

OEA/Ser.L/V/II.157
Doc.6
13 de abril de 2016
Original: español

INFORME No. 2/16

CASO 12.484

INFORME DE FONDO

**LUIS ROLANDO CUSCUL PIVARAL Y OTRAS PERSONAS CON
VIH/SIDA
GUATEMALA**

Aprobado por la Comisión en su sesión No. 2060 celebrada el 13 de abril de 2016
157 período ordinario de sesiones

Citar como: CIDH, Informe No. 2/16, Caso 12.484, Fondo, Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras
personas con VIH/SIDA, Guatemala, 13 de abril de 2016.



INFORME No. 2/16
CASO 12.484
FONDO
LUIS ROLANDO CUSCUL PIVARAL Y OTRAS PERSONAS CON VIH/SIDA
GUATEMALA
13 DE ABRIL DE 2016

ÍNDICE

I.	RESUMEN	2
II.	TRÁMITE ANTE LA COMISIÓN	3
III.	POSICIÓN DE LAS PARTES.....	4
	A. Posición de los peticionarios	4
	B. Posición del Estado	8
IV.	ANÁLISIS SOBRE EL FONDO	10
	A. Hechos probados.....	10
	1. Normativa relevante	10
	2. Sobre las presuntas víctimas.....	13
	3. Recursos presentados	20
	4. Información disponible sobre el tratamiento por VIH/SIDA en Guatemala con posterioridad al 2006.....	24
	B. Derecho	26
	1. Derechos a la vida e integridad personal (Artículos 4 y 5 de la Convención Americana).....	26
	2. Derecho a la protección judicial (artículo 25 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento)	37
	3. El derecho a la integridad personal respecto de los familiares de las víctimas fallecidas y sobrevivientes (Artículo 5 de la Convención Americana)	39
V.	CONCLUSIONES	40
VI.	RECOMENDACIONES.....	40

INFORME No. 2/16

CASO 12.484

FONDO

LUIS ROLANDO CUSCUL PIVARAL Y OTRAS PERSONAS CON VIH/SIDA

GUATEMALA

13 DE ABRIL DE 2016

I. RESUMEN

1. El 26 de agosto de 2003 la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante “la Comisión Interamericana”, “la Comisión” o “la CIDH”) recibió una petición presentada por el Centro por la Justicia y el Derecho Internacional - CEJIL, la Red Nacional de Personas que Viven con el VIH/SIDA, la Asociación Gente Unida, el Proyecto Vida, la Fundación Preventiva del SIDA Fernando Iturbide y la Asociación de Salud Integral (en adelante “los peticionarios”), en la cual se alega la responsabilidad internacional del Estado de Guatemala (en adelante “Guatemala”, “el Estado” o “el Estado guatemalteco”) como consecuencia de la falta de atención médica respecto de 39 personas que viven con VIH/SIDA¹: Luis Rolando Cuscul Pivaral, Francisco Sop Gueij, 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, Audiencio Rodas, Luis Edwin Cruz Gramau, Martina Candelaria Álvarez Estrada, Maria Felipe Pérez, Sayra Elisa Barrios, Felipe Ordóñez, Santos Isacax Vásquez Barrio, Ismera Oliva García Castañon, Guadalupe Cayaxon, Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, Cesar Noe Cancinos Gómez, Santos Vásquez Oliveros, Maria Vail, Julia Aguilar, Sebastián Emilia Dueñas, Zoila Pérez Ruiz, Santiago Valdez, Pascuala de Jesús Mérida, Iris Carolina Vicente Baullas, Reina López Mújica, Marta Alicia Maldonado Paz, José Cupertino Ramírez, José Rubén Delgado, Elsa Miriam Estrada, Ismar Ramírez Chajón, Félix Cabrera, Silvia Mirtala Álvarez y Facundo Gómez Reyes. Posteriormente, los peticionarios incluyeron diez presuntas víctimas adicionales: Alberto Quiché Cuxeva, Rita Dubón Orozco, Ingrid Janeth Barillas Martínez, Luis Armando Linares, Mardo Luis Hernández, Jorge Armando Tavárez, Miguel Lucas Vail, Dora Marina Martínez, Melvin Geovanny Ajtún y Teresa Magdalena Ramírez Castro.

