

San José y Guatemala, 9 de abril de 2018

Doctor  
**Pablo Saavedra Alessandri**  
 Secretario  
 Corte Interamericana de Derechos Humanos

www.cejil.org

**Ref.:**  
**Alegatos finales**  
**Caso Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala**

Distinguido Dr. Saavedra:

La Dra. Cristina Calderón, la Asociación de Salud Integral (ASI) y el Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL), nos dirigimos a usted y por su intermedio a la Honorable Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante “Corte IDH”), a fin de presentar nuestros alegatos finales, de conformidad con la Resolución del Presidente de esta Honorable Corte, de 8 de febrero de 2018. A tal efecto, el escrito estará dividido de la siguiente manera:

<b>I. Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>II. Consideraciones preliminares.....</b>	<b>5</b>
A. Solicitud de que esta Ilustre Corte considere como víctimas directas a algunas de las personas que aparecen como familiares de las víctimas en este caso y para que aplique el artículo 35 del Reglamento de la Corte en relación a otras víctimas.....	5
1. <i>En relación a las personas que aparecen mencionadas en el informe de fondo como familiares de las víctimas y que han sufrido afectaciones directas en su calidad de pacientes de VIH que no han recibido atención integral.....</i>	5
2. <i>En relación a nuestra solicitud de aplicar el artículo 35 de la CADH a este caso..</i>	7
B. Acerca del alegato estatal sobre el supuesto no agotamiento de los recursos internos.....	9
<b>III. Fundamentos de hecho .....</b>	<b>12</b>
A. Contexto.....	12
1. <i>Consideraciones preliminares.....</i>	12
a. El Estado no controvertió los hechos del contexto, por tanto, la Corte debe considerarlos como aceptados.....	12
2. <i>Los problemas estructurales para la atención de las personas con VIH persisten en la actualidad, por lo que es urgente que esta Honorable Corte ordene la adopción de</i>	

<i>medidas para evitar la repetición de hechos como aquellos a los que se refiere este caso</i>	18
3. <i>En relación a las causas de la persistencia de la falta de atención integral a las personas con VIH en Guatemala</i> .....	19
a. En Guatemala persiste el desabastecimiento de medicamentos ARV y otros medicamentos necesarios para la atención del VIH.....	19
b. En Guatemala persiste una crisis en el sistema de salud que ha impactado en la atención integral de las personas con VIH.....	24
B. Hechos del caso .....	27
1. <i>Esta Honorable Corte debe considerar los hechos de este caso como aceptados por parte del Estado, dado que no ha presentado información para controvertirlos</i> .....	28
2. <i>Resumen de los hechos probados a lo largo de este proceso</i> .....	29
<b>IV. Fundamentos de derecho</b> .....	46
A. Consideraciones previas .....	46
1. <i>Las violaciones a los derechos de las víctimas en este caso deben ser analizadas de manera conjunta dada la indivisibilidad e interdependencia de los distintos derechos en juego</i> .....	46
2. <i>En el análisis de este caso, esta Honorable Corte debe tomar en cuenta la particular situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las víctimas de este caso, lo que genera obligaciones reforzadas de protección para el Estado</i> .....	48
B. Derechos violados .....	49
1. El Estado de Guatemala violó los derechos a la vida, vida digna, integridad y salud, al no adoptar las medidas necesarias para proteger y garantizar sin discriminación los derechos consagrados en los artículos 4, 5 y 26 de la CADH en relación con los artículos 1.1 y 2 de dicho instrumento.....	49
a. <i>El Estado de Guatemala violó los derechos a vida, vida digna, integridad y salud de las víctimas, protegidos por los artículos 4, 5 y 26 de la CADH, en relación con los artículos 1.1 y 2 de dicho instrumento</i> .....	50
i. El Estado de Guatemala violó los derechos a la vida e integridad personal de las víctimas al no haber proporcionado atención médica integral, accesible, aceptable y de calidad.....	52
ii. El Estado de Guatemala es responsable por la violación del derecho a la vida de las 13 personas fallecidas por falta de atención médica adecuada .....	66
iii. El Estado discriminó a las víctimas del presente caso al no garantizarles una atención integral, accesible, aceptable y de calidad, tomando en cuenta las diversas situaciones de vulnerabilidad en las que viven.....	67

b.	<i>El Estado de Guatemala es responsable por la violación del derecho a la salud de las víctimas del presente caso a la luz del artículo 26 de la CADH en relación con los artículos 1.1 y 2 del mismo instrumento, por adoptar medidas regresivas y no disponer de manera efectiva del máximo de los recursos disponibles para garantizar dicho derecho.....</i>	70
i.	Guatemala adoptó legislación en materia de patentes que significó una medida regresiva respecto del derecho a la salud y que no le permite disponer de forma efectiva de sus recursos económicos disponibles .....	75
ii.	Guatemala sostiene prácticas y normativa en materia de contratación administrativa que no permiten hacer un uso efectivo de los recursos disponibles ....	82
iii.	En Guatemala la corrupción ha sido un obstáculo para disponer de forma efectiva de los recursos disponibles y con ello garantizar el derecho a la salud .....	85
iv.	Guatemala no demostró que ha hecho todo lo posible para utilizar todos los recursos a su disposición con el fin de satisfacer las obligaciones mínimas que se desprenden del derecho a la salud.....	87
c.	<i>Conclusión.....</i>	89
2.	El Estado es responsable por la violación del derecho a las garantías judiciales y a la protección judicial, amparados en los artículos 8.1 y 25 de la CADH en relación con el artículo 1 del mismo instrumento, en perjuicio de todas las víctimas del presente caso	89
a.	El recurso de amparo presentado para proteger los derechos de las personas con VIH en Guatemala y en particular de las víctimas fue inefectivo .....	90
b.	El recurso de amparo interpuesto para proteger los derechos de las personas con VIH en Guatemala y en particular de las víctimas no fue resuelto en un plazo razonable .....	92
3.	El Estado es responsable por la violación del derecho a la integridad personal de los familiares de las víctimas de este caso, contenido en el artículo 5 de la CADH, en relación al artículo 1.1 del mismo instrumento.....	93
<b>V.</b>	<b>Consideraciones sobre reparaciones.....</b>	98
A.	Consideraciones preliminares .....	98
B.	Medidas de restitución.....	99
1.	<i>Garantizar atención médica integral y accesible a las víctimas que permanecen con vida.....</i>	99
2.	<i>Garantizar atención médica y psicológica a los familiares de las víctimas fallecidas y que permanecen con vida.....</i>	101
C.	Medidas para garantizar la atención integral y adecuada a las personas con VIH en Guatemala.....	102

1. Creación de una base de datos y sistema de información único e integrado en todas las Unidades de Atención Integral sobre la epidemia de VIH .....	102
2. Medidas para garantizar el abastecimiento de medicamentos ARV para las personas que viven con VIH en Guatemala.....	106
a. Medidas a corto y mediano plazo .....	106
b. Medida a largo plazo.....	108
3. Fortalecimiento de las Unidades de Atención Integral del MSPAS y descentralización de la atención que brinda el IGSS .....	110
a. Capacitaciones a los funcionarios de salud en materia de derechos humanos de las personas con VIH.....	111
b. Fortalecimiento de la respuesta para la prevención de la transmisión madre-hijo	112
c. Campaña de sensibilización acerca del VIH/SIDA .....	114
d. Cambios en los espacios físicos de las Unidades de Atención Integral.....	115
e. Creación de nuevas Unidades de Atención Integral para garantizar la atención en todos lo departamento de Guatemala .....	116
<b>VI. Anexos .....</b>	<b>116</b>
A. Consideraciones sobre prueba superviniente aportada en el presente escrito..	116
B. Anexos al presente escrito.....	117
<b>VII. Petitorio.....</b>	<b>119</b>

## I. Introducción

Las representantes solicitamos, en primer lugar, a esta Honorable Corte que tenga por reproducidas todas las alegaciones de nuestro escrito de solicitudes, argumentos y pruebas (en adelante, “ESAP”) y aquellas presentadas por esta representación a lo largo de este litigio. En consecuencia, en esta ocasión únicamente presentaremos algunos argumentos adicionales a los ya presentados, que se derivan de las discusiones y la prueba producida en la audiencia pública llevada a cabo el pasado 6 de marzo, así como de la prueba superviniente aportada con posterioridad al ESAP y otros elementos probatorios que aportaremos para dar respuesta a las preguntas realizadas por la señora jueza y los señores jueces.

En este sentido, iniciaremos nuestro escrito con algunas consideraciones preliminares, relacionadas, en primer lugar, con nuestra solicitud de que la Honorable Corte considere como víctimas directas de este caso a algunas de las personas que aparecen en el informe de fondo de la Ilustre Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, “CIDH” o “Comisión”), en la medida en que son también personas con VIH y han visto violados sus derechos por la falta de atención integral por parte del Estado. Asimismo, solicitaremos que esta Honorable Corte aplique el artículo 35 de la CADH en relación a otras víctimas que no aparecen como tales en el referido informe de fondo. En segundo lugar, nos referiremos al alegato del Estado de Guatemala sobre la falta de agotamiento de los recursos internos.

Seguidamente, haremos algunas consideraciones sobre los hechos del presente caso, tomando en cuenta la prueba recogida por el Alto Tribunal, con posterioridad a la presentación de nuestro ESAP. Seguidamente, presentaremos algunos alegatos adicionales de derecho, para finalmente referirnos a algunos aspectos que esta Honorable Corte debe tener en cuenta a la hora de dictar las reparaciones que el Estado debe adoptar en este caso.

A continuación, desarrollaremos los distintos temas señalados en el mismo orden propuesto.

## II. Consideraciones preliminares

- A. Solicitud de que esta Ilustre Corte considere como víctimas directas a algunas de las personas que aparecen como familiares de las víctimas en este caso y para que aplique el artículo 35 del Reglamento de la Corte en relación a otras víctimas.
1. *En relación a las personas que aparecen mencionadas en el informe de fondo como familiares de las víctimas y que han sufrido afectaciones directas en su calidad de pacientes de VIH que no han recibido atención integral*

A lo largo de este proceso, las representantes de las víctimas hemos presentado información a esta Honorable Corte que demuestra que varias de las personas incluidas por la Ilustre Comisión como familiares de las víctimas directas del caso, son también personas con VIH que se han enfrentado a las mismas violaciones expuestas a lo largo del presente litigio y que, por tanto, deben ser consideradas por esta Honorable Corte como víctimas directas, para efectos de las reparaciones. En esta situación se encuentran las siguientes personas:

[www.cejil.org](http://www.cejil.org)

- **Roberto Gómez García**, quien fuera esposo de María Felipe Pérez<sup>1</sup>. Fue diagnosticado antes de la señora Pérez y falleció como consecuencia del VIH y la falta de tratamiento adecuado<sup>2</sup>.
- **L.A.L.**, hijo de Corina y Luis de León<sup>3</sup>, quien nació en 1997 y fue diagnosticado por una clínica privada a los 3 años<sup>4</sup>. Durante su embarazo Corina fue tratada en el Hospital público de Coatepeque y nunca le realizaron tamizaje o alguna prueba para determinar si requería algún cuidado especial<sup>5</sup>.

Corina y su hijo L.A.L. reciben atención en el Hospital Roosevelt, ubicado a 6 horas en autobús de su residencia<sup>6</sup>, pues este solicitó traslado del Hospital de Coatepeque debido a que le daba vergüenza que lo vieran en la clínica de VIH, ya que esta queda a la entrada del hospital y por ahí pasan muchas personas<sup>7</sup>.

Además, en su declaración L.A.L. indicó que cuando acude al Hospital Roosevelt no le revisan su estado de salud, sino que se limitan a entregarle sus medicamentos<sup>8</sup>.

- **María Elena Morales**, esposa de Facundo Gómez Reyes<sup>9</sup>, fue diagnosticada con VIH poco después del diagnóstico de su esposo en el Hospital de

<sup>1</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, págs. 74-75.

<sup>2</sup> Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, quien declarará en el momento procesal oportuno (Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 18 y 19); Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Felipe de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala. Ver Anexo 41 del ESAP. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Pág. 6).

<sup>3</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, págs. 89-92

<sup>4</sup> Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de LAL de 12 de febrero de 2017. Guatemala.

<sup>5</sup> Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala

<sup>6</sup> Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala

<sup>7</sup> Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de LAL de 12 de febrero de 2017. Guatemala.

<sup>8</sup> Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de LAL de 12 de febrero de 2017. Guatemala

<sup>9</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, págs. 34-35

Coatepeque, por parte de MSF<sup>10</sup>. Luego de su diagnóstico no recibió tratamiento antirretroviral por parte del Estado, sino de MSF<sup>11</sup>.

- **Heidy Mariela Lucas González, esposa de Melvin Yovani Atjún Escobar y Marvin Josué Lucas González, hijo de ambos**<sup>12</sup>. La señora Lucas González no recibió tratamiento ARV del Centro de Salud de Retalhuleu, donde acudía mientras estaba embarazada [REDACTED]. Dio a luz por cesárea en el Hospital de Coatepeque, donde una enfermera la presionó para esterilizarse. Además, no se le proporcionó leche en fórmula<sup>13</sup>.

[REDACTED]

En consecuencia, solicitamos a la Honorable Corte que al momento de adoptar su decisión en este caso considere las afectaciones sufridas por las personas mencionadas en su calidad de pacientes de VIH que no han recibido atención integral.

2. *En relación a nuestra solicitud de aplicar el artículo 35 de la CADH a este caso*

La Ilustre Comisión señaló durante la audiencia pública del presente caso que la información surgida a lo largo del litigio del caso ante la Corte Interamericana, podría justificar la aplicación del artículo 35.2 del Reglamento de esta<sup>15</sup>.

Al respecto, el artículo 35.2 del Reglamento de la Honorable Corte señala que:

Cuando se justificare que no fue posible identificar a alguna o algunas presuntas víctimas de los hechos del caso por tratarse de casos de violaciones masivas o colectivas, el Tribunal decidirá en su oportunidad si las considera víctimas.

Al momento de decidir acerca de la aplicación de este artículo a un caso concreto, esta Honorable Corte ha considerado la naturaleza colectiva de las violaciones así

<sup>10</sup> Ver Anexo 38 del ESAP Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala.

<sup>11</sup> Ver Anexo 38 del ESAP Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala.

<sup>12</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, págs. 50- 51. Ver Anexo 41 del ESAP. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. (Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Págs. 4 y 5).

<sup>13</sup> Ver anexo 44 del ESAP. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010. (Anexo 3 del Escrito de las peticionarias del 10 de diciembre de 2010). Ver también escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Págs. 4 y 5.

<sup>14</sup> Ver anexo 44 del ESAP. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010. (Anexo 3 del Escrito de las peticionarias del 10 de diciembre de 2010). Ver también escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011. Págs. 4 y 5.

<sup>15</sup> Ver. Video 3 de audiencia, minuto 1:14:00 en adelante.

como la condición de vulnerabilidad y marginalización de las víctimas<sup>16</sup>, la cual ha considerado que “puede presentar complejidades en su efectiva identificación y determinación”<sup>17</sup>.

Asimismo, ha tomado en cuenta la existencia de dificultades para localizar y comunicarse con las víctimas<sup>18</sup> y la falta de oposición del Estado frente a la inclusión de nuevas víctimas más allá de las indicadas por la Ilustre Comisión en su informe de fondo<sup>19</sup>.

www.cejil.org

Finalmente, ha considerado la existencia de material probatorio que permita establecer el involucramiento de las personas de que se trate en los hechos del caso<sup>20</sup>.

Respecto del caso que nos ocupa, las representantes hemos demostrado que [REDACTED], hija de Sandra Zepeda<sup>21</sup>, se vio directamente afectada por la falta de atención integral a su madre, producto de lo cual adquirió el VIH por transmisión vertical.

Así, probamos y el Estado no controvertió que la señora Zepeda Herrera fue diagnosticada con VIH en el Hospital General San Juan de Dios el 6 de enero de 2000, fecha en que, según su expediente clínico, contaba con 32 semanas de embarazo<sup>22</sup>. Poco tiempo después de ser diagnosticada se le dio medicamento antirretroviral<sup>23</sup>. Tras el nacimiento de su hija se le informó sobre los riesgos de amamantar, pero no se le continuó suministrando los ARVs<sup>24</sup>. En su lugar, de noviembre de 2000 hasta agosto de 2002 recibió dosis de timetropin<sup>25</sup>.

Los representantes consideramos que es posible que [REDACTED] sea considerada como víctima del caso a través de la aplicación del artículo 35 citado

<sup>16</sup> Corte IDH. *Caso Nadege Dorzema y otros Vs. República Dominicana*. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de octubre de 2012. Serie C No. 251, párr. 30

<sup>17</sup> Corte IDH. *Caso Nadege Dorzema y otros Vs. República Dominicana*. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de octubre de 2012. Serie C No. 251, párr. 30

<sup>18</sup> Corte IDH. *Caso Nadege Dorzema y otros Vs. República Dominicana*. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de octubre de 2012. Serie C No. 251, párr. 30

<sup>19</sup> Corte IDH. *Caso Masacres de El Mozote y lugares aledaños Vs. El Salvador*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de octubre de 2012. Serie C No. 252, párr. 57.

<sup>20</sup> Corte IDH. *Caso Nadege Dorzema y otros Vs. República Dominicana*. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de octubre de 2012. Serie C No. 251, párr. 32.

<sup>21</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, págs. 108- 109

<sup>22</sup> Ver Anexo 39 del ESAP. Expediente clínico de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera. Págs. 1 y 172.

<sup>23</sup> Del expediente clínico de la paciente se desprende que lo recibió el 12 de enero de 2000. Ver Anexo 39 del ESAP. Expediente clínico de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera. Págs. 121 y 122

<sup>24</sup> En el expediente clínico no consta que se le haya continuado dando el TARV. Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera de 15 de diciembre de 2017. Guatemala

<sup>25</sup> Ver Anexo 39 del ESAP. Expediente clínico de Katherine Alejandra Girón Zepeda. Págs. 58-65.

<sup>26</sup> Ver Anexo 39 del ESAP. Expediente clínico de Katherine Alejandra Girón Zepeda.

*supra*, pues nos encontramos frente a un caso de naturaleza colectiva, en la medida en que se refiere a 49 pacientes con VIH, que no han recibido atención integral, quienes además representan a miles de personas con VIH en Guatemala que se encuentran en la misma situación.

Además, como hemos sostenido a lo largo de este litigio, todas ellas se encuentran sujetas a múltiples factores de vulnerabilidad, en primer lugar, dada su condición de personas con VIH. Al respecto, ya este Alto Tribunal ha señalado que las personas con VIH “han sido históricamente discriminadas debido a las diferentes creencias sociales y culturales que han creado un estigma alrededor de la enfermedad”<sup>27</sup> y que “la estigmatización relacionada con el VIH no impacta en forma homogénea a todas las personas y que resultan más graves los impactos en los grupos que de por sí son marginados”<sup>28</sup>.

A ello se suma que la mayoría de las víctimas, entre ellas la señora Zepeda, pertenecen a grupos que por sí mismos, se encuentran en situación de vulnerabilidad. Así, Sandra es una mujer, madre soltera, que vive en situación de pobreza.

Por otro lado, la falta de atención integral por parte del Estado, así como su incapacidad de brindar información acerca de la situación de salud de las víctimas, también han generado obstáculos para la documentación del caso.

De este modo, como señaló en la audiencia pública el Doctor Boza, en los expedientes médicos de las víctimas embarazadas no existe un seguimiento de la situación de sus hijos<sup>29</sup>. Por ejemplo, la señora Sandra Lisbeth no habría recibido la atención adecuada, resultando en la transmisión vertical del VIH a su hija [REDACTED]

Finalmente resaltamos que el Estado no se opuso durante la audiencia pública a la solicitud realizada por la Ilustre Comisión en el sentido de que se aplique el artículo 35 del Reglamento de este Alto Tribunal al presente caso.

Por lo tanto, solicitamos a la Honorable Corte que aplique el artículo 35 de su Reglamento a este caso y considere como víctima a [REDACTED] Girón Zepeda.

**B. Acerca del alegato estatal sobre el supuesto no agotamiento de los recursos internos**

<sup>27</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 236.

<sup>28</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 290.

<sup>29</sup> Ver. Video 1 de audiencia, minuto 00:38:00 en adelante.

<sup>30</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, págs. 100- 102

En su escrito de contestación a la presentación del caso a la Corte Interamericana por parte de la Ilustre Comisión y a nuestro ESAP, el Estado de Guatemala alegó la falta de agotamiento de recursos internos como excepción preliminar<sup>31</sup>.

En ese sentido, el Estado señaló que “los representantes no hicieron uso de los artículos 70 y 71 previstos en el *Capítulo Nueve Aclaración y Ampliación de la Ley de Amparo, Exhibición Personal y de Constitucionalidad*”<sup>32</sup>, que refieren a la interposición del recurso de aclaración e interpretación de la Sentencia de la Corte de Constitucionalidad de 29 de enero de 2003<sup>33</sup>.

En atención a lo anterior, las representantes aportamos nuestras observaciones a dicha excepción preliminar, el 20 de setiembre de 2017, y solicitamos a la Honorable Corte su desestimación, por cuanto la misma no reunía los aspectos formales y materiales para su interposición, en los términos desarrollados por este Tribunal<sup>34</sup>.

El Estado de Guatemala no controvertió durante la audiencia pública los referidos argumentos, por lo que reiteramos nuestra solicitud para que la Corte desestime la excepción planteada por las razones ya referidas.

Sin perjuicio de lo anterior, y en atención a la pregunta realizada por el Juez Patricio Pazmiño en la audiencia pública acerca de la naturaleza del recurso de ampliación y aclaración de sentencia, las representantes realizaremos algunas consideraciones adicionales al respecto.

En primer lugar, recordamos, tal como lo hicimos en nuestro escrito de 20 de setiembre de 2017, que el recurso señalado por el Estado de Guatemala tiene como objeto aclarar “cuando los conceptos de un auto o de una sentencia, sean oscuros, ambiguos o contradictorios, (...)”, o bien para ampliar “si se hubiere omitido resolver alguno de los puntos sobre los que versare el amparo”<sup>35</sup>.

Según la propia Corte de Constitucionalidad de Guatemala, de conformidad con dicho artículo, “las partes en un proceso de amparo pueden solicitar aclaración cuando, a su criterio, los conceptos de un auto o de una sentencia sean oscuros,

<sup>31</sup> Escrito de contestación del Estado de Guatemala al ESAP del caso Cuscúl Pivaral y otros vs. Guatemala, de 3 de julio de 2017, párr. 8.

<sup>32</sup> Escrito de contestación del Estado de Guatemala al ESAP del caso Cuscúl Pivaral y otros vs. Guatemala, de 3 de julio de 2017, párrs. 6-7

<sup>33</sup> Ver Sentencia de la Corte de Constitucionalidad de 29 de enero de 2003. Anexo 11 del Informe de fondo de la CIDH.

<sup>34</sup> Corte IDH. *Caso Ríos y otros Vs. Venezuela*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de enero de 2009. Serie C No. 194, párr. 37. Corte IDH. *Caso Vélez Loor Vs. Panamá*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de noviembre de 2010. Serie C No. 218, párr. 19.

<sup>35</sup> Artículo 70. Capítulo Nueve Aclaración y Ampliación de la Ley de Amparo, Exhibición Personal y de Constitucionalidad. “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”.

ambiguos o contradictorios; o si se hubiere omitido resolver alguno de los puntos sobre los que versare, podrán solicitar su ampliación”<sup>36</sup>.

Es decir, según la propia Ley de Amparo, Exhibición Personal y de Constitucionalidad y la Corte de Constitucionalidad, el recurso está diseñado para aclarar ambigüedades y ampliar sobre puntos no resueltos, mas no para realizar una revisión completa e integral de la Sentencia, de tal forma que permita abordar las violaciones señaladas y proteger la situación jurídica infringida<sup>37</sup>. Ello lo convierte en un recurso extraordinario y por lo tanto no se requiere su agotamiento para cumplir con lo dispuesto en el artículo 46 de la Convención Americana.

En este mismo sentido se pronunció esta Honorable Corte en su Sentencia del caso *Herrera Ulloa vs. Costa Rica*, en la que señaló que:

(...) “la acción de inconstitucionalidad” es de carácter extraordinario, y tiene por objeto el cuestionamiento de una norma y no la revisión de un fallo. De esta manera, dicha acción no puede ser considerada como un recurso interno que deba necesariamente ser siempre agotada por el peticionario<sup>38</sup>.

Por tal razón, decidió desestimar la excepción preliminar interpuesta por el Estado<sup>39</sup>.

Por ello, las representantes sostenemos que, en virtud de la naturaleza del recurso de aclaración y ampliación previsto en la Ley de Amparo, este habría resultado inefectivo para reparar los derechos violados a las víctimas, pues a través de este no hubiera sido posible modificar el sentido de la decisión adoptada por la Corte de Constitucionalidad, en el sentido de declarar sin objeto el recurso.

En consecuencia, solicitamos a este Alto Tribunal que desestime la excepción preliminar interpuesta por el Estado de Guatemala debido a que:

1. La excepción preliminar no fue presentada en el momento procesal oportuno.
2. El Estado no alegó que la decisión de admisibilidad estuviera basada en informaciones erróneas o haya afectado de manera alguna su derecho a la defensa que ameriten su revisión.
3. El Estado no indicó en el momento procesal oportuno cuáles eran los recursos que alegaba como no agotados, ni demostró su efectividad.
4. El recurso de aclaración y ampliación de amparo alegado ahora por el Estado es un recurso extraordinario y hubiera resultado inefectivo para reparar la

<sup>36</sup> Corte de Constitucionalidad de Guatemala. Resolución de 27 de mayo de 2013. Expediente 1904-2013 Considerando II. Disponible en: <http://www.right2info.org/resources/publications/rios-montt-trial/aclaration-may-20/>

<sup>37</sup> Escrito de las representantes de 20 de setiembre de 2018, pág.

<sup>38</sup> Corte IDH. *Caso Herrera Ulloa Vs. Costa Rica*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de julio de 2004. Serie C No. 107, párr. 85

<sup>39</sup> Corte IDH. *Caso Herrera Ulloa Vs. Costa Rica*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de julio de 2004. Serie C No. 107, párr. 85

violación de los derechos de las víctimas, por lo que no era necesario agotarlos.

### III. Fundamentos de hecho

#### A. Contexto

Las representantes solicitamos a la Honorable Corte que considere reproducida en este escrito la información de contexto presentada en nuestro ESAP y durante la audiencia pública celebrada ante este Alto Tribunal. No obstante lo anterior, a continuación las representantes realizaremos algunas consideraciones adicionales.

[www.cejil.org](http://www.cejil.org)

Para ello presentaremos, en primer lugar, algunas consideraciones preliminares. La primera de ellas, relacionada a la falta de controversia por parte del Estado de los hechos de contexto presentados por esta representación a lo largo de este proceso. En segundo lugar, con el fin de contestar los cuestionamientos realizados por el Juez Humberto Sierra Porto, aclararemos el origen de los datos estadísticos presentados por esta representación durante la audiencia pública, pese a la falta de datos oficiales confiables.

Seguidamente profundizaremos información contextual que demuestra que los problemas estructurales en la atención integral de las personas con VIH persisten en la actualidad y haremos referencia al origen de estos.

#### 1. *Consideraciones preliminares*

- a. El Estado no controvertió los hechos del contexto, por tanto, la Corte debe considerarlos como aceptados

El Estado de Guatemala no controvertió nuestros alegatos sobre la nula atención que recibieron las personas con VIH en Guatemala durante la década de los noventas. Asimismo, Guatemala tampoco negó durante la audiencia y el proceso ante esta Honorable Corte que el Estado no brindó ningún tipo de atención a las personas con VIH durante los años 2000 y hasta 2006.

Asimismo, el Estado no controvertió ni en su contestación ni durante la audiencia que desde el 2000 al 2003, el MSPAS únicamente proporcionó tratamiento

antirretroviral a 27 personas, y en el 2005 sólo a 370 personas, de un total estimado de 55.000 personas con VIH<sup>40</sup>, alegando la falta de recursos económicos<sup>41</sup>.

De hecho, en su contestación del informe de fondo de la CIDH y nuestro ESAP, el Estado señaló que:

El PNS/MSPAS inició a proveer tratamiento (sic.) antirretrovirales (*en adelante* "ARV") en el año 1999 con 29 pacientes, se incrementará (sic.) a 180 en el año 2003 y en el 2004 se proporcionaba tratamiento a 373 pacientes<sup>42</sup>. (la negrilla es del original).

www.cejil.org

Lo anterior a pesar de que, de acuerdo con las cifras más conservadoras, desde el año 1984 hasta 1999 en Guatemala existía un total de 3.294 casos registrados de VIH, cifra que ascendió a 8.685 en 2005<sup>43</sup>.

De igual forma, el Estado no controvertió que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (en adelante, "IGSS") para el año 2003 atendía a 1200 personas con VIH, cotizantes con exclusividad, y que presentaba problemas constantes de desabastecimiento<sup>44</sup>.

Cabe recordar que, frente a la falta de atención por parte del Estado, desde el año 2000 y hasta el 2004, un número significativo de personas recibieron tratamiento por medio de la ONG internacional Médicos Sin Fronteras (en adelante "MSF")<sup>45</sup> y

<sup>40</sup> Cabe precisar que, tal y como se detallará en la sección correspondiente, el 26 de julio de 2002 varias personas con VIH y organizaciones que trabajaban en la promoción de los derechos humanos de estas personas, interpusieron un recurso de amparo en contra del Presidente Portillo para que se garantizara el tratamiento universal a las personas con VIH en el país. A raíz de dicho recurso, el Presidente concedió una partida específica de 500.000 quetzales, con la cual se proporcionó tratamiento a 24 personas en el hospital San Juan de Dios y a 47 en el hospital Roosevelt durante el año 2003. Sin embargo, ante la inexistencia de garantías de continuidad de dicho tratamiento, únicamente nos referiremos en este escrito a las 27 personas a las que les fue otorgado el tratamiento de manera estable de parte del Ministerio de Salud en esa fecha. Ver Anexo 24.COPREDEH. Informe del Estado de Guatemala sobre las observaciones al informe de admisibilidad No. 32/05 aprobado en 122º Periodo Ordinario de Sesiones en el caso No. 12.484 de las personas afectadas por el VIH/SIDA en Guatemala. Pág. 6.

<sup>41</sup> Ver Anexo 25 del ESAP. Prensa Libre. "En lucha por más vida. Portadores de VIH y afectados por el SIDA solicitan atención médica al Gobierno". Guatemala. 14 de junio de 2002.

<sup>42</sup> Escrito de contestación del Estado de Guatemala al ESAP del caso Cuscúl Pivaral y otros vs. Guatemala, de 3 de julio de 2017, párr. 117.

<sup>43</sup> Ver Anexo 10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Regulación, Vigilancia y control de la Salud. Departamento de regulación de programas de atención a las personas. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Plan Estratégico Nacional 1999-2003. Pág. 6. Ver Anexo 4. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006. Págs. 8 y 9.

<sup>44</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, págs. 23 y 110

<sup>45</sup> Este hecho fue expresamente aceptado por el Estado en su escrito de contestación. Escrito de contestación del Estado de Guatemala al ESAP del caso Cuscúl Pivaral y otros vs. Guatemala, de 3 de julio de 2017, párr. 117.

el apoyo de Proyecto Vida<sup>46</sup>, llegando a atender para el 2004 a aproximadamente 1.600 personas con VIH<sup>47</sup>.

A partir del año 2005, MSF comenzó a transferir sus pacientes al Ministerio de Salud. No obstante, de acuerdo con el Programa Nacional de VIH de dicho Ministerio, para el año 2006 no existían recursos suficientes para asegurar la atención mínima de calidad a la totalidad de las personas con VIH<sup>48</sup>.

De esta forma, la retirada del país de las organizaciones internacionales y entes privados que proporcionaban atención a un sector muy reducido de personas con VIH, ocasionó que las personas que empezaron a recibir atención por parte del sistema de salud guatemalteco, no recibieran una atención adecuada entre otras cosas, por el diagnóstico tardío, el seguimiento deficiente al caso del paciente, y el escaso apoyo brindado a las personas con VIH y sus familias<sup>49</sup>.

www.cejil.org

Adicionalmente, para los años 2007 y 2008, aun contando con los aportes del Fondo Mundial, la cobertura de tratamiento antirretroviral alcanzaba únicamente al 43% de la población con VIH<sup>50</sup>.

En suma, a partir del 2006, la atención de las personas con VIH presentaba carencias tales como el desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales, falta de tratamiento de enfermedades oportunistas y para la prevención de la transmisión vertical de madre a hijo o hija de la infección, así como irregularidad y graves retrasos en la realización y entrega de resultados de los exámenes de carga viral y de CD4. Todas estas carencias fueron evidenciadas durante la audiencia pública a través del peritaje del doctor Boza, quien señaló que de ninguno de los expedientes analizados se desprendía una atención integral<sup>51</sup>.

<sup>46</sup> Proyecto Vida es una organización no gubernamental que desde 1994 inició su trabajo en el diagnóstico de VIH/SIDA en Guatemala. Tanto el Proyecto Vida, como los programas de MSF en Coatepeque y Ciudad de Guatemala informaban al MSPAS sobre los diagnósticos que realizaban.

<sup>47</sup> Ver Anexo 4 del ESAP. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006. Pág. 14 También CCOOntigo Servicios. “El Congreso de Guatemala rechaza la Ley que restringe el acceso a medicamentos”. 2004. Disponible en: <http://www.ccoo-servicios.info/noticias/16526.html> Último acceso el 1 de enero de 2017.

<sup>48</sup> Ver Anexo 4 del ESAP. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006. Pág. 18.

<sup>49</sup> Ver Anexo 4 del ESAP. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006. Pág. 27.

<sup>50</sup> Ver Anexo 8 del ESAP. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. USAID. Diagnóstico de Situación y Respuesta al VIH-SIDA. Análisis y Conclusiones. Guatemala, enero 2008. Guatemala. Pág. 13; Escrito de las peticionarias de 20 de septiembre de 2008. Pág. 11. Ver Anexo 27 del ESAP. certificaciones de diversos centros de salud y hospitales públicos solicitando antirretrovirales en el mes de septiembre de 2008.

<sup>51</sup> Ver. Video 1 de audiencia, minuto 00:24:00 en adelante.

Ninguno de los hechos descritos fue controvertido con el Estado a lo largo del proceso. La respuesta estatal se limitó a enumerar la legislación adoptada en la materia, así como los tipos de cooperación internacional recibidos a través de los años. No obstante, no se refirió en ningún momento a la efectividad de estas medidas.

En consecuencia, solicitamos que la Honorable Corte que aplique el artículo 39.2 de su Reglamento a este caso y, por lo tanto, considere como aceptados todos los hechos relacionados con el contexto, alegados por esta representación.

www.cejil.org

Al respecto, el artículo 39.2 del Reglamento de la Corte establece que:

El demandado deberá declarar en su contestación si acepta los hechos y las pretensiones o si los contradice, y la Corte podrá considerar como aceptados aquellos hechos que no hayan sido expresamente negados y las pretensiones que no hayan sido expresamente controvertidas.

Al interpretar esta norma, este Alto Tribunal ha señalado que:

[...] cuando el Estado no contesta la demanda de manera específica, se presumen como verdaderos los hechos sobre los cuales guardó silencio, siempre que de las pruebas existentes se puedan inferir conclusiones consistentes sobre los mismos<sup>52</sup>.

Así, de conformidad con el artículo citado, la Corte IDH ha determinado que se encuentra facultada para tener como “aceptados los hechos que no hayan sido expresamente negados y los alegatos que no hayan sido expresamente controvertidos”<sup>53</sup>.

En consecuencia, solicitamos a esta Honorable Corte que tenga por aceptados todos los hechos relacionados con el contexto que han sido alegados por esta representación a lo largo del proceso.

- b. En relación al origen de la información estadística presentada por esta representación a lo largo del proceso en relación a la atención de las personas con VIH en Guatemala, pese a la inexistencia de información oficial confiable*

<sup>52</sup> Corte IDH, *Caso Caesar vs. Trinidad y Tobago*. Sentencia sobre el fondo, reparaciones y costas de 11 de marzo de 2005. Serie C No. 123., párr. 37; Corte IDH. *Caso Hilaire, Constantine y Benjamin y otros*. Sentencia de 21 de junio de 2002. Serie C No. 94. Párr. 67; Corte IDH. *Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros)*. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C No. 63. Párr. 68.

<sup>53</sup> Corte IDH, *Caso Caesar vs. Trinidad y Tobago*. Sentencia sobre el fondo, reparaciones y costas de 11 de marzo de 2005. Serie C No. 123. Párr. 38. Ver también. Corte IDH, *Caso Fleury y otros vs. Haití*. Sentencia sobre el fondo, reparaciones y costas de 23 de noviembre de 2011. Serie C No. 236. Párr. 16.

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

Esta afirmación se deriva del dicho de las propias agencias estatales responsables de la atención de esta población. Así, de acuerdo con lo afirmado por el MSPAS, su registro de casos de personas con VIH adolece de un sub registro de al menos el 50%, el cual ha persistido a lo largo de los años<sup>54</sup>.

www.cejil.org

Igualmente, según un informe del MSPAS, publicado en 2018, sobre la situación del VIH en Guatemala, “persisten las brechas en cuanto a sistemas de información estandarizados y oportunos, reportadas en el informe Cascada 2015, por lo que se necesita mejorar procesos para la recopilación y registro de datos”<sup>55</sup>. En esa misma línea, la Procuraduría de Derechos Humanos (en adelante, “PDH”) en su informe de 2018, señaló que existe un subregistro del 50%<sup>56</sup>.

No obstante, a lo largo de este proceso, las representantes demostramos, a partir principalmente de información del programa de las Naciones Unidas destinado a coordinar las actividades de los distintos organismos especializados de la ONU en su lucha contra el SIDA (ONUSIDA), demostramos que la atención en salud recibida por la población con VIH en Guatemala, mantiene serias falencias estructurales, que han impactado en la atención integral de las personas con VIH.

En atención al cuestionamiento realizado por el Juez Humberto Sierra Porto en relación a la aparente contradicción entre la información contextual aportada por esta representación, en particular aquella que refiere estadísticas concretas que reflejan la falta de atención integral a las personas con VIH en Guatemala y la ausencia de datos oficiales confiables, a continuación, los representantes nos referiremos al origen de los datos proporcionados.

Sobre el particular los representantes informamos a la Honorable Corte que los datos proporcionados surgen de estimaciones realizadas por ONUSIDA basadas en el sistema de recopilación y análisis de información *Spectrum*. Dicho programa

<sup>54</sup> Ver Anexo 4 del ESAP. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006. Pág. 8. Ver Anexo 5 del ESAP. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Lucha contra el VIH y SIDA. Guatemala. Marzo de 2014. Pág. 7

<sup>55</sup> Anexo 1. MSPAS. Informe Nacional de la Cascada del Continuo de Atención en VIH, Indicador de sobrevida y situación inmunológica, Guatemala. 2018. Pág. 2

<sup>56</sup> Ver Anexo 4 a nuestro escrito de prueba superviniente de 22 de febrero de 2018. PDH. Sexto Informe de la Situación de Derechos Humanos de las personas con VIH y poblaciones en más alto riesgo publicado. 2018, pág. 22. Disponible en: <https://www.pdh.org.gt/biblioteca/category/10-informes-especiales.html?download=3666:6to-informe-de-la-situaci%C3%B3n-de-derechos-humanos-de-las-personas-con-vih-y-poblaciones-en-m%C3%A1s-alto-riesgo>

“calcula las estimaciones con respecto a poblaciones y grupos de edad diferentes teniendo en cuenta diversos tipos de datos demográficos y de otras clases, por lo que se consigue una imagen completa de la epidemia de VIH en el país”<sup>57</sup>.

De esta forma,

Las estimaciones de *Spectrum* se envían a ONUSIDA a la vez que los datos recopilados en el informe anual GAM (Monitorización Mundial del Sida, por sus siglas en inglés) sobre la respuesta a la epidemia de VIH en el país. ONUSIDA recopila y contrasta todos los archivos procesados por *Spectrum* y utiliza los datos a nivel nacional para hacer estimaciones globales sobre la epidemia de VIH y su respuesta<sup>58</sup>.

www.cejil.org

En ese sentido, cada año la Secretaría de ONUSIDA recopila las estimaciones de los países sobre la prevalencia del VIH, que desarrollan y mantienen los equipos nacionales de expertos a partir de la información producida por los propios Estados<sup>59</sup>.

Al respecto, el Director de ONUSIDA para Guatemala, el señor Ricardo García Bernal, señaló mediante una nota de 23 de marzo de 2018 que,

SPECTRUM es un sistema informático de modelaje desarrollado por Avenir Health (Futures Institute) a comienzos del siglo y adoptado por ONUSIDA para proveer a los países un sistema unificado de estimaciones que permita entender y analizar el comportamiento de la epidemia de VIH y Sida y de las respuestas nacionales a la misma. Spectrum ha sido actualizado periódicamente y su revisión y actualización más reciente se llevó a cabo en 2017. Existe un Grupo de Referencia sobre Estimaciones, Modelos y Proyecciones de ONUSIDA, incluyendo expertos de diversas organizaciones internacionales, instituciones de investigación y agencias de cooperación, el cual se reúne periódicamente para abordar problemas y realizar mejoras y responder a preguntas específicas. Las metodologías utilizadas han sido publicadas en revistas científicas revisadas por pares<sup>60</sup>.

