entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República de Guatemala y La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud al amparo del Convenio Básico para Proyecto de Salud en Guatemala.

Anexo 19: MSPAS-MINEDUC. Convenio De Cooperación Interinstitucional “Prevenir con Educación” entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Anexo 20: MSPAS. Protocolo de Atención a Víctimas Sobrevivientes de Violencia Sexual.

Anexo 21: Informe de Vigilancia de la Resistencia del HIV a los Medicamentos Antirretrovirales en Guatemala.

Anexo 22: MSPAS. Acuerdo Ministerial N° 827-2010. Semana de la Campaña “Hazte La Prueba”.

Anexo 23: MSPAS. Acuerdo Ministerial N° 204-2015. Aprobación Manual de Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres con VIH y VIH Avanzado.

Anexo 24: MSPAS. Acuerdo Ministerial N° 261-2016. Definición e Implementación del Modelo Incluyente en Salud.

Anexo 25: MSPAS. Avanzando hacia el control de la Epidemia de VIH y SIDA en Guatemala. Establecimiento de metas nacionales.

Anexo 26: OMS. Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection. Recommendations for a Public Health Approach. (Second Edition, 2016)

Anexo 27: MSPAS. Plan Operativo de Trabajo 2017.

Anexo 28: MSPAS. Plan Operativo de Trabajo 2016.

Anexo 29: MSPAS. Plan Operativo de Trabajo 2015.

Anexo 30: MSPAS. Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud. Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA. Personal de Psicología que atiende en las 16 UAI de país (2016).

Anexo 31: MSPAS. Manual para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres que viven con VIH y VIH Avanzado (SIDA). Manual Práctico para Proveedores de Servicios de Salud por Niveles de Atención del MSPAS (Segunda Edición, 2015)

Anexo 32: MSPAS. Departamento de Regulación de los programas de Atención a las Personas. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH Y SIDA. Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y Sífilis Congénita 2013–2016.

Anexo 33: MSPAS. Unidad de Prevención y Promoción Primaria. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA. Capacitaciones (Noviembre 2016)

Anexo 34: MSPAS. Plan Estratégico Nacional de Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y SIDA 2011-2015.

Anexo 35: MSPAS: Plan Nacional Salud Dignidad y Prevención Positiva, Guatemala 2015-2019.

Anexo 36: MSPAS. Estrategia de Información, Educación y Comunicación para el cambio de comportamiento, para la prevención de ITS, VIH y SIDA.

Anexo 37: MSPAS-Estrategia Nacional de Condones, Guatemala 2012-2015.

Anexo 38: MSPAS. Estrategia de Atención Diferenciada en Salud para las personas Trans en Guatemala 2016-2030.

Anexo 39: Protocolo a Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual.

Anexo 40: MSPAS. Guía para la Orientación sobre Alimentación de Bebés Hijos de Mamás con VIH.

Anexo 41: MSPAS. Tarjetas guía para la orientación sobre alimentación de bebes-hijos de mamás con VIH.

Anexo 42: MSPAS. Guía para Facilitadores de Comadronas “Compartiendo saberes para la Prevención de ITS.

Anexo 43: Manual de Actividades para la reducción de Estigma y Discriminación, asociado a VIH.

Anexo 44: MSPAS. Manual de manejo de emociones en personas con VIH.

Anexo 45: MSPAS. Tarjetas manejo de emociones en personas con VIH.

Anexo 46: MSPAS. Manual para el abordaje Integral de ITS, con énfasis en Manejo Sindrómico.

Anexo 47: MSPAS. Manual de orientación en ITS, VIH y SIDA.

Anexo 48: MSPAS. Manual del Sistema de Información para la administración logística Sial.

Anexo 49: MSPAS. Informe Final Fase I Validación de Pruebas Rápidas de VIH en población general.

Anexo 50: Informe Final Niños, Niñas y Adolescentes con VIH UNICEF

Anexo 51: MSPAS. Plan Salud Dignidad Y Prevención Positiva.

Anexo 52: MSPAS. Informe Final de la evaluación de la adherencia al Tratamiento Antirretroviral y Condiciones Institucionales que pueden influir en el proceso.

Anexo 53: MSPAS. Acuerdo Gubernativo N° 57-2012. Reglamento para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Anexo 54: MSPAS-MP-CC-CICIG. Convenio entre el Ministerio De Salud Pública Y Asistencia Social, el Ministerio Público, la Contraloría de Cuentas y la Comisión Internacional contra la Impunidad en Guatemala para lucha contra la corrupción administrativa.

Anexo 55: MSPAS. Asignación Presupuestaria VIH. Periodo 2004-2017.