2. Según los peticionarios, el Estado no habría brindado ningún tipo de atención médica a favor de las presuntas víctimas desde que fueron diagnosticadas con VIH/SIDA, entre la década de 1990 y hasta el 2006. Señalaron que el recurso judicial presentado a efectos de remediar esta situación no resultó efectivo. Los peticionarios indicaron que, recién entre los años 2006 y 2007, las presuntas víctimas empezaron a recibir atención médica por parte del Estado. Precizaron que esta atención continúa siendo sumamente deficiente y no es integral, debido a la falta de acceso a medicamentos antirretrovirales y la falta de accesibilidad a centros de salud públicos. Indicaron que ello ha generado que la situación de salud de las presuntas víctimas se hubiera deteriorado y que incluso ocho de estas personas hayan fallecido producto de esta situación².

3. El Estado reconoció que en un primer momento las presuntas víctimas no recibieron atención médica pública en respuesta a su condición de personas que viven con VIH/SIDA. Indicó que, no obstante, estas personas se encontraban recibiendo atención médica por parte de una organización internacional sin fines de lucro. El Estado alegó que posteriormente implementó diversas medidas generales

¹ De acuerdo a la Organización Mundial para la Salud, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad que infecta a las células del sistema inmunitario de una persona, alterando o anulando su función. Por su parte, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. En el presente caso, se alega que las presuntas víctimas tienen VIH y SIDA. En consecuencia, en el informe se utilizará el término “VIH/SIDA”.

² Alberto Quiché Cuxeva, Facundo Gómez Reyes, Reina López Mujica, Ismar Ramírez Chajón, Petrona López González, Rita Dubón Orozco, Luis Cruz y María Vail.

de atención integral para todas las personas con VIH/SIDA en Guatemala. Alegó que a la fecha las presuntas víctimas se encuentran recibiendo una atención médica integral y adecuada a cargo de entidades públicas.

4. Tras analizar la información disponible, la Comisión concluyó que el Estado de Guatemala es responsable por la violación de los derechos a la vida, a la integridad personal y a la protección judicial establecidos en los artículos 4.1, 5.1 y 25.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante “la Convención Americana” o “la Convención”), en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento en perjuicio de las personas indicadas en el presente informe. Con base en tales conclusiones, la CIDH formuló sus recomendaciones al Estado de Guatemala.

II. TRÁMITE ANTE LA COMISIÓN

5. El 26 de agosto de 2003 se recibió la petición inicial. El trámite desde la presentación de la petición hasta la decisión sobre admisibilidad se encuentra explicado en detalle en el informe de admisibilidad 32/05 de 7 de marzo de 2005³. En dicho informe la CIDH concluyó que la petición era admisible respecto de los derechos contenidos en los artículos 4 y 25 de la Convención Americana, en concordancia con el artículo 1.1 de dicho instrumento. Asimismo, la Comisión declaró la inadmisibilidad de los derechos establecidos en los artículos 8, 24 y 26 de la Convención Americana.

6. El 16 de marzo de 2005 la CIDH envió una comunicación a las partes notificándoles el informe de admisibilidad y poniéndose a su disposición para iniciar una solución amistosa. Los peticionarios presentaron observaciones el 13 de mayo de 2005 solicitando que se continuara con la etapa de fondo. Asimismo, los peticionarios presentaron observaciones de fondo el 5 de septiembre de 2005; y el 26 de abril, 18 de mayo y 22 de agosto de 2006. Por su parte, el Estado presentó observaciones sobre el fondo el 16 de mayo y 6 de octubre de 2005; y el 21 de abril, 28 de junio y 2 de octubre de 2006.

7. Posteriormente, la Comisión convocó a las partes a una audiencia que se llevó a cabo el 19 de octubre de 2006 durante su 126° Período de Sesiones.

8. Luego de ello, los representantes presentaron observaciones el 30 de agosto de 2007; 24 de marzo, 27 de junio y 20 de septiembre de 2008; 7 de agosto de 2009; 16 de marzo, 13 de septiembre y 10 de diciembre de 2010; 30 de septiembre y 20 de octubre de 2011; 1 de marzo, 8 de marzo, 16 de marzo y 4 de julio de 2012, y 7 de diciembre de 2015.