De esta forma, un informe de ONUSIDA de 2015, en conjunto con la OPS, y el MSPAS señala que para la elaboración de las estimaciones en Guatemala “[s]e llevó a cabo la revisión de los datos nacionales. Los algoritmos en SPECTRUM han sido

<sup>57</sup> ONUSIDA. “Datos precisos y fiables de ONUSIDA sobre la epidemia de VIH: la piedra angular de la respuesta al sida”. 10 de julio de 2017. Disponible en: [http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2017/july/20170710\\_data](http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2017/july/20170710_data)

<sup>58</sup> ONUSIDA. “Datos precisos y fiables de ONUSIDA sobre la epidemia de VIH: la piedra angular de la respuesta al sida”. 10 de julio de 2017. Disponible en: [http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2017/july/20170710\\_data](http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2017/july/20170710_data)

<sup>59</sup> ONUSIDA. “Archivos sobre las estimaciones nacionales del VIH”. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/datatools/spectrum-epp>

<sup>60</sup> Anexo 2. Nota de 23 de marzo de 2018 del director de ONUSIDA en Guatemala, el señor Ricardo García.

mejorados para aplicar a epidemias concentradas, con nuevos datos demográficos y patrones epidemiológicos”<sup>61</sup>, todas ellas avaladas por el propio Estado.

En suma, las estimaciones elaboradas por ONUSIDA, están basadas en los datos proporcionados por los propios Estados, mismos que antes de ser publicados, son avalados por este, tal y como lo ha hecho Guatemala. Ello, sin embargo, no se contradice con el hecho probado de que Guatemala, hasta el día de hoy, no tiene una base de datos actualizada y unificada con todas las fuentes de información, o un sistema de registro del estado de la epidemia y el nivel de tratamiento.

2. *Los problemas estructurales para la atención de las personas con VIH persisten en la actualidad, por lo que es urgente que esta Honorable Corte ordene la adopción de medidas para evitar la repetición de hechos como aquellos a los que se refiere este caso*

Según un informe emitido el 25 de julio de 2017 por ONUSIDA<sup>62</sup>, en el 2016, de los 36,7 millones de personas con VIH en el planeta, 19,5 millones tuvieron acceso a tratamiento. Esto provocó que las muertes relacionadas con el sida disminuyeran de 1,9 millones en el 2005 a 1 millón en el 2016<sup>63</sup>.

Pese a ello, ONUSIDA sostiene que Guatemala, en el 2016, tuvo 2.900 nuevas infecciones por VIH y 1.600 muertes relacionadas con el SIDA, cifra que sigue escalando año tras año desde el 2010. Es más, ONUSIDA alerta que, desde el 2010, las nuevas infecciones de HIV en Guatemala han aumentado un 23% y las muertes relacionadas al sida se han duplicado<sup>64</sup>.

Así, mientras hay una tendencia global a que las muertes por SIDA se reduzcan, en Guatemala han aumentado<sup>65</sup>. Y, mientras a nivel global, más de la mitad de las personas afectadas con el virus reciben tratamiento —53% en Centroamérica y Latinoamérica juntas—, en Guatemala, sólo el 36% tenían acceso a la terapia antirretroviral en el 2016, último año del que hay datos registrados según dicho informe<sup>66</sup>.

<sup>61</sup> Anexo 3. ONUSIDA, OPS, MSPAS. “Avanzando hacia el control de la epidemia de VIH y Sida en Guatemala, agosto de 2015. Pág. 30

<sup>62</sup> ONUSIDA. Nota “Informe Global ONUSIDA 2017”. 25 de julio de 2017. Disponible en: <https://onusidave.wordpress.com/2017/07/25/informe-global-onusida-2017/> Último acceso el 2 de marzo de 2018.

<sup>63</sup> Anexo único al escrito de prueba superviniente de 2 de marzo de 2018. ONUSIDA. “Ending AIDS: progress towards the 90-90-90 targets”. Julio de 2017.

<sup>64</sup> ONUSIDA. Datos de país. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/guatemala>

<sup>65</sup> Anexo único al escrito de prueba superviniente de 2 de marzo de 2018.. ONUSIDA. “Ending AIDS: progress towards the 90-90-90 targets”. Julio de 2017. Pág. 131.

<sup>66</sup> Anexo único al escrito de prueba superviniente de 2 de marzo de 2018.. ONUSIDA. “Ending AIDS: progress towards the 90-90-90 targets”. Julio de 2017. Pág. 137.

Adicionalmente, ONUSIDA calcula que sólo el 19% de mujeres embarazadas con VIH en Guatemala reciben tratamiento preventivo para evitar la transmisión vertical<sup>67</sup>.

Estos datos reflejan las falencias estructurales que durante años han impactado en los derechos humanos de las personas con VIH, y que han sido recogidas en los distintos informes de instituciones gubernamentales, así como de organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil. A continuación, nos referiremos a estas falencias.

### 3. *En relación a las causas de la persistencia de la falta de atención integral a las personas con VIH en Guatemala*

Todos los obstáculos que generan la falta de atención integral de las personas con VIH en Guatemala persisten hasta la actualidad. Pese a que el Estado alegó en su Contestación y durante la audiencia señaló que ha realizado una serie de esfuerzos para atender la epidemia de VIH que enfrenta el país, estos no han sido efectivos.

A continuación, nos referiremos a las principales causas que impiden la atención integral de las personas con VIH en Guatemala.

#### a. En Guatemala persiste el desabastecimiento de medicamentos ARV y otros medicamentos necesarios para la atención del VIH

Uno de los principales problemas estructurales que enfrenta Guatemala y que no ha sido controvertido por el Estado, es el constante desabastecimiento de medicamentos, que encuentra su origen en la Ley de Propiedad Industrial -sobre lo cual profundizaremos más adelante-<sup>68</sup>, que no permite la comercialización de los medicamentos ARV a precios inferiores<sup>69</sup>, así como en las trabas administrativas y burocráticas que se desprenden del sistema de contratación; y por último en la mala gestión en el plan de compras que incluso ha estado impactado por la corrupción.

El grave problema generado por el desabastecimiento de ARV ha sido reconocido por distintas instituciones estatales e internacionales a través de los años. Así, en el año 2013, un informe de la Secretaría de Planificación de la Presidencia de la República de Guatemala -SEGEPLAN- señaló que únicamente el 50% de la población estimada con VIH recibía tratamiento<sup>70</sup>, y que no había tratamiento

<sup>67</sup> ONUSIDA. Guatemala, 2016. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/guatemala> (21/03/2018).

<sup>68</sup> Ver Anexo 33. Listado de medicamentos protegidos por la ley de propiedad intelectual

<sup>69</sup> Ver *Medicines patents and licences database* disponible en <http://www.medspal.org/>. MedsPaL provides information on the patent and licensing status of selected HIV, hepatitis C and tuberculosis medicines in low- and middle-income countries.

<sup>70</sup> Ver Anexo 9 del ESAP. Secretaría de Planificación de la Presidencia de la República de Guatemala -SEGEPLAN- Informe de Avances 2013. Política de Desarrollo Social y Población. Política de Desarrollo Social y Población. Págs. 26 y 82.

adecuado para la tuberculosis, una de las enfermedades oportunistas más frecuentes<sup>71</sup>.

Por su parte, ONUSIDA resaltó en su informe de 2014 que: “Guatemala necesita reforzar el plan de compras para hacerlo más realista y adecuado, y evitar vencimientos y desabastecimiento”<sup>72</sup>.

En ese mismo sentido, tal y como señalamos en la audiencia, ONUSIDA en un informe sobre la inversión de recursos financieros en VIH en Guatemala, basándose en un estudio de la *International Treatment Preparedness Coalition* (ITPC)<sup>73</sup>, señaló que en 2014, Guatemala pagó entre 3 y 10 veces más por medicamentos antirretrovirales, en comparación con los otros 5 países incluidos en el estudio<sup>74</sup>.

www.cejil.org

<sup>71</sup> Ver Anexo 9. Secretaría de Planificación de la Presidencia de la República de Guatemala – SEGEPLAN- Informe de Avances 2013. Política de Desarrollo Social y Población. Política de Desarrollo Social y Población. Págs. 26 y 85.

<sup>72</sup> Ver Anexo 5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Lucha contra el VIH y SIDA. Guatemala. Marzo de 2014. Pág. 26

<sup>73</sup> Otro estudio realizado por ITPC sobre las barreras legales existentes en Guatemala asociadas a la propiedad intelectual aplicada a la adquisición de medicamentos antirretrovirales, concluye que la regulación actual de los derechos de protección de patentes a las farmacéuticas ha dificultado la compra de antirretrovirales a precios de referencia internacional. En ese sentido, recomienda considerar la utilización de las licencias obligatorias y las importaciones paralelas “salvaguardas! Establecidas en los Acuerdos de los Derechos de Propiedad Intelectual (ADPIC), teniendo en cuenta lo establecido en la Declaración de Doha. *Cfr.*, International Treatment Preparedness Coalition (ITPC). *Estudio sobre las barreras legales en Guatemala de la propiedad intelectual aplicada a la adquisición de medicamentos ARV para VIH. 2015. Citado en*, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, y Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH y SIDA –ONUSIDA-. *Estimando los efectos de la inversión óptima de los recursos financieros en la incidencia y mortalidad por VIH en Guatemala*. Octubre de 2016. Pág. 25.

<sup>74</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, y Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH y SIDA –ONUSIDA-. *Estimando los efectos de la inversión óptima de los recursos financieros en la incidencia y mortalidad por VIH en Guatemala*. Octubre de 2016. Pág. 25. Al respecto, para realizar este estudio el ITPC tuvo en consideración los estudios II y III realizados desde ITPC - LATCA sobre el comportamiento de los precios de ARV/VIH en los últimos años, incluyendo el avance del IV Estudio Comparativo de Precios de Medicamentos (ARV/VIH), Factores relacionados y su Impacto en la cobertura de Tratamiento de VIH en 6 países de Latinoamérica: Bolivia, Ecuador, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Perú. Así, para el II Estudio, se hizo uso de la metodología comparativa y descriptiva de la información cualitativa y cuantitativa disponible. Además, se realizó un análisis de los informes y documentos confeccionados por los países objeto de estudio, así como de la información publicada en los sitios oficiales, en las redes de personas con VIH y en organizaciones sin fines de lucro que se dedican a la documentación e investigación respecto al acceso de ARVs.

Por otro lado, la metodología utilizada para el Estudio III consistió también en el análisis de la información publicada en los sitios oficiales, en las redes de personas con VIH y en organizaciones sin fines de lucro que se dedican a la documentación e investigación respecto al acceso de medicamentos de VIH (fuente secundaria), además de un sondeo de opinión a 420 activistas y personas con VIH sobre la situación del conocimiento respecto a ciertos factores ligados con el acceso a medicamentos ARVs y el abastecimiento de ARVs (fuente primaria) en el año 2014.

Ver Anexo 4. International Treatment Preparedness Coalition “Regional Office for Latin American and Caribbean Networks” (ITPC LATCA). Estudios comparativos de precios de medicamentos (ARVs) y

Es importante señalar que Guatemala puede acceder a medicamentos patentados a mejores precios a través del Fondo Estratégico de la OPS. De hecho, el MSPAS utiliza dicho fondo, y accede a medicamentos, pero siempre a precios superiores a los establecidos en el precio de referencia internacional por las limitantes de la Ley de Propiedad Industrial explicadas en el apartado anterior<sup>75</sup>.

Así, el propio MSPAS –que compra sus medicamentos a través de un convenio con la OPS<sup>76</sup>- destacó que, dado que el IGSS cuenta con sus propios lineamientos y mecanismos de compra, pagó precios aún más altos que el MSPAS<sup>77</sup>. Igualmente, el MSPAS en un informe de 2018, señalado por el Estado durante la audiencia, indicó que:

El desabastecimiento de ARV, por múltiples causas es uno de los principales factores que favorece la disminución en la retención de los pacientes y sobre todo en la adherencia, ya que los pacientes deben asistir con mayor frecuencia a las unidades en relación de las visitas que tienen programadas para la entrega de los ARV, entregas que son cada tres meses como estándar y pueden llegar a ser semanales, quincenales o mensuales, lo que favorece el abandono de tratamientos<sup>78</sup>.

factores relacionados en 6 países de Latinoamérica: Bolivia, Ecuador, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Perú. Ciudad de Guatemala, 2012; Anexo 5. International Treatment Preparedness Coalition “Regional Office for Latin American and Caribbean Networks” (ITPC LATCA). II Estudio comparativo de precios de medicamentos (ARVs) y factores relacionados en 6 países de Latinoamérica: Bolivia, Ecuador, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Perú. Ciudad de Guatemala, 2013; Anexo 6. International Treatment Preparedness Coalition “Regional Office for Latin American and Caribbean Networks” (ITPC LATCA). III Estudio comparativo de precios de medicamentos (ARVs) y factores relacionados en 6 países de Latinoamérica: Bolivia, Ecuador, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Perú. Ciudad de Guatemala, 2014; Anexo 7. International Treatment Preparedness Coalition “Regional Office for Latin American and Caribbean Networks” (ITPC LATCA). IV Estudio comparativo de precios de medicamentos (ARV/VIH), factores relacionados al acceso de tratamiento de VIH y su impacto en la cobertura de tratamiento en 6 países de Latinoamérica: Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú. Ciudad de Guatemala, 2015.

<sup>75</sup> Aportamos como prueba superviniente y para dar respuesta a la pregunta del juez Mac Gregor: OPS. MSPAS ratifica compromiso con OPS/OMS para la adquisición de vacunas y medicamentos. Disponible en: [http://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_content&view=article&id=163:medicamentos&Itemid=213](http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=163:medicamentos&Itemid=213)

<sup>76</sup> OPS. MSPAS ratifica compromiso con OPS/OMS para la adquisición de vacunas y medicamentos. Disponible en: [http://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_content&view=article&id=163:medicamentos&Itemid=213](http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=163:medicamentos&Itemid=213)

<sup>77</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, y Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH y SIDA –ONUSIDA-. *Estimando los efectos de la inversión óptima de los recursos financieros en la incidencia y mortalidad por VIH en Guatemala*. Octubre de 2016. Pág. 26.

<sup>78</sup> Anexo 1. MSPAS. Informe Nacional de la Cascada del Continuo de Atención en VIH, Indicador de sobrevida y situación inmunológica, Guatemala. 2018. Pág.29

Esto fue reiterado en la declaración a título informativo aportada por la señora Rocío Samayoa<sup>79</sup>. En ese mismo sentido, Félix de Jesús Cabrera declaró durante la audiencia que desde que es atendido en el IGSS, le niegan sus medicamentos para el tratamiento de enfermedades relacionadas con el VIH<sup>80</sup>, y que constantemente le niegan su tratamiento antirretroviral<sup>81</sup>.

Al respecto, en una visita realizada el pasado 21 de marzo a la sede de la OPS y la Organización Mundial de la Salud en Guatemala—a través de los cuales el MSPAS adquiere los ARV-, y a la dirección de la clínica de atención al VIH del IGSS, en ciudad de Guatemala, CEJIL accedió a los datos de precios de referencia que utiliza la OPS para la compra de los medicamentos a través del Fondo de dicha institución, así como a varias órdenes de compra directa del IGSS en las cuales se establecen los precios que paga la institución por dichos medicamentos.

De dicha información se desprende que el IGSS paga hasta 5 veces más por el medicamento patentado ARV Lopinavir/Ritonavir al acceder al mismo mediante el mecanismo de compra directa establecido en la Ley de Contrataciones del Estado, y no por el mecanismo de la OPS. En efecto, conforme surge de los precios de referencia establecidos por la OPS, cada pastilla genérica de Lopinavir/Ritonavir vale U\$S 0.15<sup>82</sup>; en cambio, una orden de compra emitida por el IGSS a partir de un contrato de compra directa con la empresa J.I. Cohen S.A – con fecha el 24 de noviembre de 2017 – demuestra que la institución guatemalteca pagó por la misma pastilla U\$S 0.73<sup>83</sup>. De esta forma, mientras el tratamiento mensual para una persona (aproximadamente 120 pastillas) vale sólo U\$S 18 si se adquiere a través de la OPS<sup>84</sup> en su versión genérica, mediante el mecanismo de compra directa

<sup>79</sup> Declaración de Rocío Samayoa, declarante a título informativo, rendida ante fedatario público el 25 de febrero de 2018.

<sup>80</sup> Ver. Video 2 de audiencia, minuto 00:50:00 en adelante

<sup>81</sup> Ver. Video 2 de audiencia, minuto 00:54:00 en adelante

<sup>82</sup> Aportamos como prueba superviniente y para dar respuesta a la pregunta del juez Mac Gregor: OPS-OMS. Acuerdo a largo plazo: medicamentos antiretrovirales. Válido para el período 01 de agosto de 2015 al 31 de diciembre de 2017. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=35058&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=35058&lang=es) (23/03/2018).

<sup>83</sup> Aportamos como prueba superviniente y para dar respuesta a la pregunta del juez Mac Gregor: Anexo 8. Orden de compra de ARV Lopinavir/Ritonavir por el IGSS a la S.A. J.I. Cohen del 24 de noviembre de 2017. Disponible en: <http://www.guatecompras.gt/concursos/files/1429/7142366%40191588.pdf> (22/03/2018).

<sup>84</sup> Aportamos como prueba superviniente y para dar respuesta a la pregunta del juez Mac Gregor: Anexo 9. OPS-OMS. Acuerdo a largo plazo: medicamentos antiretrovirales. Válido para el período 01 de agosto de 2015 al 31 de diciembre de 2017. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=35058&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=35058&lang=es) (23/03/2018).

utilizado por el IGSS cuesta US\$ 87.6<sup>85</sup> en su versión patentada, es decir, un 486% más del precio de referencia internacional manejado por la OPS<sup>86</sup>.

Al respecto, ONUSIDA se pronunció en 2015, manifestando su preocupación por la falta de medicamentos<sup>87</sup>. En ese sentido, solo el 31% del estimado de personas con VIH en el país recibió el tratamiento antirretroviral durante el año 2015<sup>88</sup>.

En este mismo sentido, en una nota de 9 de marzo de 2017, de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de Salud Pública y Asistencia Social del MSPAS, registró que la mayoría de las clínicas se encontraban desabastecidas desde agosto de 2016 de tratamiento antirretroviral<sup>89</sup>.

www.cejil.org

Ello incluso ha afectado de forma directa a las víctimas del presente caso. Al respecto, el pasado 20 de marzo, las víctimas Félix de Jesús Cabrera y Luis Armando Linares, se presentaron a la clínica del IGSS en ciudad de Guatemala, con el fin de retirar su tratamiento antirretroviral; sin embargo, al llegar a lugar les indicaron que el medicamento Lopinavir/Ritonavir se encontraba agotado<sup>90</sup>.

De igual forma, mediante nota de 12 de junio de 2017, dirigida a la entonces Ministra de Salud, Lucrecia Hernández Mack, los coordinadores de las Unidades de Atención Integral del MSPAS, expresaron su preocupación debido al atraso en la provisión de insumos relacionados al tratamiento antirretroviral y el desabastecimiento que esto ha provocado de medicamentos básicos para la atención a personas con VIH

<sup>85</sup> Anexo 8. Orden de compra de ARV Lopinavir/Ritonavir por el IGSS a la S.A. J.I. Cohen del 24 de noviembre de 2017. Disponible en: <http://www.guatecompras.gt/concursos/files/1429/7142366%40191588.pdf> (22/03/2018).

<sup>86</sup> Aportamos como prueba superviniente y para dar respuesta a la pregunta del juez Mac Gregor: Anexo 10. Cuadro comparativo de precios elaborado por CEJIL partir de los datos de OPS e IGSS.

<sup>87</sup> Ver ONUSIDA. Comunicado “Alerta por desabastecimiento de antirretrovirales”. Guatemala. 10 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://onu.org.gt/wp-content/uploads/2016/04/Comunicado-ONUSIDA-Alerta-por-desabastecimiento-de-retrovirales-10112015.pdf>

<sup>88</sup> Ver Anexo 13 a nuestro ESAP. Red Legal y su Observatorio de Derechos Humanos, VIH y PEMAR. 4º Informe Nacional sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas con VIH y poblaciones clave 2013-2015. Prólogo y Pág. 16.

<sup>89</sup> Ver anexo 31 a nuestro ESAP. MSPAS, Nota suscrita por la doctora Zoila Albina Guerra, directa de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de Salud Pública y Asistencia Social del MSPAS, 9 de marzo de 2017. Págs. 2-3. Al respecto, la nota señala “El Hospital de Coatepeque se encuentra desabastecido desde agosto de 2016 del antirretroviral Didanosina, y que quedará desabastecido de Abacavir en marzo del presente año; asimismo, el Hospital Roosevelt se encuentra desabastecido del antirretroviral Didanosina, y quedará desabastecido de Abacavir y Maraviroc en marzo, y de Duranavir y Raltegravir en abril del presente año. De igual forma, el Hospital San Juan de Dios quedará desabastecido de Abacavir y Maraviroc en marzo de este año y de Duranavir y Raltegravir en abril; el Hospital de Retalhuleu y el Hospital de Malacatán quedarán desabastecidos de Abacavir en marzo de este año”

<sup>90</sup> Aportamos como prueba superviniente y para dar respuesta a la pregunta del juez Mac Gregor: Anexo 11. Recetas de medicamento Lopinavir/Ritonavir, con sello de inexistencia entregadas a las víctimas.

tales como Zidovudina, Abacavir para niños, Tenofovir/emtricitabina, así como fármacos para el tratamiento de infecciones oportunistas<sup>91</sup>.

En esta línea, el informe de la PDH de 2018 reconoce que

Guatemala se comprometió a desarrollar las acciones necesarias en el área de prevención y de atención a PV y PEMAR, con el objetivo de dar cumplimiento a convenios y tratados internacionales. No obstante, entre los factores que limitan al país dar cumplimiento efectivo a sus compromisos están, las medidas de protección intelectual, los tratados de libre comercio, la ley de compras vigente y los mecanismos complejos de compras, los temas impositivos y fiscales<sup>92</sup>.

www.cejil.org

- b. En Guatemala persiste una crisis en el sistema de salud que ha impactado en la atención integral de las personas con VIH

Por otra parte, tal y como demostramos en nuestro ESAP, a partir del año 2015, la atención en salud recibida por la población con VIH en Guatemala, se vio afectada por la crisis del sistema de salud guatemalteco provocada, entre otros, por los casos de corrupción<sup>93</sup>. De hecho, la PDH determinó en noviembre de 2015 que “el sistema

<sup>91</sup> Ver Anexo 7 a nuestro escrito de prueba superviniente de 22 de febrero de 2018. Nota dirigida a la Ministra de Salud, Lucrecia Hernández Mack, de 12 de junio de 2017.

<sup>92</sup> Ver Anexo 4 a nuestro escrito de prueba superviniente de 22 de febrero de 2018. PDH. Sexto Informe de la Situación de Derechos Humanos de las personas con VIH y poblaciones en más alto riesgo publicado. 2018, pág. 65. Disponible en: <https://www.pdh.org.gt/biblioteca/category/10-informes-especiales.html?download=3666:6to-informe-de-la-situaci%C3%B3n-de-derechos-humanos-de-las-personas-con-vih-y-poblaciones-en-m%C3%A1s-alto-riesgo>

<sup>93</sup> Cabe destacar los señalamientos en contra de la ex vicepresidenta Roxana Baldetti y el ex Presidente Otto Pérez Molina dentro del caso de defraudación aduanera conocido como “La Línea”; el desvío de aproximadamente 6.9 millones de dólares por parte del subdirector de la Dirección General de Apoyo y Logística de la Policía Nacional Civil ; la investigación contra la jueza Carol Patricia Flores por enriquecimiento ilícito, lavado de dinero e incumplimiento del deber de presentar Declaración patrimonial. En el ámbito del sistema de salud guatemalteco, uno de los casos de corrupción fue la concesión fraudulenta –por parte del IGSS- de un contrato de servicios de salud a una empresa que no contaba con las condiciones técnicas y de experiencias necesarias, lo que provocó la muerte de al menos diecisiete pacientes renales infectados por peritonitis. Dentro del caso conocido como Negociantes de la Salud, la estructura criminal buscó obtener beneficios a través de la venta de servicios médicos, medicamentos (incluidos antirretrovirales) e insumos en el IGSS los cuales procuraban colocar en el listado básico de medicamentos de la entidad y manipular los procesos de compra para resultar favorecidos. El 15 de junio de 2016, fue detenido por estos hechos el gerente del IGSS, Oscar Armando García Muñoz. Ver Nómada. “IGSS: tres pacientes renales muertos, quince infectados y #530enRiesgo”, 10 de marzo de 2015, disponible en: <https://nomada.gt/igss-tres-pacientes-renales-muertos-quince-infectados-y-530enriesgo/>; Nómada. “De cómo 530 pacientes frenaron un caso de corrupción que había matado a 12 personas”, 15 de mayo de 2015, disponible en: <https://nomada.gt/de-como-530-pacientes-frenaron-un-caso-de-corrupcion-que-habia-matado-a-12-personas/> Ver también SIPSE.com, “Escandalo en el Seguro Social de Guatemala”, 20 de mayo de 2015, disponible en: <http://sipse.com/mundo/guatemala-detienen-funcionarios-salud-caso-corrupcion-152521.html> Ver Prensa Libre. Cae gerente del IGSS por caso Negociantes de la Salud. 16 de junio de 2016. Disponible en <http://www.prensalibre.com/guatemala/justicia/detenido-gerente-del-igss-por-caso-negociantes-de-la-salud> Último acceso el 8 de agosto de 2016.

de salud enfrenta la peor crisis documentada hasta día de hoy<sup>94</sup> impactando en el abastecimiento de medicamentos, insumos (de laboratorio, quirúrgicos, de limpieza), equipo, infraestructura (insuficiencia y malas condiciones), atrasos en el pago de personal y el cierre de consultas<sup>95</sup>.

Asimismo, la PDH reportó, ese mismo año, falta de medicamentos para enfermedades oportunistas e insumos para diagnósticos de carga viral, CD4, detección del VIH, demoras de hasta 7 meses en la contratación del personal de clínicas<sup>96</sup>.

www.cejil.org

De igual forma, tal y como señalamos durante la audiencia, la misma institución en su informe anual de 2016 señaló:

(...) que el 47% de las UAI adscritas al MSPAS reportaron falta de personal de todo tipo y únicamente tres clínicas tienen equipo para pruebas de CD4, donado por la Organización AHF-Guatemala. Los exámenes de laboratorio convencionales se realizan en el laboratorio clínico del hospital; sin embargo, los hospitales no cuentan con suficientes reactivos para la demanda de la población. Los hospitales de referencia son quienes más personas atienden (HGSJDD= 2,988; HR= 3,998); la mediana de pacientes que están siendo atendidos en UAI del sistema de salud pública es de 297. No se observó en ninguna UAI mejoras en las instalaciones (en el caso de la UAI de Escuintla se encontró heces fecales alrededor del hospital)<sup>97</sup>.

Todas estas falencias se mantuvieron después del 31 de marzo de 2017, fecha en que esta representación presentó el ESAP ante la Honorable Corte<sup>98</sup>.

Así, como se desprende de la prueba superviniente aportada por las representantes el 22 de febrero del presente año, el Sexto Informe de la Situación de Derechos Humanos de las personas con VIH y poblaciones en más alto riesgo publicado en 2018 y elaborado por la PDH señala que:

<sup>94</sup> Emisoras Unidas, "Sistema de salud enfrenta la peor crisis documentada según la PDH". 9 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://emisorasunidas.com/noticias/nacionales/sistema-de-salud-enfrenta-la-peor-crisis-documentada-segun-la-pdh/> Último acceso el 1 de enero de 2017.

<sup>95</sup> Ver Anexo 29 a nuestro ESAP. Procuraduría Derechos Humanos –PDH- Informe anual circunstanciado. Situación de los Derechos Humanos y Memoria de Labores 2015. Guatemala. Pág. 240

<sup>96</sup> Ver Anexo 29 a nuestro ESAP. Procuraduría Derechos Humanos –PDH- Informe anual circunstanciado. Situación de los Derechos Humanos y Memoria de Labores 2015. Guatemala. Ver Prensa Libre. *Organizaciones denuncian falta de atención a personas con VIH*. Guatemala. 9 de noviembre de 2015. Disponible en <http://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/organizaciones-denuncia-falta-de-atencion-a-personas-con-vih> Último acceso el 1 de enero de 2017.

<sup>97</sup> Ver Anexo 30 a nuestro ESAP. Procuraduría de Derechos Humanos –PDH-. Informe anual circunstanciado. Guatemala, 2016. Pág. 245.

<sup>98</sup> Ver Anexo 5 a nuestro escrito de prueba superviniente de 22 de febrero de 2018. El Periódico. *Complicadas normas administrativas afectan a pacientes con VIH/sida*. 10 de junio de 2017. Disponible en: <https://elperiodico.com.gt/nacion/2017/06/10/complicadas-normas-administrativas-afectan-a-pacientes-con-vihsida/>

Uno de los principales problemas en el país es que el abastecimiento de antirretrovirales es irregular. Muchas veces no hay disponibilidad de pruebas rápidas y pruebas reactivas para realizar CD4. No existe abastecimiento para atender enfermedades oportunistas, existe desabastecimiento de métodos de planificación familiar. El acceso a medicamentos antirretrovirales es parte esencial para la realización del disfrute del derecho a la salud de todas las personas diagnosticadas con VIH. La interrelación entre los factores legales, económico-administrativos, de apoyo político, entre otros, intervienen en el acceso a tratamientos y su existencia facilita o limita la posibilidad del país de proveer de los medicamentos a todos los que lo necesiten y de cumplir los compromisos en materia de salud (...) <sup>99</sup>.

Adicionalmente, el informe señala que la falta de contratación de personal en las Unidades de Atención Integral de forma permanente provoca que cada año lleguen los meses de marzo y abril sin que el personal haya recibido un pago, o incluso no tienen un contrato de trabajo que permita continuar con la atención permanente a las personas con VIH. Según el informe:

Actualmente la mayoría del personal de las Unidades de Atención Integral se encuentra en contrataciones bajo los reglones 182 y 189, como personal de carácter temporal por lo que deben ser renovados año con año y si estas contrataciones no están incluidas en los Planes Operativos de cada Hospital, su contratación se hace imposible <sup>100</sup>.

La PDH señala además que en el año 2017, la falta de contratación de personal dificultó la atención en las diferentes Unidades de Atención Integral y que la situación se profundizó en el departamento de Retalhuleu, en el cual son atendidas varias de las víctimas del presente caso, debido a que para el mes de mayo de ese mismo año no se había contratado el personal en la Unidad de Atención Integral <sup>101</sup>.

Sumado a ello, el informe señala que la disponibilidad de las pruebas de detección de anticuerpos de VIH sigue siendo un obstáculo para una detección temprana del

<sup>99</sup> Ver Anexo 4 a nuestro escrito de prueba superviniente de 22 de febrero de 2018. PDH. Sexto Informe de la Situación de Derechos Humanos de las personas con VIH y poblaciones en más alto riesgo publicado. 2018, pág. 65. Disponible en: <https://www.pdh.org.gt/biblioteca/category/10-informes-especiales.html?download=3666:6to-informe-de-la-situaci%C3%B3n-de-derechos-humanos-de-las-personas-con-vih-y-poblaciones-en-m%C3%A1s-alto-riesgo>

<sup>100</sup> Ver Anexo 4 a nuestro escrito de prueba superviniente de 22 de febrero de 2018. PDH. Sexto Informe de la Situación de Derechos Humanos de las personas con VIH y poblaciones en más alto riesgo publicado. 2018, pág. 67. Disponible en: <https://www.pdh.org.gt/biblioteca/category/10-informes-especiales.html?download=3666:6to-informe-de-la-situaci%C3%B3n-de-derechos-humanos-de-las-personas-con-vih-y-poblaciones-en-m%C3%A1s-alto-riesgo>

<sup>101</sup> Ver Anexo 4 a nuestro escrito de prueba superviniente de 22 de febrero de 2018. PDH. Sexto Informe de la Situación de Derechos Humanos de las personas con VIH y poblaciones en más alto riesgo publicado. 2018, pág. 67. Disponible en: <https://www.pdh.org.gt/biblioteca/category/10-informes-especiales.html?download=3666:6to-informe-de-la-situaci%C3%B3n-de-derechos-humanos-de-las-personas-con-vih-y-poblaciones-en-m%C3%A1s-alto-riesgo>

VIH en todos los niveles de atención y el estigma y discriminación es un factor que agrava la problemática de acceso a la salud de las personas con VIH<sup>102</sup>.

Prueba de este contexto es la nota, de 21 de abril de 2017, dirigida al doctor Juan Antonio Villeda Recinos, Director Ejecutivo del Hospital San Juan de Dios, mediante la cual la licenciada Jennifer Hernández y el doctor Eduardo Arathoon, funcionarios de la Clínica Luis Ángel García, requieren información sobre el estado de las solicitudes de compra de insumos, medicamentos y material quirúrgico para dicha Clínica, la cual para esa fecha se encontraba desabastecida de varios insumos<sup>103</sup>.

Asimismo, en la nota de 12 de junio de 2017 mencionada arriba se señala que desde el mes de febrero de 2017 las UAI no cuentan con cargas virales y pruebas de CD4, y que para junio de ese año había faltantes en el pago del personal de las clínicas<sup>104</sup>.

En suma, en Guatemala persiste un contexto de falta de atención integral a las personas con VIH que ha impactado en sus derechos a la vida, integridad personal y salud, tal y como ha sucedido a las víctimas del presente caso. Sobre ello nos referiremos a continuación.

#### B. Hechos del caso

Las representantes reiteramos todos los hechos contenidos en nuestro ESAP, por lo que solicitamos a esta Honorable Corte que los tenga como reproducidos en este escrito.

A continuación, presentaremos, en primer lugar, nuestros argumentos en relación a la aplicación del artículo 39.2 del Reglamento de la Corte a este caso, en virtud de que el Estado no ha controvertido los hechos relacionados con las violaciones específicas cometidas en perjuicio de las víctimas.

En segundo lugar, reiteraremos los hechos que consideramos que han sido probados, en vista de la prueba presentada en la etapa oral del proceso, identificando los distintos patrones de actuación del Estado que han generado violaciones en los derechos de las víctimas.

<sup>102</sup> Ver Anexo 4 a nuestro escrito de prueba superviniente de 22 de febrero de 2018. PDH. Sexto Informe de la Situación de Derechos Humanos de las personas con VIH y poblaciones en más alto riesgo publicado. 2018, pág. 95 . Disponible en: <https://www.pdh.org.gt/biblioteca/category/10-informes-especiales.html?download=3666:6to-informe-de-la-situacion-de-derechos-humanos-de-las-personas-con-vih-y-poblaciones-en-mas-alto-riesgo>

<sup>103</sup> Ver Anexo 6 a nuestro escrito de prueba superviniente de 22 de febrero de 2018. Nota dirigida al doctor Juan Antonio Villeda Recinos, Director Ejecutivo del Hospital San Juan de Dios. ADMON 097-2017, de 21 de abril de 2017.

<sup>104</sup> Ver Anexo 7 a nuestro escrito de prueba superviniente de 22 de febrero de 2018. Nota dirigida a la Ministra de Salud, Lucrecia Hernández Mack, de 12 de junio de 2017.

1. *Esta Honorable Corte debe considerar los hechos de este caso como aceptados por parte del Estado, dado que no ha presentado información para controvertirlos*

En el Informe de Fondo de la Ilustre Comisión y nuestro ESAP fueron ampliamente desarrollados los hechos relacionados con la falta absoluta de atención por parte del Estado a cada una de las víctimas de este caso en su condición de personas con VIH desde el momento de su diagnóstico hasta el año 2006 y la falta de una atención integral desde ese entonces hasta la fecha<sup>105</sup>.

Las declaraciones rendidas por las víctimas tanto a través de affidávit como en audiencia pública reforzaron lo ya argumentado<sup>106</sup>. Lo mismo ocurrió con la declaración rendida por el Doctor Ricardo Boza, quien examinó 20 de los expedientes médicos de las víctimas y rindió declaración en audiencia pública<sup>107</sup>, corroborando los argumentos de hecho realizados por las representantes.

Adicionalmente, a lo largo del proceso el Estado de Guatemala no controvertió estos hechos ni presentó información específica en relación a la situación de salud de ninguna de las víctimas. Como ya señalamos, sus argumentos se centraron en la presentación de información relativa a las supuestas medidas adoptadas para atender a las personas con VIH en Guatemala en general, sin presentar ningún tipo de información o argumentación relacionada con la efectividad de estas medidas.

Además, a pesar de que le fue requerido expresamente por esta Corte mediante nota de 27 de enero de 2017<sup>108</sup>, el Estado no proporcionó 33 de los expedientes clínicos de las víctimas, lo que hubiera permitido valorar con más detalle la atención recibida por las mismas. Cabe destacar que esta información se encontraba en manos del Estado en la medida en que todas las víctimas de este caso son atendidas por el sistema público de salud, ya sea a través del MSPAS o el IGSS.

En consecuencia, al igual que lo solicitamos con relación a los hechos relacionados con el contexto, solicitamos que este alto Tribunal aplique el artículo 39.2 del

<sup>105</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, págs. 32- 112

<sup>106</sup> Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 24 de febrero de 2018; Declaración de Francisco Sop Quiej, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 23 de febrero de 2018; Declaración de Dora Marina Martínez Sofoifa, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 25 de febrero de 2018; Declaración de Carlos Fernando Coc Chajón, familiar de Ismar Ramírez Chajón, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 23 de febrero de 2018; Declaración de Luis Alberto Hernández Estrada, familiar de Elsa Miriam Estrada, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 23 de febrero de 2018; Declaración de María Magdalena Rodas Mérida, familiar de Audencio Rodas Rodríguez, víctima del caso, rendida ante fedatario el 23 de febrero de 2018; ; Declaración de Luis Cuscúl Pivaral, víctima del caso, rendida ante fedatario el 5 de marzo de 2018. Declaraciones ante audiencia pública de Félix de Jesús Cabrera y Zoila Marina Pérez, víctimas del caso.

<sup>107</sup> Ver resumen de peritaje del Doctor Ricardo Boza; Ver. Video 1 de audiencia, minuto 00:01:00 en adelante.

<sup>108</sup> Corte IDH. Nota del Secretario Ejecutivo, Pablo Saavedra, de 27 de enero de 2017.

Reglamento de la Corte a este caso y, en consecuencia, considere como aceptados todos los hechos alegados a lo largo de este proceso.

Sin perjuicio de lo anterior, a continuación, las representantes presentaremos un resumen de los hechos probados a lo largo de este proceso, identificando patrones de conducta común en relación a la atención de las víctimas por parte del Estado, los cuales consideramos deben ser tomados en cuenta por esta Honorable Corte al momento de adoptar su decisión en este caso.

[www.cejil.org](http://www.cejil.org)

## 2. Resumen de los hechos probados a lo largo de este proceso

A lo largo de este proceso los representantes hemos probado:

- Que además de ser pacientes de VIH, la mayoría de las víctimas están sujetas a otras condiciones de vulnerabilidad. Así, 51% son mujeres<sup>109</sup>; 27 viven en zonas rurales<sup>110</sup>; 13 tienen niveles de escolaridad menores al tercer

<sup>109</sup> Reina López Mujica, Petrona López Robledo, Rita Mariana Dubón Orozco, María Blanca Vail López, Martina Candelaria Álvarez Estrada, Julia Aguilar de Dueñas, Sayra Elisa Barrios, Ismerai Oliva García Castañón, Marta Alicia Maldonado Paz, Aracely Cinto, Pascuala de Jesús Mérida, Silvia Mirtala Álvarez Villatoro, María Felipe Pérez, Zoila Marina Pérez Ruiz, Teresa Magdalena Ramírez Castro, Juana Aguilar Gómez, Elsa Miriam Estrada Ruiz, Guadalupe Eminia Cayaxón García, Corina Dianeth Robledo Alvarado, Iris Carolina Vicente Baullas, Dora Marina Martínez Sofojija, Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, Ingrid Janeth Barillas Martínez, Karen Judith Samayoa.

<sup>110</sup> María Blanca Vail López (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Lexana Rosberty Pérez Vail de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala); Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Antonio Vail Molina de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala), José Rubén Delgado López (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Antonio Miranda Méndez de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Juana Aguilar (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón), Sebastián Emilio Dueñas (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Sebastián Emilio Dueñas de 9 de febrero de 2017. Guatemala), Julia Aguilar (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Julia Aguilar de 11 de febrero de 2017. Guatemala), Felipe Ordóñez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Felipe Talabán Ordoñez de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala), Martina Candelaria Álvarez Estrada (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Martina Candelaria Álvarez de fecha 16 de enero de 2017. Guatemala), Ingrid Janeth Barillas Martínez (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón), Sayra Elisa Barrios (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 16 de enero de 2017. Guatemala), Cesar Noé Cancinos Gómez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Aracely Cinto (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala), María Felipe Pérez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Felipe de fecha 8 de enero de 2017. Guatemala), Ismerai Olivia García Castañón (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón), Santos Isacar Vásquez Barrios (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración del Santos Isacar Vásquez Barrios de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Mardo Luis Hernández (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración del Mardo Luis Hernández Hernández de fecha 27 de enero de 2017. Guatemala), Dora Marina Martínez Sofojija (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Dora Marina Martínez de 16 de diciembre de 2016. Guatemala); Ver Anexo 3 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Dora Marina Martínez Sofojija, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Pascuala de Jesús Mérida (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala), Darinel López Montes de Oca (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Darinel López Montes de Oca de 11 de enero de 2017. Guatemala), Israel Pérez Charal (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Israel Pérez Charal de 16 de diciembre de 2016. Guatemala), Corina Dianeth

grado de primaria<sup>111</sup>; algunos de ellos son indígenas<sup>112</sup>; otros de orientación sexual diversa<sup>113</sup> y la mayoría viven en situación de pobreza o pobreza

www.cejil.org

Robledo Alvarado (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala), Audencio Rodas Rodríguez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 6 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de María Magdalena Rodas Mérida, familiar de Audencio Rodas Rodríguez, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Zoila Marina Pérez Ruiz (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala), Santiago Francisco Valdez Aguilar (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Santiago Francisco Valdez Aguilar de 21 de diciembre de 2016. Guatemala), Teresa Magdalena Ramírez Castro (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón. Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008; Ver también información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009), Facundo Gómez Reyes (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala), Petrona López Robledo (Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 81), José Cupertino Ramírez (Ver anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón).<sup>111</sup> Facundo Gómez Reyes (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala), Reina López Mújica (Ver Anexo 36 Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 80), Petrona López Robledo (Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 81), José Cupertino Ramírez (Ver anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón), Julia Aguilar (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Julia Aguilar de 11 de febrero de 2017. Guatemala), Martina Candelaria Álvarez Estrada (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Martina Candelaria Álvarez de fecha 16 de enero de 2017. Guatemala), Aracely Cinto (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala), María Felipe Pérez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Felipe de fecha 8 de enero de 2017. Guatemala), Santos Isacar Vásquez Barrios (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración del Santos Isacar Vásquez Barrios de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Audencio Rodas Rodríguez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 6 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de María Magdalena Rodas Mérida, familiar de Audencio Rodas Rodríguez, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Zoila Marina Pérez Ruiz (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala), Miguel Lucas Vail (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Miguel Lucas Vail del 14 de febrero de 2017. Guatemala), Sandra Lisbeth Zepeda Herrera (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera de 15 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 1 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, víctima del caso, rendida ante fedatario público).