X. ANUENCIA DEL ESTADO A NEGOCIAR UN ACUERDO DE SOLUCIÓN AMISTOSA

184. El Estado de Guatemala, manifiesta a la Honorable Corte IDH la voluntad de alcanzar un acuerdo de solución amistosa, con base en el artículo 63 de su Reglamento¹⁹² y en la línea de lo interpretado por dicho Tribunal en *Caso Caballero Delgado y Santana Vs. Colombia*.¹⁹³

185. Es por ello que el Estado, la voluntad de alcanzar un Acuerdo de Solución Amistosa, tal como se había propuesto a los peticionarios durante la reunión que se sostuvo en agosto de 2016 en las oficinas de COPREDEH, sin que por ello implique necesariamente un reconocimiento de su responsabilidad internacional que se le pretenden atribuir en el presente caso y conforme se ha pronunciado la Corte IDH en el *Caso Argüelles y otros Vs. Argentina*¹⁹⁴:

“56. Si una parte tiene interés en la solución amistosa puede proponerla. En el caso del Estado y frente al objeto y fin del tratado, que es la defensa de los derechos humanos en él protegidos, no podría entenderse la participación en dicho proceso como un reconocimiento de responsabilidad sino, al contrario, como un cumplimiento de buena fe de los propósitos de la Convención⁴⁵. Lo mismo se aplica a las medidas dirigidas a implementar las recomendaciones de la Comisión Interamericana”

186. Por lo expuesto, se lleva a conocimiento de la Corte IDH, y por su intermedio a las partes, la voluntad estatal de alcanzar un acuerdo con base al principio internacional de buena fe en el cumplimiento de los compromisos asumidos internacionalmente en materia de derechos humanos.

XI. CONCLUSIÓN

187. El Estado, a modo de conclusión se permite presentar las siguientes:

- La epidemia del VIH/SIDA no puede erradicarse por acciones de un solo país,
- Guatemala no desconoce su obligación de respetar y garantizar el derecho a la salud a las personas bajo su jurisdicción, sin importar dónde o como la hayan contraído.

¹⁹² Reglamento de la Corte IDH, *Artículo 63. Solución amistosa*. Cuando la Comisión, las víctimas o presuntas víctimas o sus representantes, el Estado demandando y, en su caso, el Estado demandante, en un caso ante la Corte comunicaren a ésta la existencia de una solución amistosa, de un avenimiento o de otro hecho idóneo para la solución del litigio, la Corte resolverá en el momento procesal oportuno sobre su procedencia y sus efectos jurídicos.

¹⁹³ Corte IDH. *Caso Caballero Delgado y Santana Vs. Colombia*. Excepciones Preliminares. Sentencia de 21.01.1994, párr. 30.

¹⁹⁴ Corte IDH. *Caso Argüelles y otros Vs. Argentina*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20.11.2014. Serie C No. 288. Párr. 56.

- Que el inicio del tratamiento antirretroviral, genera una disminución de las defensas en el organismo, lo que provoca el fallecimiento de las personas por enfermedades oportunistas,
- Que es importante la conducta que realice la persona infectada, tanto las de hacer como las de no hacer, para coadyuvar al Estado a garantizar el derecho a la salud de todas las personas.
- Que el Estado lamenta el fallecimiento de las personas en el presente caso, pero afirma que pese a las épocas de desabastecimiento señaladas, nunca se negó a adquirir y proveer los medicamentos a los pacientes que lo requieran, incluyendo las 49 personas incluidas en el presente caso.
- Que la CC se pronunció sobre el fondo del asunto en el recurso interpuesto y que los peticionarios no agotaron los recursos internos.
- Que Guatemala adopta providencias, *tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional*, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, *en la medida de los recursos disponibles*.

XII. ANEXOS

188. **Véase apartado X, prueba documental.**

XIII. PETITORIO

189. El Estado de Guatemala respetuosamente formula el presente petitorio a la Honorable Corte Interamericana de Derechos Humanos solicitando:

Primero, que tenga por presentado el presente escrito de contestación de demanda refiriéndose a las alegadas violaciones presentadas por la ilustre CIDH y los distinguidos representantes y se incorpore al expediente respectivo.

Segundo, que tome nota de todas las acciones que realiza el Estado, inclusive con la colaboración de organismos especializados en el tema de VIH/SIDA, a partir del descubrimiento del virus.

Tercero, que tome nota de la anuencia del Estado de llegar a un acuerdo de solución amistosa dentro del presente caso.

Cuarto, que tenga por ofrecidos e individualizados los medios de prueba identificados en el presente escrito y que atendiendo el principio de economía procesal, limite los medios de prueba propuestos que no estén controvertidos en el presente caso.

Quinto, que en caso de no alcanzar un acuerdo, en caso que la Corte resuelva atribuir responsabilidad internacional por la violación a los derechos alegados, tome en cuenta las medidas adoptadas por el Estado para combatir la epidemia.

Sexto, que expresamente declare que el Estado no es responsable internacionalmente por la alegada violación al art. 19 (Derechos del Niño), en razón que el mismo no presenta argumentos en los fundamentos de derecho fue incluido en los argumento y solo fue señalado en el capítulo de las reparaciones, coartando así el derecho de defensa del Estado.



Víctor Hugo Godoy M.
Presidente.