9. Por su parte, el Estado presentó observaciones el 9 de enero, 30 de abril y 5 de agosto de 2008; 23 de marzo y 11 de septiembre de 2009; 22 de enero, 26 de agosto y 5 de octubre de 2010; y 28 de febrero y 26 de noviembre de 2012.

Medidas cautelares

10. El 26 de agosto de 2003, junto con la petición inicial, los peticionarios presentaron una solicitud de medidas cautelares a favor de las 39 presuntas víctimas indicadas en su petición inicial. En fecha 21 de abril de 2004, la Comisión comunicó al Estado su decisión de otorgar medidas cautelares a las 39 personas objeto de dicha solicitud, en virtud de que las mismas no estarían recibiendo los medicamentos adecuados por parte del sistema de salud público de Guatemala. Dicha medida cautelar fue incorporada a las MC No. 321-02⁴. A la fecha las medidas cautelares se encuentran vigentes y la CIDH continúa monitoreando su cumplimiento.

³ Véase, CIDH, Informe No. 32/05, Petición 642-03, Admisibilidad, Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras personas afectadas por el VIH/SIDA, Guatemala, 7 de marzo de 2005. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/annualrep/2005sp/Guatemala642.03sp.htm>

⁴ La medida cautelar No. 321-02 fue otorgada a favor de diez personas con VIH/SIDA en el año 2002, las cuales no hacen parte del caso. Posteriormente, en abril de 2004 fueron incluidas en dicha medida cautelar las 39 personas indicadas en la petición inicial de este asunto.

III. POSICIÓN DE LAS PARTES

A. Posición de los peticionarios

11. Los peticionarios señalaron que las presuntas víctimas viven con VIH/SIDA, son personas de escasos recursos económicos y la mayoría de ellas viven en zonas alejadas a la ciudad de Guatemala. Señalaron que como personas con VIH/SIDA que se encuentran en un estado en general similar, resulta primordial que reciban atención médica y medicación antirretroviral, así como las pruebas clínicas pertinentes para determinar el avance de la enfermedad. No obstante, indicaron que desde que fueron diagnosticados con VIH/SIDA, entre la década de 1990 y 2006, el Estado no proporcionó ningún tipo de tratamiento médico. Específicamente, indicaron que el Estado no otorgó un tratamiento integral, no efectuó los exámenes necesarios para el conteo de células y no proveyó los medicamentos antirretrovirales.

12. Señaló que para el año 2002 el Ministerio de Salud había entregado antiretrovirales únicamente a 27 personas, ninguna de las cuales corresponde a las presuntas víctimas. Señalaron que esta situación es contraria a lo dispuesto por la Constitución y, específicamente, por la Ley General para el combate del VIH y del SIDA, adoptada en 2002.

13. En relación con **el derecho a la protección judicial**, los peticionarios indicaron que un grupo de casi veinte personas con VIH/SIDA enviaron una carta el 27 de mayo de 2002 al entonces Presidente de la República, Alfonso Portillo, solicitándole que se tomaran las medidas pertinentes para garantizar una atención a todas las personas con VIH/SIDA. Indicaron que se basaron en el artículo 48 de la Ley sobre VIH/SIDA la cual establece que toda persona deberá recibir atención integral de inmediato y en igualdad de condiciones respecto de otras personas. Señalaron que el Presidente de la República no respondió dicha comunicación y que, debido a esta situación, trece de las presuntas víctimas presentaron un recurso de amparo ante la Corte de Constitucionalidad, el cual fue rechazado.

14. Informaron que antes de que la Corte de Constitucionalidad emitiera su decisión, en agosto de 2002 tuvieron una reunión con el Presidente de la República. Señalaron que éste les informó que ordenaría la inmediata transferencia de una partida extraordinaria de Q. 500,000.00 para atender el tratamiento de las personas con VIH/SIDA necesitadas, mientras que se tomaba una política seria y comprometida del Estado. Los peticionarios señalaron que dicha transferencia de dinero se efectuó y únicamente sirvió para proveer medicamentos a 80 personas con VIH/SIDA, dentro de las cuales no estaban las presuntas víctimas. Agregaron que no tienen conocimiento por qué dichas personas fueron seleccionadas para recibir el tratamiento.