<sup>112</sup> María Blanca Vail López (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Lexana Rosberty Pérez Vail de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Antonio Vail Molina de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala), Julia Aguilar (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Julia Aguilar de 11 de febrero de 2017. Guatemala), José Rubén Delgado López (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Antonio Miranda Méndez de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Felipe Ordóñez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Felipe Talabán Ordoñez de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala), María Felipe Pérez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Felipe de fecha 8 de enero de 2017. Guatemala).

<sup>113</sup> Luis Armando Linares Ruano (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Luis Armando Linares Ruano de 18 de enero de 2017. Guatemala), Silvia Mirtala Álvarez Villatoro (Ver Anexo 41 del ESAP. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016), Luis Rolando Cuscul Pivaral (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 7 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral, víctima del caso, rendida ante fedatario público).

extrema<sup>114</sup>, por lo que no cuentan con los medios para proveerse atención de salud de fuentes distintas al Estado.



[www.cejil.org](http://www.cejil.org)

<sup>114</sup> Ver, a modo de ejemplo: Anexo 38 del ESAP. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera de 15 de diciembre de 2016. Guatemala; Anexo 1 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Anexo 38 del ESAP. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala; Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Felipe de fecha 8 de enero de 2017. Guatemala.

- Que 20 de las víctimas fueron diagnosticadas en algún hospital o institución pública<sup>115</sup> y 11 en las ONGs Médicos Sin Fronteras o Proyecto Vida<sup>116</sup>, que

<sup>115</sup> Reina López Mujica (Ver Anexo 36 Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 80), Petrona López Robledo (Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 81), Guadalupe Erminia Cayaxón García (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 22), Elsa Miriam Estrada (Ver anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón; Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 84; Ver Anexo 5 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Luis Alberto Hernández Estrada, familiar de Elsa Miriam Estrada, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Rita Mariana Dubón Orozco (Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, Anexo 1 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Págs. 16 y 17), Alberto Quiché Cuxeva (Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010. Anexo 1 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 16), Silvia Mirtala Álvarez Villatoro (Ver Anexo 44 del ESAP. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010), Melvin Yovani Ajtún Escobar (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 16), José Cupertino Ramírez (Ver anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón), César Noé Cancinos Gómez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Aracely Cinto (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala), Ingrid Janeth Barillas Martínez (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón), Luis Rolando Cuscul Pivaral (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 7 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver resumen del peritaje del Dr. Ricardo Boza Cordero, pág. 32), Dora Marina Martínez Sofoifa (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Dora Marina Martínez de 16 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 3 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Dora Marina Martínez Sofoifa, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Israel Pérez Charal (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Israel Pérez Charal de 16 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver resumen del peritaje del Dr. Ricardo Boza Cordero, pág. 27), Karen Judith Samayoa (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Karen Judith Samayoa de 19 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver resumen del peritaje del Dr. Ricardo Boza Cordero, pág. 30), Francisco Sop Quiej (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Francisco Sop Quiej de 11 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 2 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Francisco Sop Quiej, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver resumen del peritaje del Dr. Ricardo Boza Cordero, pág. 23), Jorge Armando Tavares Barreno (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 17.), Iris Carolina Vicente Barillas (Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003. Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 5; Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 74), Sandra Lisbeth Zepeda Herrera (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera de 15 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 1 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver resumen del peritaje del Dr. Ricardo Boza Cordero, pág. 36) y Santiago Francisco Valdez Aguilar (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Santiago Francisco Valdez Aguilar de 21 de diciembre de 2016. Guatemala).

<sup>116</sup> Facundo Gómez Reyes (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala), María Blanca Vail López (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Lexana Rosbetty Pérez Vail de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Antonio Vail Molina de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala), Juana Aguilar (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora

informaban de estos resultados al Estado, por lo que este tenía un conocimiento absoluto de la condición de salud de aquéllas.

- Que 16 víctimas que fueron diagnosticadas en laboratorios o instituciones privadas acudieron posteriormente al sistema público de salud, por lo que de esta manera el Estado adquirió conocimiento de su situación<sup>117</sup>.

Cristina Calderón), Felipe Ordóñez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Felipe Talabán Ordoñez de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala), Martina Candelaria Álvarez Estrada (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Martina Candelaria Álvarez de fecha 16 de enero de 2017. Guatemala), Ismerai Olivia García Castañón (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón), Santos Isacar Vásquez Barrios (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración del Santos Isacar Vásquez Barrios de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala; Ver resumen del peritaje del Dr. Ricardo Boza Cordero, pág. 50), Marta Alicia Maldonado Paz (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón. Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008; Ver información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág.17; Ver Anexo 44 del ESAP. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010), Pascuala de Jesús Mérida (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala), Teresa Magdalena Ramírez Castro (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón. Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008; Ver también información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009) y Zoila Marina Pérez Ruiz (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala).

<sup>117</sup> Ismar Ramírez Chajón (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María De Jesús Chajón de León de 5 de enero de 2017. Guatemala), José Rubén Delgado López (Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003. Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 6; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Antonio Miranda Méndez de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Sebastián Emilio Dueñas (Ver Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008. Anexo 24 a dicho informe), Julia Aguilar (Ver Informe del Estado presentado ante la CIDH de 26 de agosto de 2010. Anexo 1; Ver Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008. Anexo 24 a dicho informe; Ver anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón. Anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008; Ver información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 15), Luis Rubén Álvarez Flores (Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003. Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 3; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Luis Álvarez de fecha 13 de febrero de 2017. Guatemala), Sayra Elisa Barrios (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 16 de enero de 2017. Guatemala), Félix de Jesús Cabrera (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Félix Cabrera de 8 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón; Ver información proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003. Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág.6), María Felipe Pérez (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 18 y 19; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Felipe de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala), Mardo Luis Hernández (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración del Mardo Luis Hernández Hernández de fecha 27 de enero de 2017. Guatemala), Luis Armando Linares (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Luis Armando Linares Ruando de 18 de enero de 2017. Guatemala), Darinel López Montes de Oca (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 14; Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina

- Que el Estado también tuvo conocimiento de la situación de salud de las víctimas a través de la presentación de la petición inicial de este caso y el trámite de las medidas cautelares<sup>118</sup>.
- Que el Estado no adoptó ningún tipo de medidas durante la década de los 90 y los primeros años de la década del 2000 para dar atención médica a las víctimas en su condición de personas con VIH<sup>119</sup> y en aquellos casos que sí lo hizo no brindó una atención integral a las víctimas<sup>120</sup>. Ello a pesar de que en todos los casos tenía conocimiento del diagnóstico.
- Que a pesar de que el Estado señaló en su Contestación que el VIH era un tema de discusión en Guatemala desde la década de los 80, la mayoría de las víctimas nunca habían oído hablar de él hasta el momento de su diagnóstico<sup>121</sup>.

www.cejil.org

Calderón); Corina Dianeth Robledo Alvarado (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala), Audencio Rodas Rodríguez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala), Miguel Lucas Vail (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Miguel Lucas Vail de 14 de febrero de 2017. Guatemala), Santos Vásquez Oliveros (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón; Ver información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 18. Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003. Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 13), Iris Carolina Vicente Barillas (Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003. Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 5; Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 74).

<sup>118</sup> Luis Rolando Cuscul Pivaral, Francisco Sop Quej, Corina Robledo, Petrona López González, Aracely Cinto, Olga Marina Castillo, Israel Pérez Charal, Karen Judith Samayoa, Juana Aguilar, Darinel López Montes de Oca, Luis Rubén Álvarez Flores, Audencio Rodas, Luis Edwin Cruz Gramajo, Martina Candelaria Álvarez Estrada, María Felipe Pérez, Sayra Elisa Barrios, Felipe Ordoñez, Santos Isaac Vásquez Barrio, Ismerai Oliva García Castañón, Guadalupe Cayaxón, Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, César Noé Cancinos Gómez, Santos Vásquez Oliveros, María Blanca Vail, Julia Aguilar, Sebastián Emilio Dueñas, Zoila Marina Pérez Ruiz, Santiago Valdez, Pascuala de Jesús Mérida, Iris Carolina Vicente Baullas, Marta Alicia Maldonado Paz, José Cupertino Ramírez, José Rubén Delgado, Elsa Miriam Estrada, Ismar Ramírez Chajón, Félix de Jesús Cabrera, Silvia Mirtala Álvarez, Reina López Mújica, Facundo Gómez Reyes, Alberto Quiché Cuxeve, Dora Marina Martínez Sofoifa, Ingrid Janeth Barillas Martínez, Jorge Armando Tavares Barreno, Luis Armando Linares Ruano, Mardo Luis Hernández, Melvin Yovani Atjun Escobar, Miguel Lucas Vail, Rita Mariana Dubón Orozco y Teresa Magdalena Ramírez Castro (Ver CIDH. Informe de Admisibilidad No. 32/05. *Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras personas afectadas por el VIH/SIDA. Guatemala*, p. 9; Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I y II).

<sup>119</sup> Ver Anexo 4 del ESAP. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS– Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH– y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA–. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006. Pág. 14 y 25; Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 66 (Escrito de la COPREDEH de 18 de junio de 2004).

<sup>120</sup> Quienes fueron atendidos en el IGSS: Félix de Jesús Cabrera, Luis Armando Linares, Ismar Ramírez Chajón, Luis Rolando Cuscúl, Silvia Mirtala Álvarez, Israel Pérez y Karen Judith Samayoa

<sup>121</sup> Ver, a modo de ejemplo: Anexo 1 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, víctima del caso, rendida ante fedatario

- Que, en los casos de al menos de 32 de las víctimas, transcurrió como mínimo un año desde que fueron diagnosticadas hasta que comenzaron a recibir tratamiento antirretroviral<sup>122</sup>, en la mayoría de los casos por parte de las ONGs Médicos Sin Fronteras y Proyecto Vida.

público; Anexo 7 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Anexo 2 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Francisco Sop Queie, víctima del caso, rendida ante fedatario público.

<sup>122</sup> A saber, Reina López Mújica fue diagnosticada el 15 de abril del año 2002, y comenzó el TAR en junio de 2003 (Ver Anexo 36 Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 80); Petrona López Robledo; fue diagnosticada el 26 de febrero de 2001 y comenzó a recibir TAR en 2003 (Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 81); Rita Mariana Dubón Orozco fue diagnosticada en febrero de 2002 y comenzó su TAR en septiembre de 2003 (Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, Anexo 1 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Págs. 16 y 17); Luis Edwin Cruz Gramajo fue diagnosticado entre 1995 y 1996 y comenzó TAR en 2002 (Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003. Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 4); María Blanca Vail López fue diagnosticada el 20 de noviembre de 2001 y comenzó a recibir TAR en agosto de 2004 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Lexana Rosbetty Pérez Vail de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Antonio Vail Molina de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala); Melvin Yovani Ajtún Escobar fue diagnosticado en 2001 y comenzó su TAR en el 2004 (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 16); Juana Aguilar fue diagnosticada el 18 de enero del año 2000 e inició su TAR en marzo de 2002 (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón); José Cupertino Ramírez fue diagnosticado en junio de 2003 y comenzó su TAR en julio de 2004 (Ver anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón); José Rubén Delgado López fue diagnosticado en 2002 y comenzó su TAR en 2004 (Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003. Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 6; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Antonio Miranda Méndez de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala); Elsa Miriam Estrada fue diagnosticada en 2001 y comenzó su tratamiento antirretroviral en 2004 Estrada (Ver anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón; Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 84; Ver Anexo 5 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Luis Alberto Hernández Estrada, familiar de Elsa Miriam Estrada, víctima del caso, rendida ante fedatario público); Julia Aguilar fue diagnosticada el 18 de junio de 2002 y comenzó su TAR en 2004 (Ver Informe del Estado presentado ante la CIDH de 26 de agosto de 2010. Anexo 1; Ver Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008. Anexo 24 a dicho informe; Ver anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón. Anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008; Ver información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 15); Felipe Ordoñez fue diagnosticado en 2002 y comenzó su TAR en junio de 2003 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Felipe Talabán Ordoñez de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala); César Noé Cancinos Gómez fue diagnosticado el 18 de junio de 2002 y comenzó a recibir TAR en junio de 2003 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala); Aracely Cinto fue diagnosticada en 1994 e inició TAR hasta 2005 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala); Luis Rolando Cuscul Pivaral fue diagnosticado en 1993, y comenzó TAR en el año 2000 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 7 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver resumen del peritaje del Dr. Ricardo Boza Cordero, pág. 32); María Felipe Pérez fue diagnosticada en el 2000 e inició con

TAR el 6 de junio de 2002 (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 18 y 19; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Felipe de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala); Ismerai Olivia García Castañón fue diagnosticada en 2003 y comenzó TAR en enero de 2007 (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón); Santos Isacar Vásquez fue diagnosticado el 28 de enero de 2003 y comenzó con TAR en 2004 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración del Santos Isacar Vásquez Barrios de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala; Ver resumen del peritaje del Dr. Ricardo Boza Cordero, pág. 50); Mardo Luis Hernández fue diagnosticado en abril de 2002 y comenzó TAR en noviembre de 2003 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración del Mardo Luis Hernández Hernández de fecha 27 de enero de 2017. Guatemala); Luis Armando Linares Ruano fue diagnosticado en 1984 e inició con TAR en el 2000 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Luis Armando Linares Ruano de 18 de enero de 2017. Guatemala); Marta Alicia Maldonado Paz fue diagnosticada en el año 2001 y comenzó su TAR abril de 2002 (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón. Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008; Ver información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 17; Ver Anexo 44 del ESAP. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010); Dora Marina Martínez Sofoiya fue diagnosticada en 1998 y comenzó TAR en el año 2003 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Dora Marina Martínez de 16 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 3 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Dora Marina Martínez Sofoiya, víctima del caso, rendida ante fedatario público); Darinel López Montes de Oca fue diagnosticado en el 2002 y comenzó TAR el 27 de enero de 2003 (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 14; Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón); Israel Pérez Charal fue diagnosticado el 11 de abril de 2002 e inició con TAR en octubre de 2003 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Israel Pérez Charal de 16 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver resumen del peritaje del Dr. Ricardo Boza Cordero, pág. 27); Audencio Rodas Rodríguez fue diagnosticado en 1998 y comenzó TAR en 2002 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala); Zoila Marina Pérez Ruiz fue diagnosticada en 2002 y comenzó TAR en julio de 2004 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala); Teresa Magdalena Ramírez Castro fue diagnosticada en 2002 y comenzó TAR en febrero de 2004 (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón. Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008; Ver también información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009); Karen Judith Samayoa fue diagnosticada el 12 de abril de 2002 y comenzó TAR en 2005 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Karen Judith Samayoa de 19 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver resumen del peritaje del Dr. Ricardo Boza Cordero, pág. 30); Jorge Armando Tavares Barreno fue diagnosticado en 2001 y comenzó TAR en abril de 2002 (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 17.); Miguel Lucas Vail fue diagnosticado en 1998 e inició su TAR en 2004 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Miguel Lucas Vail de 14 de febrero de 2017. Guatemala); Santos Vásquez Oliveros fue diagnosticado en 2002 y comenzó con TAR en 2003 (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón; Ver información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 18. Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003. Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 13); Iris Carolina Vicente Barillas fue diagnosticada el 7 de febrero de 2003 e inició TAR en 2006 (Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003. Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 5; Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 74).

- Que en los casos más graves llegaron a transcurrir de 4 a 10 años sin recibir tratamiento antirretroviral<sup>123</sup>. Así ocurrió con Aracely Cinto, quien fue diagnosticada en un centro de salud público del municipio de Tecún Umán en 1994 y no recibió tratamiento antirretroviral sino hasta el año 2005<sup>124</sup>.
- Que 13 de las víctimas del presente caso murieron por falta de un tratamiento integral<sup>125</sup>.
- Que 30 de las víctimas manifestaron haber enfrentado problemas con el acceso a medicamentos antirretrovirales u otro tipo de medicamentos, lo que les causó graves afectaciones<sup>126</sup>. Así ocurrió con la señora Guadalupe

www.cejil.org

<sup>123</sup> Luis Edwin Cruz Gramajo fue diagnosticado entre 1995 y 1996 y comenzó TAR en 2002 (Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003. Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 4); Aracely Cinto fue diagnosticada en 1994 e inició TAR hasta 2005 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala); Luis Rolando Cuscul Pivaral fue diagnosticado en 1993, y comenzó TAR en el año 2000 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 7 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver resumen del peritaje del Dr. Ricardo Boza Cordero, pág. 32); Luis Armando Linares Ruano fue diagnosticado en 1984 e inició con TAR en el 2000 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Luis Armando Linares Ruano de 18 de enero de 2017. Guatemala); Dora Marina Martínez Sofoija fue diagnosticada en 1998 y comenzó TAR en el año 2003 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Dora Marina Martínez de 16 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 3 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Dora Marina Martínez Sofoifa, víctima del caso, rendida ante fedatario público); Audencio Rodas Rodríguez fue diagnosticado en 1998 y comenzó TAR en 2002 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala); Miguel Lucas Vail fue diagnosticado en 1998 e inició su TAR en 2004 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Miguel Lucas Vail de 14 de febrero de 2017. Guatemala).

<sup>124</sup> Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala.

<sup>125</sup> Facundo Gómez Reyes (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala), Reina López Mújica (Ver anexo 36 Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 80), Ismar Ramírez Chajón (Ver Anexo 40 del ESAP. Acta de defunción de Ismar Ramírez Chajón), Petrona López Robledo (Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 81; Ver anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón), Rita Mariana Dubón Orozco (Informe del Estado presentado ante la CIDH de 1 de octubre de 2010. Pág. 5; Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010. Anexo 1 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Págs. 16 y 17), Luis Edwin Cruz Gramajo (Ver Anexo 40 del ESAP. Acta de defunción de Luis Edwin Cruz Gramajo), María Blanca Vail López (Ver Anexo 40 del ESAP. Acta de defunción de María Blanca Vail López), Guadalupe Erminia Cayaxón (Ver Anexo 40 del ESAP. Acta de defunción de Guadalupe Cayaxón), José Rubén Delgado López (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Antonio Miranda Méndez de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Elsa Miriam Estrada (Ver Anexo 40 del ESAP. Acta de defunción de Elsa Miriam Estrada), Alberto Quiché Cuxeve (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 9), Silvia Mirtala Álvarez Villatoro (Ver Anexo 40 del ESAP. Acta de defunción de Silvia Mirtala Villatoro) y Juana Aguilar (Ver Anexo 41 del ESAP. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011).

<sup>126</sup> Facundo Gómez Reyes (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala), Petrona López Robledo (Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente

de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 81), Luis Edwin Cruz Gramajo (Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003. Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 4), Guadalupe Erminia Cayaxón García (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 22), Juana Aguilar (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón), Melvin Yovani Ajtún Escobar (Ver Anexo 44 del ESAP. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010), Julia Aguilar (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Julia Aguilar de 11 de febrero de 2017. Guatemala), Sebastián Emilio Dueñas (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Sebastián Emilio Dueñas de 9 de febrero de 2017. Guatemala), Felipe Ordoñez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Felipe Talabán Ordoñez de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala), Sayra Elisa Barrios (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 16 de enero de 2017. Guatemala), César Noé Cancinos Gómez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Aracely Cinto (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala), María Felipe Pérez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Felipe de fecha 8 de enero de 2017. Guatemala), Ismerai Olivia García Castañón (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón), Santos Isacar Vásquez Barrios (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración del Santos Isacar Vásquez Barrios de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Pascuala de Jesús Mérida (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala), Israel Pérez Charal (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Israel Pérez Charal de 16 de diciembre de 2016. Guatemala), Corina Dianeth Robledo Alvarado (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala), Audencio Rodas Rodríguez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 6 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de María Magdalena Rodas Mérida, familiar de Audencio Rodas Rodríguez, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Zoila Marina Pérez Ruiz (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala), Santiago Francisco Valdez Aguilar (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Santiago Francisco Valdez Aguilar de 21 de diciembre de 2016. Guatemala), Francisco Sop Quiej (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Francisco Sop Quiej de 11 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 2 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Francisco Sop Quiej, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Miguel Lucas Vail (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Miguel Lucas Vail del 14 de febrero de 2017. Guatemala), Santos Vásquez Oliveros (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 13), Sandra Lisbeth Zepeda Herrera (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera de 15 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 1 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Ismar Ramírez Chajón (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María De Jesús Chajón de León de 5 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 4 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Carlos Fernando Coc Chajón, familiar de Ismar Ramírez Chajón, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Silvia Mirtala Álvarez Villatoro (Ver Anexo 44 del ESAP. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010), Félix de Jesús Cabrera Morales (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Félix Cabrera de 8 de enero de 2017. Guatemala), Luis Rolando Cuscul Pivaral Pivaral (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 7 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral, víctima del caso, rendida ante fedatario público) y Luis Armando Linares Ruano (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Luis Armando Linares Ruano de 18 de enero de 2017. Guatemala).

Cayaxón, quien falleció en el 2012 luego de que, según la declaración de su hermana, “le dijeron como tres o cuatro veces [...] que medicina para ella ya no había”, refiriéndose a los antirretrovirales<sup>127</sup>.

- Que, como señalamos arriba, el pasado 20 de marzo las víctimas Félix de Jesús Cabrera y Luis Armando Linares se presentaron a la clínica del IGSS en ciudad de Guatemala, con el fin de retirar su tratamiento antirretroviral; sin embargo, al llegar a lugar les indicaron los medicamentos de su esquema de tratamiento se encontraban agotados<sup>128</sup>.
- Que algunas de las víctimas fallecidas nunca llegaron a recibir tratamiento antirretroviral de forma regular<sup>129</sup> y una de ellas, Facundo Reyes, a pesar de

<sup>127</sup> Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Noelia Elizabeth Cayaxón de 11 de febrero de 2017. Guatemala.

<sup>128</sup> Anexo 11. Recetas de medicamento Lopinavir/Ritonavir, con sello de inexistencia entregadas a las víctimas.

<sup>129</sup> Petrona López Robledo (Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 81), Juana Aguilar (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón), Luis Edwin Cruz Gramajo (Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003. Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 4), Guadalupe Cayaxón (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Noelia Elizabeth Cayaxón de 11 de febrero de 2017. Guatemala. Ver en el mismo sentido Declaración de Cruz García Ramos), María Blanca Vail (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Lexana Rosbetty Pérez Vail de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Antonio Vail Molina de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala), Reina López Mujica (Ver Anexo 36 Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 80), José Rubén Delgado (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Antonio Miranda Méndez de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Elsa Miriam Estrada Ruiz (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón; Ver Anexo 5 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Luis Alberto Hernández Estrada, familiar de Elsa Miriam Estrada, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Ismar Ramírez Chajón (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María De Jesús Chajón de León de 5 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 4 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Carlos Fernando Coc Chajón, familiar de Ismar Ramírez Chajón, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Silvia Mirtala Álvarez (Ver Anexo 44 del ESAP. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010), Alberto Quiché Cuxeve (Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010. Anexo 1 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Pág. 16) y Rita Mariana Dubón Orozco (Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, Anexo 1 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Págs. 16 y 17). Facundo Gómez Reyes (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala), Reina López Mújica (Ver anexo 36 Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 80), Ismar Ramírez Chajón (Ver Anexo 40 del ESAP. Acta de defunción de Ismar Ramírez Chajón), Petrona López Robledo (Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 81; Ver anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón), Rita Mariana Dubón Orozco (Informe del Estado presentado ante la CIDH de 1 de octubre de 2010. Pág. 5; Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010. Anexo 1 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Págs. 16 y 17), Luis Edwin Cruz Gramajo (Ver Anexo 40 del ESAP. Acta de defunción de Luis Edwin Cruz Gramajo), María Blanca Vail López (Ver Anexo 40 del ESAP. Acta de defunción de María Blanca Vail López), Guadalupe Erminia Cayaxón (Ver Anexo 40 del ESAP. Acta de defunción de Guadalupe Cayaxón), José Rubén Delgado López (Ver Anexo

que había sido diagnosticado un año antes de su muerte por el Proyecto Vida, que reportaba al Ministerio de Salud, nunca recibió el medicamento<sup>130</sup>

- Que a 12 de las víctimas no se les realizaron las pruebas de genotipo antes de cambiarles el esquema del tratamiento antirretroviral<sup>131</sup>, lo que, como señaló el perito Boza durante la audiencia, puede provocar que el paciente sea tratado con un medicamento que no es efectivo en su organismo<sup>132</sup>.
- Que 31 de las víctimas manifestaron que no se les realizaron los exámenes de CD4 y carga viral cada 6 meses o de manera irregular, en ocasiones por falta de reactivos que, de acuerdo a los estándares internacionales referidos por el Doctor Boza, son fundamentales para monitorear el desarrollo de la enfermedad<sup>133</sup>.

www.cejil.org

38 del ESAP. Declaración de Antonio Miranda Méndez de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Elsa Miriam Estrada (Ver Anexo 40 del ESAP. Acta de defunción de Elsa Miriam Estrada), Alberto Quiché Cuxeve (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 9), Silvia Mirtala Álvarez Villatoro (Ver Anexo 40 del ESAP. Acta de defunción de Silvia Mirtala Villatoro) y Juana Aguilar (Ver Anexo 41 del ESAP. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016. Escrito de las peticionarias de 30 de septiembre de 2011).

<sup>130</sup> Facundo Gómez Reyes (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala).

<sup>131</sup> Facundo Gómez Reyes (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala), Reina López Mujica (Ver Anexo 36 Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 80), Ismar Ramírez Chajón (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María De Jesús Chajón de León de 5 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 4 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Carlos Fernando Coc Chajón, familiar de Ismar Ramírez Chajón, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Alberto Quiché Cuxeve (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 9), Luis Edwin Cruz Gramajo (Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003. Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 4), Luis Rolando Cuscul Pivaral Pivaral (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 7 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Sebastián Emilio Dueñas (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Sebastián Emilio Dueñas de 9 de febrero de 2017. Guatemala), Audencio Rodas Rodríguez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 6 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de María Magdalena Rodas Mérida, familiar de Audencio Rodas Rodríguez, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Guadalupe Eminia Cayaxón García (Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo II. Págs. 48. Escrito de las peticionarias de 23 de septiembre de 2013. Pág. 4), Félix de Jesús Cabrera (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Félix Cabrera de 8 de enero de 2017. Guatemala), Corina Dianeth Robledo Alvarado (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala) y Luis Armando Linares Ruano (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Luis Armando Linares Ruano de 18 de enero de 2017. Guatemala).

<sup>132</sup> Ver. Video 1 de audiencia, minuto 00:33:15 en adelante.

<sup>133</sup> Facundo Gómez Reyes (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala), Reina López Mujica (Ver Anexo 36 Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 80), Petrona López Robledo (Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 81), María Blanca Vail López (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Lexana Rosbetty Pérez Vail de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo

38 del ESAP. Declaración de Antonio Vail Molina de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala), Santos Vásquez Oliveros (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 13), Darinel López Montes de Oca (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Darinel López Montes de Oca de 11 de enero de 2017. Guatemala), Felipe Ordóñez (Ver Anexo 38. Declaración de Felipe Talabán Ordoñez de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala), Martina Candelaria Álvarez Estrada (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Martina Candelaria Álvarez de fecha 16 de enero de 2017. Guatemala), Sebastián Emilio Dueñas (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Sebastián Emilio Dueñas de 9 de febrero de 2017. Guatemala), Sayra Elisa Barrios (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 16 de enero de 2017. Guatemala), Audencio Rodas Rodríguez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 6 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de María Magdalena Rodas Mérida, familiar de Audencio Rodas Rodríguez, víctima del caso, rendida ante fedatario público), José Rubén Delgado López (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Antonio Miranda Méndez de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Santos Isacar Vázquez Barrios (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración del Santos Isacar Vázquez Barrios de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Melvin Yovani Ajtún Escobar (Ver Anexo 44 del ESAP. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010), Marta Alicia Maldonado Paz (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón. Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008; Ver información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág.17; Ver Anexo 44 del ESAP. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010), Jorge Armando Tavarez Barreno (Ver anexo 43 del ESAP. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010), César Noé Cancinos Gómez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Aracely Cinto (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala), Pascuala de Jesús Mérida (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala), José Cupertino Ramírez (Ver anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón), María Felipe Pérez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Felipe de fecha 8 de enero de 2017. Guatemala), Zoila Marina Pérez Ruiz (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala), Santiago Francisco Valdez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Santiago Francisco Valdez Aguilar de 21 de diciembre de 2016. Guatemala), Teresa Magdalena Ramírez Castro (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón. Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008; Ver también información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009), Francisco Sop Quiej (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Francisco Sop Quiej de 11 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 2 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Francisco Sop Quiej, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Corina Dianeth Robledo Alvarado (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala), Luis Rubén Álvarez Flores (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Luis Álvarez de fecha 15 de enero de 2017. Guatemala), Mardo Luis Hernández y Hernández (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración del Mardo Luis Hernández Hernández de fecha 27 de enero de 2017. Guatemala), Miguel Lucas Vail, Dora Marina Martínez Sofoifa (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Dora Marina Martínez de 16 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 3 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Dora Marina Martínez Sofoifa, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Sandra Lisbeth Zepeda Herrera (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera de 15 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 1 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, víctima del caso, rendida ante fedatario público).

- Que 29 de las víctimas desarrollaron resistencias y sufrieron de enfermedades oportunistas por la falta de un monitoreo adecuado del tratamiento<sup>134</sup>.

<sup>134</sup> Facundo Gómez Reyes (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala), Reina López Mújica (Ver Anexo 36 Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 80), Ismar Ramírez Chajón (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María De Jesús Chajón de León de 5 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 4 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Carlos Fernando Coc Chajón, familiar de Ismar Ramírez Chajón, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Rita Mariana Dubón Orozco (Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, Anexo 1 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Págs. 16 y 17), María Blanca Vail López (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Lexana Rosberty Pérez Vail de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Antonio Vail Molina de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala), Santos Vásquez Oliveros (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 13), Sayra Elisa Barrios (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 16 de enero de 2017. Guatemala), Audencio Rodas Rodríguez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 6 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de María Magdalena Rodas Mérida, familiar de Audencio Rodas Rodríguez, víctima del caso, rendida ante fedatario público), José Rubén Delgado López (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Antonio Miranda Méndez de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Ismerai Oliva García Castañón (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón), Santos Isacar Vázquez Barrios (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración del Santos Isacar Vázquez Barrios de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Melvin Yovani Atjún Escobar (Ver Anexo 44 del ESAP. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010), Marta Alicia Maldonado Paz (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón. Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008; Ver información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág.17; Ver Anexo 44 del ESAP. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010), Jorge Armando Tavarez Barreno (Ver anexo 43 del ESAP. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010), María Felipe Pérez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Felipe de fecha 8 de enero de 2017. Guatemala), Santiago Francisco Valdez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Santiago Francisco Valdez Aguilar de 21 de diciembre de 2016. Guatemala), Teresa Magdalena Ramírez Castro (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón. Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008; Ver también información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009), Juana Aguilar Gómez (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón), Elsa Miriam Estrada Ruiz (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 22; Ver Anexo 5 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Luis Alberto Hernández Estrada, familiar de Elsa Miriam Estrada, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Guadalupe Eminia Cayaxón García (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 22), Félix de Jesús Cabrera (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Félix Cabrera de 8 de enero de 2017. Guatemala), Mardo Luis Hernández y Hernández (Ver Anexo 38 del ESAP Declaración del Mardo Luis Hernández Hernández de fecha 27

- Que a ninguno de los pacientes a cuyos expedientes tuvo acceso el Dr. Boza se le realizaron exámenes de control apropiados para enfermedades asociadas al VIH<sup>135</sup>. A ello se suma que, en su opinión experta, luego de que estas enfermedades fueran detectadas el tratamiento no fue apropiado<sup>136</sup>. Indicó que así ocurrió con el señor Santos Vásquez Barrios, quien fue diagnosticado con sífilis del sistema nervioso central, una enfermedad particularmente grave, sin que se le diera un tratamiento adecuado<sup>137</sup>.
- Que 5 víctimas tienen lipodistrofia, un efecto secundario de los medicamentos antirretrovirales que debe ser tratado por el Estado, sin embargo, este no lo ha hecho<sup>138</sup>. Este es el caso la señora Zoila Marina

de enero de 2017. Guatemala), Israel Pérez Charal (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Israel Pérez Charal de 16 de diciembre de 2016. Guatemala), Luis Armando Linares Ruano (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Luis Armando Linares Ruano de 18 de enero de 2017. Guatemala).

<sup>135</sup> Darinel López Montes de Oca, Francisco Sop Quiej, Guadalupe Cayaxón García, Israel Pérez Charal, Juana Aguilar, Karen Judith Samayoa, Luis Rolando Cuscul Pivaral, Sayra Elisa Barrios, Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, Zoila Pérez Ruiz, Santiago Francisco Valdez Aguilar, César Noé Cancinos Gómez, María Felipe Pérez, Martina Candelaria Álvarez Estrada, Pascuala de Jesús Mérida, Mardo Luis Hernández, Santos Vásquez Barrios, Dora Marina Martínez Sofoifa y Teresa Magdalena Ramírez Castro (Ver resumen del peritaje del Dr. Ricardo Boza Cordero, pág. 20 y ss.; Ver Anexo 38 del ESAP: Declaración de Darinel López Montes de Oca de 11 de enero de 2017. Guatemala; Declaración de Francisco Sop Quiej de 11 de enero de 2017. Guatemala; Declaración jurada de Israel Pérez Charal de 16 de diciembre de 2016. Guatemala; Declaración de Karen Judith Samayoa de 19 de diciembre de 2016. Guatemala; Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 16 de enero de 2017. Guatemala; Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera de 15 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala; Declaración de Santiago Francisco Valdez Aguilar de 21 de diciembre de 2016. Guatemala; Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala; Declaración de María Felipe de fecha 8 de enero de 2017. Guatemala; Declaración de Martina Candelaria Álvarez de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala; Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala; Declaración del Mardo Luis Hernández Hernández de fecha 27 de enero de 2017. Guatemala; Declaración del Santos Isacar Vásquez Barrios de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala; Declaración jurada de Dora Marina Martínez de 16 de diciembre de 2016. Guatemala; Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 1 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver Anexo 2 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Francisco Sop Quiej, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver Anexo 3 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Dora Marina Martínez Sofoifa, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver Anexo 7 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver Anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón).

<sup>136</sup> Ver. Video 1 de audiencia, minuto 00:21:36 en adelante.

<sup>137</sup> Ver. Video 1 de audiencia, minuto 00:21:36 en adelante.

<sup>138</sup> Ismar Ramírez Chajón (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María De Jesús Chajón de León de 5 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 4 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Carlos Fernando Coc Chajón, familiar de Ismar Ramírez Chajón, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Luis Rolando Cuscul Pivaral Pivaral (Ver Anexo 38

Pérez, quien declaró ante la Honorable Corte durante la audiencia. La misma lleva 11 años con lipodistrofia y para atenderse tiene que viajar hasta la capital, ubicada a 5 horas de su residencia. Por ello ha dejado de asistir por falta de recursos económicos para realizar el viaje y por la constante negativa por parte del Estado para brindarle el tratamiento que requiere<sup>139</sup>.

- Que Sayra Elisa Barrios, Pascuala de Jesús Mérida y Sandra Lisbeth Zepeda Herrera estaban embarazadas al momento de recibir su diagnóstico; Dora Marina Martínez Sofoija tuvo un embarazo con posterioridad a su diagnóstico; y Corina Robledo Alvarado fue diagnosticada con VIH cuando su hijo, quien también es seropositivo, tenía 3 años de edad. Ninguna de ellas recibió la atención adecuada para evitar la transmisión vertical. En consecuencia, los hijos de 2<sup>140</sup> de ellas adquirieron VIH por transmisión vertical y una falleció a causa de la infección<sup>141</sup>.
- Que la mayoría de las víctimas no recibieron asistencia psicológica, social, espiritual o nutricional, la cual, según la declaración del perito Boza y según los estándares internacionales, son una parte esencial del tratamiento integral, debido a que son requeridas para garantizar la adherencia de los pacientes a los medicamentos<sup>142</sup>.

del ESAP. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 7 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Aracely Cinto (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala), Zoila Marina Pérez Ruiz (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala) y Dora Marina Martínez Sofoifa (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Dora Marina Martínez de 16 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 3 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Dora Marina Martínez Sofoifa, víctima del caso, rendida ante fedatario público).

<sup>139</sup> Ver. Video 2 de audiencia, minuto 00:13:20 en adelante

<sup>140</sup> LAL (Ver Anexo 38 al ESAP. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala; Declaración de LAL de 12 de febrero de 2017. Guatemala.) y Katherine Alejandra Girón Zepeda. (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera de 15 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 1 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver Anexo 39 al ESAP. Expediente clínico de Katherine Alejandra Girón Zepeda.)

<sup>141</sup> El hijo de Dora Marina Martínez Sofoija (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Dora Marina Martínez de 16 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 3 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Dora Marina Martínez Sofoifa, víctima del caso, rendida ante fedatario público)

<sup>142</sup> Darinel López Montes de Oca, Francisco Sop Quiej, Guadalupe Cayaxón García, Israel Pérez Charal, Juana Aguilar, Karen Judith Samayoa, Luis Rolando Cuscul Pivaral, Sayra Elisa Barrios, Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, Zoila Pérez Ruiz, Santiago Francisco Valdez Aguilar, César Noé Cancinos Gómez, María Felipe Pérez, Martina Candelaria Álvarez Estrada, Pascuala de Jesús Mérida, Mardo Luis Hernández, Santos Vásquez Barrios, Dora Marina Martínez Sofoifa y Teresa Magdalena Ramírez Castro (Ver resumen del peritaje del Dr. Ricardo Boza Cordero; Ver Anexo 38 del ESAP: Declaración de Darinel López Montes de Oca de 11 de enero de 2017. Guatemala; Declaración de Francisco Sop Quiej de 11 de enero de 2017. Guatemala; Declaración jurada de Israel Pérez Charal de 16 de diciembre de 2016. Guatemala; Declaración de Karen Judith Samayoa de 19 de diciembre de 2016. Guatemala; Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 16 de enero

- Que los familiares y personas cercanas de las víctimas de este caso se vieron profundamente afectados por la falta de atención integral a estas por parte del Estado, pues experimentaron en deterioro de su salud y en algunos casos su muerte, lo que les generó un profundo sufrimiento. Además, en algunos casos vieron sus proyectos de vida afectados, pues tuvieron que dedicarse al cuidado de sus seres queridos<sup>143</sup>.
- Que pese a que un grupo de personas, entre ellas algunas de las víctimas de este caso<sup>144</sup>, presentaron un recurso de amparo para exigir al Estado de

www.cejil.org

de 2017. Guatemala; Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera de 15 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala; Declaración de Santiago Francisco Valdez Aguilar de 21 de diciembre de 2016. Guatemala; Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala; Declaración de María Felipe de fecha 8 de enero de 2017. Guatemala; Declaración de Martina Candelaria Álvarez de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala; Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala; Declaración del Mardo Luis Hernández Hernández de fecha 27 de enero de 2017. Guatemala; Declaración del Santos Isacar Vásquez Barrios de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala; Declaración jurada de Dora Marina Martínez de 16 de diciembre de 2016. Guatemala; Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 1 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver Anexo 2 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Francisco Sop Quiej, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver Anexo 3 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Dora Marina Martínez Sofoifa, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver Anexo 7 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón).

<sup>143</sup> Ver Anexo 41 del ESAP. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016.; Ver Anexo 6 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de María Magdalena Rodas Mérida, familiar de Audencio Rodas Rodríguez, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María De Jesús Chajón de León de 5 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 4 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Carlos Fernando Coc Chajón, familiar de Ismar Ramírez Chajón, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver Anexo 5 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Luis Alberto Hernández Estrada, familiar de Elsa Miriam Estrada, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Antonio Miranda Méndez de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Lexana Rosberty Pérez Vail de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Antonio Vail Molina de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Noelia Elizabeth Cayaxón de 11 de febrero de 2017. Guatemala. Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Cruz García Ramos de 11 de enero de 2017, Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Sandra Judith Pérez Cayaxón de 13 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Leonel Celestino Mazariegos Cinto de 20 de diciembre de 2016, Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Nancy Beatriz Valdez Pérez de 21 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Victoria Ramírez Ramos de 11 de febrero de 2017. Guatemala.