15. Indicaron que la Corte de Constitucionalidad rechazó el recurso de amparo presentado debido a la decisión del Presidente de otorgar el monto de dinero señalado, el cual tuvo un carácter extraordinario. Manifestaron que la Corte de Constitucionalidad “no se refirió al objetivo real del amparo” que era la necesidad de que se dictara una política general y universal tendiente a garantizar el acceso a la salud y por ende a la vida de las personas que viven con VIH/SIDA. Indicaron que únicamente tomó en cuenta una iniciativa presidencial de corto alcance, tanto en lo cuantitativo como en lo cualitativo, que no satisfacía las expectativas de un tratamiento integral requerido por los recurrentes. Señalaron que la concesión del Presidente fue “un paliativo temporal e insignificante ante la magnitud del problema, por lo que su resolución resultó ineficaz”.

16. Señalaron que para el año 2006 se inició un lento proceso de transferencia de pacientes atendidos por la organización Médicos Sin Fronteras hacia unidades públicas. Señalaron que la atención brindada por dicha organización sin fines de lucro, y no asociada con el Estado, fue esporádica y, en algunos casos, no lo suficientemente adecuada para brindar una respuesta integral a la situación de todas las presuntas víctimas.

17. Indicaron que el proceso de transferencia resultó sumamente complejo debido principalmente a la incapacidad estatal de contar con espacios físicos adecuados así como de medicamentos

necesarios. Agregaron que la atención se concentró exclusivamente en la ciudad de Guatemala, lo cual afectó seriamente el estado de salud de las presuntas víctimas que no residían en dicho lugar. Indicaron que las presuntas víctimas que viven en Coatepeque (3), Retalhuleu (16), Mazatenango (2), San Marcos (9) y Quetzaltenango (2) no tuvieron acceso al tratamiento y a los medicamentos pues su situación económica es precaria y no están en capacidad para costearse los gastos de transporte a la capital.

18. Indicaron que, posteriormente, el servicio público se amplió a las regiones de Coatepeque, Quetzaltenango e Izabal. Los peticionarios sostuvieron que se ha deteriorado la salud de las personas que no han recibido de forma regular los medicamentos necesarios. Asimismo, indicaron que algunas de las presuntas víctimas que son mujeres pasaron su embarazo sin tener el debido tratamiento y sin la posibilidad de dar un seguimiento adecuado al estado de salud del niño o niña que nació.

19. En relación con un cuadro presentado por el Estado sobre el estado de salud de las presuntas víctimas, los peticionarios presentaron distintos cuestionamientos. Señalaron que dicho cuadro presenta información imprecisa, incompleta e incorrecta, donde sólo se hace referencia a que las presuntas víctimas “estarían bien de salud”. Señalaron que resulta preocupante que el Estado no informe acerca de qué mecanismos adecuados y efectivos ha tomado para conocer la situación individual de cada una de las presuntas víctimas, así como verificar su adecuada atención.

20. Indicaron que la información del Estado no menciona cambios recientes ocurridos en el esquema de tratamiento de varias personas ni reporta las fechas en las que fueron practicados los exámenes de carga viral y CD4 más recientes. Agregaron que tampoco informa sobre las diferentes enfermedades oportunistas que afectaron a la casi totalidad de las víctimas.

21. Manifestaron que incluso el Estado informó sobre una persona que no es presunta víctima en el caso y presentó información errónea sobre el lugar donde recibe atención otra persona, lo cual demuestra su falta de interés en proporcionar un adecuado tratamiento médico a las presuntas víctimas. Indicaron que en los hospitales donde son atendidas varias de las presuntas víctimas no existe provisión de medicamentos antirretrovirales.

22. Sobre las trece personas que el Estado indicó que no tiene información⁵, los peticionarios señalaron que resulta preocupante que el Estado no tenga acceso a la información y que carezca de mecanismos adecuados y efectivos para conocer la situación individual de cada uno de ellos.

23. Los peticionarios señalaron que realizaron una evaluación de los expedientes clínicos de cada una de las presuntas víctimas así como entrevistas directas. Indicaron de manera general que la atención recibida es parcial e identificaron los siguientes problemas comunes: i) la falta de capacidad de diagnóstico de la enfermedad por parte de autoridades estatales lo que las obligó a acudir a instituciones privadas con el fin de obtener un examen; ii) la falta de tratamiento adecuado e integral; iii) el hecho de que exámenes de CD4 y carga viral no son realizados con regularidad y en algunos de los casos no se cuenta con registro de que se hayan realizado; iv) el hecho de que los expedientes clínicos estén incompletos; y v) la falta de asistencia psicológica necesaria.

24. Indicaron que la propia Comisión Presidencial de Derechos Humanos sostuvo en el año 2008 que “una de las situaciones que se monitorea es la asistencia de los pacientes [de VIH/SIDA] a los centros de atención, pues hay indicativos de falla en la misma”. Agregaron que en el año 2010 se presentaron cerca de 300 denuncias ante la Procuraduría de Derechos Humanos por falta de acceso a medicamentos antirretrovirales. Sostuvieron que en octubre de 2010 el Procurador de los Derechos Humanos denunció problemas de desabastecimiento y vencimiento de antirretrovirales, así como la falta de exámenes de carga viral y de CD4.

⁵ Facundo Gómez, Reina López, Ismar Ramírez, Alberto Quiché, Rita Dubón, Luis Cruz, Israel Pérez, Karen Samayoa, Sandra Zepeda, Santiago Valdéz, Félix Cabrera, Silvia Álvarez, y Teresa Ramírez.

25. Con respecto a la violación del **derecho a la vida**, los peticionarios alegaron que éste fue vulnerado en perjuicio de ocho presuntas víctimas que fallecieron debido a la falta de atención médica del Estado para el tratamiento de las enfermedades que los aquejaron como consecuencia del VIH/SIDA⁶. Indicaron que la información recabada por la doctora Calderón, quien hace parte de los peticionarios, respecto del deterioro de la salud de las presuntas víctimas y las causas de sus fallecimientos, permite corroborar que las ocho personas sin excepción fallecieron por infecciones oportunistas tales como la tuberculosis o la neumonía. Señalaron que tales infecciones se presentan cuando las defensas de los pacientes están bajas, lo cual demuestra que el esquema de tratamiento que estaban recibiendo no era el indicado. Indicaron que las presuntas víctimas no tuvieron acceso a los medicamentos necesarios para tratar las enfermedades oportunistas que padecían.

26. Señalaron que si bien algunas presuntas víctimas fallecidas llegaron a contar con tratamiento antirretroviral, carecieron de acceso regular cada seis meses, como lo determinan los protocolos nacionales e internacionales, a los exámenes de carga viral, CD4, genotipo y fenotipo, todos indispensables para monitorear la infección, adecuar el esquema de tratamiento cuando sea necesario y prevenir así la aparición de enfermedades oportunistas. Agregaron que el Estado no ha presentado elementos para desvirtuar estos hechos, en particular, que las enfermedades estaban asociadas a la falta de tratamiento y que pudieron ser prevenidas. Agregaron que el Estado guatemalteco no realizó ninguna investigación sobre estas muertes, a pesar de indicar en sus escritos que lo haría.

27. Los peticionarios también alegaron que el Estado vulneró **los derechos a la vida e integridad personal** de las presuntas víctimas sobrevivientes. Indicaron que el Estado incumplió con la obligación positiva de prevenir un daño irreparable en la vida, la integridad y la salud de las presuntas víctimas debido a que no ha adoptado las medidas necesarias para proveerles atención médica adecuada, lo que pone en riesgo inminente su vida. Los peticionarios manifestaron que el deber del Estado de adoptar medidas positivas se acentúa en relación con la protección de la vida y la salud de las personas en especial situación de vulnerabilidad como son, en su consideración, las personas con que viven con VIH/SIDA. Señalaron que el derecho a la vida y a la integridad personal está innegablemente ligado con el derecho a la salud en el presente caso, lo que obliga para el Estado la efectiva prestación de servicios de salud pública.