<sup>144</sup> Las víctimas que interpusieron el recurso de amparo fueron Luis Rolando Cuscul Pivaral, Luis Armando Linares Ruano, Facundo Gómez Reyes, Marta Alicia Maldonado Pac, Miguel Lucas Vail, Ingrid Janeth Barillas Martínez, Jorge Armando Tavares Barreno, Melvin Yovani Ajtun Escobar,

Guatemala que brindara atención integral a las personas con VIH en el país, este resultó inefectivo, pues fue declarado sin objeto, luego de que el presidente de la República ordenara un traslado de partida para atender a este sector de la población, medida que no constituía una política sostenible y no benefició a las víctimas de este caso<sup>145</sup>.

#### IV. Fundamentos de derecho

Las representantes reiteramos los argumentos de derecho contenidos en nuestro ESAP. En atención a ello, solicitamos a la Honorable Corte que los tenga reproducidos en esta ocasión.

[www.cejil.org](http://www.cejil.org)

A continuación, presentaremos, en primer lugar, algunas consideraciones previas en relación a la necesidad de que las violaciones de este caso sean analizadas de manera conjunta, tomando en cuenta la interdependencia e indivisibilidad de los distintos derechos que se vieron afectados por los hechos a los que se refiere este caso. Asimismo, argumentaremos que en el presente caso el Estado tenía obligaciones reforzadas de protección, dada la particular situación de vulnerabilidad en que se encontraban las víctimas de este caso.

En segundo lugar, presentaremos nuestros alegatos de fondo, haciendo especial énfasis en la prueba producida con posterioridad a la presentación de nuestro ESAP, así como a los temas que fueron objeto de discusión en la audiencia pública celebrada ante este Alto Tribunal y la reciente jurisprudencia de la Corte que resulta relevante para el presente caso.

##### A. Consideraciones previas

Las representantes consideramos que el análisis de las violaciones a los derechos de las víctimas en este caso debe llevarse a cabo, en primer lugar, de manera conjunta, dada la interdependencia e indivisibilidad de los distintos derechos en juego. En segundo lugar, consideramos que la Corte debe tomar en cuenta la particular situación de vulnerabilidad en la que se encontraban las víctimas de este caso, lo que generaba obligaciones reforzadas de protección. A estos dos aspectos nos referiremos por separado a continuación.

1. *Las violaciones a los derechos de las víctimas en este caso deben ser analizadas de manera conjunta dada la indivisibilidad e interdependencia de los distintos derechos en juego*

En su más reciente Sentencia del caso *Lagos del Campo vs. Perú*, la Corte IDH determinó la violación del derecho contenido en el artículo 26 de la Convención

Mardo Luis Hernández, Alberto Quiché Cuxevea, Rita Mariana Dubón Orozco, Dora Marina Martínez Sofoija e Ismar Ramírez Chajón.

<sup>145</sup> Ver Anexo 51 del ESAP. Acción de amparo nueva presentada ante la Corte de Constitucionalidad de fecha 26 de julio de 2002.

Americana por considerar que el Estado no garantizó el derecho a la estabilidad laboral. Para ello, este Alto Tribunal tomó en cuenta los principios de interdependencia e indivisibilidad existentes entre los derechos civiles y políticos, y los derechos económicos, sociales y culturales<sup>146</sup>.

Al respecto, la Corte reiteró su jurisprudencia del caso *Acevedo Buendía y otros vs. Perú*, señalando que “ésta es competente para decidir si el Estado ha incurrido en una violación o incumplimiento de alguno de los derechos reconocidos en la Convención, inclusive en lo concerniente al artículo 26 de la misma”<sup>147</sup>.

En virtud de ello, señaló que los derechos específicos protegidos por el artículo 26 de la Convención Americana son aquellos derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura contenidas en la Carta de la OEA<sup>148</sup> y, en ese sentido, recordó que en su Opinión Consultiva OC-10/89 señaló que:

[...] Los Estados Miembros han entendido que la Declaración contiene y define aquellos derechos humanos esenciales a los que la Carta se refiere, de manera que no se puede interpretar y aplicar la Carta de la Organización en materia de derechos humanos, sin integrar las normas pertinentes de ella con las correspondientes disposiciones de la Declaración, como resulta de la práctica seguida por los órganos de la OEA<sup>149</sup>.

De esta forma, las representantes sostenemos que, para determinar el alcance del derecho a la salud a través del artículo 26, la Corte debe tomar en cuenta el artículo XI que se deriva de la Declaración Americana. Al respecto, la Corte Interamericana en el caso *González Lluy vs. Ecuador* tuvo en consideración dicha Declaración para dar contenido y alcance al derecho a la salud a la luz de los artículos 4 y 5 de la Convención. Así, la Honorable Corte consideró:

[...] la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre [que] establece en su Artículo XI que toda persona tiene el derecho “a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a [...] la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”. Por su parte, el Artículo 45 de la Carta de la OEA requiere que los Estados Miembros “dedi[quen] sus máximos esfuerzos [...] para el [d]esarrollo de una política eficiente de seguridad social”<sup>150</sup>.

<sup>146</sup> Corte IDH. *Caso Lagos del Campo Vs. Perú*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2017. Serie C No. 340., párr. 141

<sup>147</sup> Corte IDH. *Caso Acevedo Buendía y otros (“Cesantes y Jubilados de la Contraloría”) Vs. Perú*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de julio de 2009. Serie C No. 198., párrs. 17, 97, 99, 100; Corte IDH. *Caso Lagos del Campo Vs. Perú*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2017. Serie C No. 340., párr. 142

<sup>148</sup> Corte IDH. *Caso Lagos del Campo Vs. Perú*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2017. Serie C No. 340., párr. 143

<sup>149</sup> Corte IDH. *Caso Trabajadores Cesados de Petroperú y otros Vs. Perú*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de noviembre 2017. Serie C No. 344, párr. 192.

<sup>150</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 172.

En atención a lo anterior, las representantes reiteramos que el reconocimiento por parte de este Alto Tribunal del derecho a la salud como un derecho autónomo y a la luz del artículo 26 de la Convención Americana, permitiría definir las medidas que deben adoptar los Estados para garantizar el desarrollo progresivo de dicho derecho<sup>151</sup>.

Este reconocimiento tiene como punto de partida las violaciones que ya ha reconocido la Honorable Corte respecto del derecho a la salud, a la luz de las obligaciones que se derivan de los derechos a la vida y a la integridad personal, que desarrollamos abajo<sup>152</sup>.

www.cejil.org

Ello resulta aún más importante en el presente caso, dado que las violaciones a los derechos sufridas por las víctimas se enmarcan en un contexto de falta de atención integral a la salud de la casi totalidad de la población con VIH en Guatemala. Tal y como ha quedado demostrado, dicho contexto persiste al día de hoy como consecuencia de las medidas regresivas adoptadas por el Estado guatemalteco en lo referente a la garantía de este derecho. Además, el Estado no ha dispuesto de manera efectiva del máximo de sus recursos disponibles para garantizar los contenidos mínimos que se desprenden del derecho en cuestión<sup>153</sup>.

En atención a lo anterior, las representantes sostenemos que el análisis de las violaciones cometidas en este caso debe hacerse tomando en cuenta la íntima relación entre el derecho a la salud y los derechos a la integridad, vida y vida digna, tal y como fue desarrollado en nuestro ESAP.

2. *En el análisis de este caso, esta Honorable Corte debe tomar en cuenta la particular situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las víctimas de este caso, lo que genera obligaciones reforzadas de protección para el Estado*

Las representantes reiteramos que, para el análisis de las violaciones señaladas, esta Honorable Corte debe considerar la existencia de obligaciones reforzadas de respetar y garantizar estos derechos, a partir de la existencia de una situación de discriminación estructural e interseccional de las víctimas que surge por su condición de personas con VIH, en situación de pobreza y pobreza extrema, género y otros factores<sup>154</sup>.

Como ya señalamos, esta Honorable Corte ha reconocido que la condición de personas con VIH coloca a las mismas y por lo tanto, a las víctimas de este caso,

Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, pág. 149

Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, pág. 149

<sup>153</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, pág. 149

<sup>154</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 256

en una situación de vulnerabilidad<sup>155</sup>. Además, en el caso *Hacienda Brasil Verde vs. Brasil*, la Honorable Corte consideró la situación de pobreza<sup>156</sup> como una categoría protegida por el artículo 1.1 de la CADH y estimó que el Estado incurre en responsabilidad internacional en aquellos casos en que, habiendo discriminación estructural, no adopta medidas específicas respecto a la situación particular de victimización en que se concreta la vulnerabilidad sobre un círculo de personas individualizadas<sup>157</sup>.

En ese mismo sentido, el Comité DESC de Naciones Unidas en su Observación General 14, haciendo referencia a su Observación General 3, señaló que “incluso en situaciones de limitaciones graves de recursos es preciso proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la aprobación de programas especiales de relativo bajo costo”<sup>158</sup>.

No obstante, como desarrollaremos a lo largo de esta sección, las obligaciones mencionadas no se cumplieron en este caso, por lo que la responsabilidad internacional del Estado debe considerarse agravada.

## B. Derechos violados

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

A lo largo de este litigio las representantes hemos probado que todas las víctimas de este caso son personas con VIH y la mayoría de ellas tienen otras condiciones de vulnerabilidad, por lo que el Estado tenía un deber reforzado de protección a su favor<sup>159</sup>. Además, demostramos que el Estado incumplió su obligación de garantía pues durante los primeros años de la década del 2000 no les brindó ningún tipo de atención médica, y a partir del año 2006 la atención brindada fue deficiente y no integral.

También probamos que el Estado de Guatemala adoptó medidas regresivas en lo que se refiere a la atención del derecho a la salud de las personas con VIH y no

<sup>155</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 254-257

<sup>156</sup> Corte IDH. *Caso Trabajadores de la Hacienda Brasil Verde Vs. Brasil*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de octubre de 2016. Serie C No. 318, párr. 337.

<sup>157</sup> Corte IDH. *Caso Trabajadores de la Hacienda Brasil Verde Vs. Brasil*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de octubre de 2016. Serie C No. 318, párr. 338.

<sup>158</sup> Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 18.

<sup>159</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 256

dispuso de manera efectiva del máximo de los recursos disponibles para garantizar dicho derecho.

Con base en lo anterior, las representantes sostenemos que las 49 víctimas sufrieron violaciones a los derechos contenidos en los artículos 4.1, 5.1 y 26, en relación con los artículos 1.1 y 2 de la CADH.

A continuación, presentaremos, en primer lugar, nuestros argumentos relacionados con la forma en la que la falta de atención integral a las 49 víctimas de este caso violó los derechos mencionados y, en segundo lugar, a la violación del artículo 26 de la CADH a partir de la adopción de medidas regresivas por parte del Estado de Guatemala en relación a la atención de la salud de las personas con VIH.

www.cejil.org

- a. *El Estado de Guatemala violó los derechos a vida, vida digna, integridad y salud de las víctimas, protegidos por los artículos 4, 5 y 26 de la CADH, en relación con los artículos 1.1 y 2 de dicho instrumento*

Esta Honorable Corte ha determinado que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce pleno es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos, por lo que el mismo no admite enfoques restrictivos<sup>160</sup>. Asimismo, ha indicado que “[e]n esencia, este derecho comprende no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se generen condiciones que le impidan o dificulten el acceso a una existencia digna”<sup>161</sup>.

En relación con el concepto de *vida digna*, la Corte ha desarrollado que:

Una de las obligaciones que ineludiblemente debe asumir el Estado en su posición de garante, con el objetivo de proteger y garantizar el derecho a la vida, es la de generar las condiciones de vida mínimas compatibles con la dignidad de la persona humana<sup>162</sup> y a no producir condiciones que la dificulten o impidan. En este sentido, el Estado tiene el deber de adoptar medidas positivas, concretas y orientadas a la satisfacción del derecho a una vida digna, en especial cuando se trata de personas en situación de vulnerabilidad y riesgo, cuya atención se vuelve prioritaria<sup>163</sup>.

<sup>160</sup> Corte IDH. *Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala*. Fondo, párr. 144; *Caso Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) Vs. Venezuela*. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 5 de julio de 2006, Serie C. No. 150, párr. 63, y *Caso Zambrano Vélez y otros Vs. Ecuador*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de julio de 2007. Serie C No. 166, párr. 78; Corte IDH. *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek. Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214, párr. 186. Corte IDH. *Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia 17 de junio de 2005. Serie C No. 125, párr. 161.

<sup>161</sup> Corte IDH. *Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia 17 de junio de 2005. Serie C No. 125, párr. 161.

<sup>162</sup> Corte IDH. *Caso “Instituto de Reeducción del Menor” Vs. Paraguay*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de septiembre de 2004. Serie C No. 112, párr. 159.

<sup>163</sup> Corte IDH. *Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia 17 de junio de 2005. Serie C No. 125, párr. 162.

Por otro lado, esta Honorable Corte ha reconocido, a lo largo de su jurisprudencia, la relación existente entre derecho a la integridad personal y la atención a la salud humana<sup>164</sup> y que “[l]a falta de atención médica adecuada” puede conllevar a su vulneración<sup>165</sup>.

Más recientemente, esta Honorable Corte ha señalado que si bien el artículo 26 de la CADH se refiere al desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales, de aquella disposición también se derivan obligaciones específicas con efecto inmediato, a la luz de las obligaciones generales establecidas en los artículos 1.1 y 2 de la Convención<sup>166</sup>.

En esta línea, el Comité DESC de Naciones Unidas ha señalado que el desarrollo progresivo “no se ha de interpretar equivocadamente como que priva a la obligación de todo contenido significativo”<sup>167</sup>, sino que el Estado tendrá:

(...) aunque no exclusivamente, una obligación de hacer, es decir de adoptar providencias y brindar los medios y elementos necesarios para responder a las exigencias de efectividad de los derechos involucrados, siempre en la medida de los recursos económicos y financieros de que disponga para el cumplimiento del respectivo compromiso internacional adquirido<sup>168</sup>.

En esta misma línea, tal y como señalamos en nuestro ESAP, el Comité DESC estimó en su Observación General N°14 sobre *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* que:

Los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2 del PIDESC) y la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del

<sup>164</sup> Corte IDH. *Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador*. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171, párr. 117, y *Caso Vera Vera y otra Vs. Ecuador*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011. Serie C No. 226, párr. 43.

<sup>165</sup> Corte IDH. *Caso Tibi Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas. Sentencia de 7 de septiembre de 2004. Serie C No. 114, párr. 157, y *Caso Vera Vera y otra Vs. Ecuador*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011. Serie C No. 226, párr. 44. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 130; *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 171.

<sup>166</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, pág. 150

<sup>167</sup> Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 3, E/1991/23, 1990, párr. 9.

<sup>168</sup> Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Declaración sobre la “Evaluación de la obligación de adoptar medidas hasta el ‘máximo de los recursos de que disponga’ de conformidad con un protocolo facultativo del Pacto”, E/C.12/2007/1, 38º Período de Sesiones, 21 de septiembre de 2007, párr. 8.”

artículo 12. Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud<sup>169</sup>.

Además, el Comité DESC se refirió a las obligaciones generales de respetar, proteger y cumplir que se desprenden del derecho a la salud, señalando que la primera comprende la obligación de facilitar, proporcionar, promover y adoptar medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud. Por su parte, la obligación de respetar exige que los Estados no intervengan directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud, mientras que la obligación de proteger implica que los Estados adopten medidas para impedir que terceros imposibiliten el disfrute de las garantías del derecho<sup>170</sup>.

Finalmente, en relación al deber de no discriminación, esta Honorable Corte Interamericana ha indicado que:

mientras la obligación general del artículo 1.1 se refiere al deber del Estado de respetar y garantizar “sin discriminación” los derechos contenidos en la [CADH], el artículo 24 protege el derecho a “igual protección de la ley”. [...] En otras palabras, si un Estado discrimina en el respeto o garantía de un derecho convencional, incumpliría la obligación establecida en el artículo 1.1 y el derecho sustantivo en cuestión<sup>171</sup> (texto en corchetes añadido).

Los representantes consideramos que en este caso el Estado es responsable por la violación de los derechos a la vida, integridad personal y salud de las víctimas por no haberles brindado atención integral en atención a su condición de personas con VIH. En segundo lugar, sostenemos que el Estado es responsable por la violación del derecho a la vida de las 13 víctimas fallecidas. Por último, sostenemos que discriminó a las víctimas del presente caso al no garantizarles una atención integral, tomando en cuenta la situación de vulnerabilidad a la que estaban expuestas. A estos tres aspectos nos referiremos por separado a continuación.

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

Respecto del derecho a la salud y la obligación de cumplir, el Comité DESC señaló en su Observación General N°14 que dicha obligación requiere:

(...) que los Estados Partes reconozcan suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación de leyes, y adopten una política nacional de salud

<sup>169</sup> Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 30.

<sup>170</sup> Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 33.

<sup>171</sup> Corte IDH. *Caso Atala Riffo y Niñas Vs. Chile*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 24 de febrero de 2012. Serie C No. 239. Párr. 82.

acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud. Los Estados deben garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas (...). La infraestructura de la sanidad pública debe proporcionar servicios de salud sexual y genésica, incluida la maternidad segura, sobre todo en las zonas rurales. Los Estados tienen que velar por la apropiada formación de facultativos y demás personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud, (...), teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país. Otras obligaciones incluyen (...) la organización de campañas de información, en particular por lo que se refiere al VIH/SIDA<sup>172</sup>.

En esta misma línea, dicho Comité en su Observación General N°3 determinó que "los Estados Partes tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto"<sup>173</sup>. Así, señaló en su Observación General N° 14 obligaciones básicas que el Estado debe cumplir para garantizar el derecho a la salud<sup>174</sup>, entre las que se destacan:

a) Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados; (...) d) Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS (...) f) Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; la estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; esa estrategia y ese plan deberán prever métodos, como el derecho a indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; el proceso mediante el cual se concibe la estrategia y el plan de acción, así como el contenido de ambos, deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados<sup>175</sup>.

De esta forma, la progresividad de los DESC no exime a los Estados de su obligación de garantizar tales derechos en condiciones de igualdad y a implementar, de forma inmediata, medidas dirigidas a garantizar de manera efectiva los mismos. Al contrario, los Principios de Limburgo sobre la Aplicación del Pacto Internacional

<sup>172</sup> Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 36.

<sup>173</sup> Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 3, E/1991/23, 1990, párr. 10 y Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 43.

<sup>174</sup> Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 43

<sup>175</sup> Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párrs. 43; ver también Corte IDH. Corte IDH. Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 163.

de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, “Principios de Limburgo”) señalan que “todos los Estados Partes tienen la obligación de comenzar inmediatamente a adoptar medidas dirigidas a cumplir sus obligaciones”<sup>176</sup>.

Por otro lado, al referirse específicamente al derecho a la integridad de las personas con VIH, esta Honorable Corte ha reconocido que “el acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las de VIH/SIDA [...] es uno de los elementos fundamentales para alcanzar gradualmente el ejercicio pleno del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”<sup>177</sup>.

De igual forma, ha retomado la sexta directriz, revisada en el año 2002, de las Directrices sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos de la OACNUDH y ONUSIDA que señala que:

Los Estados deberían adoptar medidas de políticas que regulen los bienes, servicios e información relacionados con el VIH, de modo que haya suficientes medidas y servicios de prevención, adecuada información para la prevención y atención de los casos de VIH y medicación inocua y eficaz a precios asequibles. Los Estados deberían tomar también las medidas necesarias para asegurar a todas las personas, sobre una base sostenida e igualitaria, el suministro de y la accesibilidad a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH/SIDA, incluidos la terapia antirretrovírica y otros medicamentos, pruebas diagnósticas y tecnologías relacionadas seguras y eficaces para la atención preventiva, curativa y paliativa del VIH, de las infecciones oportunistas y de las enfermedades conexas. [...]<sup>178</sup>.

<sup>176</sup> Principios de Limburgo sobre la Aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. U.N. GAOR. Comisión de Derechos Humanos, 43ra. Sesión. ONU Doc. E/CN.4/1987/17, párr. 21.

<sup>177</sup> Corte IDH. Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 194, y *Caso Duque Vs. Colombia*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de febrero de 2016. Serie C No. 310, párr. 174. Citando, Resoluciones de la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas, ‘Acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las de VIH/SIDA, tuberculosis y paludismo’, Resoluciones 2001/33, 2002/32, 2004/26 y 2005/23. De forma similar se ha pronunciado el Consejo de Derechos Humanos respecto al VIH/SIDA. *Cfr.* Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Resolución sobre Protección de los derechos humanos en el contexto del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (13 de abril de 2011) UN Doc A/HRC/RES/16/28, párr. 1. Por otra parte, el Tribunal Constitucional del Perú, en el marco del reconocimiento de las personas con VIH como sujetos de especial protección, ha señalado que su vida “depende de las acciones concretas que emprenda el Estado de la mano con la comunidad y el núcleo familiar, tanto en materia de salud como en lo que concierne al acceso al tratamiento antirretroviral de gran actividad, como en otros aspectos ligados a la prevención, a la atención integral de calidad, a la seguridad social y a la pensión”. *Cfr.* Sentencia del Tribunal Constitucional de 9 de agosto de 2011, expediente número 0479-2009-PA/TC, párr. 29.

<sup>178</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 195. Citando a Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos*. Versión consolidada de 2006, sexta directriz.

Esta Sexta Directriz ha sido interpretada por la OACNUDH y ONUSIDA en el sentido de que una respuesta eficaz al VIH requiere un enfoque integral, que comprende una secuencia continua de prevención, tratamiento, atención y apoyo, que incluyen además “buena alimentación y apoyo social, espiritual y psicológico, así como atención familiar, comunitaria y domiciliaria”<sup>179</sup>.

Tal y como quedó demostrado en la sección de hechos y durante la audiencia del presente caso, el Estado guatemalteco no cumplió con estas obligaciones.

[www.cejil.org](http://www.cejil.org)

Lamentablemente, el único alegato presentado por el Estado para desvirtuar este argumento estuvo dirigido a culpabilizar a las víctimas de las violaciones sufridas. Así lo hizo, por ejemplo, durante la audiencia pública al señalar “¿Por qué anualmente hay nuevas personas afectadas por VIH/SIDA a pesar de las amplias acciones y campañas para su prevención llevadas a cabo mundialmente? En este sentido, Honorables Jueces, la principal causa de esta situación es ajena a la responsabilidad del Estado, ya que cada persona es libre de sus actos y de elegir sus particulares formas de vida”<sup>180</sup>.

No obstante, la forma en que las distintas víctimas de este caso adquirieron el virus de VIH o la conducta de estas, no forma parte de la controversia en este caso, por lo que el único efecto que tuvo este argumento fue aumentar la estigmatización a la que ya están sometidas las víctimas en virtud de su condición de personas con VIH.

Además, el Estado indicó:

[E]l Estado tiene dentro de las obligaciones de prevenir, el controlar la propagación de la epidemia y garantizar 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<sup>181</sup>.

Sin embargo, el Estado no demostró que había cumplido con ninguna de estas obligaciones en relación a las víctimas del caso. Lo que es más grave aún, el Estado ignoró lo señalado por el perito Boza en el sentido de que la falta de una atención

<sup>179</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 196. Citando a Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos*. Versión consolidada de 2006, sexta directriz.

<sup>180</sup> Ver. Video 3 de audiencia, minuto 00:36:00 en adelante

<sup>181</sup> Escrito de contestación del Estado de Guatemala al ESAP del caso Cuscúl Pivaral y otros vs. Guatemala, de 3 de julio de 2017, párrfs. 80.

integral impacta en la adherencia de los pacientes a su tratamiento, por ello “el fenómeno de adherencia es muy importante (...) deben hacerse todos los esfuerzos para que los pacientes se mantengan en el sistema, y si no se le da esta atención interdisciplinaria, fácilmente ellos pueden abandonar los tratamientos”<sup>182</sup>. Es decir, es obligación del Estado adoptar todas las medidas necesarias para garantizar la atención de las personas con VIH.

Por otro lado, a lo largo de este litigio ha quedado probado que el Estado tenía conocimiento de la existencia en el país de la epidemia del VIH, desde la década de los ochenta, tal y como lo reconoció durante la audiencia<sup>183</sup>. Pese a ello, la mayoría de las víctimas señalaron no conocer o tener poca información sobre el VIH al momento de su diagnóstico, como lo mencionaron Zoila Marina Pérez y Félix de Jesús Cabrera durante la audiencia<sup>184</sup>. Ello evidencia que el Estado no adoptó medidas para prevenir la propagación del virus a pesar de que tenía conocimiento de su existencia, afectando de esta manera sus derechos a la integridad, a la salud y a una vida digna.

[www.cejil.org](http://www.cejil.org)

Además, como quedó demostrado en los hechos, una vez el Estado conoció el diagnóstico de las víctimas el mismo no garantizó una atención integral en los términos establecidos por los estándares internacionales.

Así, por ejemplo, 32 de las víctimas reportaron no haber recibido tratamiento al momento del diagnóstico<sup>185</sup>.

<sup>182</sup> Ver. Video 1 de audiencia, minuto 00:25:00 en adelante

<sup>183</sup> Ver. Video 3 de audiencia, minuto 00:38:45 en adelante

<sup>184</sup> Ver. Video 2 de audiencia, minutos 00:04:20 en adelante y 00:50:00 en adelante, respectivamente.

<sup>185</sup> A saber, Reina López Mújica fue diagnosticada el 15 de abril del año 2002, y comenzó el TAR en junio de 2003 (Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 80); Petrona López Robledo; fue diagnosticada el 26 de febrero de 2001 y comenzó a recibir TAR en 2003 (Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 81); Rita Mariana Dubón Orozco fue diagnosticada en febrero de 2002 y comenzó su TAR en septiembre de 2003 (Información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010, Anexo 1 del Escrito de las peticionarias de 10 de diciembre de 2010. Págs. 16 y 17); Luis Edwin Cruz Gramajo fue diagnosticado entre 1995 y 1996 y comenzó TAR en 2002 (Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003. Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 4); María Blanca Vail López fue diagnosticada el 20 de noviembre de 2001 y comenzó a recibir TAR en agosto de 2004 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Lexana Rosberty Pérez Vail de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Antonio Vail Molina de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala); Melvin Yovani Ajtún Escobar fue diagnosticado en 2001 y comenzó su TAR en el 2004 (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 16); Juana Aguilar fue diagnosticada el 18 de enero del año 2000 e inició su TAR en marzo de 2002 (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón); José Cupertino Ramírez fue diagnosticado en junio de 2003 y comenzó su TAR en julio de 2004 (Ver anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón); José Rubén Delgado López fue diagnosticado en 2002 y comenzó su TAR en 2004 (Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003. Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 6; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Antonio Miranda Méndez de

fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala); Elsa Miriam Estrada fue diagnosticada en 2001 y comenzó su tratamiento antirretroviral en 2004 Estrada (Ver anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón; Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 84; Ver Anexo 5 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Luis Alberto Hernández Estrada, familiar de Elsa Miriam Estrada, víctima del caso, rendida ante fedatario público); Julia Aguilar fue diagnosticada el 18 de junio de 2002 y comenzó su TAR en 2004 (Ver Informe del Estado presentado ante la CIDH de 26 de agosto de 2010. Anexo 1; Ver Informe del Estado presentado ante la CIDH de 30 de abril de 2008. Anexo 24 a dicho informe; Ver anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón. Anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008; Ver información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 15); Felipe Ordoñez fue diagnosticado en 2002 y comenzó su TAR en junio de 2003 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Felipe Talabán Ordoñez de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala); César Noé Cancinos Gómez fue diagnosticado el 18 de junio de 2002 y comenzó a recibir TAR en junio de 2003 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala); Aracely Cinto fue diagnosticada en 1994 e inició TAR hasta 2005 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala); Luis Rolando Cuscul Pivaral fue diagnosticado en 1993, y comenzó TAR en el año 2000 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 7 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver resumen del peritaje del Dr. Ricardo Boza Cordero, pág. 32); María Felipe Pérez fue diagnosticada en el 2000 e inició con TAR el 6 de junio de 2002 (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 18 y 19; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Felipe de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala); Ismerai Olivia García Castañón fue diagnosticada en 2003 y comenzó TAR en enero de 2007 (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón); Santos Isacar Vásquez fue diagnosticado el 28 de enero de 2003 y comenzó con TAR en 2004 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración del Santos Isacar Vásquez Barrios de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala; Ver resumen del peritaje del Dr. Ricardo Boza Cordero, pág. 50); Mardo Luis Hernández fue diagnosticado en abril de 2002 y comenzó TAR en noviembre de 2003 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración del Mardo Luis Hernández Hernández de fecha 27 de enero de 2017. Guatemala); Luis Armando Linares Ruano fue diagnosticado en 1984 e inició con TAR en el 2000 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Luis Armando Linares Ruano de 18 de enero de 2017. Guatemala); Marta Alicia Maldonado Paz fue diagnosticada en el año 2001 y comenzó su TAR abril de 2002 (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón. Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008; Ver información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 17; Ver Anexo 44 del ESAP. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010); Dora Marina Martínez Sofoija fue diagnosticada en 1998 y comenzó TAR en el año 2003 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Dora Marina Martínez de 16 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 3 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Dora Marina Martínez Sofoifa, víctima del caso, rendida ante fedatario público); Darinel López Montes de Oca fue diagnosticado en el 2002 y comenzó TAR el 27 de enero de 2003 (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 14; Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón); Israel Pérez Charal fue diagnosticado el 11 de abril de 2002 e inició con TAR en octubre de 2003 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Israel Pérez Charal de 16 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver resumen del peritaje del Dr. Ricardo Boza Cordero, pág. 27); Audencio Rodas Rodríguez fue diagnosticado en 1998 y comenzó TAR en 2002 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala); Zoila Marina Pérez Ruiz fue diagnosticada en 2002 y comenzó TAR en julio de 2004

Al respecto, el señor Francisco Sop Quiej señaló que no recibió el tratamiento antirretroviral de inmediato, sino que “fue hasta los dos meses, pero no fueron completas porque me dieron monoterapia, pero me dijeron después que eso no es correcto porque causaban resistencias”<sup>186</sup>.

De igual forma, Luis Cuscúl indicó que no recibió un tratamiento, sino hasta después de seis años de haber sido diagnosticado<sup>187</sup>.

[www.cejil.org](http://www.cejil.org)

La falta de tratamiento impactó fuertemente su vida; según sus propias palabras: “en el IGSS me daban 2 años de vida si me portaba bien, porque no habían medicamentos, la depresión y la noticia del diagnóstico perdí el interés por todo”<sup>188</sup>. Incluso intentó suicidarse en varias ocasiones<sup>189</sup>.

Por su parte, la señora Zoila Marina Pérez Ruiz comenzó a recibir tratamiento antirretroviral dos años después de su diagnóstico, situación que afectó gravemente su salud. Así, en palabras de la víctima: “me ponían inyecciones para cortar la fiebre y me daban medicina para la diarrea y los vómitos porque yo ya no comía nada. Yo cuando llegué pesaba 150 y llegué a pesar 70 libras”<sup>190</sup>.

(Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala); Teresa Magdalena Ramírez Castro fue diagnosticada en 2002 y comenzó TAR en febrero de 2004 (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón. Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008; Ver también información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009); Karen Judith Samayoa fue diagnosticada el 12 de abril de 2002 y comenzó TAR en 2005 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Karen Judith Samayoa de 19 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver resumen del peritaje del Dr. Ricardo Boza Cordero, pág. 30); Jorge Armando Tavares Barreno fue diagnosticado en 2001 y comenzó TAR en abril de 2002 (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 17.); Miguel Lucas Vail fue diagnosticado en 1998 e inició su TAR en 2004 (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Miguel Lucas Vail de 14 de febrero de 2017. Guatemala); Santos Vásquez Oliveros fue diagnosticado en 2002 y comenzó con TAR en 2003 (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón; Ver información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 18. Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003. Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 13); Iris Carolina Vicente Barillas fue diagnosticada el 7 de febrero de 2003 e inició TAR en 2006 (Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003. Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 5; Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 74).

<sup>186</sup> Declaración de Francisco Sop Quiej, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 23 de febrero de 2018.

<sup>187</sup> Declaración de Luis Cuscúl Pivaral, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 5 de marzo de 2018.

<sup>188</sup> Ver Anexo 38 al ESAP. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala.

<sup>189</sup> Ver Anexo 38 al ESAP. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 13 de febrero de 2017. Guatemala.

<sup>190</sup> Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala.

En el caso de Petrona López Robledo, la misma comenzó a recibir tratamiento antirretroviral dos años después de haber sido diagnosticada. Así, ya para el momento en el que le fueron brindados los medicamentos contra el VIH, su salud se hallaba sumamente deteriorada, falleciendo la víctima a los pocos meses<sup>191</sup>.

Asimismo, la mayoría de las víctimas reportaron que no se les ha garantizado un acceso permanente a exámenes de CD4, Carga Viral y Genotipo<sup>192</sup>, ni a

[www.cejil.org](http://www.cejil.org)

<sup>191</sup> Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 81.

<sup>192</sup> Facundo Gómez Reyes (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala), Reina López Mujica (Ver Anexo 36 Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 80), Petrona López Robledo (Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 81), María Blanca Vail López (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Lexana Rosberty Pérez Vail de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Antonio Vail Molina de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala), Santos Vásquez Oliveros (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 13), Darinel López Montes de Oca (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Darinel López Montes de Oca de 11 de enero de 2017. Guatemala), Felipe Ordóñez (Ver Anexo 38. Declaración de Felipe Talabán Ordoñez de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala), Martina Candelaria Álvarez Estrada (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Martina Candelaria Álvarez de fecha 16 de enero de 2017. Guatemala), Sebastián Emilio Dueñas (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Sebastián Emilio Dueñas de 9 de febrero de 2017. Guatemala), Sayra Elisa Barrios (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 16 de enero de 2017. Guatemala), Audencio Rodas Rodríguez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 6 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de María Magdalena Rodas Mérida, familiar de Audencio Rodas Rodríguez, víctima del caso, rendida ante fedatario público), José Rubén Delgado López (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Antonio Miranda Méndez de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Santos Isacar Vázquez Barrios (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración del Santos Isacar Vázquez Barrios de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Melvin Yovani Ajtún Escobar (Ver Anexo 44 del ESAP. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010), Marta Alicia Maldonado Paz (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón. Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008; Ver información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág.17; Ver Anexo 44 del ESAP. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010), Jorge Armando Tavarez Barreno (Ver anexo 43 del ESAP. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010), César Noé Cancinos Gómez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Aracely Cinto (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala), Pascuala de Jesús Mérida (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala), José Cupertino Ramírez (Ver anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón), María Felipe Pérez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Felipe de fecha 8 de enero de 2017. Guatemala), Zoila Marina Pérez Ruiz (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala), Santiago Francisco Valdez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Santiago Francisco Valdez Aguilar de 21 de diciembre de 2016. Guatemala), Teresa Magdalena Ramírez Castro (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón. Tabla con información actualizada respecto de cada una de las víctimas aportada como anexo al escrito de las peticionarias de 27 de junio de 2008; Ver también información recabada por la Doctora Cristina

medicamentos para la atención de las enfermedades oportunistas o relacionadas con el VIH<sup>193</sup>.

Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009), Francisco Sop Quiej (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Francisco Sop Quiej de 11 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 2 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Francisco Sop Quiej, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Corina Dianeth Robledo Alvarado (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala), Luis Rubén Álvarez Flores (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Luis Álvarez de fecha 15 de enero de 2017. Guatemala), Mardo Luis Hernández y Hernández (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración del Mardo Luis Hernández Hernández de fecha 27 de enero de 2017. Guatemala), Miguel Lucas Vail, Dora Marina Martínez Sofoifa (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Dora Marina Martínez de 16 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 3 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Dora Marina Martínez Sofoifa, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Sandra Lisbeth Zepeda Herrera (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera de 15 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 1 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, víctima del caso, rendida ante fedatario público).

<sup>193</sup> Facundo Gómez Reyes (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala), Petrona López Robledo (Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 81), Luis Edwin Cruz Gramajo (Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003. Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 4), Guadalupe Erminia Cayaxón García (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 22), Juana Aguilar (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón), Melvin Yovani Ajtún Escobar (Ver Anexo 44 del ESAP. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010), Julia Aguilar (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Julia Aguilar de 11 de febrero de 2017. Guatemala), Sebastián Emilio Dueñas (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Sebastián Emilio Dueñas de 9 de febrero de 2017. Guatemala), Felipe Ordoñez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Felipe Talabán Ordoñez de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala), Sayra Elisa Barrios (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 16 de enero de 2017. Guatemala), César Noé Cancinos Gómez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Aracely Cinto (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala), María Felipe Pérez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Felipe de fecha 8 de enero de 2017. Guatemala), Ismerai Olivia García Castañón (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón), Santos Isacar Vásquez Barrios (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración del Santos Isacar Vásquez Barrios de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Pascuala de Jesús Mérida (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala), Israel Pérez Charal (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Israel Pérez Charal de 16 de diciembre de 2016. Guatemala), Corina Dianeth Robledo Alvarado (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala), Audencio Rodas Rodríguez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 6 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de María Magdalena Rodas Mérida, familiar de Audencio Rodas Rodríguez, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Zoila Marina Pérez Ruiz (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala), Santiago Francisco Valdez Aguilar (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Santiago Francisco Valdez Aguilar de 21 de diciembre de 2016. Guatemala), Francisco Sop Quiej (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Francisco Sop Quiej de 11 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 2 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Francisco Sop Quiej, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Miguel Lucas Vail (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Miguel Lucas Vail del 14 de febrero de 2017. Guatemala), Santos Vásquez Oliveros (Dicha información fue recabada por

Al respecto, Francisco Sop señaló que actualmente no recibe una atención integral. En palabras del señor Sop “No es completo en materia de nutrición, ni seguimiento con cargas virales, como le dije no hay psicóloga, lo que hacen es un chequeo y darme retrovirales”<sup>194</sup>.

En este mismo sentido, las víctimas también señalaron que, para poder tener acceso a medicamentos necesarios para la atención de enfermedades asociadas al VIH y otro tipo de enfermedades, tenían que pagarlas ellos mismos. En este sentido, [REDACTED], hija de la víctima Audencio Rodas, señaló en su declaración que “Lo primero es que no había retrovirales, no hay aparatos de laboratorio para ciertos exámenes en el hospital, nos ha tocado que hacerlos en los privado a nosotros, y no se cuenta con medicamentos para cualquier otra situación, además, no hay psicólogo, nutricionista, ni ningún otro tipo de atención”<sup>195</sup>. Asimismo, declaró que:

(...) los medicamentos preventivos y para las enfermedades oportunistas nosotros mismos los compramos, hasta el suero que no tienen en el hospital muchas veces, y cualquier otra afección que tenga nos corresponde a nosotros. También los laboratorios nos toca a nosotros, todos esos exámenes<sup>196</sup>.

Además, la falta de atención integral en materia de nutrición afectó al señor Audencio. Tal y como señaló su hija, al señor se le ha diagnosticado desnutrición, sin embargo, no ha recibido ningún apoyo<sup>197</sup>.

la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 13), Sandra Lisbeth Zepeda Herrera (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera de 15 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 1 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Ismar Ramírez Chajón (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María De Jesús Chajón de León de 5 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 4 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Carlos Fernando Coc Chajón, familiar de Ismar Ramírez Chajón, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Silvia Mirtala Álvarez Villatoro (Ver Anexo 44 del ESAP. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010), Félix de Jesús Cabrera Morales (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Félix Cabrera de 8 de enero de 2017. Guatemala), Luis Rolando Cuscul Pivaral Pivaral (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 7 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral, víctima del caso, rendida ante fedatario público) y Luis Armando Linares Ruano (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Luis Armando Linares Ruano de 18 de enero de 2017. Guatemala).

<sup>194</sup> Declaración de Francisco Sop Quiej, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 23 de febrero de 2018.

<sup>195</sup> Declaración de María Magdalena Rodas Mérida, familiar de Audencio Rodas Rodríguez, víctima del caso, rendida ante fedatario el 23 de febrero de 2018.

<sup>196</sup> Declaración de María Magdalena Rodas Mérida, familiar de Audencio Rodas Rodríguez, víctima del caso, rendida ante fedatario el 23 de febrero de 2018.

<sup>197</sup> Declaración de María Magdalena Rodas Mérida, familiar de Audencio Rodas Rodríguez, víctima del caso, rendida ante fedatario el 23 de febrero de 2018.

Esta situación presenta una particular gravedad si tomamos en cuenta que la mayoría de las víctimas viven en situación de pobreza o pobreza extrema. Como señaló la perita Olga Paz, estas situaciones han provocado el empobrecimiento de las familias<sup>198</sup>.

Por otro lado, uno de los principales problemas denunciados por las víctimas ha sido la falta de acceso a medicamentos antirretrovirales u otro tipo de medicamentos, lo que les causó graves afectaciones a su integridad personal<sup>199</sup>.