28. Señalaron que en un primer momento hasta los años 2006 y 2007, el Estado no proveyó de ningún tipo de medicamentos y atención a las presuntas víctimas y que, por el contrario, se adoptaron disposiciones legislativas que dificultaban el acceso a los medicamentos antirretrovirales, en particular a los medicamentos genéricos que son menos costosos pero que tienen los mismos efectos. Agregaron que la legislación tiende a proteger los productos nuevos en el mercado guatemalteco, fabricados por laboratorios transnacionales, restringiendo la accesibilidad y producción de productos genéricos los cuales son importados o producidos por laboratorios nacionales, cuyos precios son notoriamente más bajos que los productos con marca registrada.

29. Indicaron que las presuntas víctimas recibieron tratamiento temporal de un organismo internacional sin fines de lucro. Agregaron que el hecho de que algunas de las víctimas hayan sido diagnosticadas por entidades privadas no releva al Estado de su obligación de complementar y supervisar el actuar de estos entes privados. Asimismo, rechazaron los argumentos del Estado relacionados con la falta de atención médica debido a la falta de recursos económicos del gobierno. Indicaron que el Estado no puede excusarse de sus obligaciones internacionales por razones económicas.

30. Según los peticionarios, entre los años 2006 y 2007 las presuntas víctimas dejaron de recibir atención de la organización Médicos Sin Fronteras, debido a su carácter temporal. Agregaron que sus casos

⁶ Alberto Quiché Cuxevea, Facundo Gómez Reyes, Reina López Mujica, Ismar Ramírez Chajón, Petrona López González, Rita Dubón Orozco, Luis Cruz y María Vail.

fueron transferidos a centros públicos de salud. Señalaron que desde esa época hasta la fecha la atención que el Estado ha proveído a las presuntas víctimas resulta sumamente deficiente y no es de carácter integral.

31. Indicaron que para las personas con VIH/SIDA una atención integral que contemple medicamentos antiretrovirales y tecnologías como la prueba de carga viral y CD4 es garantía de vida, tanto en la calidad como en la extensión de la misma. Precisarón que todas las personas que viven con VIH/SIDA requieren de tratamiento médico específico que incluya mínimamente la terapia antiretroviral y educación para el mejor consumo de los medicamentos, las pruebas sobre carga viral y el tratamiento de las enfermedades oportunistas. Señalaron que los antirretrovirales, los cuales son una combinación de medicamentos que bloquean la reproducción del VIH/SIDA dentro del organismo, son considerados el tratamiento ideal para prevenir la progresión del VIH/SIDA, logrando una clara mejoría en la salud y haciendo que las personas tengan una vida normal, laboral y social por muchos años.

32. Indicaron que debido a las muertes de ocho presuntas víctimas por la falta de atención del Estado, se puede presumir que las presuntas víctimas sobrevivientes se encuentran en grave riesgo. Señalaron que la atención médica inadecuada que han recibido las presuntas víctimas por parte del Estado ha agravado sus condiciones de salud. Reiteraron que la mayoría de las presuntas víctimas sobrevivientes ha padecido de enfermedades oportunistas, que con la realización de exámenes y la provisión de medicamentos adecuados eran fácilmente prevenibles. Entre estas enfermedades citaron las siguientes: desnutrición crónica, anemia, sordera, infecciones respiratorias recurrentes, neumonía, trauma ocular, infecciones urinarias, etc.

33. Señalaron que la atención del Estado es ineficiente porque i) se han presentado grandes períodos de desabastecimiento de medicamentos; ii) existen problemas de accesibilidad para acceder a tratamiento debido a la poca cantidad de centros públicos que tienen algún tipo de servicio para personas con VIH/SIDA; iii) existe una falta de personal; y iv) existe una falta de exámenes necesarios para el buen manejo del VIH/SIDA, así como la aparición de enfermedades oportunistas. Señalaron que todos estos factores han generado que la salud de las víctimas se esté deteriorando rápidamente, con el inminente riesgo de morir.