[www.cejil.org](http://www.cejil.org)

<sup>198</sup> Ver peritaje de Olga Alicia Paz, pág. 30-31

<sup>199</sup> Facundo Gómez Reyes (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala), Petrona López Robledo (Ver Anexo 36 del ESAP. Expediente de Medidas Cautelares. Tomo I. Pág. 81), Luis Edwin Cruz Gramajo (Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003. Petición inicial de 14 de agosto de 2003. Pág. 4), Guadalupe Erminia Cayaxón García (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009, Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 22), Juana Aguilar (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón), Melvin Yovani Ajtún Escobar (Ver Anexo 44 del ESAP. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010), Julia Aguilar (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Julia Aguilar de 11 de febrero de 2017. Guatemala), Sebastián Emilio Dueñas (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Sebastián Emilio Dueñas de 9 de febrero de 2017. Guatemala), Felipe Ordoñez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Felipe Talabán Ordoñez de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala), Sayra Elisa Barrios (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 16 de enero de 2017. Guatemala), César Noé Cancinos Gómez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Aracely Cinto (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala), María Felipe Pérez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Felipe de fecha 8 de enero de 2017. Guatemala), Ismerai Olivia García Castañón (Ver Anexo 42 del ESAP. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón), Santos Isacar Vásquez Barrios (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración del Santos Isacar Vásquez Barrios de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala), Pascuala de Jesús Mérida (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala), Israel Pérez Charal (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración jurada de Israel Pérez Charal de 16 de diciembre de 2016. Guatemala), Corina Dianeth Robledo Alvarado (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala), Audencio Rodas Rodríguez (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Audencio Rodas Rodríguez de 26 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 6 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de María Magdalena Rodas Mérida, familiar de Audencio Rodas Rodríguez, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Zoila Marina Pérez Ruiz (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala), Santiago Francisco Valdez Aguilar (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Santiago Francisco Valdez Aguilar de 21 de diciembre de 2016. Guatemala), Francisco Sop Quiej (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Francisco Sop Quiej de 11 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 2 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Francisco Sop Quiej, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Miguel Lucas Vail (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Miguel Lucas Vail del 14 de febrero de 2017. Guatemala), Santos Vásquez Oliveros (Dicha información fue recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas con las víctimas en 2009. Escrito de las peticionarias de 7 de agosto de 2009. Pág. 13), Sandra Lisbeth Zepeda Herrera (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera de 15 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 1 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Ismar Ramírez Chajón (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María De Jesús Chajón de León de 5 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 4 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018.

En ese sentido, Félix de Jesús Cabrera, señaló durante la audiencia que el constante desabastecimiento que enfrenta en el IGSS le causa mucho temor, pues, pese a que él cuenta con reservas de medicamentos para enfrentar la situación, teme que algún día aquéllas se acaben<sup>200</sup>. Ello le ha generado afectaciones psicológicas por el temor a morir<sup>201</sup>.

El temor de Félix de Jesús Cabrera se materializó cuando regresó a Guatemala luego de haber participado en la audiencia pública ante esta Honorable Corte. Al acudir al IGSS a retirar su medicamento le notificaron que existía desabastecimiento de un medicamento, del cual ya no tenía reserva<sup>202</sup>. En consecuencia, se vio enfrentado a la posibilidad de que su salud se viera seriamente afectada, hasta que, gracias a la intervención de la Doctora Calderón, tuvo que trasladarse a recibir atención en el Hospital Roosevelt, donde sí le proporcionaron los medicamentos requeridos.

[www.cejil.org](http://www.cejil.org)

Como señaló la perita Olga Paz, “la falta de certeza de que recibirán atención del Estado de por vida, la mala atención médica y la falta de información clara sobre su estado y el VIH, hace que las personas vivan con miedo a morir. (...), esto ha provocado, angustia, ansiedad, no solo por la propia muerte, sino por la preocupación de quien cuidará sus hijos e hijas”<sup>203</sup>.

Estas falencias en la atención integral impactaron seriamente el derecho a la vida, a la integridad y la salud de las víctimas. Como señaló la psicóloga Olga Paz:

La falta de atención integral se hace evidente principalmente en dos aspectos, en la que el médico no realiza un examen general, no tienen acceso a un tratamiento integral ni a medicamentos para sus padecimientos cada vez más evidentes, así como que no tienen acceso a la información sobre los resultados de sus exámenes y pruebas de laboratorio. Esta situación angustia a las personas entrevistadas y repercute en todos los ámbitos de su vida, la familia, la comunidad, a nivel laboral y en el ámbito económico<sup>204</sup>.

Declaración de Carlos Fernando Coc Chajón, familiar de Ismar Ramírez Chajón, víctima del caso, rendida ante fedatario público), Silvia Mirtala Álvarez Villatoro (Ver Anexo 44 del ESAP. Cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010), Félix de Jesús Cabrera Morales (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Félix Cabrera de 8 de enero de 2017. Guatemala), Luis Rolando Cuscul Pivaral Pivaral (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 7 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral, víctima del caso, rendida ante fedatario público) y Luis Armando Linares Ruano (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Luis Armando Linares Ruano de 18 de enero de 2017. Guatemala).

<sup>200</sup> Ver. Video 2 de audiencia, minuto 00:58:00 en adelante

<sup>201</sup> Ver peritaje de Olga Alicia Paz, pág. 15

<sup>202</sup> Anexo 11. Recetas de medicamento Lopinavir/Ritonavir, con sello de inexistencia entregadas a las víctimas.

<sup>203</sup> Ver peritaje de Olga Alicia Paz, pág. 15

<sup>204</sup> Ver peritaje de Olga Alicia Paz, pág. 12

Por su parte, quedó demostrado que las víctimas con lipodistrofia no han recibido una atención adecuada para tratar esta enfermedad, lo que les ha impactado en su integridad. Este es el caso de Luis Cuscúl, quien señaló en su declaración que hasta el día de hoy no ha recibido el tratamiento<sup>205</sup>.

De igual forma, tal y como señalamos arriba, Zoila Marina Pérez, quien declaró ante la Honorable Corte durante la audiencia, lleva 11 años con lipodistrofia y el Estado le ha negado la asistencia médica<sup>206</sup>. Ello le provoca elevados dolores de cabeza y cuello y por momentos le imposibilitan mover la cabeza con normalidad<sup>207</sup>. Al respecto, su hija [REDACTED] indica que “a veces hasta llora del dolor”<sup>208</sup>.

www.cejil.org

Al respecto, iniciamos a la Honorable Corte que el día de hoy, 9 de abril de 2018, la señora Zoila acudió al Hospital Roosevelt para que le hicieran los exámenes preoperatorios para atenderse este padecimiento, sin embargo, a su llegada el médico le indicó que antes necesitaba un examen de carga viral, requisito que no le había sido exigido previamente. Esto nuevamente le causó un profundo sufrimiento a doña Zoila, que como ya hemos indicado vive a varias horas de la capital y tenía la esperanza de que finalmente sería atendida.

Asimismo, el Estado no garantizó una atención integral a las mujeres embarazadas, víctimas del presente caso<sup>209</sup>, lo que ocasionó graves afectaciones a su integridad, pero además impactó en la vida e integridad de sus hijos e hijas que se vieron infectados mediante la transmisión vertical y que por tanto deberían considerarse víctimas directas del caso, por el incumplimiento del deber de prevención del Estado<sup>210</sup>.

Tal y como contó la señora Dora Marina Martínez sobre la experiencia de la atención en su embarazo:

<sup>205</sup> Declaración de Luis Cuscúl Pivaral, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 5 de marzo de 2018

<sup>206</sup> Ver. Video 2 de audiencia, minuto 00:13:20 en adelante

<sup>207</sup> Ver Anexo 38 al ESAP. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala

<sup>208</sup> Ver Anexo 38 al ESAP. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 26 de diciembre de 2016. Guatemala. Ver Anexo 38. Declaración de Nancy Beatriz Valdez Pérez de 21 de diciembre de 2016. Guatemala

<sup>209</sup> Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, Sayra Elisa Barrios, Pascuala de Jesús Mérida y Sandra Lisbeth Zepeda Herrera estaban embarazadas al momento de recibir su diagnóstico; Dora Marina Martínez Sofoija tuvo un embarazo con posterioridad a su diagnóstico; y Corina Robledo Alvarado fue diagnosticada con VIH cuando su hijo, quien también es seropositivo tenía 3 años de edad.

<sup>210</sup> LAL (Ver Anexo 38 al ESAP. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala; Declaración de LAL de 12 de febrero de 2017. Guatemala.) y Katherine Alejandra Girón Zepeda. (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera de 15 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 1 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver Anexo 39 al ESAP. Expediente clínico de Katherine Alejandra Girón Zepeda.)

El embarazo fue normal y me daban medicamentos desde la clínica de proyecto vida que las mandaban para acá, y sin programación ni aviso de la cesárea me dieron dolores de parto y fui al hospital y en lugar de hacer la cesárea me tuvieron en emergencia, se reventó la fuente y la tuve en parto normal y falleció mi hija al momento de nacer<sup>211</sup>.

De igual forma, Sandra Lisbeth Zepeda señaló en su declaración que, pese a que le practicaron la cesárea, nunca recibió un tratamiento adecuado, por lo que su hija se contagió del VIH<sup>212</sup>.

www.cejil.org

Por su parte, la falta de apoyo psicológico, social y espiritual ha sido también una constante en la atención de las víctimas. Así, la mayoría de las víctimas reportó en sus declaraciones que no se les ha proporcionado este tipo de apoyo, pese a la importancia que este tiene para asegurar la adherencia del paciente<sup>213</sup>.

En ese sentido, Félix de Jesús Cabrera señaló durante la audiencia que después de su diagnóstico tuvo que buscar grupos de autoapoyo, pues no recibió más atención psicológica por parte del IGSS<sup>214</sup>.

<sup>211</sup> Declaración de Dora Marina Martínez Sofoifa, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 25 de febrero de 2018.

<sup>212</sup> Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 24 de febrero de 2018.

<sup>213</sup> Darinel López Montes de Oca, Francisco Sop Quiej, Guadalupe Cayaxón García, Israel Pérez Charal, Juana Aguilar, Karen Judith Samayoa, Luis Rolando Cuscul Pivaral, Sayra Elisa Barrios, Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, Zoila Pérez Ruiz, Santiago Francisco Valdez Aguilar, César Noé Cancinos Gómez, María Felipe Pérez, Martina Candelaria Álvarez Estrada, Pascuala de Jesús Mérida, Mardo Luis Hernández, Santos Vásquez Barrios, Dora Marina Martínez Sofoifa y Teresa Magdalena Ramírez Castro (Ver resumen del peritaje del Dr. Ricardo Boza Cordero; Ver Anexo 38 del ESAP: Declaración de Darinel López Montes de Oca de 11 de enero de 2017. Guatemala; Declaración de Francisco Sop Quiej de 11 de enero de 2017. Guatemala; Declaración jurada de Israel Pérez Charal de 16 de diciembre de 2016. Guatemala; Declaración de Karen Judith Samayoa de 19 de diciembre de 2016. Guatemala; Declaración de Saira Elisa Barrios de fecha 16 de enero de 2017. Guatemala; Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera de 15 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 38. Declaración de Zoila Marina Pérez Ruiz de 9 de febrero de 2017. Guatemala; Declaración de Santiago Francisco Valdez Aguilar de 21 de diciembre de 2016. Guatemala; Declaración de César Noé Cancinos de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala; Declaración de María Felipe de fecha 8 de enero de 2017. Guatemala; Declaración de Martina Candelaria Álvarez de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala; Declaración de Pascuala de Jesús Mérida de fecha 11 de enero de 2017. Guatemala; Declaración del Mardo Luis Hernández Hernández de fecha 27 de enero de 2017. Guatemala; Declaración del Santos Isacar Vásquez Barrios de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala; Declaración jurada de Dora Marina Martínez de 16 de diciembre de 2016. Guatemala; Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral de 5 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 1 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver Anexo 2 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Francisco Sop Quiej, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver Anexo 3 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Dora Marina Martínez Sofoifa, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver Anexo 7 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Luis Rolando Cuscul Pivaral, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver Anexo 42. Cuadro de información actualizada de 2008 realizado por la Doctora Cristina Calderón).

<sup>214</sup> Ver. Video 2 de audiencia, minuto 01:06:00 en adelante

Como puede observar la Honorable Corte, la falta de atención integral de las víctimas en su condición de pacientes con VIH generó graves afectaciones en el derecho a la integridad de las víctimas y en su derecho a la vida, frente a la posibilidad inminente de perderla por la falta de tratamiento adecuado y a la imposibilidad de mantener un nivel de vida digno.

En atención a lo anterior, solicitamos a la Honorable Corte que declare que el Estado es responsable por la violación de los derechos contenidos en los artículos 4, 5 y 26 de las 49 víctimas de este caso.

www.cejil.org

- ii. El Estado de Guatemala es responsable por la violación del derecho a la vida de las 13 personas fallecidas por falta de atención médica adecuada

A lo largo de este proceso, también probamos que al menos 13 de las víctimas fallecieron por falta de atención integral frente a su condición de pacientes con VIH.

Así, por ejemplo, el hermano de Ismár Ramírez Chajón, el señor Carlos Fernando Coc Chajón, declaró que su hermano murió por la negligencia del Estado. En tal sentido expresó “cuando él se infectó ya sabían cómo se daba el ese virus y nunca lo difundieron, ni educaban ni nada. Y murió por la negligencia del Estado de no darnos medicamentos siempre, esas ausencias de no haber por meses medicamentos”<sup>215</sup>.

Así, [REDACTED] hijo de la víctima fallecida, Elsa Miriam Estrada, señaló respecto de su madre que “Ella no tuvo exámenes adecuados y no le sé decir si el tratamiento era del esquema, esto después de médicos sin fronteras, cuando ellos se fueron estaba controlada, pero solo se fueron se descontroló en el Estado y no sé si manejaban el esquema”. Indicó, “Mi mamá murió por falta de asistencia adecuada e integral”<sup>216</sup>.

Además, en nuestro escrito de solicitudes, argumentos y pruebas las representantes presentamos información en relación a 13 otras víctimas fallecidas y demostramos que todas ellas habían muerto por no haber recibido una atención adecuada por parte del Estado<sup>217</sup>. Inclusive demostramos que una de ellas murió sin que se le hubiera proporcionado en ningún momento tratamiento antirretrovirales para combatir la enfermedad<sup>218</sup>.

<sup>215</sup> Declaración de Carlos Fernando Coc Chajón, familiar de Ismar Ramírez Chajón, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 23 de febrero de 2018.

<sup>216</sup> Declaración de Luis Alberto Hernández Estrada, familiar de Elsa Miriam Estrada, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 23 de febrero de 2018.

<sup>217</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, págs. 33- 49

<sup>218</sup> Facundo Gómez Reyes (Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala).

En consecuencia, solicitamos a la Honorable Corte que declare que el Estado es responsable por la violación del derecho a la vida de las 13 víctimas fallecidas por no haber recibido atención integral por parte del Estado.

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

Esta representación acreditó a lo largo de este proceso que si bien el Estado de Guatemala ha adoptado, a lo largo de los años, un marco normativo que protege el derecho a la salud de las personas con VIH en su territorio, el mismo no ha sido aplicado para garantizar efectivamente la una atención integral sin discriminación<sup>219</sup>.

www.cejil.org

Al respecto, la Honorable Corte ha señalado que los Estados “deben abstenerse de realizar acciones que de cualquier manera vayan dirigidas, directa o indirectamente, a crear situaciones de discriminación *de jure* o *de facto*”<sup>220</sup>. En atención a ello, están obligados “a adoptar medidas positivas para revertir o cambiar situaciones discriminatorias existentes en sus sociedades, en perjuicio de determinado grupo de personas”<sup>221</sup>.

En este sentido, este Alto Tribunal ha señalado que las personas con VIH “han sido históricamente discriminadas debido a las diferentes creencias sociales y culturales que han creado un estigma alrededor de la enfermedad”<sup>222</sup> y que “la estigmatización relacionada con el VIH no impacta en forma homogénea a todas las personas y que resultan más graves los impactos en los grupos que de por sí son marginados”<sup>223</sup>.

En atención a ello, ha reconocido que la condición de ser persona con VIH es una categoría protegida por el artículo 1.1 de la CADH, tal y como señalamos arriba<sup>224</sup>.

En ese sentido, la Honorable Corte se ha referido a la discriminación interseccional, estableciendo que en ciertas situaciones pueden confluir múltiples factores de vulnerabilidad y riesgo de discriminación asociados al género, la niñez, la situación de pobreza y otros factores de vulnerabilidad de las personas con VIH<sup>225</sup>.

<sup>219</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y prubeas de 31 de marzo de 2017, pág. 134

<sup>220</sup> Corte IDH. *Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados*. Opinión Consultiva OC-18/03, párr. 103.

<sup>221</sup> Corte IDH. *Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados*. Opinión Consultiva OC-18/03, párr. 104, y *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek. Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214, párr. 271.

<sup>222</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 236.

<sup>223</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 290.

<sup>224</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01 de septiembre de 2015. Serie C No. 298. Párr. 253 y ss.

<sup>225</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 290.

En el presente caso, hemos acreditado que varias de las víctimas sufrieron actos específicos de discriminación por parte de agentes del Estado.

Así, Francisco Sop señaló que sufrió tratos discriminatorios por parte de agentes de la Fuerza Armada, lugar donde trabajaba. Al respecto manifestó:

(...) con el personal especialista, al que yo pertenecía tuve muchos tratos discriminatorios, así como de los oficiales superiores, uno de ellos me dijo que los lockers habían sido abiertos y quemaron mi ropa, así como todo lo de barbería que hubiera usado yo fue mandado a quemar<sup>226</sup>.

[www.cejil.org](http://www.cejil.org)

Además, dijo que recibía “trato diferenciado y se apartaban de mí, además, quemaron mis cosas cuando yo estuve en el hospital, le dijeron a mi familia que no vivieran más conmigo, fueron muchas cosas, también cuando yo entraba al comedor algunos decían que mejor se salían”<sup>227</sup>.

Este trato discriminatorio llegó incluso a afectar su proyecto de vida. Como señala la perita Olga Paz, “uno de los casos más claros de la pérdida del proyecto de vida es el de Francisco, quién llegó a ser especialista dentro del ejército: ‘Pues yo entré (al ejército) en el noventa y tres, y cause baja en el noventa y seis, para poder ocupar esa plaza de especialista, y fui afortunado gane la plaza, pero ya con el tiempo a partir de que me ascendieron a esa plaza eh, pues yo salí infectado...’ Cambió ya hubiera tenido mi pareja estable, y darle a todas las comunidades sin saber qué, pero gracias a Dios que primero, hubiera terminado de cumplir mi tiempo como son veinte años, cumplir mi tiempo y me hubiera jubilado, pero por la misma situación por la discriminación que me estaban haciendo ya definitivamente ya no pensé en seguir por qué ya sentía la depresión”<sup>228</sup>.

En este mismo sentido, Luis Rolando Cuscúl relató que cuando fue atendido en el IGSS le pusieron un rótulo en la cama con letras rojas que decía “paciente con SIDA” y:

(...) solo veía como la gente pasaba mirando y yo no podía leer bien que decía, porque estaba canalizado. El Doctor en la visita llegaba con estudiantes y me veían y me tocaban. Fue hasta que el compañero de la cama contigua dijo “ya te diste cuenta lo que dice el rotulo de tu cama” le dije que no y él me ayudó a levantarme para que lo leyera<sup>229</sup>.

En esta línea, Félix de Jesús Cabrera expresó en su declaración ante esta Honorable Corte que cuando informó a la doctora del IGSS adonde acudió a solicitar tratamiento antirretroviral que era VIH positivo, ésta le preguntó cuál era su trabajo

<sup>226</sup> Declaración de Francisco Sop Quiej, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 23 de febrero de 2018.

<sup>227</sup> Declaración de Francisco Sop Quiej, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 23 de febrero de 2018.

<sup>228</sup> Ver peritaje de Olga Alicia Paz, pág. 35

<sup>229</sup> Declaración de Luis Cuscúl Pivara, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 5 de marzo de 2018.

y al responderle que trabajaba en un restaurante, esta le preguntó que “en cuál para no ir ahí”<sup>230</sup>.

Así, según la perita Olga Paz “la falta de información y programas de sensibilización comunitaria sobre el virus hace que se promueva la discriminación hacia las personas”<sup>231</sup>, además, concluye que “el problema con la discriminación en los hospitales es que las personas dejan de acudir a los mismos, o abandonan el tratamiento y esto afecta gravemente su salud, regresan cuando están muy enfermos”<sup>232</sup>.

De hecho, de acuerdo a lo indicado en el peritaje de Olga Paz “uno de los problemas de vinculación de la persona a los servicios de salud, son los prejuicios que manejan los servidores [...] desde la comunicación del resultado las personas deciden no volver a los servicios de salud por temor a ser discriminados y estigmatizados”<sup>233</sup>.

Asimismo, las limitaciones que presentaron la mayor parte de las víctimas, por su condición de pobreza sumado a vivir en zonas rurales y alejadas de las unidades de atención, se configuró en otra forma de discriminación, pues el Estado no garantizó una atención integral en atención a dichas condiciones.

Tal es el caso de Zoila Marina Pérez, ya mencionado, quien para atenderse la lipodistrofia tiene que viajar hasta la capital, ubicada a 5 horas de su residencia, y ha dejado de asistir por falta de recursos económicos para realizar el viaje y por la constante negativa por parte del Estado para brindarle el tratamiento que requiere<sup>234</sup>.

Doña Zoila también declaró que la Clínica de Coatepeque donde ella es atendida, no tiene las condiciones adecuadas, porque está ubicada en el lugar donde ingresa la consulta general, por lo que muchas personas prefieren no asistir a sus citas para no enfrentarse a la estigmatización<sup>235</sup>.

En el mismo sentido, Francisco Sop señaló que “Tenía que recibir tratamiento en la ciudad, y cada mes tenía que dejar trescientos quetzales para viajar al hospital militar a la ciudad, pero cuando me quede sin ir se incrementaron varios costos porque además me quedé sin trabajo”<sup>236</sup>.

En este mismo sentido, Corina Dianeth Robledo y su hijo L.A.L. viajan 6 horas hacia la capital para poder recibir atención médica, pues este último solicitó traslado del

<sup>230</sup> Ver. Video 2 de audiencia, minuto 1:14:00 en adelante

<sup>231</sup> Ver peritaje de Olga Alicia Paz, pág. 20

<sup>232</sup> Ver peritaje de Olga Alicia Paz, pág. 22

<sup>233</sup> Ver peritaje de Olga Alicia Paz, pág. 22

<sup>234</sup> Ver. Video 2 de audiencia, minuto 00:13:20 en adelante

<sup>235</sup> Ver. Video 1 de audiencia, minuto 00:12:00 en adelante.

<sup>236</sup> Declaración de Francisco Sop Quiej, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 23 de febrero de 2018.

Hospital de Coatepeque debido a que el lugar donde lo atendían estaba a la entrada, por donde pasaban muchas personas<sup>237</sup>.

En suma, en el presente caso, existió una discriminación *de facto* en perjuicio de las víctimas del caso por su situación de extrema vulnerabilidad, lo cual derivó en una marginalización en el goce de su derecho a la salud, vida, vida digna e integridad personal. Por tanto, el Estado no respetó ni garantizó los derechos de las víctimas sin discriminación, en contravención del artículo 1.1 de la Convención Americana en relación con los artículos 4, 5 y 26 de la misma. Solicitamos a la Honorable Corte que se pronuncie en este sentido.

Como puede observar esta Corte, las representantes hemos probado a lo largo de este proceso que el Estado de Guatemala no garantizó y sigue sin garantizar una atención integral a cada una de las víctimas de este caso

En consecuencia, solicitamos a la Honorable Corte que declare que el Estado es responsable de la violación de los derechos de las 49 víctimas del caso a la vida (artículo 4 de la CADH), integridad personal (artículo 5 de la CADH) y salud (artículo 26 de la CADH), en los términos desarrollados por este Alto Tribunal. Todo lo anterior además acompañado por el incumplimiento de la obligación estatal de respetar y garantizar los derechos sin discriminación alguna (artículo 1.1 de la CADH).

Asimismo, solicitamos que declare que el Estado de Guatemala es responsable de la violación del derecho a la vida de las 13 víctimas fallecidas por razones relacionadas con el VIH, ello en relación con el incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 1 de la CADH.

- b. El Estado de Guatemala es responsable por la violación del derecho a la salud de las víctimas del presente caso a la luz del artículo 26 de la CADH en relación con los artículos 1.1 y 2 del mismo instrumento, por adoptar medidas regresivas y no disponer de manera efectiva del máximo de los recursos disponibles para garantizar dicho derecho*

Tal y como señalamos en nuestro ESAP, una vez desarrollado el alcance normativo del artículo 26 en atención a las obligaciones generales que se desprenden de los artículos 1.1 y 2 de la Convención<sup>238</sup>, es posible determinar violaciones a los derechos económicos, sociales y culturales, al analizar la implementación progresiva de medidas dirigidas a garantizar los derechos en cuestión<sup>239</sup>.

<sup>237</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, pág. 91; Ver Anexo 38 al ESAP. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala; Declaración de LAL de 12 de febrero de 2017. Guatemala.

<sup>238</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, pág. 154

<sup>239</sup> Corte IDH. *Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") Vs. Perú*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de julio de 2009. Serie C No. 198., párr. 100. Al respecto "El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas ha señalado que "[c]uando estudie una comunicación en que se afirme que un Estado Parte

Al respecto, este Alto Tribunal señaló en el caso *Acevedo Buendía y otros vs. Perú* que:

Como correlato de lo anterior, se desprende un deber – si bien condicionado – de no-regresividad, que no siempre deberá ser entendido como una prohibición de medidas que restrinjan el ejercicio de un derecho. (...) cabe afirmar que la regresividad resulta justiciable cuando de derechos económicos, sociales y culturales se trate<sup>240</sup>.

www.cejil.org

Así, la Corte consideró que adoptar normas y políticas que tengan por objeto o efecto la disminución del estado de goce de los derechos económicos, sociales y culturales, viola el principio de progresividad establecido en el artículo 26 de la CADH, por considerarse medidas regresivas. Tales medidas requerirán la consideración más cuidadosa y deberán justificarse plenamente y en el contexto del aprovechamiento pleno del máximo de los recursos de que el Estado disponga<sup>241</sup>.

En este mismo sentido, y en virtud de que el Estado de Guatemala argumentó en su Contestación<sup>242</sup> y durante la audiencia pública<sup>243</sup> que no cuenta con los recursos suficientes para garantizar el derecho a la salud de las víctimas y en general de las personas con VIH, es fundamental resaltar que, según el Comité DESC:

Un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para dar efectividad al derecho a la salud viola las obligaciones que

no ha adoptado medidas hasta el máximo de los recursos de que disponga, [...] examinará las medidas, legislativas o de otra índole, que el Estado Parte haya adoptado efectivamente. Para determinar si esas medidas son 'adecuadas' o 'razonables', el Comité podrá tener en cuenta, entre otras, las consideraciones siguientes: a) [h]asta qué punto las medidas adoptadas fueron deliberadas, concretas y orientadas al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales; b) [s]i el Estado Parte ejerció sus facultades discrecionales de manera no discriminatoria y no arbitraria; c) [s]i la decisión del Estado Parte de no asignar recursos disponibles se ajustó a las normas internacionales de derechos humanos; d) [e]n caso de que existan varias opciones en materia de normas, si el Estado Parte se inclinó por la opción que menos limitaba los derechos reconocidos en el Pacto; e) [e]l marco cronológico en que se adoptaron las medidas[, y] f) [s]i las medidas se adoptaron teniendo en cuenta la precaria situación de las personas y los grupos desfavorecidos y marginados, si las medidas fueron no discriminatorias y si se dio prioridad a las situaciones graves o de riesgo". Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Declaración sobre la "Evaluación de la obligación de adoptar medidas hasta el 'máximo de los recursos de que disponga' de conformidad con un protocolo facultativo del Pacto", E/C.12/2007/1, 38º Período de Sesiones, 21 de septiembre de 2007, párr. 8."

<sup>240</sup> Corte IDH. *Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") Vs. Perú*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de julio de 2009. Serie C No. 198, párr. 101."

<sup>241</sup> Corte IDH. *Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") Vs. Perú*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de julio de 2009. Serie C No. 198., párr. 101; ver también Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto), U.N. Doc. E/1991/23, Quinto Período de Sesiones (1990), párr. 9

<sup>242</sup> Escrito de contestación del Estado de Guatemala al ESAP del caso Cuscúl Pivaral y otros vs. Guatemala, de 3 de julio de 2017, párrfs. 47-51

<sup>243</sup> Ver. Video 3 de audiencia, minuto 00:41:00 en adelante.

ha contraído en virtud del artículo 12. Si la limitación de recursos imposibilita el pleno cumplimiento por un Estado de las obligaciones que ha contraído en virtud del Pacto, dicho Estado tendrá que justificar no obstante que se ha hecho todo lo posible por utilizar todos los recursos de que dispone para satisfacer, como cuestión de prioridad, las obligaciones señaladas supra. **Cabe señalar sin embargo que un Estado Parte no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas enunciadas en el párrafo 43 supra, que son inderogables**<sup>244</sup>. (Énfasis nuestro).

www.cejil.org

En ese mismo sentido, en su Observación General N° 3, el Comité DESC señaló que:

Para que cada Estado Parte pueda atribuir su falta de cumplimiento de las obligaciones mínimas a una falta de recursos disponibles, debe demostrar que ha realizado todo esfuerzo para utilizar todos los recursos que están a su disposición en un esfuerzo por satisfacer, con carácter prioritario, esas obligaciones mínimas. [...] De manera análoga, el Comité subraya el hecho de que, aun en tiempos de limitaciones graves de recursos, causadas sea por el proceso de ajuste, de recesión económica o por otros factores, se puede y se debe en realidad proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la adopción de programas de relativo bajo costo<sup>245</sup>.

Adicionalmente, los principios de Limburgo señalan que: “Los Estados Partes tienen la obligación, independientemente de su nivel de desarrollo económico, de garantizar el respeto de los derechos de subsistencia mínima de todas las personas”<sup>246</sup>.

En la misma línea, la *Declaración sobre la “Evaluación de la obligación de adoptar medidas hasta el máximo de los recursos de que disponga”* del Comité DESC establece que, cuando se afirme que un Estado no ha adoptado medidas hasta el máximo de los recursos disponibles, se debe examinar las medidas legislativas o de otra índole que el Estado haya adoptado con el fin de determinar si son adecuadas o razonables<sup>247</sup>. Para ello se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- a) hasta qué punto las medidas adoptadas fueron deliberadas, concretas y orientadas al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales; b) si el Estado Parte ejerció sus facultades discrecionales de manera no discriminatoria y no arbitraria; c) si la decisión del Estado Parte de no asignar recursos

<sup>244</sup> Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 47

<sup>245</sup> Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párrs. 10-12.

<sup>246</sup> Principios de Limburgo sobre la Aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. U.N. GAOR. Comisión de Derechos Humanos, 43ra. Sesión. ONU Doc. E/CN.4/1987/17, párr. 25.

<sup>247</sup> Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Declaración sobre la “Evaluación de la obligación de adoptar medidas hasta el ‘máximo de los recursos de que disponga’ de conformidad con un protocolo facultativo del Pacto”, E/C.12/2007/1, 38° Período de Sesiones, 21 de septiembre de 2007, párr. 8.

disponibles se ajustó a las normas internacionales de derechos humanos; d) en caso de que existan varias opciones en materia de normas, si el Estado Parte se inclinó por la opción que menos limitaba los derechos reconocidos en el Pacto; e) [e]l marco cronológico en que se adoptaron las medidas [ y] f) [s]i las medidas se adoptaron teniendo en cuenta la precaria situación de las personas y los grupos desfavorecidos y marginados, si las medidas fueron no discriminatorias y si se dio prioridad a las situaciones graves o de riesgo<sup>248</sup>.

En este mismo sentido, las Altas Cortes de la región han reconocido respecto del derecho a la salud que, en virtud de lo señalado por el Comité DESC, los Estados no pueden atribuir su falta de cumplimiento de las obligaciones mínimas a una falta de recursos disponibles, sin demostrar que ha realizado todo lo posible para utilizar todos los recursos que están a su disposición para satisfacer las obligaciones mínimas y que, aun en tiempos de limitaciones graves de recursos, se debe proteger a los miembros vulnerables de la sociedad<sup>249</sup>. De igual forma se refirió la Corte Constitucional de Sudáfrica, la cual condenó al Estado por no proporcionar el tratamiento adecuado para evitar la transmisión vertical de VIH de las madres a sus hijos e hijas<sup>250</sup>.

Por su parte, el Comité DESC en su Observación General N°14 ha sido enfático en señalar que las violaciones de dicho derecho pueden producirse a través de la acción directa por parte de los Estados, cuando estos adoptan medidas regresivas que sean incompatibles con las obligaciones básicas señaladas arriba respecto del derecho a la salud<sup>251</sup>.

Adicionalmente, si un Estado no está dispuesto a utilizar el máximo de sus recursos disponibles para garantizar de forma efectiva el derecho a la salud, viola las obligaciones contraídas en el PIDESC<sup>252</sup>.

En este mismo sentido, el Estado viola su obligación de respetar cuando sus acciones, políticas o leyes son susceptibles de producir “lesiones corporales, una morbilidad innecesaria y una mortalidad evitable”<sup>253</sup>, por ejemplo “(...) el hecho de que el Estado no tenga en cuenta sus obligaciones legales con respecto al derecho

<sup>248</sup> Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Declaración sobre la “Evaluación de la obligación de adoptar medidas hasta el ‘máximo de los recursos de que disponga’ de conformidad con un protocolo facultativo del Pacto”, E/C.12/2007/1, 38º Período de Sesiones, 21 de septiembre de 2007, párr. 8.

<sup>249</sup> Amparo 378/2014. México, Distrito Federal. Acuerdo de la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación; Q. C., S. Y. c/ Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires s/ amparo. Corte Suprema de Justicia de la Nación; T-025/04. Corte Constitucional de la República de Colombia; Cruz Bermúdez y otros vs. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Corte Suprema de Venezuela (1999); México, Suprema Corte de Justicia de la Nación. Caso Pabellon 13 (2014).

<sup>250</sup> South African Minister of Health v. Treatment Action Campaign, (South Africa) (2002).

<sup>251</sup> Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 48.

<sup>252</sup> Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 47.

<sup>253</sup> Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 50.

a la salud al concertar acuerdos bilaterales o multilaterales con otros Estados, organizaciones internacionales u otras entidades, como, por ejemplo, las empresas transnacionales”<sup>254</sup>, o bien por “la promulgación de leyes o adopción de políticas que afectan desfavorablemente al disfrute de cualquiera de los componentes del derecho a la salud”<sup>255</sup>.

De igual forma, el Estado viola su obligación de garantizar cuando la asignación inadecuada de los recursos públicos impide el disfrute del derecho a la salud, en particular para las personas vulnerables o marginadas, así como por la no vigilancia del derecho a la salud mediante la elaboración y aplicación de indicadores y bases de referencia<sup>256</sup>.

Por su parte, Altas Cortes de Estados parte de la Convención se han referido a las implicaciones de las medidas regresivas. Por ejemplo, la Corte Constitucional de Colombia consideró que una medida es regresiva cuando recorta o limita el ámbito sustantivo del derecho en cuestión; o bien, cuando aumentan de forma desproporcionada los requisitos para acceder al derecho; o cuando se disminuye o desvía los recursos destinados a la satisfacción del mismo, todo ello en virtud de lo señalado por el Comité DESC<sup>257</sup>.

En el presente caso, las representantes sostenemos que el Estado ha adoptado medidas regresivas y no ha dispuesto de manera efectiva de los recursos disponibles para garantizar el cumplimiento de las obligaciones mínimas del derecho en cuestión, en los términos desarrollados *supra*.

Al respecto, ha quedado demostrado durante el litigio del presente caso que el Estado de Guatemala violó el artículo 26 de la CADH en relación con el derecho a la salud, por adoptar normativa y prácticas que implican un retroceso no justificado respecto al grado de desarrollo que alcanzó dicho derecho conforme a la legislación vigente en el país y por no disponer de manera efectiva de todos los recursos económicos disponibles para garantizar los contenidos mínimos del derecho protegido por su propia legislación.

En particular, las representantes sostenemos que el Estado de Guatemala adoptó, en primer lugar, normativa en materia de patentes que no permite acceder de manera permanente a los medicamentos y tratamiento necesario para las personas con VIH, lo que ha impactado de forma directa a las víctimas del presente caso<sup>258</sup>.

<sup>254</sup> Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 50.

<sup>255</sup> Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 50.

<sup>256</sup> Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 52.

<sup>257</sup> Corte Constitucional de Colombia. C-313/14.

<sup>258</sup> Corte IDH. *Caso Duque vs. Colombia*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de febrero de 2016. Serie C No. 310, párr. 174; y Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General

En segundo lugar, dichas medidas han estado acompañadas por faltas en la normativa y gestión de compras de medicamentos que han impedido una disposición efectiva del máximo de recursos disponibles para garantizar el acceso a los mismos.

En tercer lugar, la atención a las personas con VIH ha estado impactada por prácticas de corrupción que han significado un desvío de los recursos económicos disponibles.

www.cejil.org

Cabe recordar que el Estado no contravirtió ninguno de estos alegatos durante todo el proceso, tal y como fue evidenciado por el juez Humberto Sierra Porto<sup>259</sup>, ni demostró haber hecho todo lo posible para utilizar todos los recursos a su disposición con el fin de satisfacer las obligaciones mínimas que se desprenden del derecho a la salud.

Así, en atención a las preguntas realizadas por los jueces Humberto Sierra Porto y Eduardo Ferrer Mac Gregor respecto de brindar más detalle sobre los alegatos expuestos, a continuación, las representantes ahondaremos en el orden propuesto sobre las medidas regresivas adoptadas por el Estado de Guatemala que afectaron el disfrute del derecho a la salud de las víctimas de este caso.

- i. Guatemala adoptó legislación en materia de patentes que significó una medida regresiva respecto del derecho a la salud y que no le permite disponer de forma efectiva de sus recursos económicos disponibles

Esta representación demostró durante el presente proceso que Guatemala paga entre 3 y 10 veces más por medicamentos antirretrovirales, en comparación con otros países de la región<sup>260</sup>. Ello ha sido reconocido por las propias instituciones del

Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 43(d); Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Resolución sobre 'El acceso a los medicamentos en el contexto del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental' (11 de junio de 2013) UN Doc A/HRC/23/L.10/Rev.1 párr. 2; Asamblea General de las Naciones Unidas, 'Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental Paul Hunt' (13 de septiembre de 2006) UN Doc A/61/338 párr. 40, y Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 'Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, relativo al acceso a los medicamentos' (1 de mayo de 2013) UN Doc A/HRC/23/42 párr. 3.

<sup>259</sup> Ver. Video 3 de audiencia, minuto 1:23:00 en adelante

<sup>260</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, y Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH y SIDA –ONUSIDA-. *Estimando los efectos de la inversión óptima de los recursos financieros en la incidencia y mortalidad por VIH en Guatemala*. Octubre de 2016. Pág. 25. Al respecto, para realizar este estudio el ITPC tuvo en consideración los estudios II y III realizados desde ITPC - LATCA sobre el comportamiento de los precios de ARV/VIH en los últimos años, incluyendo el avance del IV Estudio Comparativo de Precios de Medicamentos (ARV/VIH), Factores relacionados y su Impacto en la cobertura de Tratamiento de VIH en 6 países de Latinoamérica: Bolivia, Ecuador, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Perú. Así, para el II Estudio, se hizo uso de la metodología comparativa y descriptiva de la información cualitativa y cuantitativa disponible. Además, se realizó un análisis de los informes y

Estado<sup>261</sup> y fue así corroborado por CEJIL mediante el acceso a los datos de precios de referencia que utiliza la OPS para la compra de medicamentos genéricos a través del Fondo de dicho organismo, así como de varias de las órdenes de compra del IGSS que comprueban que esta institución paga hasta 5 veces más por los medicamentos ARV, entre ellos el medicamento patentado ARV Lopinavir/Ritonavir, que es parte del tratamiento de algunas de las víctimas, entre ellas Félix de Jesús Cabrera y Luis Linares.

Asimismo, ha quedado demostrado que una de las causas estructurales del desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales está intrínsecamente relacionada con el listado de medicamentos que son protegidos por la Ley de Propiedad Industrial en sus formulaciones más innovadoras<sup>262</sup>, lo cual no permite la comercialización de dicho medicamentos a precios de referencia internacional, de tal forma que se pueda disponer de manera efectiva de los recursos con los que cuenta el Estado<sup>263</sup>.

www.cejil.org

documentos confeccionados por los países objeto de estudio, así como de la información publicada en los sitios oficiales, en las redes de personas con VIH y en organizaciones sin fines de lucro que se dedican a la documentación e investigación respecto al acceso de ARVs.

Por otro lado, la metodología utilizada para el Estudio III consistió también en el análisis de la información publicada en los sitios oficiales, en las redes de personas con VIH y en organizaciones sin fines de lucro que se dedican a la documentación e investigación respecto al acceso de medicamentos de VIH (fuente secundaria), además de un sondeo de opinión a 420 activistas y personas con VIH sobre la situación del conocimiento respecto a ciertos factores ligados con el acceso a medicamentos ARVs y el abastecimiento de ARVs (fuente primaria) en el año 2014.

Ver Anexo 4. International Treatment Preparedness Coalition “Regional Office for Latin American and Caribbean Networks” (ITPC LATCA). Estudios comparativos de precios de medicamentos (ARVs) y factores relacionados en 6 países de Latinoamérica: Bolivia, Ecuador, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Perú. Ciudad de Guatemala, 2012; Anexo 5. International Treatment Preparedness Coalition “Regional Office for Latin American and Caribbean Networks” (ITPC LATCA). II Estudio comparativo de precios de medicamentos (ARVs) y factores relacionados en 6 países de Latinoamérica: Bolivia, Ecuador, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Perú. Ciudad de Guatemala, 2013; Anexo 6. International Treatment Preparedness Coalition “Regional Office for Latin American and Caribbean Networks” (ITPC LATCA). III Estudio comparativo de precios de medicamentos (ARVs) y factores relacionados en 6 países de Latinoamérica: Bolivia, Ecuador, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Perú. Ciudad de Guatemala, 2014; Anexo 7. International Treatment Preparedness Coalition “Regional Office for Latin American and Caribbean Networks” (ITPC LATCA). IV Estudio comparativo de precios de medicamentos (ARV/VIH), factores relacionados al acceso de tratamiento de VIH y su impacto en la cobertura de tratamiento en 6 países de Latinoamérica: Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú. Ciudad de Guatemala, 2015.

<sup>261</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, y Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH y SIDA –ONUSIDA-. *Estimando los efectos de la inversión óptima de los recursos financieros en la incidencia y mortalidad por VIH en Guatemala*. Octubre de 2016. Pág. 26.

<sup>262</sup> Ver Anexo 33 a nuestro ESAP. Listado de medicamentos protegidos por la ley de propiedad intelectual

<sup>263</sup> Fondo Mundial, Hivos y ITPCO, “Estudios sobre las barreras legales de la propiedad intelectual aplicada a la adquisición de medicamentos ARV para VIH en Guatemala”, diciembre de 2005, pág. 8.

Disponible en: [http://www.itpc-latca.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=132:estudio-de-barreras&catid=4:estudios&Itemid=22](http://www.itpc-latca.org/index.php?option=com_content&view=article&id=132:estudio-de-barreras&catid=4:estudios&Itemid=22)

Cabe recordar que el Estado en su Contestación y durante la audiencia, señaló que no cuenta con los recursos económicos suficientes para garantizar la atención integral – y entre esto el tratamiento ARV – a las personas con VIH, en los términos establecidos por los estándares internacionales.

En ese sentido, las representantes sostenemos que las restricciones establecidas por la Ley de Propiedad Industrial se tornaron en medidas regresivas respecto del grado de desarrollo del derecho a la salud y su contenido mínimo alcanzado en Guatemala<sup>264</sup>.

www.cejil.org

Al respecto, es importante recordar que el 2 de junio del año 2000, el Congreso aprobó el Decreto n° 27-2000, Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA (en adelante “ley general sobre VIH”) que declara en su artículo 1° al VIH como un problema social de urgencia nacional<sup>265</sup>.

Asimismo, en su artículo 48 establece que:

El Ministro de Salud Pública y Asistencia Social proveerá servicios de atención a las personas que viven con el VIH/SIDA, que les aseguren consejería, apoyo y tratamiento médico actualizado, de manera individual o en grupo. Esta atención podrá ser domiciliaria o ambulatoria y estará diseñada para atender sus necesidades físicas, psicológicas y sociales. Así mismo, a través del Programa de Accesibilidad a Medicamentos "PROAM", el Ministerio de Finanzas Públicas y de Economía implementarán un programa que permita a nivel nacional e internacional el acceso a medicamentos antiretrovirales de calidad, a precios accesibles a las personas que viven con el VIH/SIDA<sup>266</sup>.

Posteriormente, el 6 de septiembre de 2002, fue adoptado el Acuerdo Gubernativo n° 317-2002, Reglamento de la Ley General sobre VIH, el cual señala en su artículo 32 lo siguiente:

Acceso a medicamentos.

<sup>264</sup> Fondo Mundial, Hivos y ITPCO, “Estudios sobre las barreras legales de la propiedad intelectual aplicada a la adquisición de medicamentos ARV para VIH en Guatemala”, diciembre de 2005, pág. 8. Disponible en: [http://www.itpc-latca.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=132:estudio-de-barreras&catid=4:estudios&Itemid=22](http://www.itpc-latca.org/index.php?option=com_content&view=article&id=132:estudio-de-barreras&catid=4:estudios&Itemid=22)

<sup>265</sup> El artículo 1 establece: “Se declara la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA- como un problema social de urgencia nacional”. Ver Anexo 20 a nuestro ESAP. Congreso de la República. Decreto n° 27-2000, Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA. 2 de junio de 2000.

<sup>266</sup> Ver Anexo 20 a nuestro ESAP. Congreso de la República. Decreto n° 27-2000, Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA. 2 de junio de 2000. Art. 48.

En cumplimiento de los artículos 35 y 48 de la Ley, el MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL proporcionará en las unidades que cuenten con la capacidad mínima, atención integral de calidad, incluyendo el acceso a medicamentos antirretrovirales de acuerdo a los Protocolos nacionales de tratamientos de VIH/SIDA (...)<sup>267</sup>

Es decir, desde junio del año 2000, la legislación guatemalteca garantizaba la atención integral a las personas con VIH y en ese sentido ordenaba el suministro de los medicamentos necesarios para el tratamiento de la infección. [www.cejil.org](http://www.cejil.org)

Pese a ello, en noviembre de ese mismo año, se aprobó la Ley de Propiedad Industrial, la cual, en su artículo 177, estableció un período de cinco años, a partir del otorgamiento del registro sanitario de un fármaco, en el que no se podrá conceder otro registro de comercialización, limitando así la producción y distribución de genéricos en el país<sup>268</sup>.

Posteriormente, en el año 2003, dicha Ley fue reformada, y se adhirió el artículo 177 *bis* que establece una excepción respecto de la divulgación de los datos que permitiría acceder a los medicamentos genéricos; dicho artículo indica “Excepción a la obligación de no divulgar datos de prueba. Se exceptúan de la obligación de no divulgar datos de pruebas u otros no divulgados, los siguientes: a) En productos farmacéuticos, cuando sea necesario proteger la seguridad en el uso de los mismos, la vida o la salud o en casos de emergencia nacional declarada (...)”<sup>269</sup>.

Pese a ello, la legislación fue nuevamente reformada en 2005 mediante el decreto 30-2005 y se estableció con ello en su artículo 7° que “en caso de discrepancia entre las disposiciones contenidas en esta Ley y los acuerdos comerciales vigentes en Guatemala, prevalecerán para su aplicación estas últimas para las partes del mismo”<sup>270</sup>.

Así, pese a la existencia de la excepción señalada arriba, los acuerdos comerciales tendrían prevalencia sobre aquélla, cuando de protección a datos de prueba se trate. Cabe señalar que el Tratado de Libre Comercio (TLC) suscrito entre la República Dominicana, Centroamérica y los Estados Unidos de América (DR-

<sup>267</sup> Ver Anexo 21 a nuestro ESAP. Acuerdo Gubernativo n° 317-2002. Reglamento de la Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA 6 de septiembre de 2002. Artículos 2, 31 y 32.

<sup>268</sup> Ver Anexo 34 a nuestro ESAP. Congreso de la República, Decreto 57-2000, Ley de Propiedad Industrial. Art 177

<sup>269</sup> Ver Anexo 34 a nuestro ESAP. Congreso de la República, Decreto 57-2000, Ley de Propiedad Industrial. Art 177 bis.

<sup>270</sup> Ver Anexo 35 a nuestro ESAP. Congreso de la República, Decreto 30-2005, Reforma a la Ley de Propiedad Industrial. Art. 7

CAFTA) fue aprobado en Guatemala mediante decreto 31-2005<sup>271</sup> y establece una protección absoluta respecto de los datos de prueba<sup>272</sup>.

Sin embargo, y pese a las limitantes establecidas por la Ley de Propiedad Industrial, Guatemala ha suscrito otros acuerdos en materia comercial que le permitirían utilizar distintas figuras para poder acceder a medicamentos genéricos y a precios de referencia internacional, en virtud de la situación de emergencia nacional que persiste respecto de la epidemia del VIH en Guatemala y así señalada en su legislación del 2000 arriba citada.

Así, por ejemplo, Guatemala suscribió desde 1995 el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC), aprobado por la Organización Mundial del Comercio (OMC) el 15 de abril de 1994<sup>273</sup>. Dicho acuerdo establece en su artículo 7° que:

La protección y la observancia de los derechos de propiedad intelectual deberán contribuir a la promoción de la innovación tecnológica y a la transferencia y difusión de la tecnología, en beneficio recíproco de los productores y de los usuarios de conocimientos tecnológicos y de modo que favorezcan el bienestar social y económico y el equilibrio de derechos y obligaciones<sup>274</sup>.

Asimismo, el artículo 8.1 de dicho acuerdo señala que:

Los Miembros, al formular o modificar sus leyes y reglamentos, podrán adoptar las medidas necesarias para proteger la salud pública y la nutrición de la población, o para promover el interés público en sectores de importancia vital para su desarrollo socioeconómico y tecnológico, siempre que esas medidas sean compatibles con lo dispuesto en el presente Acuerdo.

Posteriormente, en el año 2001, en el marco de la OMC se emitió la Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública (en adelante, “declaración

<sup>271</sup> Ver Anexo 12. Tratado de Libre Comercio entre la República Dominicana, Centroamérica y los Estados Unidos (DR-CAFTA). Firmado el 5 de agosto de 2004 y con vigencia en Guatemala desde el 1° de julio de 2006. Artículos 15.10.1 y 15.10.2.

<sup>272</sup> Ver Anexo 71 a nuestro ESAP. Fondo Mundial, Hivos y ITPCO, “Estudios sobre las barreras legales de la propiedad intelectual aplicada a la adquisición de medicamentos ARV para VIH en Guatemala”, diciembre de 2015, pág. 17-18. Disponible en: [http://www.itpc-latca.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=132:estudio-de-barreras&catid=4:estudios&Itemid=22](http://www.itpc-latca.org/index.php?option=com_content&view=article&id=132:estudio-de-barreras&catid=4:estudios&Itemid=22)

<sup>273</sup> Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC), aprobado por la Organización Mundial del Comercio (OMC) el 15 de abril de 1994. Entrada en vigor el 1° de enero de 2005. Entrada en vigor en Guatemala el 21 de julio de 1995. Disponible en: [http://www.wipo.int/wipolex/es/other\\_treaties/details.jsp?group\\_id=22&treaty\\_id=231](http://www.wipo.int/wipolex/es/other_treaties/details.jsp?group_id=22&treaty_id=231)

<sup>274</sup> Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC), aprobado por la Organización Mundial del Comercio (OMC) el 15 de abril de 1994. Entrada en vigor el 1° de enero de 2005. Entrada en vigor en Guatemala el 21 de julio de 1995. Disponible en: [http://www.wipo.int/wipolex/es/other\\_treaties/details.jsp?group\\_id=22&treaty\\_id=231](http://www.wipo.int/wipolex/es/other_treaties/details.jsp?group_id=22&treaty_id=231)

de DOHA”<sup>275</sup>, mediante la cual se subraya la importancia de que el Acuerdo sobre los ADPIC se aplique e interprete de manera que apoye la salud pública, promoviendo tanto el acceso a los medicamentos existentes como la creación de nuevos medicamentos. Asimismo, se hace hincapié en que:

el Acuerdo sobre los ADPIC no impide ni debe impedir que los gobiernos Miembros adopten medidas para proteger la salud pública y se afirma, para evitar cualquier reserva de los gobiernos, el derecho de éstos a utilizar las flexibilidades previstas en el Acuerdo, en particular las licencias obligatorias y las importaciones paralelas<sup>276</sup>.

www.cejil.org

Posteriormente, en diciembre de 2005 se aprobó una enmienda a dicho acuerdo que permite la utilización de flexibilidades para acceder a productos farmacéuticos. En particular, permite a los miembros exportadores y productores de medicamentos otorgar licencias obligatorias “para hacer frente a los problemas de salud pública reconocidos en el párrafo 1 de la Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública -Declaración de DOHA-. Queda entendido que estarían incluidos los ingredientes activos necesarios para su fabricación y los equipos de diagnóstico necesarios para su utilización”<sup>277</sup>.

Cabe señalar que el Ministro de Economía de Guatemala para el año 2001, el señor Marco Antonio Ventura Mejía, en el marco de la firma de la declaración de DOHA, señaló que “Propugnamos porque se mantenga la flexibilidad entre salud pública y acceso a los medicamentos contenida en el Acuerdo sobre los ADPIC”<sup>278</sup>, misma que pese a existir, no ha sido utilizada por el Estado para garantizar el acceso a los medicamentos antirretrovirales, tal y como ha sido probado.

Así, como señalamos en nuestro ESAP y se desprende de la nota del medio de comunicación Plaza Pública aportada como prueba superviniente el 22 de febrero del presente año, un claro ejemplo del impacto de estas limitantes es el Acuerdo Ministerial 472-2012 que autorizó la importación de los antirretrovirales genéricos, Lopinavir/Ritonavir para asegurar el abastecimiento de los medicamentos para personas con VIH, mediante una donación del Fondo Mundial, sin embargo, esta no

<sup>275</sup> Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública (Declaración de Doha), adoptada por la Organización Mundial del Comercio (OMC) el 14 de noviembre de 2001. Disponible en: [https://www.wto.org/spanish/thewto\\_s/minist\\_s/min01\\_s/mindecl\\_s.htm](https://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/mindecl_s.htm)

<sup>276</sup> Explicación de la OMC sobre la Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública (Declaración de Doha), adoptada por la Organización Mundial del Comercio (OMC) el 14 de noviembre de 2001. Disponible en: [https://www.wto.org/spanish/tratop\\_s/dda\\_s/dohaexplained\\_s.htm](https://www.wto.org/spanish/tratop_s/dda_s/dohaexplained_s.htm)

<sup>277</sup> Enmienda del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el comercio (ADPIC), aprobada por la Organización Mundial del Comercio (OMC), por decisión de 6 de diciembre de 2005. Disponible en: [https://www.wto.org/spanish/tratop\\_s/trips\\_s/wtl641\\_s.htm](https://www.wto.org/spanish/tratop_s/trips_s/wtl641_s.htm)

<sup>278</sup> Declaración del Excmo. Sr. Marco Antonio Ventura Mejía, Ministro de Economía de Guatemala, en el marco del Cuarto Período de sesiones de la Organización Mundial del Comercio (OMC) el 11 de noviembre de 2001. Disponible en: [https://www.wto.org/spanish/thewto\\_s/minist\\_s/min01\\_s/min01\\_statements\\_s.htm](https://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/min01_statements_s.htm)

se pudo concretar debido a que la casa farmacéutica de dichos medicamentos alegó tener patentados los mismos<sup>279</sup>.

En ese sentido, según la información recabada por el mencionado medio, la farmacéutica Abbott “(...) ingresó el 5 de julio de 2006 una solicitud de patente. La Ley de la Propiedad Industrial establece que la exclusividad tiene vigencia por 20 años desde la fecha de presentación de la solicitud —aunque se le haya concedido años más tarde—, así que Abbot tiene el dominio del Lopinavir/Ritonavir hasta julio de 2026”<sup>280</sup>.

Como puede observar la Honorable Corte, la Ley de Propiedad Industrial aprobada en noviembre de 2000 y posteriormente reformada en 2005, trajo consigo obstáculos para poder garantizar de forma permanente y mediante la disposición efectiva de los recursos económicos del Estado, el acceso a los medicamentos antirretrovirales en sus versiones más innovadoras, como lo es el Lopinavir/Ritonavir.

Ello ha afectado de forma diferenciada a la población que es atendida por el IGSS y en particular a varias de las víctimas del presente caso, tal y como ha sido señalado. Lo anterior en virtud de que el IGSS cuenta con sus propios lineamientos y mecanismos de compra, que le ha hecho pagar precios por medicamentos patentados aún más altos que el MSPAS<sup>281</sup>, el cual ha optado por realizar sus compras a través de un acuerdo con la OPS. Sobre ello, profundizaremos a continuación.

En suma, el Estado de Guatemala violó el artículo 26 de la CADH en relación con el derecho a la salud, por adoptar normativa en materia de patentes que implica un retroceso no justificado respecto del acceso a los medicamentos antirretrovirales. Asimismo, y pese a las limitantes establecidas por la Ley de Propiedad Industrial, Guatemala no ha utilizado todas las figuras a su disposición para acceder a medicamentos genéricos y a precios de referencia internacional, por lo que no ha dispuesto de forma efectiva de sus recursos disponibles.

<sup>279</sup> Ver Anexo 1 a nuestro escrito de 22 de febrero de 2017. Plaza Pública. Seis patentes y unos antirretrovirales prohibitivos. 17 de mayo de 2017. Disponible en: <https://www.plazapublica.com.gt/content/seis-patentes-y-unos-antirretrovirales-prohibitivos> Ver Anexo 71 a nuestro ESAP. Fondo Mundial, Hivos y ITPCO, “Estudios sobre las barreras legales de la propiedad intelectual aplicada a la adquisición de medicamentos ARV para VIH en Guatemala”, diciembre de 2015, pág. 9. Disponible en: [http://www.itpc-latca.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=132:estudio-de-barreras&catid=4:estudios&Itemid=22](http://www.itpc-latca.org/index.php?option=com_content&view=article&id=132:estudio-de-barreras&catid=4:estudios&Itemid=22).

<sup>280</sup> Ver Anexo 1 a nuestro escrito de 22 de febrero de 2017. Plaza Pública. Seis patentes y unos antirretrovirales prohibitivos. 17 de mayo de 2017. Disponible en: <https://www.plazapublica.com.gt/content/seis-patentes-y-unos-antirretrovirales-prohibitivos>

<sup>281</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, y Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH y SIDA –ONUSIDA-. *Estimando los efectos de la inversión óptima de los recursos financieros en la incidencia y mortalidad por VIH en Guatemala*. Octubre de 2016. Pág. 26.

A continuación, nos referiremos a las prácticas en materia de compras y contratación que, sumado a la legislación de propiedad industrial, no permiten hacer un uso efectivo de los recursos disponibles.

- ii. Guatemala sostiene prácticas y normativa en materia de contratación administrativa que no permiten hacer un uso efectivo de los recursos disponibles

La Ley de Contrataciones del Estado establece una serie de mecanismos, en función de los cuales se puede acceder a compras de medicamentos, mismos que varían según el monto de la adquisición. Al respecto, el artículo 28 de dicha ley menciona los siguientes: contrato abierto, cotización, licitación pública, compra directa<sup>282</sup>.

[www.cejil.org](http://www.cejil.org)

Si bien hay diversos mecanismos, sólo haremos referencia a la licitación y a la compra directa, debido a que han sido los más utilizados por el IGSS para comprar medicamentos antirretrovirales, según información proporcionada a esta representación el pasado 21 de marzo en una entrevista sostenida con el doctor Luis Ernesto Zamora, director de la clínica del IGSS en ciudad de Guatemala y el señor Paul Tablas, asesor del Gerente Financiero del IGSS.

Cabe señalar que las representantes solicitamos de manera formal al IGSS<sup>283</sup> y al MSPAS<sup>284</sup>, y con el fin de poder aclarar las preguntas realizadas por los jueces respecto del presente alegato, información sobre los procesos de compra de medicamentos de cada institución; sin embargo, las respuestas recibidas por ambas instituciones fueron negativas<sup>285</sup>. En virtud de ello, realizamos las entrevistas señaladas arriba.

En ese sentido, solicitamos a la Honorable Corte que requiera al Estado aclaración respecto de estas y demás afirmaciones de los funcionarios entrevistados, en virtud de que es el Estado quien tiene el control de los medios para aclarar hechos ocurridos dentro de su territorio, máxime cuando la información relacionada se encuentra bajo su control, tal y como lo ha señalado este Alto Tribunal desde su primera jurisprudencia<sup>286</sup>.

Ahora bien, según el artículo 17 y 38 de la mencionada norma<sup>287</sup>, el proceso de licitación abarca las contrataciones y compras que tienen montos superiores a los

<sup>282</sup> Anexo 14 a la Contestación del Estado. Ley de Contrataciones del Estado

<sup>283</sup> Anexo 13. Solicitud de información de 16 de marzo de 2018 realizada al IGSS y su respuesta de 27 de marzo de 2018

<sup>284</sup> Anexo 14. Solicitud de información realizada al MSPAS.

<sup>285</sup> Anexo 15. Respuesta a la solicitud de información del MSPAS de 2 de abril de 2018

<sup>286</sup> Corte IDH. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*. Fondo. Sentencia de 29 de julio de 1988. Serie C No. 4, párr.141-142

<sup>287</sup> Anexo 14 a la Contestación del Estado. Ley de Contrataciones del Estado

900.000 quetzales (aproximadamente 121.623,43 USD<sup>288</sup>). El IGSS podría utilizar dicho mecanismo que le permitiría realizar licitaciones planificadas anuales, mediante las cuales podría recibir ofertas por parte de distintos proveedores de medicamentos, sin embargo, no lo hace.

Según información proporcionada a esta representación, por el señor Paul Tablas, la institución no realiza compras a través de este mecanismo debido a que el mismo amerita un proceso largo de planificación, pues éste está diseñado para hacer una compra anual en función de las necesidades proyectadas por dicha institución para el año siguiente a la contratación.

Asimismo, el funcionario señaló que las licitaciones requieren la conformación de una Junta de Licitación, la cual de conformidad con el artículo 11 de la misma ley, debe ser integrada por “servidores públicos, nombrados por la autoridad competente de las entidades, según cada modalidad de adquisición”. Según el mismo funcionario, una vez que los integrantes son designados, estos se abstienen de participar en los procesos o promueven que los mismos sean declarados fallidos, por el temor a ser involucrados en actos de corrupción debido a los altos montos que las compras por licitación representan.

Ello ha ocasionado que este mecanismo de compra no haya sido utilizado en los últimos años y por el contrario se haya optado por adquirir los medicamentos mediante el mecanismo de compra directa, establecido en el artículo 43.b. Dicho mecanismo,

consiste en la adquisición de bienes, suministros, obras y servicios a través de una oferta electrónica en el sistema GUATECOMPRAS, prescindiendo de los procedimientos de licitación o cotización, cuando la adquisición sea por montos mayores a diez mil Quetzales (Q.10,000.00) y que no supere los noventa mil Quetzales (Q.90,000.00) [aproximadamente, 12.162,349 USD<sup>289</sup>]<sup>290</sup>.

El mismo artículo señala que desde la publicación del concurso y hasta la recepción de las ofertas debe mediar un plazo no menor de un día hábil. Asimismo, tanto el doctor Zamora como el asesor Tablas, señalaron que el mismo está diseñado para hacer compras de emergencia, por lo que no hay margen de negociación de los precios con el proveedor.

De hecho, en el portal de compras del Estado, GUATECOMPRAS, sólo se registran dos licitaciones públicas para la compra del ARV Lopinavir/Ritonavir: la primera, del

<sup>288</sup> Para la conversión de quetzales a dólares americanos, fue utilizado el tipo de cambio oficial expuesto por el Banco de Guatemala al día de la fecha. Disponible en: <http://www.banguat.gob.gt/cambio/historico.asp?ktipo=3&kdia=22&kmes=03&kanio=2018&submit1=Consultar> (22/03/2018).

<sup>289</sup> Para la conversión de quetzales a dólares americanos, fue utilizado el tipo de cambio oficial expuesto por el Banco de Guatemala al día de la fecha. Disponible en: <http://www.banguat.gob.gt/cambio/historico.asp?ktipo=3&kdia=22&kmes=03&kanio=2018&submit1=Consultar> (22/03/2018).

<sup>290</sup> Anexo 14 a la Contestación del Estado. Ley de Contrataciones del Estado

año 2010, fue adjudicada a la S.A. J.I. Cohen, mientras que la segunda, del año 2012, finalizó desierta<sup>291</sup>. Asimismo, desde el año 2010 se reportan aproximadamente 179 contratos de compra directa adjudicados para la adquisición del mismo medicamento, en su mayoría a la empresa S.A. J.I. Cohen<sup>292</sup>.

Ello ha ocasionado que el IGSS pague, tal y como señalamos arriba, hasta 5 veces más por el medicamento patentado, como es el caso del ARV Lopinavir/Ritonavir por el cual la institución pagó un 486% más del precio de referencia internacional manejado por la OPS<sup>293</sup>.

Tal y como señalamos en la sección de contexto, el IGSS puede acceder a medicamentos patentados a mejores precios a través del Fondo Estratégico de la OPS. De hecho, el MSPAS compra los medicamentos a través de dicho fondo, pero como señalamos arriba, lo hace siempre a precios superiores a los establecidos en el precio de referencia internacional por las limitantes de la Ley de Propiedad Industrial<sup>294</sup>.

Cabe mencionar que el Fondo Estratégico de la OPS es un mecanismo solidario de compras conjuntas de medicamentos esenciales y suministros de salud estratégicos que además funciona como una herramienta de cooperación técnica que apoya a los países de las Américas a fortalecer sus sistemas de gestión de suministros estratégicos, con el fin de planificar la demanda, garantizar el uso racional y evitar desabastecimientos<sup>295</sup>.

La posibilidad de utilizar este Fondo se encuentra establecida en la Ley de Contrataciones del Estado, la cual en su artículo 44.b señala que en casos de excepción:

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, podrán adquirir, de manera directa, vacunas, medicamentos antirretrovirales, métodos de planificación familiar, fármacos, micronutrientes, suministros quirúrgicos y de laboratorio, al amparo de convenios o tratados internacionales suscritos con los organismos siguientes:

<sup>291</sup> Guatecompras. Licitaciones públicas para la adquisición del medicamento Lopinavir/Ritonavir por el IGSS. Disponible en: <http://www.guatecompras.gt/concursos/consultaConAvanz.aspx> (02/04/2018)

<sup>292</sup> Guatecompras. Compras directas para la adquisición del medicamento Lopinavir/Ritonavir por el IGSS. Disponible en: <http://www.guatecompras.gt/concursos/consultaConAvanz.aspx> (02/04/2018)

<sup>293</sup> Anexo 10. Cuadro comparativo de precios elaborado por CEJIL partir de los datos de OPS e IGSS.

<sup>294</sup> Aportamos como prueba superviniente y para dar respuesta a la pregunta del juez Mac Gregor: OPS. MSPAS ratifica compromiso con OPS/OMS para la adquisición de vacunas y medicamentos. Disponible en: [http://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_content&view=article&id=163:medicamentos&Itemid=213](http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=163:medicamentos&Itemid=213)

<sup>295</sup> OPS. Fondo Estratégico. Acceso a medicamentos e insumos de calidad para todas las Américas. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12163%3Apaho-strategic-fund&catid=8775%3Aabout&Itemid=42005&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12163%3Apaho-strategic-fund&catid=8775%3Aabout&Itemid=42005&lang=es)

la Oficina Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud -OPS/OMS-; agencias del Sistema de Naciones Unidas, el Fondo Mundial -FM-; el Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA- o por negociación regional de precios que efectúe la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana -SE-COMISCA-. La ejecución de estas negociaciones se sujetará a los términos de los instrumentos contractuales suscritos <sup>296</sup>.

Pese a que existe la posibilidad de que el IGSS pueda acceder a medicamentos patentados por precios inferiores a través del Fondo, este no lo hace <sup>297</sup>. Así lo ha reconocido en diversas ocasiones el propio IGSS <sup>298</sup>. Cabe recordar que este alegato no fue controvertido por el Estado en su contestación ni durante la audiencia.

En virtud de lo anterior, las representantes sostenemos que el Estado de Guatemala violó el artículo 26 de la CADH en relación con el derecho a la salud, por sostener prácticas en materia de contratación que implican un retroceso no justificado respecto del acceso a los medicamentos antirretrovirales y que conllevan a que Guatemala no utilice todos los recursos y figuras disponibles para acceder a medicamentos genéricos y a precios de referencia internacional, por lo que no ha dispuesto de forma efectiva de sus recursos económicos disponibles para tal fin.

- iii. En Guatemala la corrupción ha sido un obstáculo para disponer de forma efectiva de los recursos disponibles y con ello garantizar el derecho a la salud

Tal y como señalamos en nuestro ESAP y durante la audiencia, los procesos de compras han estado acompañadas de factores de corrupción que han impedido una disposición efectiva del máximo de recursos disponibles para garantizar el acceso a los mismos <sup>299</sup>.

<sup>296</sup> Anexo 14 a la Contestación del Estado. Ley de Contrataciones del Estado

<sup>297</sup> El Fondo Estratégico (FE) de la OPS/OMS, también es conocido como el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública, se define como un mecanismo de adquisición regional para mejorar la disponibilidad y acceso a medicamentos y otros insumos. “Todos los ARV recomendados por la OMS de primera línea (incluido los esquemas preferentes en combinación de dosis fija) y de segunda línea, se pueden adquirir por medio del FE. Los insumos para el diagnóstico de la infección por VIH también se pueden adquirir por el FE”. “El Fondo Estratégico, en coordinación con el departamento de compras y suministros de la OPS, ha logrado acuerdos a largo plazo con fabricantes de ARV genéricos precalificados que aseguran el suministro de determinados medicamentos a un precio fijo para el periodo del contrato, que suele ser de 12 meses” Fondo Mundial, Hivos y ITPCO, “Estudios sobre las barreras legales de la propiedad intelectual aplicada a la adquisición de medicamentos ARV para VIH en Guatemala”, diciembre de 2005, pág. 47. Disponible en: [http://www.itpc-latca.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=132:estudio-de-barreras&catid=4:estudios&Itemid=22](http://www.itpc-latca.org/index.php?option=com_content&view=article&id=132:estudio-de-barreras&catid=4:estudios&Itemid=22)

<sup>298</sup> Ver Anexo 37 a nuestro ESAP. Comunicado de prensa de la Junta Directiva y Gerencia de IGSS de 13 de enero de 2017.

<sup>299</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, pág. 157

Al respecto, la Convención Interamericana contra la Corrupción<sup>300</sup>, reconoce que la corrupción “socava la legitimidad de las instituciones públicas, atenta contra la sociedad, el orden moral y la justicia, así como contra el desarrollo integral de los pueblos”<sup>301</sup>.

En relación con lo anterior, el relator de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, ha señalado que la realización del derecho a la salud se encuentra obstaculizada por las debilidades institucionales endémicas y la corrupción en todos los niveles<sup>302</sup>, lo cual según la OMS, ha significado que hasta un 25% del presupuesto del gasto público se pierda.

www.cejil.org

Así, en Guatemala han persistido casos de corrupción que han desviado recursos en materia de salud y ha impactado de forma directa en las personas que son atendidas por el sistema de salud guatemalteco<sup>303</sup>.

La persistencia de este problema fue señalada por la ex Ministra de Salud, la señora Lucrecia María Hernández Mack, quien renunció en agosto de 2017 y señaló en su

<sup>300</sup> OEA. Convención Interamericana contra la Corrupción, ratificado por Guatemala el 3 de agosto de 2001, disponible en: <https://www.oas.org/juridico/spanish/firmas/b-58.html>

<sup>301</sup> OEA. Convención Interamericana contra la Corrupción, preámbulo, disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/Tratados/b-58.html>

<sup>302</sup> Relator Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental Sr.Dainius Pūras. Observaciones Preliminares. Visita a Paraguay, 23 de septiembre al 6 de octubre de 2015, disponible en: <http://www.hchr.org.py/docs/informes/008%20Observaciones%20preliminares%20de%20la%20Visita%20del%20Relator%20de%20Salud%20a%20Paraguay%202015%20ESPA%C3%91OL.pdf>

<sup>303</sup> Cabe destacar los señalamientos en contra de la ex vicepresidenta Roxana Baldetti y el ex Presidente Otto Pérez Molina dentro del caso de defraudación aduanera conocido como “La Línea”; el desvío de aproximadamente 6.9 millones de dólares por parte del subdirector de la Dirección General de Apoyo y Logística de la Policía Nacional Civil ; la investigación contra la jueza Carol Patricia Flores por enriquecimiento ilícito, lavado de dinero e incumplimiento del deber de presentar Declaración patrimonial. En el ámbito del sistema de salud guatemalteco, uno de los casos de corrupción fue la concesión fraudulenta –por parte del IGSS- de un contrato de servicios de salud a una empresa que no contaba con las condiciones técnicas y de experiencias necesarias, lo que provocó la muerte de al menos diecisiete pacientes renales infectados por peritonitis. Dentro del caso conocido como Negociantes de la Salud, la estructura criminal buscó obtener beneficios a través de la venta de servicios médicos, medicamentos (incluidos antirretrovirales) e insumos en el IGSS los cuales procuraban colocar en el listado básico de medicamentos de la entidad y manipular los procesos de compra para resultar favorecidos. El 15 de junio de 2016, fue detenido por estos hechos el gerente del IGSS, Oscar Armando García Muñoz. Ver Nómada. “IGSS: tres pacientes renales muertos, quince infectados y #530enRiesgo”, 10 de marzo de 2015, disponible en: <https://nomada.gt/igss-tres-pacientes-renales-muertos-quince-infectados-y-530enriesgo/>; Nómada. “De cómo 530 pacientes frenaron un caso de corrupción que había matado a 12 personas”, 15 de mayo de 2015, disponible en: <https://nomada.gt/de-como-530-pacientes-frenaron-un-caso-de-corrupcion-que-habia-matado-a-12-personas/> Ver también SIPSE.com, “Escandalo en el Seguro Social de Guatemala”, 20 de mayo de 2015, disponible en: <http://sipse.com/mundo/guatemala-detienen-funcionarios-salud-caso-corrupcion-152521.html> Ver Prensa Libre. Cae gerente del IGSS por caso Negociantes de la Salud. 16 de junio de 2016. Disponible en <http://www.prensalibre.com/guatemala/justicia/detenido-gerente-del-igss-por-caso-negociantes-de-la-salud> Último acceso el 8 de agosto de 2016.

renuncia que el Ministerio de Salud enfrenta problemas de corrupción en sus estructuras internas<sup>304</sup>.

En esta misma línea, en nuestro escrito de prueba superviniente de 22 de febrero de 2018, aportamos una nota del medio La Hora, de 4 de octubre de 2017, mediante la cual se denuncia que el actual Ministro de Salud, el señor Carlos Soto, inició acciones que debilitarían la Unidad de Transparencia y Anticorrupción creada a lo interno de la cartera, la cual trabaja en colaboración con la Comisión Internacional Contra la Impunidad en Guatemala (CICIG) y el Ministerio Público para abordar e investigar los casos de corrupción que, entre otras cosas, han desviado los recursos para garantizar el tratamiento a personas con VIH<sup>305</sup>.

De igual forma, en el mismo escrito adjuntamos la nota del medio Prensa Libre, de 4 de febrero de 2018, mediante la cual se informa que el Ministerio de Salud, no renovará el convenio con el Ministerio Público y la CICIG, que permitía el funcionamiento de la Unidad de Transparencia y Anticorrupción<sup>306</sup>.

Al respecto, el Estado confirmó durante la audiencia que efectivamente el convenio que daba vida a dicha Unidad no fue renovado<sup>307</sup>.

En el presente caso, estas prácticas constituyen sin duda alguna, una desviación de los recursos financieros y económicos disponibles, que implican que Guatemala no haya dispuesto de manera efectiva el máximo de los recursos disponibles para garantizar el derecho a la salud, mediante el suministro de medicamentos esenciales para la atención del VIH en el país.

En virtud de ello, las representantes sostenemos que Guatemala violó el derecho a la salud a la luz del artículo 26 de la Convención y en relación con los artículos 1.1 y 2, por no disponer de forma efectiva, del máximo de sus recursos disponibles.

- iv. Guatemala no demostró que ha hecho todo lo posible para utilizar todos los recursos a su disposición con el fin de satisfacer las obligaciones mínimas que se desprenden del derecho a la salud

<sup>304</sup> Anexo 8 a nuestro escrito de 22 de febrero de 2018. Nota de 27 de agosto de 2017, dirigida al presidente de Guatemala, el señor Jimmy Morales.

<sup>305</sup> Anexo 9 a nuestro escrito de 22 de febrero de 2018. La Hora. Unidad Anticorrupción del MSPAS se desintegra por decisiones del nuevo Ministro. 4 de octubre de 2017. Disponible en: <http://lahora.gt/unidad-anticorrupcion-del-mspas-se-desintegra-decisiones-del-nuevo-ministro/>

<sup>306</sup> Anexo 10 a nuestro escrito de prueba superviniente de 22 de febrero de 2018. Prensa Libre. Ministerio de Salud no renueva convenio con el MP y la Cicig. 4 de febrero de 2018. Disponible en: <http://www.prensalibre.com/guatemala/politica/ministerio-de-salud-no-renueva-convenio-con-de-mp-y-cicig>

<sup>307</sup> Ver, Video 3 de audiencia, minuto 01:04:00 en adelante

Tal y como indicamos arriba, el Estado de Guatemala señaló en su Contestación<sup>308</sup> y durante la audiencia<sup>309</sup>, que no cuenta con los recursos suficientes para garantizar el derecho a la salud de las víctimas y en general de las personas con VIH.

Al respecto, el Comité DESC en su Observación General 14, ha señalado que las obligaciones que el Estado incumplió en este caso son parte del contenido mínimo del derecho a la salud. Frente a este incumplimiento Guatemala debió demostrar que utilizó el máximo de sus recursos disponibles para cumplir con dichas obligaciones<sup>310</sup>.

En ese sentido, las representantes demostramos en los apartados anteriores que el Estado no solo no garantizó el contenido mínimo que se desprende del derecho a la salud, sino que adoptó también medidas regresivas y no dispuso de manera efectiva de los recursos a su disposición para garantizar dicho derecho.

Sobre ello, esta representación acreditó ante esta Honorable Corte que en el IGSS persisten problemas de desabastecimiento crónico de tratamiento antirretroviral, además de falta de accesibilidad de los servicios de salud, debido a que el servicio está centralizado en ciudad de Guatemala<sup>311</sup>.

Asimismo, quedó acreditado que en el MSPAS los principales problemas se presentan en las Unidades de Atención Integral que se encuentran en zonas alejadas de la capital y que se resumen en falta de recursos humanos, insumos para pruebas de CD4, carga viral y tratamiento para las enfermedades relacionadas con el VIH y en ocasiones desabastecimiento<sup>312</sup>. Todos estos problemas devienen de las fallas estructurales ya explicadas.

En ese sentido, las representantes sostenemos que, en virtud de lo señalado en las secciones anteriores, el Estado guatemalteco no demostró que ha hecho todo lo posible para utilizar todos los recursos a su disposición con el fin de garantizar la atención integral en función de los estándares internacionales ampliamente desarrollados por ésta Honorable Corte y señalados arriba.

A manera de ejemplo, según la investigación realizada por el medio Plaza Pública y aportada como prueba superviniente, si se realiza un cálculo de los fondos

<sup>308</sup> Escrito de contestación del Estado de Guatemala al ESAP del caso Cuscúl Pivaral y otros vs. Guatemala, de 3 de julio de 2017, párrfs. 47-51

<sup>309</sup> Ver. Video 3 de audiencia, minuto 00:41:00 en adelante.

<sup>310</sup> Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párrs. 10-12.

<sup>311</sup> Declaración de Rocio Samayoa, declarante a título informativo, rendida ante fedatario público el 25 de febrero de 2018; Ver. Video 2 de audiencia, minuto 00:50:00 en adelante; Ver. Video 2 de audiencia, minuto 00:54:00 en adelante

<sup>312</sup> Ver Anexo 4 a nuestro escrito de prueba superviniente de 22 de febrero de 2018. PDH. Sexto Informe de la Situación de Derechos Humanos de las personas con VIH y poblaciones en más alto riesgo publicado. 2018, pág. 65. Disponible en: <https://www.pdh.org.gt/biblioteca/category/10-informes-especiales.html?download=3666:6to-informe-de-la-situaci%C3%B3n-de-derechos-humanos-de-las-personas-con-vih-y-poblaciones-en-m%C3%A1s-alto-riesgo>

públicos que se gastó el Estado en los seis antirretrovirales patentados –señalados en la investigación-, entre 2008 y 2017, y se compara con lo que se hubiera gastado en genéricos, hay una diferencia de Q34,559,128.17. (4,749,500 USD)<sup>313</sup>.

De esta forma, Guatemala pudo utilizar todos esos recursos económicos si hubiera accedido a medicamentos genéricos, para garantizar recursos humanos en las unidades de atención integral, insumos para pruebas de CD4, carga viral y tratamiento para las enfermedades relacionadas con el VIH, así como medicamentos antirretrovirales para el total de la población con VIH. Sin embargo, el Estado no lo hizo, ni aportó prueba que pudiese determinar que hizo lo posible para cumplir con tal fin.

Así, en atención a lo anterior, esta representación sostiene que Guatemala violó el artículo 26 en relación a los artículos 1.1 y 2 de la CADH, pues no demostró que hiciera lo posible para garantizar las obligaciones mínimas que se desprenden del derecho a la salud.

### *c. Conclusión*

Por todas las razones expuestas arriba, las representantes sostenemos que el Estado de Guatemala violó los derechos a la vida, integridad personal, y a la salud, por no adoptar las medidas necesarias para garantizar una atención integral adecuada, accesible, aceptable, de calidad y sin discriminación a las víctimas del presente caso, y por adoptar medidas regresivas y no disponer del máximo de los recursos disponibles de forma efectiva para garantizar el derecho a la salud.

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

Los artículos 8 y 25 de la CADH disponen las garantías del debido proceso y el derecho a la protección judicial, respectivamente. En este sentido, la Honorable Corte IDH ha establecido que:

Los Estados Partes están obligados a suministrar recursos judiciales efectivos a las víctimas de violaciones de los derechos humanos (artículo 25), los cuales deben ser sustanciados de conformidad con las reglas del debido proceso legal (artículo 8.1), todo ello dentro de la obligación general, a cargo de los mismos Estados, de garantizar el libre y pleno ejercicio de los derechos reconocidos por la Convención a toda persona que se encuentre bajo su jurisdicción (artículo 1.1)<sup>314</sup>.

<sup>313</sup> Ver Anexo 1 a nuestro escrito de 22 de febrero de 2017. Plaza Pública. Seis patentes y unos antirretrovirales prohibitivos. 17 de mayo de 2017. Disponible en: <https://www.plazapublica.com.gt/content/seis-patentes-y-unos-antirretrovirales-prohibitivos>

<sup>314</sup> Corte IDH. *Caso López Álvarez Vs. Honduras*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de febrero de 2006. Serie C No. 141, párr. 147.