34. Los peticionarios señalaron que ante la ausencia de una atención adecuada se han visto obligados a buscar alternativas para tratar de salvar sus vidas, recurriendo a donaciones de medicamentos o a la compra de los mismos. Señalaron que la falta de exámenes ha hecho imposible determinar el tratamiento más adecuado.

35. Respecto del **derecho a la igualdad ante la ley**, señalaron que en un primer momento sólo 27 personas con VIH/SIDA recibían medicamento antiretroviral por parte del Estado, lo que constituía el 0.7% del total de personas que padecen la enfermedad. Señalaron que el 99.3% de las personas enfermas, dentro de las que se incluyen a las presuntas víctimas “con idéntico derecho, tienen que ver como su enfermedad constituye una sentencia de muerte dictada por el propio Estado, ya que el acceso a los medicamentos les está vedado”. Manifestaron que esto constituyó una flagrante discriminación en su contra.

36. Indicaron que posteriormente, con la transferencia de las presuntas víctimas a servicios estatales bajo un tratamiento irregular, se creó una distinción con las personas que también tiene VIH/SIDA y que no son atendidas por el Estado, a pesar de que todas están bajo circunstancias iguales. Señalaron que el Estado se encuentra obligado a adoptar medidas positivas para revertir o cambiar la situación discriminatoria existente con respecto a las presuntas víctimas del caso, a quienes no se les ha proporcionado una atención médica que les permita llevar a cabo una vida digna, en condiciones de igualdad. Sostuvieron que en la mayoría de casos se ha brindado a las víctimas un tratamiento inadecuado que ha empeorado su situación de salud y vida.

37. En relación con el **desarrollo progresivo del derecho a la salud**, los peticionarios indicaron que el derecho a la salud incluye obligaciones de efecto inmediato, por ejemplo, evitar la discriminación, así como de garantizar que ciertos fármacos, conocidos como medicamentos esenciales, estén disponibles y accesibles en toda su jurisdicción. Señalaron que de acuerdo a la OMS, dentro de estos medicamentos se encuentran los antirretrovirales. Indicaron que no obstante, el Estado no les proveyó de

estos medicamentos de manera absoluta hasta los años 2006 y 2007; y posteriormente lo hizo de manera parcial e intermitente.

38. Finalmente, en relación con el **derecho a la integridad personal**, los peticionarios presentaron una lista de familiares y seres queridos de las presuntas víctimas que se han visto afectados por los hechos del caso. En relación con los cuestionamientos del Estado sobre la lista, los peticionarios indicaron que en la misma están familiares o seres queridos que han acompañado a las presuntas víctimas a lo largo de su enfermedad y de su lucha para recibir atención y tratamiento médico. Señalaron que en algunos casos las presuntas víctimas no pudieron acudir a sus familiares directos por temor a ser rechazados pues fueron estigmatizados por su propia familia. Agregaron que resulta común en Guatemala que personas de una misma familia no estén registrados con los mismos apellidos. Asimismo, indicaron que la calificación de una misma persona como víctima y como familiar de otra víctima no implica una duplicidad pues se trata de condiciones distintas.

B. Posición del Estado

39. En sus primeros escritos de 2004, el Estado reconoció que un número mínimo de personas con VIH/SIDA en Guatemala recibían atención médica pública. Sostuvo que “en la medida de sus posibilidades presupuestarias provee los tratamientos gratuitos” y que muchas personas con VIH/SIDA de bajos recursos económicos se vieron imposibilitadas de acceder a los tratamientos de salud puesto que resultan costosos.

40. El Estado indicó que, en el marco de la acción de amparo presentada ante la Corte de Constitucionalidad, el entonces Presidente de la República sostuvo una reunión con la Coordinadora de Sectores de Luchas contra el SIDA en la cual se comprometió a erogar medio millón de quetzales a favor del tratamiento de personas con VIH/SIDA. Indicó que dicha suma fue transferida al Programa Nacional del SIDA para el tratamiento de 80 adultos y 80 niños que fueron atendidos en centros estatales.