Los representantes sostenemos que a partir de los hechos de este caso, los derechos mencionados fueron vulnerados desde dos perspectivas, a saber: a. El recurso de amparo interpuesto por las víctimas fue inefectivo, pues no proporcionó una solución sostenible a la falta de atención integral para las personas con VIH en Guatemala y b. El recurso fue resuelto en un plazo irrazonable, tomando en cuenta la naturaleza del derecho vulnerado. A estos dos extremos nos referiremos por separado a continuación, en el mismo orden propuesto.

www.cejil.org

- a. El recurso de amparo presentado para proteger los derechos de las personas con VIH en Guatemala y en particular de las víctimas fue inefectivo

Conforme surge de la jurisprudencia interamericana, no basta con la existencia formal de los recursos, sino que los mismos han de ser efectivos, debiendo brindar “resultados o respuestas a las violaciones de derechos reconocidos, ya sea en la Convención, en la Constitución o en la ley”<sup>315</sup>.

Cabe recordar que como consecuencia de la situación inicial de carencia absoluta de atención integral en la que se hallaban las personas con VIH en Guatemala, el 26 de julio de 2002 un grupo de ONGs y víctimas del caso *sub examine* presentaron un recurso de amparo contra el Presidente de la República de Guatemala. Así, solicitaron que se restituyera el derecho a la salud constitucionalmente reconocido para todas y cada una de las personas que vivían con VIH en ese momento en Guatemala, en virtud de que es el Presidente de la República la autoridad facultada para instaurar una política general gubernamental<sup>316</sup>.

Específicamente se requería “el traslado de los fondos presupuestarios necesarios para la compra, distribución sistemática y diaria de los tratamientos antirretrovirales necesarios para mantener [su] vida, así como el adecuado y permanente seguimiento de las personas que viv[en] con el VIH/SIDA en Guatemala”<sup>317</sup>.

Posteriormente, el 20 de agosto de 2002 el Presidente Portillo mantuvo una reunión con representantes de los recurrentes en la cual se comprometió a realizar una transferencia de una partida extraordinaria de 500.000 Q para sufragar los costos del tratamiento de las personas con VIH, al menos para el último trimestre de dicho año 2002<sup>318</sup>.

En consecuencia, el 29 de enero de 2003 la Corte Constitucional decidió rechazar el recurso interpuesto señalando que este había quedado sin materia que resolver, debido al compromiso asumido por el Presidente Portillo<sup>319</sup>.

<sup>315</sup> Corte IDH. *Caso Duque Vs. Colombia*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de febrero de 2016. Serie C No. 310, párr. 148.

<sup>316</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, pág. 167

<sup>317</sup> Ver Anexo 51 del ESAP. Acción de amparo nueva presentada ante la Corte de Constitucionalidad de fecha 26 de julio de 2002.

<sup>318</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, pág. 167

<sup>319</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, pág. 167

Haciendo alusión a ello, durante la audiencia ante esta Corte IDH, el Estado de Guatemala sostuvo que el recurso de amparo “fue declarado improcedente debido a que el Organismo Ejecutivo ya había trasladado fondos para la compra, distribución y tratamiento antirretroviral, quedando, en consecuencia, dicha acción constitucional de amparo sin materia”<sup>320</sup>.

Sin embargo, aunque el recurso era idóneo para el caso en concreto<sup>321</sup>, el mismo no resultó efectivo por las razones que expondremos a continuación.

[www.cejil.org](http://www.cejil.org)

En primer lugar, la partida extraordinaria destinada por el Presidente de la República para la compra de medicamentos fue sólo de un monto de 500.000 quetzales, el cual cubrió únicamente el tratamiento de 71 personas<sup>322</sup>, a pesar de que existían – en ese momento – al menos 50.000 individuos infectados por el VIH<sup>323</sup>.

En segundo lugar, resulta necesario resaltar que ninguna de las víctimas fue beneficiaria de la partida extraordinaria<sup>324</sup>. En efecto, si bien el 29 de enero del año 2003 la Corte de Constitucionalidad declaró sin objeto el recurso como consecuencia de la medida adoptada por el Presidente, ésta no brindó ninguna solución, siquiera temporal, a las recurrentes.

<sup>320</sup> Ver Video 3 de la audiencia, minuto 00:47:46.

<sup>321</sup> Respecto del recurso de amparo, la Constitución Política guatemalteca establece en su artículo 265 que: “Se instituye el amparo con el fin de proteger a las personas contra las amenazas de violaciones a sus derechos o para restaurar el imperio de los mismos cuando la violación hubiere ocurrido. No hay ámbito que no sea susceptible de amparo, y procederá siempre que los actos, resoluciones, disposiciones o leyes de autoridad lleven implícitos una amenaza, restricción o violación a los derechos que la Constitución y las leyes garantizan”.

Asimismo, el artículo 10 de la Ley de amparo, exhibición personal y de constitucionalidad señala que: “La procedencia del amparo se extiende a toda situación que sea susceptible de un riesgo, una amenaza, restricción o violación a los derechos que la Constitución y las leyes de la República de Guatemala reconocen, ya sea que dicha situación provenga de personas y entidades de derecho público o entidades de derecho privado”.

<sup>322</sup> Para la fecha de la presentación de la petición inicial, agosto de 2003, la compra se había concretado y con la partida presidencial se estaba atendiendo a 47 personas en el hospital Roosevelt y a 24 en el San Juan de Dios, de las cuales ninguna de ellas es víctima del presente caso. Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Ver petición inicial de 13 de agosto de 2003. Pág. 12).

<sup>323</sup> Ver Anexo 4 del ESAP. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Guatemala. Marzo 2006. Pág. 24.

<sup>324</sup> Para la fecha de la presentación de la petición inicial, agosto de 2003, la compra se había concretado y con la partida presidencial se estaba atendiendo a 47 personas en el hospital Roosevelt y a 24 en el San Juan de Dios, de las cuales ninguna de ellas es víctima del presente caso. Dicha información fue proporcionada por la Doctora Cristina Calderón y el Doctor Arathoon en 2003, quienes declararán en el momento procesal oportuno. (Ver petición inicial de 13 de agosto de 2003. Pág. 12)

Estas afirmaciones no fueron controvertidas por el Estado en su Contestación ni durante la audiencia ante esta Corte.

En tercer lugar, debe señalarse que la adopción de una medida de tal índole tiene carácter paliativo y carece de toda sostenibilidad a lo largo de tiempo. En ese sentido, teniendo en cuenta que se trata de personas con VIH y que necesitan recibir un tratamiento integral de por vida, incluyendo la provisión de medicamentos ARV, el Estado debió haber tomado medidas sostenibles con el fin de que las personas con VIH en Guatemala y en particular las víctimas pudieran contar con una atención adecuada y de calidad para el tratamiento de la enfermedad, de conformidad con el objeto del recurso de amparo interpuesto y en atención a los estándares internacionales señalados. Sin embargo, como quedó demostrado en el presente proceso, Guatemala no lo hizo.

- b. El recurso de amparo interpuesto para proteger los derechos de las personas con VIH en Guatemala y en particular de las víctimas no fue resuelto en un plazo razonable

Este Alto Tribunal ha sostenido que los recursos judiciales deben ser resueltos en un plazo razonable<sup>325</sup>. Para determinar si un recurso ha sido resuelto en un plazo razonable, este Alto Tribunal ha señalado que se requiere analizar los siguientes elementos:

- i) la complejidad del asunto; ii) la actividad procesal del interesado; iii) la conducta de las autoridades judiciales, y iv) la afectación generada en la situación jurídica de la persona involucrada en el proceso. La Corte recuerda que corresponde al Estado justificar, con fundamento en los criterios señalados, la razón por la cual ha requerido del tiempo transcurrido para tratar el caso y, de no demostrarlo, la Corte tiene amplias atribuciones para hacer su propia estimación al respecto<sup>326</sup>.

Al respecto, y teniendo en consideración los hechos particulares del presente caso, cabe resaltar que la Corte IDH ha indicado que cuando se trata de personas con VIH “lo que est[á] en juego en el proceso judicial e[s] de crucial importancia para el peticionario, debido a la naturaleza de su enfermedad”<sup>327</sup> y que es requerida “una ‘diligencia excepcional’, independientemente de la cantidad de casos pendientes”<sup>328</sup>.

<sup>325</sup> Corte IDH. *Caso Genie Lacayo Vs. Nicaragua*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de enero de 1997. Serie C No. 30, párr. 74; Corte IDH. *Caso Valle Jaramillo y otros Vs. Colombia*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 2008. Serie C No. 154.

<sup>326</sup> Corte IDH. *Caso Valle Jaramillo y otros Vs. Colombia*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 2008. Serie C No. 155.

<sup>327</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 313.

<sup>328</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 313.

No obstante, en el caso que nos ocupa, la Corte de Constitucionalidad demoró más de 6 meses en rechazar el recurso<sup>329</sup>. Teniendo en cuenta la “diligencia excepcional”<sup>330</sup> que han de tener los Estados en los procesos judiciales relativos a personas con VIH, resulta notorio que el plazo de resolución fue irrazonable, a la luz de los estándares interamericanos enunciados por este Tribunal expuestos *supra*.

Por todo lo expuesto, las representantes le solicitamos a la Honorable Corte Interamericana de Derechos Humanos que declare que el Estado de Guatemala ha violado los derechos contenidos en los artículos 8 y 25 de la CADH, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento, como consecuencia de no haber respetado ni garantizado el derecho que tienen los individuos a la protección judicial y a las garantías del debido proceso.

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

Tal y como quedó demostrado a lo largo del litigio, los hechos de este caso impactaron en el derecho a la integridad personal de los familiares de las víctimas del presente caso. Tales alegaciones no fueron controvertidas por el Estado de Guatemala, por lo que solicitamos a la Honorable Corte que declare como violado el artículo 5 de la Convención en perjuicio de los familiares de las víctimas del caso en cuestión.

Al respecto, esta Honorable Corte ha establecido que “los familiares de las víctimas de violaciones de los derechos humanos pueden ser, a su vez, víctimas”<sup>331</sup>. De este modo, el Alto Tribunal manifestó que el derecho a la integridad psíquica y moral de las y los familiares puede verse violado “con motivo del sufrimiento que estos han padecido a causa de las actuaciones u omisiones de las autoridades estatales”<sup>332</sup>.

En esta misma línea, la Corte IDH estableció que “la contribución por parte del Estado al crear o agravar la situación de vulnerabilidad de una persona tiene un impacto significativo en la integridad de las personas que le rodean, en especial de familiares cercanos”<sup>333</sup>.

Adicionalmente, esta Corte ha reconocido la afectación de personas con quienes las víctimas mantenían un vínculo afectivo cercano a pesar de no existir un

<sup>329</sup> El recurso de amparo fue interpuesto por las demandantes el día 26 de julio de 2002 y fue rechazado el 29 de enero de 2003 por la Corte de Constitucionalidad.

<sup>330</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 313.

<sup>331</sup> Corte IDH. *Caso Furlan y Familiares Vs. Argentina*. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Serie C No. 246, párr. 249.

<sup>332</sup> Corte IDH. *Caso Furlan y Familiares Vs. Argentina*. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Serie C No. 246, párr. 249..

<sup>333</sup> Corte IDH. *Caso Furlan y Familiares Vs. Argentina*. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Serie C No. 246, párr. 250.

parentezco legal<sup>334</sup>, por lo que reiteramos nuestra solicitud para que se tenga como víctimas familiares a personas que no tienen relación biológica con las víctimas a pesar de haber prestado el apoyo y la atención durante el desarrollo y padecimiento de la enfermedad<sup>335</sup>.

Así, los familiares de las víctimas y personas cercanas a esta se han visto afectados en este caso por haber tenido que ser testigos del deterioro de la salud de sus seres queridos debido a la omisión absoluta del Estado de brindarles atención a las víctimas durante los primeros años de la década del 2000, lo que incluso llevó a la muerte de algunas de estas<sup>336</sup>.

www.cejil.org

Posteriormente se vieron afectados por la falta de una atención integral por parte del Estado a sus seres queridos y las implicaciones que esto tuvo en la vida de estos últimos<sup>337</sup>.

A modo de ejemplo, Carlos Fernando Coc Chajón describió como fue para él y su familia cuando fueron informados del diagnóstico de su hermano, Ismar Ramírez Chajón: “Fue un golpe muy duro para toda la familia nos tuvimos que acoplar a los altibajo de salud de mi hermano, poder ver que estaba enfermo sin poder hacer nada, solo sentarnos a la par de él y solo verlo y no poder hacer nada, calmarlo pero no teníamos cómo ayudarlo”<sup>338</sup>.

A ello se suma el hecho de que muchos de los familiares de las víctimas y personas cercanas a estas tuvieron que asumir su cuidado. Así, por ejemplo, Luis Alberto

<sup>334</sup> Corte IDH. *Caso Servellón García y otros Vs. Honduras*. Sentencia de 21 de septiembre de 2006. Serie C No. 152, párr. 138.

<sup>335</sup> Escrito de solicitudes, argumento y pruebas de 31 de marzo de 2017, pág. 169

<sup>336</sup> Reina López, Facundo Reyes y Petrona López Robledo.

<sup>337</sup> Ver Anexo 41 del ESAP. Listado anexo al Informe de Fondo de la CIDH de 6 de junio de 2016.; Ver Anexo 6 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de María Magdalena Rodas Mérida, familiar de Audencio Rodas Rodríguez, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María De Jesús Chajón de León de 5 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 4 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Carlos Fernando Coc Chajón, familiar de Ismar Ramírez Chajón, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver Anexo 5 del Escrito de las peticionarias presentado el 26 de febrero de 2018. Declaración de Luis Alberto Hernández Estrada, familiar de Elsa Miriam Estrada, víctima del caso, rendida ante fedatario público; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Antonio Miranda Méndez de fecha 12 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Lexana Rosberty Pérez Vail de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Antonio Vail Molina de fecha 9 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Noelia Elizabeth Cayaxón de 11 de febrero de 2017. Guatemala. Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Cruz García Ramos de 11 de enero de 2017, Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Sandra Judith Pérez Cayaxón de 13 de enero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Leonel Celestino Mazariegos Cinto de 20 de diciembre de 2016, Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de María Elena Morales Villafuerte de 10 de febrero de 2017. Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Nancy Beatriz Valdez Pérez de 21 de diciembre de 2016. Guatemala; Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Victoria Ramírez Ramos de 11 de febrero de 2017. Guatemala.

<sup>338</sup> Declaración de Carlos Fernando Coc Chajón, familiar de Ismar Ramírez Chajón, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 23 de febrero de 2018.

Hernández Estrada explicó que, con el diagnóstico de su madre, Miriam Hernández Estrada, se impactó a toda su familia. En palabras de él, “Todo ello afectaba, casi solo yo la acompañaba y yo dejaba de hacer cosas para trabajar, de hecho que mi papá muriera conlleva a que dejáramos de estudiar y con la atención a mi mamá se nos hacía más difícil lo demás”<sup>339</sup>.

Además, sufrieron la incertidumbre de que, frente a la falta de atención adecuada, sus familiares pudieran perder la vida. Como señala la perita Olga Paz, la muerte es una constante y está presente en la vida todo el tiempo, desde que se recibe el diagnóstico, tanto para las víctimas como para su familia<sup>340</sup>.

Finalmente, algunos de ellos se vieron enfrentados al hecho de que sus familiares fallecieran por la falta de una atención integral por parte del Estado. Así, Carlos Fernando Coc Chajón cuenta de la siguiente manera el impacto que tuvo para él la muerte de su hermano en las condiciones descritas. Al respecto dijo:

Si Ismar no hubiera muerto no me hubiera quedado en primero básico porque él me apoyaba mucho y no hubiera sufrido lo que sufrí, no me hubiera tatuado, si él hubiera vivido más no hubiera perdido a mis hijos, no hubiera hecho las tonteras que hice porque él era mi guía y me aconsejaba, fue el que me levantaba<sup>341</sup>

En el mismo sentido, señaló que:

Nos afecta la vida completa, era como mi papá y me quedé sin él. Y cometí muchos errores que estando él quizá no hubieran sucedido, incluso dejé de estudiar. Mi mamá tiene diabetes después de que paso todo esto, la afectación fue total<sup>342</sup>.

Según la perita Olga Paz, “todas las personas y sus familias deben tener acceso a servicios psicológicos que aborden estos sentimientos”<sup>343</sup>. Sin embargo, ninguna reportó haberlo recibido.

Por otro lado, de las declaraciones se observa también que, además del impacto psicológico, la falta de atención integral a las víctimas ocasionó grandes detrimentos económicos en los grupos familiares, afectando el proyecto de vida de algunos de ellos.

<sup>339</sup> Declaración de Luis Alberto Hernández Estrada, familiar de Elsa Miriam Estrada, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 23 de febrero de 2018.

<sup>340</sup> Ver peritaje de Olga Alicia Paz, pág. 14

<sup>341</sup> Declaración de Carlos Fernando Coc Chajón, familiar de Ismar Ramírez Chajón, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 23 de febrero de 2018.

<sup>342</sup> Declaración de Carlos Fernando Coc Chajón, familiar de Ismar Ramírez Chajón, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 23 de febrero de 2018.

<sup>343</sup> Ver peritaje de Olga Alicia Paz, pág. 17

Por ejemplo, María Magdalena Rodas Mérida señaló como les afectó económicamente la enfermedad de su padre, el señor Audencio Rodas, de la siguiente forma:

Económicamente cuando nos enteramos del problema de él, tuvimos que ser ahorrativos en todo, es decir, realizábamos trabajo en casas y lo que ganábamos ya no era para nosotros sino para apoyar. Pero como teníamos ahora que cuidarlo, nos cambiamos de trabajo y nos íbamos a las dos de la mañana que pasaba un camión para llevarnos a tapiscar café, a las tres de la tarde estábamos de regreso y nos dedicábamos ya a cuidar a mi papá, eso fue muy desgastante<sup>344</sup>.

www.cejil.org

Asimismo, María Magdalena afirmó que como consecuencia de la enfermedad ya no pudo seguir estudiando “ni mis hermanos, y la juventud ya no la recupero”<sup>345</sup> y que “como no nos daban nada, todos mis hermanos y yo nos dedicamos a trabajar y cuidarlo, en lugar de seguir nuestras vidas. Ya no estudió ninguno de nosotros, por ejemplo”<sup>346</sup>.

Ello fue corroborado en el peritaje de Olga Paz, quien señaló que:

La dinámica familiar se alteró, la compañera y madre tuvo que salir a buscar trabajo fuera, y una de las hijas se quedó en la casa para cuidar de él, ella es quien lo lleva a los hospitales y a los doctores, además se encarga de preparar sus alimentos y del cuidado de la casa. Las hijas pequeñas ya no pudieron ir a estudiar, “todavía tenía hijos pequeños un par de gemelas, se quedaron ya solo con sexto año que les pudo dar mi mujer de estudio”<sup>347</sup>.

Otro claro ejemplo de la afeción generada a partir de los detrimentos económicos surge con la declaración de Carlos Fernando Coc Chajón, quien explicó que no han podido terminar de pagar una hipoteca que quedó pendiente con el fallecimiento de su hermano Ismar Ramírez, quien era el sustento económico de la familia<sup>348</sup>.

De la misma forma, la señora Zoila Marina Pérez señaló durante la audiencia pública el impacto que tuvo en sus hijos el diagnóstico del VIH tanto en ella como en su esposo. Al respectó doña Zoila señaló que sus hijo e hija mayores tuvieron que emigrar a Estados Unidos para poder mandar dinero para comprar los medicamentos –incluso su hija mayor tuvo que dejar a su bebé para poder migrar–; y sus hijas e hijos menores no pudieron seguir estudiando para poder trabajar y cuidarles<sup>349</sup>. No fue sino hasta que se estabilizó la salud de los señores, que los

<sup>344</sup> Declaración de María Magdalena Rodas Mérida, familiar de Audencio Rodas Rodríguez, víctima del caso, rendida ante fedatario el 23 de febrero de 2018.

<sup>345</sup> Declaración de María Magdalena Rodas Mérida, familiar de Audencio Rodas Rodríguez, víctima del caso, rendida ante fedatario el 23 de febrero de 2018.

<sup>346</sup> Declaración de María Magdalena Rodas Mérida, familiar de Audencio Rodas Rodríguez, víctima del caso, rendida ante fedatario el 23 de febrero de 2018.

<sup>347</sup> Ver peritaje de Olga Alicia Paz, pág. 27

<sup>348</sup> Declaración de Carlos Fernando Coc Chajón, familiar de Ismar Ramírez Chajón, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 23 de febrero de 2018.

<sup>349</sup> Ver. Video 2 de audiencia, minuto 00:06:00 en adelante y minuto 00:36:30 en adelante

hijos mayores empezaron a apoyar económicamente a sus hermanos para que siguieran estudiando<sup>350</sup>.

Al respecto, la perita Olga Paz señaló que la familia de doña Zoila “se desintegró y cada vez que viajan a Guatemala por el medicamento, todos los hijos deben aportar a los padres”<sup>351</sup>.

En ese sentido, la perita explica en su peritaje que “En las familias se evidencia el impacto debido a que los hijos han tenido que asumir a corta edad el rol de cuidadores de sus padres o de proveedores (...). Las hijas, que debieron de ser cuidadas por los padres se vuelven en las cuidadoras”<sup>352</sup> y que “Todas estas experiencias (...) ha provocado la pérdida del proyecto de vida y el empobrecimiento de las familias”<sup>353</sup>.

Por otra parte, la falta de atención integral durante el embarazo, afectó directamente a los hijos e hijas que se vieron infectados del virus por la transmisión vertical. Así, por ejemplo, la señora Sandra Lisbeth y Corina Robledo no recibieron una atención integral por lo que transmitieron el VIH a sus hijos [REDACTED] Girón Zepeda<sup>354</sup>, y L.A.L, vía transmisión vertical<sup>355</sup>.

L.A.L. explicó en su declaración el profundo impacto que esto ha tenido en su vida:

(...) yo cuando fui creciendo, yo pensaba en mi novia, cuando yo le dijera eso y si me iba a querer, o no, no sabía, pero estuve platicando. Pero estuve platicando con la psicóloga y dijo que no pensara mucho en eso, y mi novia me dice que me quiere y entonces yo le digo “eso está por verse”, “por qué me dices así” entonces yo le dije a la psicóloga y me dijo que no le estuviera diciendo mucho para que no le entre la duda y que le diga cuando ya esté en cosa seria<sup>356</sup>.

En suma, resulta evidente de lo expuesto en sus declaraciones por las personas familiares, que la falta de una atención integral a las víctimas vulneró de manera directa su integridad persona.

En virtud de todo ello, las representantes solicitamos a la Honorable Corte que declare que el Estado de Guatemala es responsable por la violación del derecho a la integridad personal de las y los familiares de las víctimas, como consecuencia de

<sup>350</sup> Ver. Video 2 de audiencia, minuto 00:06:00 en adelante y minuto 00:36:30 en adelante

<sup>351</sup> Ver peritaje de Olga Alicia Paz, pág. 30-31

<sup>352</sup> Ver peritaje de Olga Alicia Paz, pág. 30-31

<sup>353</sup> Ver peritaje de Olga Alicia Paz, pág. 30-31

<sup>354</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, págs. 100- 102

<sup>355</sup> Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Corina Dianeth Robledo Alvarado de 12 de febrero de 2017. Guatemala

<sup>356</sup> Ver Anexo 38 al ESAP. Declaración de LAL de 12 de febrero de 2017. Guatemala

la afectación sufrida por la falta de una atención integral a las 49 personas con VIH del presente caso.

## V. Consideraciones sobre reparaciones

Los representantes reiteramos nuestras solicitudes de reparación expuestas en nuestro ESAP<sup>357</sup>. En atención a ello, solicitamos a la Honorable Corte que ordene al Estado de Guatemala, la reparación integral de los daños ocasionados a las 49 víctimas del presente caso y a sus familiares, como consecuencia de las violaciones a sus derechos consagrados en los artículos 4, 5, 8, 19, 25 y 26 de la Convención Americana, en relación con los artículos 1.1 y 2 del mismo instrumento.

A continuación, presentaremos, en primer lugar, algunas consideraciones preliminares sobre la posición del Estado respecto de las reparaciones.

En segundo lugar, presentaremos nuestras solicitudes respecto de las reparaciones, haciendo especial énfasis en los argumentos introducidos por el Estado, así como la prueba producida a lo largo de este proceso.

### A. Consideraciones preliminares

En su escrito de contestación a la presentación del caso a la Corte Interamericana por parte de la Ilustre Comisión y a nuestro ESAP, el Estado de Guatemala alegó respecto de las reparaciones solicitadas que “ya se han adoptado las medidas necesarias para asegurar que todas las víctimas sobrevivientes del presente caso (...) y que ya se han implementado los mecanismos de no repetición”<sup>358</sup>.

No obstante, las representantes observamos que, la supuesta implementación de mecanismos de no repetición señalada por el Estado, no se ve reflejada en la atención que reciben hoy en día las víctimas y que, como quedó ampliamente demostrado en el contexto, afecta a la mayor parte de la población con VIH en el país.

En ese sentido, tal y como señalamos a lo largo del presente proceso, el Estado no logró demostrar que las medidas supuestamente adoptadas por éste han sido efectivas para revertir las prácticas violatorias a derechos humanos ejemplificadas en este caso.

En atención a ello, resulta fundamental que esta Honorable Corte ordene al Estado de Guatemala la adopción de medidas con el fin de reparar el daño causado a las 49 víctimas y sus familiares, a raíz de las violaciones a sus derechos y asegurar que hechos como los del caso no vuelva a ocurrir mediante la adopción de medidas de no repetición.

<sup>357</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, págs. 173 -196

<sup>358</sup> Escrito de contestación del Estado de Guatemala al ESAP del caso Cuscúl Pivaral y otros vs. Guatemala, de 3 de julio de 2017, párr.167

Así, a continuación, haremos referencia, en primer lugar, a las medidas de restitución y, en segundo lugar, a las medidas de no repetición que solicitamos que esta Honorable Corte ordene al Estado adoptar.

### B. Medidas de restitución

En virtud de las violaciones a los derechos de las víctimas cometidas por el Estado de Guatemala, este debe adoptar medidas con el fin de reparar el daño causado a las víctimas de este caso que permanecen con vida y a los familiares de las 49 víctimas del presente caso.

www.cejil.org

En ese sentido, reiteramos las solicitudes realizadas en nuestro ESAP. Sin embargo, en esta ocasión haremos especial énfasis en nuestra solicitud en el sentido de que el Estado debe garantizar la atención médica integral y accesible a las víctimas del caso que permanecen con vida y la atención médica y psicológica a los familiares de todas las víctimas<sup>359</sup>. A continuación, nos referiremos a dichas medidas, en el orden señalado.

#### *1. Garantizar atención médica integral y accesible a las víctimas que permanecen con vida*

Las representantes hemos demostrado en el marco del presente litigio que la falta de una atención integral en los términos establecidos por los estándares internacionales de la materia, ocasionó graves afectaciones a la integridad física y psicológica, a la vida y a la salud de todas las víctimas del presente caso.

Así se desprende de las declaraciones juradas aportadas durante el presente proceso<sup>360</sup>, así como de las declaraciones brindadas durante la audiencia y los respectivos peritajes realizados por el doctor Ricardo Boza y la doctora Olga Alicia Paz<sup>361</sup>.

En virtud de lo anterior, tal como lo ha establecido en su jurisprudencia previa, solicitamos que este Alto Tribunal ordene al Estado de Guatemala que suministre el tratamiento integral a las víctimas sobrevivientes en atención a su condición de

<sup>359</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, págs. 175-178

<sup>360</sup> Declaración de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 24 de febrero de 2018; Declaración de Francisco Sop Quiej, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 23 de febrero de 2018; Declaración de Dora Marina Martínez Sofoifa, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 25 de febrero de 2018; Declaración de Carlos Fernando Coc Chajón, familiar de Ismar Ramírez Chajón, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 23 de febrero de 2018; Declaración de Luis Alberto Hernández Estrada, familiar de Elsa Miriam Estrada, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 23 de febrero de 2018; Declaración de María Magdalena Rodas Mérida, familiar de Audencio Rodas Rodríguez, víctima del caso, rendida ante fedatario el 23 de febrero de 2018; ; Declaración de Luis Cuscúl Pivaral, víctima del caso, rendida ante fedatario el 5 de marzo de 2018. Declaraciones ante audiencia pública de Félix de Jesús Cabrera y Zoila Marina Pérez, víctimas del caso.

<sup>361</sup> Ver resumen de peritaje del Doctor Ricardo Boza y peritaje de Olga Alicia Paz.

pacientes de VIH, el cual debe incluir el nivel de prevención, tratamiento, atención y apoyo que requieran, el cual debe tomar en cuenta los padecimientos físicos y psicológicos sufridos por las víctimas, como consecuencia de las violaciones a sus derechos humanos<sup>362</sup>.

Así, el Estado debe garantizar a través de sus instituciones públicas de salud y de forma inmediata, oportuna, adecuada y efectiva, el tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico, que requieran las víctimas sobrevivientes de este caso, el cual debe incluir el suministro gratuito de todos los medicamentos que estas requieran, incluyendo, medicamentos antirretrovirales y aquellos que sean necesarios para el tratamiento de enfermedades oportunistas y asociadas al VIH<sup>363</sup>. Igualmente debe incluir la realización de las pruebas de CD4, Carga Viral, Genotipo y cualquier otra prueba necesaria, así como otras tecnologías relacionadas para la atención del VIH, de las infecciones oportunistas y de otras enfermedades<sup>364</sup>.

Dicha atención debe prestarse, en la medida de lo posible, en el centro más cercano a su lugar de residencia por el tiempo que sea necesario<sup>365</sup>.

Dado que quedó demostrado que la totalidad de las víctimas viven en condiciones de pobreza y gran parte de ellas vive en zonas rurales<sup>366</sup>, lejos de las clínicas de atención, las representantes consideramos fundamental que el Estado asuma los gastos de transporte y alimentación por el para que las víctimas puedan asistir a las Unidades de Atención Integral, sin que esto les genere gastos adicionales.

Además, solicitamos que cuando sea necesario recurrir a la atención en clínicas privadas, el Estado asuma los gastos necesarios<sup>367</sup>.

<sup>362</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párrs.358- 359; Corte IDH. *Caso Barrios Altos Vs. Perú*. Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2001. Serie C No. 87, párrs. 42 y 45

<sup>363</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 359.

<sup>364</sup> Anexo 3. ONUSIDA. Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada de 2006, comentario a la sexta directriz, párr. 26.

<sup>365</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 359.

<sup>366</sup> María Blanca Vail López, José Rubén Delgado López, Juana Aguilar, Sebastián Emilio Dueñas, Julia Aguilar, Felipe Ordóñez, Martina Candelaria Álvarez Estrada, Ingrid Janeth Barillas Martínez, Sayra Elisa Barrios, Cesar Noé Cancinos Gómez, Aracely Cinto, María Felipe Pérez, Ismerai Olivia García Castañón, Santos Isacar Vásquez Barrios, Mardo Luis Hernández, Dora Marina Martínez Sofojija, Pascuala de Jesús Mérida, Darinel López Montes de Oca, Israel Pérez Charal, Corina Dianeth Robledo Alvarado, Audencio Rodas Rodríguez, Zoila Marina Pérez Ruiz, Santiago Francisco Valdez Aguilar, Teresa Magdalena Ramírez Castro, Facundo Gómez Reyes, Petrona López Robledo, José Cupertino Ramírez.

<sup>367</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 360.

Asimismo, el Estado deberá garantizar a todas las víctimas una buena alimentación y apoyo social, espiritual y psicológico, así como atención familiar, comunitaria y domiciliaria, con un enfoque de género<sup>368</sup>.

Asimismo, debe proveer de forma permanente y gratuita preservativos, lubricantes, material de inyección estéril, fármacos antirretrovirales y el tratamiento necesario para prevenir la transmisión vertical<sup>369</sup>. De igual forma, el Estado debe garantizar que la atención integral sea culturalmente adecuada en los casos en que las hablen alguna lengua indígena, como la señora María Felipe Pérez.

Por último, y dada las afectaciones que provoca la lipodistrofia en la integridad de las personas, como pudo observar esta Honorable Corte a través del testimonio de la señora Zoila Pérez, el Estado debe proporcionar de inmediato la atención necesaria para tratar dicha enfermedad a todas las víctimas que la padecen, incluyendo la cirugía plástica requerida, en un plazo no menor a los seis meses, después de emitida la sentencia<sup>370</sup>.

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

Como ha quedado demostrado en nuestro ESAP y durante la audiencia, la falta de una atención integral ocasionó la muerte de 13 personas con VIH, lo que le causó un profundo sufrimiento a sus familiares, que vieron la salud de sus seres queridos deteriorarse, para finalmente fallecer debido a la actitud negligente del Estado<sup>371</sup>.

De igual forma, los familiares de las víctimas sobrevivientes también experimentaron profundos sufrimientos por el deterioro de la salud de sus seres queridos por la falta de atención integral del Estado y porque en muchos casos se vieron obligados a hacerse cargo del cuidado de estos, afectando irremediabilmente su proyecto de vida.

Cabe recordar que, como parte de la atención integral a los pacientes de VIH, el Estado tiene además la obligación de brindar, apoyo familiar y comunitario, mismo que no fue proporcionado a los familiares de las víctimas del presente caso.

En consecuencia, solicitamos a este alto Tribunal que como en otras ocasiones disponga “la obligación a cargo del Estado de brindar gratuitamente y de forma inmediata, a través de sus instituciones de salud especializadas, el tratamiento médico y psicológico requerido por los familiares declarados víctimas”<sup>372</sup>.

<sup>368</sup> Anexo 3. ONUSIDA. Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada de 2006, comentario a la sexta directriz, párr. 26.

<sup>369</sup> Anexo 3. ONUSIDA. Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada de 2006, comentario a la sexta directriz, párr. 26.

<sup>370</sup> Ver. Video 2 de audiencia, minuto 00:13:20 en adelante

<sup>371</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, pág. 177

<sup>372</sup> Corte IDH. Caso de la Masacre de La Rochela Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 11 de mayo de 2007. Serie C No. 163, párr. 302

Dicho tratamiento debe ser proporcionado por personal competente y de confianza, y debe incluir todos los gastos que genere el tratamiento, incluidos el transporte y otras necesidades que puedan presentarse<sup>373</sup>.

### C. Medidas para garantizar la atención integral y adecuada a las personas con VIH en Guatemala

Ha quedado acreditado durante el presente proceso que las violaciones a los derechos humanos de las víctimas se dieron producto de una serie de factores estructurales que han afectado la atención de casi la totalidad de las personas con VIH en Guatemala.

www.cejil.org

En virtud de lo anterior, reiteramos nuestra solicitud a la Honorable Corte para que ordene al Estado de Guatemala que adopte las siguientes medidas destinadas a hacer frente a estos factores estructurales.

#### 1. *Creación de una base de datos y sistema de información único e integrado en todas las Unidades de Atención Integral sobre la epidemia de VIH*

Esta representación acreditó ante esta Honorable Corte durante el presente proceso, que Guatemala mantiene serias falencias en la recolección de información y datos, lo cual ha generado que en el país no exista acceso a información oficial completa y precisa relativa a la epidemia de VIH en el país<sup>374</sup>.

Tal y como se desprende de nuestro ESAP y de la prueba aportada durante el proceso, en Guatemala existen carencias en cuanto a sistemas de información estandarizados y oportunos, que permitan recopilar y registrar datos sobre la prevalencia del VIH en el país, lo cual además ha generado un subregistro de la información e impactado en la atención que reciben las personas con VIH<sup>375</sup>.

Al respecto, es importante recordar que una de las obligaciones básicas que el Estado debe cumplir para garantizar el derecho a la salud<sup>376</sup>, es la generación de “indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente

<sup>373</sup> Corte IDH. *Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2010 Serie C No. 216, párr. 251,252 y 253; Corte IDH. *Caso de la Masacre de La Rochela Vs. Colombia*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 11 de mayo de 2007. Serie C No. 163, párr. 302

<sup>374</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, pág. 182

<sup>375</sup> Anexo 1. MSPAS. Informe Nacional de la Cascada del Continuo de Atención en VIH, Indicador de sobrevida y situación inmunológica, Guatemala. 2018. Pág. 2; Ver Anexo 4 a nuestro escrito de prueba superviniente de 22 de febrero de 2018. PDH. Sexto Informe de la Situación de Derechos Humanos de las personas con VIH y poblaciones en más alto riesgo publicado. 2018, pág. 22. Disponible en: <https://www.pdh.org.gt/biblioteca/category/10-informes-especiales.html?download=3666:6to-informe-de-la-situaci%C3%B3n-de-derechos-humanos-de-las-personas-con-vih-y-poblaciones-en-m%C3%A1s-alto-riesgo>

<sup>376</sup> Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 43

los progresos realizados; el proceso mediante el cual se concibe la estrategia y el plan de acción, así como el contenido de ambos, deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados”<sup>377</sup>.

Al respecto, la Ilustre Comisión Interamericana en su informe sobre *El Derecho de acceso a la información en el marco del Sistema Jurídico Interamericano*, señaló que el Estado tiene la obligación de generar información estadística desagregada<sup>378</sup>. Sobre ello, en su informe sobre los “Lineamientos para la Elaboración de Indicadores de Progreso en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, la CIDH señaló que,

(...) la obligación del Estado de adoptar medidas positivas para resguardar el ejercicio de derechos sociales tiene importantes derivaciones, por ejemplo, en cuanto al tipo de información estadística que el Estado debe producir. La producción de información debidamente desagregada, a efectos de determinar estos sectores desaventajados o postergados en el ejercicio de derechos, desde esta perspectiva, no es sólo un medio para garantizar la efectividad de una política pública, sino una obligación indispensable para que el Estado pueda cumplir con su deber de brindar a estos sectores atención especial y prioritaria. A modo de ejemplo, la desagregación de los datos por sexo, raza o etnia constituye una herramienta imprescindible para iluminar problemas de desigualdad<sup>379</sup>.

Así también, el Comité DESC, ha precisado que los Estados están obligados producir bases de información a partir de las cuáles sea posible la validación de indicadores y, en general, el acceso a muchas de las garantías cubiertas por cada derecho social<sup>380</sup>. En ese sentido “es evidente que se requieren datos tanto cualitativos como cuantitativos a fin de evaluar de manera adecuada la situación”<sup>381</sup>.

En Guatemala, las carencias en el registro y monitoreo de la información relativa al VIH se ha mantenido a lo largo de los años. Así lo señaló el informe de la Secretaría de Planificación de la Presidencia de la República de Guatemala (en adelante,

<sup>377</sup> Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párrs. 43; ver también Corte IDH. Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr.163.

<sup>378</sup> CIDH. El Derecho de acceso a la información en el marco del Sistema Jurídico Interamericano. OEA/Ser.L/V/II. CIDH/RELE/INF. 9/12 7 marzo 2011. Párrs. 35-36. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/expresion/docs/publicaciones/ACCESO%20A%20LA%20INFORMACION%202012%20da%20edicion.pdf> <https://www.oas.org/es/cidh/expresion/docs/publicaciones/ACCESO%20A%20LA%20INFORMACION%202012%20da%20edicion.pdf>

<sup>379</sup> CIDH. Lineamientos para la Elaboración de Indicadores de Progreso en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. OAS/Ser.L/V/II.132, Doc. 14. 19 de Julio de 2008. Párr. 58. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdf>. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdf>.

<sup>380</sup> ONU – Comité DESC. Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Doc. ONU E/C.12/2000/4 (2000). Párr. 63.

<sup>381</sup> ONU – Comité DESC. Observación general 1, Presentación de informes por los Estados Partes. Doc. ONU E/1989/22 (1989). Párr. 7.

“SEGEPLAN”) del año 2013, que indica que, “se requieren mayores esfuerzos en la generación de información respecto a la prevención y atención de la epidemia”<sup>382</sup>.

Asimismo, especifica que no todas las Unidades de Atención Integral reportan sus datos y que “dadas las características de notificación y monitoreo del VIH, es difícil poder tener un panorama certero del acceso a ARV y su relación con la prevalencia en el país”<sup>383</sup>.

En ese mismo sentido, el MSPAS señaló en su informe más reciente, publicado en 2018 que

Algunos de los aspectos limitantes al momento de la recopilación de los datos, que ha influido en los resultados obtenidos para la presente cascada y que ha sido un factor repetitivo en las diferentes cascadas construidas, ha sido que no todas las UAI tienen al día el ingreso de datos a MANGUA y que este sistema no está unificado a la última versión a nivel nacional<sup>384</sup>.

Esto ha generado que las UAI lleven sus propias bases, ya sea para responder a los reportes de país o a sus propios requerimientos; sin embargo, estas bases, al no ser estandarizadas entre todos los servicios, no responden, a la mayoría de las variables o a la información requerida<sup>385</sup>.

En ese sentido ONUSIDA señaló en un informe de 2015 que “el proceso de registro de los casos vinculados a atención no es homogéneo para todas las UAIs, en algunas de ellas los nuevos casos son registrados en el MANGUA solamente cuando las personas diagnosticadas reciben atención médica y no cuando reciben el resultado la prueba confirmatoria”<sup>386</sup>.

De igual forma, como quedó acreditado por el peritaje del doctor Boza, Guatemala no sigue las recomendaciones dadas por la OMS para la confección y seguimiento de los pacientes en un expediente médico<sup>387</sup>, lo que produjo fallas en la atención médica. Al respecto

(...) se demostró en los pacientes en quienes, por falta de un instrumento apropiado de recolección de datos, no se realizaron diagnósticos y

<sup>382</sup> Ver Anexo 9. Secretaría de Planificación de la Presidencia de la República de Guatemala – SEGEPLAN- Informe de Avances 2013. Política de Desarrollo Social y Población. Política de Desarrollo Social y Población. Pág. 22.

<sup>383</sup> Ver Anexo 9. Secretaría de Planificación de la Presidencia de la República de Guatemala – SEGEPLAN- Informe de Avances 2013. Política de Desarrollo Social y Población. Política de Desarrollo Social y Población. Pág. 26.

<sup>384</sup> Anexo 1. MSPAS. Informe Nacional de la Cascada del Continuo de Atención en VIH, Indicador de sobrevida y situación inmunológica, Guatemala. 2018. Pág. 29

<sup>385</sup> Anexo 1. MSPAS. Informe Nacional de la Cascada del Continuo de Atención en VIH, Indicador de sobrevida y situación inmunológica, Guatemala. 2018. Pág. 30

<sup>386</sup> Anexo 3. ONUSIDA, OPS, MSPAS. “Avanzando hacia el control de la epidemia de VIH y Sida en Guatemala, agosto de 2015. Pág. 32

<sup>387</sup> OMS. “Medical Records Manual. A Guide for Developing Countries. 2006. Disponible en: [http://www.wpro.who.int/publications/PUB\\_9290610050/en/](http://www.wpro.who.int/publications/PUB_9290610050/en/)

seguimientos adecuados (en todos falta la historia clínica y el examen físico y notas de evolución claras)<sup>388</sup>.

En ese mismo sentido, el perito Boza señaló que el expediente médico

Es un documento médico- legal y médico-científico, en el sentido de que cualquier persona relacionada con estos campos pueda revisarlo en cualquier momento y obtener conclusiones claras, iguales o divergentes, con las que el médico indicó inicialmente. Además, es un documento que permite la comunicación entre el personal médico y el resto del personal de salud y finalmente constituye una colección de valiosos datos estadísticos. Todo lo anterior tiene como fin una correcta atención de los pacientes y un adecuado cuidado de su salud, lo que es un derecho fundamental<sup>389</sup>.

www.cejil.org

En virtud de lo anterior, las representantes consideramos imprescindible que, para que hechos como los del presente caso no se repitan, es necesario que la Honorable Corte ordene al Estado de Guatemala que instaure un sistema de información única e integrado en todos los lugares donde se presta atención a las personas con VIH –tanto del IGSS como del MSPAS- sobre el alcance de la epidemia del VIH en el país<sup>390</sup>.

En ese sentido, dicho sistema debe contener como mínimo, informaciones estadísticas de todas las personas con VIH, atendidas en centros de atención del MSPAS e IGSS, así como centros privados, desagregada por sexo, edad, etnia, lengua, condición socioeconómica, nacionalidad, pertenencia a zona rural o urbana, y cualquier otro elemento que sea necesario para garantizar la efectividad de una política pública<sup>391</sup>. De igual manera, la base de datos debe incluir indicadores de género, por tipo de fuente de información y cobertura<sup>392</sup>.

Dicha base de datos debe reflejar los presupuestos mínimos de cada institución, destinados a la atención integral del VIH, así como la información relativa a los rubros sobre los cuales se destina dicho presupuesto. Asimismo, el órgano gestor

<sup>388</sup> Ver resumen de peritaje del Doctor Ricardo Boza, pág. 54; Ver. Video 1 de audiencia, minuto 00:18:30 en adelante.

<sup>389</sup> Ver resumen de peritaje del Doctor Ricardo Boza, pág. 18

<sup>390</sup> ONU – Comité DESC. Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Doc. ONU E/C.12/2000/4 (2000). Párr. 16.

<sup>391</sup> CIDH. Lineamientos para la Elaboración de Indicadores de Progreso en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. OAS/Ser.L/V/II.132, Doc. 14. 19 de Julio de 2008. Párr. 80. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdf> Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdf>; ONU – Comité DESC. Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Doc. ONU E/C.12/2000/4 (2000). Párr. 12.

<sup>392</sup> CIDH. Lineamientos para la Elaboración de Indicadores de Progreso en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. OAS/Ser.L/V/II.132, Doc. 14. 19 de Julio de 2008. Párr. 80. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdf> Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdf>

de dicha base de datos debe contar con un presupuesto mínimo que le permita mantener actualizada la información<sup>393</sup>.

De igual forma, la base de datos debe estar integrada con la confección digital del expediente médico de las personas con VIH, el cual debe atender a las recomendaciones dadas por la OMS para la confección y seguimiento de los pacientes en un expediente médico<sup>394</sup>, en virtud de lo señalado por el perito Boza en su peritaje<sup>395</sup>.

www.cejil.org

Finalmente, la base de datos debe estar integrada en todas las UAI, de tal forma que se pueda acceder a la información requerida y mantener actualizada la misma desde cualquier unidad de atención integral.

## *2. Medidas para garantizar el abastecimiento de medicamentos ARV para las personas que viven con VIH en Guatemala*

Los representantes hemos demostrado a lo largo del presente proceso, que en Guatemala persiste el desabastecimiento respecto de medicamentos ARV, principalmente en el IGSS, así como tratamiento para las enfermedades oportunistas y otras relacionadas con el VIH, el cual ha sido ocasionado tanto por medidas legislativas regresivas adoptadas por el Estado en materia de patentes como por acciones y omisiones que no permiten disponer de manera efectiva de los recursos financieros disponibles, lo que se ha traducido en la violación del derecho a la salud de las víctimas del presente caso.

En virtud de lo anterior, los representantes hemos identificado una serie de medidas que el Estado debe adoptar con el fin de garantizar de forma inmediata y sostenida el abastecimiento de todos los medicamentos necesarios para hacerle frente a la epidemia del VIH, en particular los relacionados con tratamiento ARV.

En ese sentido, las medidas señaladas a continuación deben ser adoptadas a corto, mediano y largo plazo, en atención al carácter de urgencia y con el fin de garantizar la sostenibilidad y disposición efectiva de los recursos que el Estado tiene a su disposición.

A continuación, nos referiremos a cada una de ellas.

### *a. Medidas a corto y mediano plazo*

<sup>393</sup> CIDH. Lineamientos para la Elaboración de Indicadores de Progreso en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. OAS/Ser.L/V/II.132, Doc. 14. 19 de Julio de 2008. Párr. 80. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdf>. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdf>.

<sup>394</sup> OMS. "Medical Records Manual. A Guide for Developing Countries. 2006. Disponible en: [http://www.wpro.who.int/publications/PUB\\_9290610050/en/](http://www.wpro.who.int/publications/PUB_9290610050/en/)

<sup>395</sup> Ver resumen de peritaje del Doctor Ricardo Boza, pág. 18-19

Tal y como quedó demostrado arriba, el IGSS no utiliza todos los recursos a su alcance para garantizar el abastecimiento del tratamiento antirretroviral, hecho que está afectando a varias de las víctimas del presente caso<sup>396</sup>.

Así, como medida urgente y a corto plazo, para garantizar el abastecimiento del IGSS, el Estado debe acceder a medicamentos patentados y otros insumos a mejores precios a través del Fondo Estratégico de la OPS, en un plazo no menor a los 3 meses a partir de emitida la sentencia, tal y como lo hace el MSPAS, en virtud de lo establecido en el artículo 44.b de la Ley de Contrataciones del Estado

De esta forma, dicha institución podrá adquirir de manera directa, vacunas, medicamentos antirretrovirales, métodos de planificación familiar, fármacos, micronutrientes, suministros quirúrgicos y de laboratorio y demás insumos necesarios para garantizar la atención integral<sup>397</sup> de manera más efectiva, como ya ocurre en el MSPAS y evitar el desabastecimiento.

Asimismo, quedó demostrado que el Estado –tanto el IGSS como el MSPAS–, pueden acceder a medicamentos genéricos, a un mejor precio y de la misma calidad; sin embargo, este no lo hace, debido a que no ha utilizado todos los recursos a su alcance, establecidos en los distintos acuerdos comerciales de la materia, que le permitirían cumplir con tal fin.

En tal sentido, y como medida a mediano plazo, el Estado debe utilizar las excepciones establecidas en los acuerdos ADPIC, mencionadas arriba, en un plazo no menor a 6 meses a partir de emitida la sentencia, con el fin de acceder a todos los medicamentos antirretrovirales genéricos, de calidad y a un mejor precio, en virtud de la situación de emergencia que enfrenta el país respecto de la epidemia<sup>398</sup>, y con el fin último de disponer de forma efectiva de sus recursos disponibles, en atención a las obligaciones internacionales ya mencionadas.

Cabe señalar que la utilización de las licencias obligatorias – excepción establecida en los acuerdos ADPIC – permitiría al Estado de Guatemala acceder a medicamentos genéricos a través del Fondo de la OPS. Ello además impactaría en la reducción de los precios de compra tanto para el IGSS como para el MSPAS y de esa forma disponer de manera efectiva de los recursos con los que cuenta actualmente el Estado.

<sup>396</sup> Anexo 11. Recetas de medicamento Lopinavir/Ritonavir, con sello de inexistencia entregadas a las víctimas.

<sup>397</sup> Anexo 14 a la Contestación del Estado. Ley de Contrataciones del Estado

<sup>398</sup> Explicación de la OMC sobre la Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública (Declaración de Doha), adoptada por la Organización Mundial del Comercio (OMC) el 14 de noviembre de 2001. Disponible en: [https://www.wto.org/spanish/tratop\\_s/dda\\_s/dohaexplained\\_s.htm](https://www.wto.org/spanish/tratop_s/dda_s/dohaexplained_s.htm)

Por otra parte, el Estado señaló durante la audiencia que tiene en su posesión el medicamento genérico Dolutegravir que estaría facilitando en los próximos meses<sup>399</sup>.

Al respecto, según lo indicado por el Doctor Arathoon durante la audiencia, este medicamento, tiene una barrera genética más alta que el resto de medicamentos antirretrovirales<sup>400</sup>. Ello significa, que es más difícil que el virus del VIH pueda mutar y hacerse con ello resistente al medicamento.

[www.cejil.org](http://www.cejil.org)

Asimismo, el medicamento es más barato (aproximadamente 4.00 USD por mes); y en muchos de los casos podría sustituir al medicamento Lopinavir/Ritonavir<sup>401</sup>. Por esas razones, el Dolutegravir fue adoptado como medicamento de primera línea en las guías del tratamiento del VIH en mayoría de países del mundo, dada su efectividad para el tratamiento.

En virtud de lo anterior, y dada la importancia de este nuevo medicamento para el tratamiento de las personas con VIH, las representantes consideramos fundamental que el Estado garantice la distribución inmediata del mismo y lo incluya como un medicamento esencial de primera línea en las guías de atención a esta población, tanto para el MSPAS como para el IGSS.

Para el cumplimiento de las medidas señaladas, el Estado deberá presentar un cronograma, en el cual debe establecer las fechas en las cuales entregará los medicamentos, así como la forma en que hará dicha entrega.

En virtud de lo anterior, solicitamos a la Honorable Corte que, en primer lugar, le ordene al Estado de Guatemala como medida urgente para abastecer el IGSS, que realice sus compras a través del mecanismo de la OPS, en los términos ya desarrollados. En segundo lugar, solicitamos a este Alto Tribunal que le ordene al Estado de Guatemala que utilice las excepciones establecidas en los acuerdos ADPIC, en particular las licencias obligatorias, con el fin de acceder a todos los medicamentos antirretrovirales genéricos, en sus versiones más innovadoras, de calidad y a un mejor precio a través del Fondo de la OPS. En tercer lugar, solicitaos a la Corte que requiera al Estado de Guatemala que garantice de forma inmediata y en los términos señalados arriba, el suministro del medicamento Dolutegravir.

Todo lo anterior con el fin de hacer un uso efectivo de sus recursos disponibles y garantizar con ello el derecho a la salud de las personas con VIH.

#### b. Medida a largo plazo

Finalmente, quedó acreditado en nuestro ESAP y durante la audiencia, que las causas estructurales del desabastecimiento son complejas y están intrínsecamente

<sup>399</sup> Ver Video 3 de la audiencia, minuto 00:49:30 en adelante.

<sup>400</sup> Ver Video 3 de la audiencia, minuto 00:49:30 en adelante.

<sup>401</sup> Ver Video 3 de la audiencia, minuto 00:49:30 en adelante.

relacionadas con los factores ya mencionados. En ese sentido, también ha quedado demostrado que dichas causas estructurales están acompañadas además por problemas en la gestión y planificación de compras, que no le permiten al Estado realizar compras de manera sostenida y a largo plazo, para garantizar el suministro y abastecimiento de medicamentos ARV y otros insumos necesarios para la atención integral a las personas con VIH<sup>402</sup>.

Por tales razones, solicitamos a esta Honorable Corte que con el fin de garantizar el derecho a la salud de las personas con VIH le ordene al Estado que elabore un estudio en un plazo de seis meses a partir de la notificación de la sentencia que permita determinar las causas que obstaculizan la garantía de dicho derecho y la forma en que dirigirá las acciones para remediar la situación, tal y como lo ha hecho en anteriores ocasiones<sup>403</sup>.

www.cejil.org

En ese sentido, el estudio debe ser elaborado por especialistas, con los conocimientos técnicos necesarios respecto de las tareas por hacer<sup>404</sup>, y, una vez realizado el estudio este deberá ser remitido a la Ilustre CIDH y a esta representación con el fin de realizar las observaciones que se estimen pertinentes, en los términos señalados en nuestro ESAP y reconocidos por la Corte en su jurisprudencia<sup>405</sup>. Así, la Honorable Corte, teniendo en cuenta el parecer de las partes, podrá disponer que el Estado requiera a los especialistas que completen o amplíen el estudio, y con base en ello iniciar las acciones necesarias para garantizar el acceso permanente a medicamentos<sup>406</sup>.

Dicho estudio debe tomar en cuenta las limitaciones legales y administrativas señaladas a lo largo del presente proceso, pero además deberá enfocarse en los problemas de gestión y planificación en materia de compras que no permiten mantener abastecido de forma permanente y sostenible al sistema de salud guatemalteco del tratamiento ARV para las personas con VIH<sup>407</sup>.

Además, dicho diagnóstico deberá contemplar una propuesta a largo plazo para adecuar la entrega de medicamentos de calidad y bajo costo disponiendo de manera efectiva del máximo de los recursos disponibles. En ese sentido, la propuesta deberá tomar en cuenta proyecciones anuales basadas en la cantidad de personas con VIH que reciben atención tanto en el IGSS como en el MSPAS.

<sup>402</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, pág. 184

<sup>403</sup> *Mutatis Mutandis* Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214, párr. 303.

<sup>404</sup> *Mutatis Mutandis* Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214, párr. 304.

<sup>405</sup> Corte IDH. *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214, párr. 305.

<sup>406</sup> Corte IDH. *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214, párr. 305.

<sup>407</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, pág. 184

Asimismo, la propuesta deberá tomar en cuenta el acceso a medicamentos genéricos a través de la utilización, a largo plazo, de las excepciones señaladas previamente y, la utilización del Fondo de la OPS como mecanismo para acceder a medicamentos e insumos de calidad y a precios de referencia internacional, de tal forma que el Estado pueda disponer de forma efectiva de los recursos financieros que tiene a su disposición.

### 3. Fortalecimiento de las Unidades de Atención Integral del MSPAS y descentralización de la atención que brinda el IGSS

www.cejil.org

Esta representación acreditó ante esta Honorable Corte que en el IGSS persisten problemas de falta de accesibilidad de los servicios de salud, debido a que el servicio está centralizado en ciudad de Guatemala, así como problemas respecto de la atención interdisciplinar, requeridas para una atención integral<sup>408</sup>.

Asimismo, quedó demostrado que en el MSPAS los principales problemas se presentan en las Unidades de Atención Integral que se encuentran en zonas alejadas de la capital y que se resumen en falta de recursos humanos, insumos para pruebas de CD4, carga viral y tratamiento para las enfermedades relacionadas con el VIH y en ocasiones desabastecimiento<sup>409</sup>.

Al respecto, este Alto Tribunal ha ordenado los fortalecimientos de instancias del Estado, mediante la dotación de recursos suficientes (económicos, humanos, logísticos y científicos), como medida para garantizar la no repetición de los hechos y cumplir con su obligación internacional<sup>410</sup>.

En ese sentido, esta representación considera que, en virtud de dichos estándares, esta Honorable Corte debe ordenar al Estado que dote de recursos económicos, humanos, logísticos, científicos y de infraestructura suficientes a cada una de las Unidades de Atención Integral de VIH, con el fin de que puedan garantizar de manera efectiva el derecho a la salud.

En particular, el Estado deberá de dotar a cada una de las UAI de personal médico, psicológico y nutricional permanente; asimismo, equipo para la elaboración de las pruebas de CD4 y Carga Viral y equipo para la realización de exámenes de

<sup>408</sup> Declaración de Rocio Samayoa, declarante a título informativo, rendida ante fedatario público el 25 de febrero de 2018; Ver. Video 2 de audiencia, minuto 00:50:00 en adelante; Ver. Video 2 de audiencia, minuto 00:54:00 en adelante

<sup>409</sup> Ver Anexo 4 a nuestro escrito de prueba superviniente de 22 de febrero de 2018. PDH. Sexto Informe de la Situación de Derechos Humanos de las personas con VIH y poblaciones en más alto riesgo publicado. 2018, pág. 65. Disponible en: <https://www.pdh.org.gt/biblioteca/category/10-informes-especiales.html?download=3666:6to-informe-de-la-situaci%C3%B3n-de-derechos-humanos-de-las-personas-con-vih-y-poblaciones-en-m%C3%A1s-alto-riesgo>

<sup>410</sup> Corte IDH. *Caso de la Masacre de las Dos Erres Vs. Guatemala*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2009. Serie C Nº 211, párr. 233.f); Corte IDH. *Caso Masacres de Río Negro Vs. Guatemala*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de septiembre de 2012. Serie C Nº. 250, párr. 257.e).

laboratorio convencionales. De igual forma, deberá garantizar que las UAI estén abastecidas de forma permanente de insumos, como reactivos para la elaboración de los distintos exámenes. Por último, debe acondicionar la infraestructura de cada una de las UAI para garantizar una atención adecuada y acorde con la cantidad de población que atiende.

Para ello, el Estado deberá aportar un cronograma en un plazo de 3 meses, después de emitida la sentencia, en el cual se debe establecer la forma en la que dará cumplimiento a esta medida, la cual debe estar totalmente cumplida en el plazo de un año. Además, deberá explicar la forma en que garantizará la sostenibilidad de esta.

Sin perjuicio de lo anterior, las representantes estimamos que el Estado debe además adoptar otra serie de medidas, con el fin de fortalecer la atención que se brinda en las Unidades de Atención Integral y en el IGSS, en atención a los problemas que persisten y que hemos señalado a lo largo del presente litigio.

A continuación, nos referiremos a dichas medidas.

- a. Capacitaciones a los funcionarios de salud en materia de derechos humanos de las personas con VIH

Quedó demostrado en el presente litigio que la discriminación por la falta de información y campañas de prevención, como factores fundamentales para garantizar la atención integral, ha estado siempre presente en la vida de las víctimas, en particular cuando son atendidas en las instancias del Estado<sup>411</sup>.

En ese sentido, según la perita Olga Paz “el problema con la discriminación en los hospitales es que las personas dejan de acudir a los mismos, o abandonan el tratamiento y esto afecta gravemente su salud, regresan cuando están muy enfermos”<sup>412</sup>, y que los prejuicios que manejan los servidores, es uno de los problemas de vinculación de la persona a los servicios de salud, pues los pacientes “deciden no volver a los servicios de salud por temor a ser discriminados y estigmatizados”<sup>413</sup>.

En virtud de ello, las representantes estimamos fundamental que, para garantizar una atención integral, sin discriminación, el Estado debe capacitar y sensibilizar a los funcionarios de su sistema de salud, en particular a aquellos que laboran directamente con pacientes de VIH en materia de derecho a la igualdad y no

<sup>411</sup> Declaración de Carlos Fernando Coc Chajón, familiar de Ismar Ramírez Chajón, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 23 de febrero de 2018; Declaración de Francisco Sop Quej, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 23 de febrero de 2018; Declaración de Luis Cuscúl Pivara, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 5 de marzo de 2018; Ver. Video 2 de audiencia, minuto 1:14:00 en adelante

<sup>412</sup> Ver peritaje de Olga Alicia Paz, pág. 22

<sup>413</sup> Ver peritaje de Olga Alicia Paz, pág. 22

discriminación, proporcionándoles información actualizada sobre la realidad de la enfermedad y sus obligaciones para la atención de esta población.

Al respecto, esta Honorable Corte, ha señalado en otras ocasiones que las capacitaciones en dicho sentido, son un elemento “crucial para generar garantías de no repetición”<sup>414</sup> y que son una “manera de brindar al funcionario público nuevos conocimientos, desarrollar sus capacidades, permitir su especialización en determinadas áreas novedosas, prepararlo para desempeñar posiciones distintas y adaptar sus capacidades para desempeñar mejor las tareas asignadas”<sup>415</sup>.

De esta forma, debido al rol que jugaron los funcionarios del sistema de salud guatemalteco en los hechos violatorios así como el hecho de que actualmente persisten serias debilidades en la atención que reciben las personas con VIH, esta representación solicita a la Honorable Corte que ordene al Estado que implemente un programa permanente de capacitación para funcionarios del sistema de salud sobre los estándares internacionales en materia de derechos humanos y atención integral a personas con VIH, y que se haga especial mención a la sentencia emanada por el Tribunal Interamericano<sup>416</sup>.

- b. Fortalecimiento de la respuesta para la prevención de la transmisión madre-hijo

Tal y como ha quedado demostrado, Guatemala no tiene una respuesta efectiva para la prevención de la transmisión madre-hijo. Así, según las estimaciones de ONUSIDA mencionadas arriba, sólo el 19% de mujeres embarazadas que viven con VIH en Guatemala reciben tratamiento preventivo para evitar la transmisión vertical<sup>417</sup> y para el 2015 sólo el 42% de las mujeres embarazadas en Guatemala habían tenido acceso a pruebas de VIH<sup>418</sup>.

La falta de atención en este sentido fue corroborada por el doctor Boza en su peritaje al señalar que en los expedientes médicos de las víctimas embarazadas no existe

<sup>414</sup> Corte IDH. *Caso de la Masacre de las Dos Erres Vs. Guatemala*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2009. Serie C N° 211, párr. 252.

<sup>415</sup> Corte IDH. *Caso Claude Reyes y otros Vs. Chile*. Supervisión de Cumplimiento de Sentencia. Resolución de la Corte IDH de 24 de noviembre de 2008, Considerando décimo noveno. Corte IDH. *Caso Escher y otros Vs. Brasil*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 6 de julio de 2009. Serie C No. 200, párr. 251.

<sup>416</sup> Corte IDH. *Caso Radilla Pacheco Vs. México*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de Noviembre de 2009. Serie C No. 209, párrs. 347 a) y 348. Corte IDH. *Caso Gomes Lund y otros ("Guerrilha do Araguaia") Vs. Brasil*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2010. Serie C No. 219, párr. 283.

<sup>417</sup> ONUSIDA. Guatemala, 2016. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/guatemala> (21/03/2018).

<sup>418</sup> ONUSIDA. Reportaje "Prevenir la transmisión maternoinfantil en zonas productoras de café en Guatemala", 8 de diciembre de 2016. Disponible en: [http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2016/december/20161208\\_guatemala](http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2016/december/20161208_guatemala)

un seguimiento de la situación de sus hijos<sup>419</sup>. Así, por ejemplo, la señora Sandra Lisbeth, no habría recibido la atención adecuada, resultando en la transmisión vertical del VIH a su hija [REDACTED] Girón Zepeda<sup>420</sup>, o el caso de la señora Dora Marina Martínez que no recibió un tratamiento adecuado llegando a perder a su hija durante el parto<sup>421</sup>.

Al respecto, el Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas ha precisado que es una obligación de los Estados realizar intervenciones y prestar atención en materia de “prevención de la transmisión materno-infantil del VIH”<sup>422</sup>, y ha puesto énfasis en que, como parte de las estrategias para la prevención primaria de la transmisión está la aplicación de medidas tales como el suministro de medicamentos esenciales (como lo son los fármacos antirretrovirales), cuidados apropiados durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio; la prestación de información sobre las diversas opciones de alimentación de los lactantes, los riesgos de éstos y que se brinde el apoyo complementario para que las mujeres pueden aplicar la opción que decidan<sup>423</sup>.

www.cejil.org

En ese mismo sentido, la OMS y la OPS han señalado que las pruebas de VIH deben estar disponibles para todas las mujeres embarazadas en los servicios de salud públicos y privados, como parte de las estrategias para combatir la epidemia<sup>424</sup>.

De igual forma, la OMS señaló como parte de los indicadores del proceso para la validación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la cobertura de la atención prenatal de manera universal o casi universal<sup>425</sup>; asimismo, en anteriores ocasiones ha recomendado “ofrecer a las mujeres pruebas de detección y asesoramiento [...] como componente sistemático en todos los momentos de atención durante el embarazo, el parto y el puerperio, y de atención pediátrica”, así como “repetir la prueba de detección en el tercer trimestre del embarazo, o durante el parto o poco después del mismo, ya que el riesgo de la infección por VIH es muy elevado durante la gestación”<sup>426</sup>.

<sup>419</sup> Ver. Video 1 de audiencia, minuto 00:38:00 en adelante.

<sup>420</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, págs. 100- 102

<sup>421</sup> Declaración de Dora Marina Martínez Sofoifa, víctima del caso, rendida ante fedatario público el 25 de febrero de 2018.

<sup>422</sup> Comité CRC. *Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*. Observación General No. 15. CRC/C/GC/15, 17 de abril de 2013, párrs. 34 y 54.

<sup>423</sup> Comité CRC. *El VIH/SIDA y los derechos del niño*. Observación General No. 3. CRC/GC/2003/3, marzo de 2003, párr. 26.

<sup>424</sup> OPS y OMS. Guía Práctica para la ejecución de la Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en las Américas, 2014, pág. 22.

<sup>425</sup> OMS. Orientaciones Mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis. 2015. Orientación 3.3.1.

<sup>426</sup> OMS. Directrices Unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Junio de 2013. Orientación 5.1.4.2, pág. 73. Véase también: Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007, <http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc2007/en>.

Cabe resaltar que el Estado de Guatemala aprobó desde 2005 la Política Pública 638-2005<sup>427</sup>, en la que establece como acción estratégica para la reducción, contención y mitigación del impacto de ITS, VIH y SIDA el tamizaje universal de la sangre para descartar en ellos, entre otros, la presencia de VIH. Sin embargo, el mismo sigue sin ser de acceso universal<sup>428</sup>.

En virtud de lo anterior, las representantes solicitamos a la Honorable Corte que ordene al Estado guatemalteco que garantice de forma efectiva y universal el diagnóstico temprano de todas las mujeres embarazadas a través de los exámenes pertinentes durante el periodo de embarazo, el parto y el puerperio; que realice evaluaciones periódicas de los programas de atención; que lleve a cabo el seguimiento de las mujeres embarazadas, así como iniciativas de prevención de la transmisión vertical para garantizar el derecho a la vida digna e integridad de madres, hijos e hijas<sup>429</sup>, entre otras medidas necesarias para impedir la transmisión vertical.

www.cejil.org

#### c. Campaña de sensibilización acerca del VIH/SIDA

En relación con los apartados anteriores, quedó también demostrado que el Estado de Guatemala no ha llevado a cabo campañas de sensibilización respecto de la epidemia del VIH en Guatemala.

Así, según la perita Olga Paz “la falta de información y programas de sensibilización comunitaria sobre el virus hace que se promueva la discriminación hacia las personas”<sup>430</sup>, pero además impacta en la forma que en las personas se enfrentan a la enfermedad por lo prejuicios que se manejan respecto del VIH<sup>431</sup>.

En atención a ello resulta necesario para esta representación que se desarrolle una campaña que permita visibilizar las situaciones de discriminación que afectan a las personas con VIH.

En atención a ello y a que los hechos de este caso reflejan esta situación e estigmatización y discriminación, los representantes estimamos fundamental que este Alto Tribunal requiera al Estado de Guatemala que lleve a cabo campañas de

<sup>427</sup> Anexo 22. Acuerdo Gubernativo n° 638-2005, en virtud del cual se aprueba la Política Pública respecto de la Prevención de las Infecciones de Trasmisión Sexual -ITS- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA. 30 de noviembre de 2005. Eje 3.

<sup>428</sup> ONUSIDA. Reportaje "Prevenir la transmisión maternoinfantil en zonas productoras de café en Guatemala", 8 de diciembre de 2016. Disponible en: [http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2016/december/20161208\\_guatemala](http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2016/december/20161208_guatemala)

<sup>429</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, pág. 188

<sup>430</sup> Ver peritaje de Olga Alicia Paz, pág. 20

<sup>431</sup> Ver peritaje de Olga Alicia Paz, pág. 22

sensibilización que tenga alcance en los departamentos de donde provienen las víctimas<sup>432</sup>.

Estas campañas deben llevarse a cabo en español y en los diferentes idiomas indígenas que hay en el país y debe estar dirigida a reducir el estigma asociado a la enfermedad, en los ámbitos laboral y familiares así como en la divulgación de los derechos que asisten a la población que ha adquirido el VIH<sup>433</sup>. El contenido de la misma deberá ser acordado con las víctimas y sus representantes<sup>434</sup>.

www.cejil.org

#### d. Cambios en los espacios físicos de las Unidades de Atención Integral

Por último, quedó acreditado que las Unidades de Atención Integral mantiene falencias en sus instalaciones<sup>435</sup>, relacionadas con el espacio físico de las mismas, que incrementan la discriminación y el estigma.

Tal y como se desprende del informe de 2018 de la PDH, en las Unidades de Atención Integral persisten problemas con la garantía de la privacidad y confidencialidad en las instalaciones, que afecta a las personas con VIH, porque se ven expuestos a la discriminación y estigmas ya mencionados<sup>436</sup>.

Ello fue expuesto así por la señora Zoila Pérez durante la audiencia quien señaló, que algunas personas con VIH prefieren no ser identificadas como tales cuando asisten a su consulta, dado el estigma que esto les genera. Pese a ello, la clínica de Coatepeque, permite por su ubicación que las demás personas que están siendo atendidas en el hospital identifiquen a los pacientes con VIH.

En el mismo sentido, la señora Aracely Cinto indicó que la clínica es muy pequeña y se encuentra en una zona que permite que todas las personas que asisten al Hospital de Coatepeque vean y reconozcan a quienes asisten a la misma, lo que ha facilitado un ambiente de discriminación, pues, en palabras de ella “dicen que ahí van los sidosos, entonces eso es lo que a uno le hace sentir a uno como desconfianza”<sup>437</sup>.

Al respecto, las representantes consideramos que, con el fin de garantizar una atención integral, sin discriminación y que no perpetúe la estigmatización, resulta

<sup>432</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, pág. 189

<sup>433</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, pág. 189

<sup>434</sup> Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de 31 de marzo de 2017, pág. 189

<sup>435</sup> Ver Anexo 30 del ESAP. Procuraduría de Derechos Humanos –PDH-. Informe anual circunstanciado. Guatemala, 2016. Pág. 245.

<sup>436</sup> Ver Anexo 4 a nuestro escrito de prueba superviniente de 22 de febrero de 2018. PDH. Sexto Informe de la Situación de Derechos Humanos de las personas con VIH y poblaciones en más alto riesgo publicado. 2018, págs. 49, 52, 97. Disponible en: <https://www.pdh.org.gt/biblioteca/category/10-informes-especiales.html?download=3666:6to-informe-de-la-situacion-de-derechos-humanos-de-las-personas-con-vih-y-poblaciones-en-mas-alto-riesgo>

<sup>437</sup> Ver Anexo 38 del ESAP. Declaración de Aracely Cinto de 9 de febrero de 2017. Guatemala.

necesario que el Estado adecue las instalaciones físicas de las clínicas, de tal forma que se respete la privacidad y confidencialidad de las personas con VIH.

En virtud de lo anterior, solicitamos a la Honorable Corte, que requiera al Estado de Guatemala que adecue las instalaciones de las Unidades de Atención Integral, en los términos señalados, con el fin de evitar que hechos como los probados en el presente proceso, no se repitan.

- e. Creación de nuevas Unidades de Atención Integral para garantizar la atención en todos lo departamento de Guatemala

[www.cejil.org](http://www.cejil.org)

De la declaración de la señora Rocío Samayoa se desprende que en Guatemala existen únicamente 16 Unidades de Atención Integral. Dichas unidades no alcanzan para brindar atención a la totalidad de las personas con VIH en el país.

En ese mismo sentido, a lo largo del proceso probamos que muchas de las víctimas no tienen garantizada la accesibilidad a las Unidades de Atención, en particular por la lejanía en que se encuentran las mismas.

En atención a ello, para esta representación es indispensable que el Estado, con el fin de garantizar la accesibilidad a todas las personas con VIH a una atención integral, construya nuevas Unidades de Atención, en atención a las necesidades de las poblaciones, en particular en aquellos departamentos en dónde aún no hay centros de salud.

Para cumplir con dicha medida, el Estado deberá presentar un cronograma de cumplimiento que establezca las fechas en las cuales dará cumplimiento a la medida, y en el cual se plasmen las acciones que el mismo llevará a cabo para cumplir con tal fin.

En virtud de lo anterior, las representantes solicitamos a la Honorable Corte, que ordene al Estado de Guatemala que construya nuevas Unidades de Atención Integral, en atención a los términos señalados arriba.

## VI. Anexos

### A. Consideraciones sobre prueba superviniente aportada en el presente escrito

Las representantes señalamos a la Honorable Corte que, alguna de la información aportada en el presente escrito con el fin de dar respuesta a las preguntas realizadas por la señora jueza y los señores jueces, responden a hechos que se han presentado con posterioridad a la presentación de nuestro ESAP, por lo que

solicitamos que la misma sea considerada como prueba superviniente, en virtud de lo establecido en el artículo 57.2 del Reglamento de este Alto Tribunal.

Dicho artículo indica que

Excepcionalmente y oído el parecer de todos los intervinientes en el proceso, la Corte podrá admitir una prueba si el que la ofrece justificare adecuadamente que por fuerza mayor o impedimento grave no presentó u ofreció dicha prueba en los momentos procesales establecidos en los artículos 35.1, 36.1, 40.2 y 41.1 de este Reglamento. La Corte podrá, además, admitir una prueba que se refiera a un hecho ocurrido con posterioridad a los citados momentos procesales.

Centro por la Justicia  
y el Derecho Internacional  
Center for Justice  
and International Law  
Centro pela Justiça  
e o Direito Internacional  
Centre pour la Justice  
et le Droit International  
Pemonton Kowantok  
Wacüpe Yuwanin Pataset

www.cejil.org

Sobe ello, el Alto tribunal ha señalado en anteriores ocasiones que:

(...) el marco fáctico del proceso ante la Corte se encuentra constituido por los hechos contenidos en el Informe de Fondo sometidos a consideración de la Corte. En consecuencia, no es admisible que las partes aleguen nuevos hechos distintos de los contenidos en dicho informe, sin perjuicio de exponer aquellos que permitan explicar, aclarar o desestimar los que hayan sido mencionados en el mismo y hayan sido sometidos a consideración de la Corte (también llamados “hechos complementarios”). La excepción a este principio son los hechos que se califican como supervinientes, que podrían ser remitidos al Tribunal siempre que se encuentren ligados a los hechos del caso y en cualquier estado del proceso antes de la emisión de la sentencia<sup>438</sup>.

En virtud de lo anterior, aportaremos información sobre hechos ocurridos con posterioridad a la presentación del ESAP que están directamente relacionados con las violaciones alegadas en el marco del presente proceso.

A continuación, enlistamos los anexos que acompañan el presente documento

#### B. Anexos al presente escrito

Po cuestiones de tamaño de los archivos, aportamos los anexos a través de la siguiente dirección electrónica:  
<https://www.dropbox.com/sh/0af470cjgst2ijj/AADdb7lconCYTPa6gZal-5ata?dl=0>

**Anexo 1.** MSPAS. Informe Nacional de la Cascada del Continuo de Atención en VIH, Indicador de sobrevida y situación inmunológica, Guatemala. 2018.

**Anexo 2.** Nota de 23 de marzo de 2018 del director de ONUSIDA en Guatemala, el señor Ricardo García.

<sup>438</sup> Corte IDH. *Caso J. Vs. Perú*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 2013. Serie C No. 275, párr. 27; Corte IDH. *Caso de personas dominicanas y haitianas expulsadas Vs. República Dominicana*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de agosto de 2014. Serie C No. 282, párr. 105

**Anexo 3.** ONUSIDA, OPS, MSPAS. “Avanzando hacia el control de la epidemia de VIH y Sida en Guatemala”, agosto de 2015.

**Anexo 4.** International Treatment Preparedness Coalition “Regional Office for Latin American and Caribbean Networks” (ITPC LATCA). Estudios comparativos de precios de medicamentos (ARVs) y factores relacionados en 6 países de Latinoamérica: Bolivia, Ecuador, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Perú. Ciudad de Guatemala, 2012.

www.cejil.org

**Anexo 5.** International Treatment Preparedness Coalition “Regional Office for Latin American and Caribbean Networks” (ITPC LATCA). II Estudio comparativo de precios de medicamentos (ARVs) y factores relacionados en 6 países de Latinoamérica: Bolivia, Ecuador, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Perú. Ciudad de Guatemala, 2013.

**Anexo 6.** International Treatment Preparedness Coalition “Regional Office for Latin American and Caribbean Networks” (ITPC LATCA). III Estudio comparativo de precios de medicamentos (ARVs) y factores relacionados en 6 países de Latinoamérica: Bolivia, Ecuador, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Perú. Ciudad de Guatemala, 2014.

**Anexo 7.** International Treatment Preparedness Coalition “Regional Office for Latin American and Caribbean Networks” (ITPC LATCA). IV Estudio comparativo de precios de medicamentos (ARV/VIH), factores relacionados al acceso de tratamiento de VIH y su impacto en la cobertura de tratamiento en 6 países de Latinoamérica: Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú. Ciudad de Guatemala, 2015.

**Anexo 8.** Orden de compra de ARV Lopinavir/Ritonavir por el IGSS a la S.A. J.I. Cohen del 24 de noviembre de 2017. Disponible en: <http://www.guatecompras.gt/concursos/files/1429/7142366%40191588.pdf> (22/03/2018).

**Anexo 9.** OPS-OMS. Acuerdo a largo plazo: medicamentos antiretrovirales. Válido para el período 01 de agosto de 2015 al 31 de diciembre de 2017. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&qid=35058&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&qid=35058&lang=es) (23/03/2018).

**Anexo 10.** Cuadro comparativo de precios elaborado por CEJIL partir de los datos de OPS e IGSS.

**Anexo 11.** Recetas de medicamento Lopinavir/Ritonavir, con sello de inexistencia entregadas a las víctimas.

**Anexo 12.** Tratado de Libre Comercio entre la República Dominicana, Centroamérica y los Estados Unidos (DR-CAFTA). Firmado el 5 de agosto de 2004 y con vigencia en Guatemala desde el 1° de julio de 2006.

**Anexo 13.** Solicitud de información de 16 de marzo de 2018 realizada al IGSS y su respuesta de 27 de marzo de 2018.

**Anexo 14.** Solicitud de información realizada al MSPAS.

**Anexo 15.** Respuesta a la solicitud de información del MSPAS de 2 de abril de 2018.

## VII. Petitorio

[www.cejil.org](http://www.cejil.org)

Con base en todo lo anteriormente expuesto, las representantes respetuosamente solicitamos a la Honorable Corte que:

**PRIMERO.** Tenga por presentado, en tiempo y forma, este escrito y lo incorpore al expediente a los efectos correspondientes.

**SEGUNDO.** De acuerdo con los argumentos y pruebas que se presentan en el transcurso de este proceso, declare:

1. Que el Estado de Guatemala es responsable de la violación de los derechos a la vida, protegido por el artículo 4 de la Convención Americana, en perjuicio de las víctimas fallecidas por razones relacionadas con el VIH en este caso, en concordancia con el incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 1.1 del mismo instrumento.
2. Que el Estado de Guatemala es responsable por la violación del derecho a la vida digna, a la integridad personal, protegidos en los artículos 4 y 5 de la CADH, en perjuicio de las 49 víctimas de este caso, por no haber garantizado su atención integral atendiendo a su condición de personas con VIH, ello en relación con el incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 1 de la CADH.
3. Que el Estado de Guatemala es responsable por la violación del derecho de las víctimas a la no discriminación, protegido por el artículo 1.1 de la CADH en perjuicio de las víctimas de este caso por no garantizarles una atención integral, accesible, aceptable y de calidad, tomando en cuenta las diversas situaciones de vulnerabilidad en las que viven.
4. Que el Estado de Guatemala es responsable por la violación de la prohibición de regresividad y por no disponer de manera efectiva del máximo de los recursos disponibles para garantizar el derecho a la salud de las víctimas, tal como lo dispone el artículo 26 de la CADH, ello en concordancia con el incumplimiento de las obligaciones contenidas en los artículos 1.1 y 2.
5. Que el Estado de Guatemala es responsable por la violación del derecho a la integridad personal de los familiares de las víctimas (artículo 5 de la

CADH), debido al sufrimiento experimentado a raíz de las afectaciones de sus seres queridos por la falta de una atención integral. Ello en concordancia con el incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 1.1 del mismo instrumento.

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

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

Sin más por el momento, aprovechamos la oportunidad para reiterarle las muestras de nuestra más alta consideración y estima.

Atentamente,

*P/ la Dra. Cristina Calderón*  
Dra. Cristina Calderón

*P/ el Dr. Eduardo Arathoon*  
Dr. Eduardo Arathoon  
**Asociación de Salud  
Integral**

*P/ Viviana Krsticevic*  
Viviana Krsticevic  
**CEJIL**

*P/ Marcia Aguiluz*  
Marcia Aguiluz  
**CEJIL**

*P/ Alejandra Vicente*  
Alejandra Vicente  
**CEJIL**

*Esteban Madrigal*  
**CEJIL**

*P/ Marcela Martino*  
Marcela Martino  
**CEJIL**

*Mariana Brocca*  
**CEJIL**

*Gisela De León*  
**CEJIL**