41. El Estado señaló que, a pesar de no proveía directamente la atención médica a las personas con VIH/SIDA, existían distintas organizaciones internacionales sin fines de lucro que la proveían tales como Médicos Sin Fronteras y otras entidades donantes. El Estado reconoció que “la mayoría del tratamiento en el país es asumido por Médicos Sin Fronteras”.

42. En junio de 2004, el Estado informó - en términos generales y presentar documentos o sin individualizar a las presuntas víctimas - sobre el tratamiento que supuestamente recibían 26 personas en Médicos sin Fronteras, Proyecto Vida, Coatepeque (11); Médicos sin Fronteras, Clínica Yaloc (5); Médicos sin Fronteras de Coatepeque (4); Clínicas Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt (1); Hospital Roosevelt Estudio Bristol (1); Instituto Guatemalteco de Seguridad Social- IGSS (3); Hospital Militar (1). Agregó que 11 personas no tenían acceso a medicamentos.

43. El Estado indicó que en cuanto a las 11 personas que aún no contaban con tratamiento, sus datos y direcciones fueron trasladados con carácter urgente al Ministro de Salud Pública y a la Directora del Programa Nacional del SIDA a fin de que se les provea a las clínicas que corresponda y se le asignen los antiretrovirales.

44. En su escrito de mayo de 2005, el Estado sostuvo que las presuntas víctimas podrían recibir la atención en forma gratuita en los hospitales Roosevelt o San Juan de Dios, ubicados en la ciudad de Guatemala, “definiéndose posteriormente según resultados, si llenan requisitos mínimos para poder acceder a los medicamentos ARV en el país”. Sostuvo que si no llenan los requisitos mínimos, “se les continuará atendiendo y en el momento en que llenen los criterios (...) se les iniciará el tratamiento necesario”.

45. Señaló que ha desarrollado distintas medidas generales de atención integral para todas las personas con VIH/SIDA en Guatemala tales como i) la coordinación con Médicos Sin Fronteras para que asuman la atención a pacientes; y ii) la compra de medicamentos a nivel internacional y nacional a fin de garantizar la ampliación de cobertura a personas con VIH/SIDA.

46. Posteriormente, el Estado informó que a partir del año 2006 las personas que eran atendidas por Médicos Sin Fronteras estaban siendo traspasadas a los fondos del Ministerio de Salud. Indicó que la permanencia de Médicos Sin Fronteras respondía a una planificación consensuada con dicho Ministerio.

47. Señaló que para el año 2006 el presupuesto asignado para el Programa Nacional de SIDA se incrementó de 10 millones a 20 millones de quetzales. Indicó que “este incremento muestra no sólo una buena voluntad, sino una acción concreta de compromiso financiero en mejorar, descentralizar y fortalecer las acciones tanto de prevención como de atención en el país”.

48. En relación con las presuntas víctimas, el Estado informó que entre los años 2006 y 2007 fueron transferidas a las unidades de atención públicas a fin de continuar con su tratamiento. Reconoció que en un primer momento existió un desabastecimiento de algunos medicamentos pero que se crearon estrategias para remediar la situación. Asimismo, reconoció que luego de la transferencia de pacientes, las personas debían ir a la ciudad de Guatemala para recibir su tratamiento. Indicó que eventualmente se crearon unidades en distintas zonas del país a fin de brindar el servicio de atención a las personas con VIH/SIDA.

49. Asimismo, señaló que cuenta con el apoyo del proyecto del Fondo Mundial “Intensificación de las acciones de prevención y atención integral del VIH/SIDA en grupos vulnerables y otras áreas prioritarias de Guatemala”. Sostuvo que a partir de ello se ha aumentado la cobertura de atención y tratamiento de las personas con VIH/SIDA en el país. Indicó que a partir de los años 2006 y 2007 se está cubriendo a todas las personas que viven con VIH/SIDA que cumplen con los criterios clínicos para iniciar tratamiento antirretroviral y que acuden a las clínicas de atención.

50. En su escrito de febrero de 2012 el Estado presentó información individualizada sobre el tratamiento seguido a la mayoría de las presuntas víctimas, en particular las citas programadas y las visitas efectuadas. Señaló que “a pesar de las dificultades encontradas para compra y suministro de antirretrovirales” las presuntas víctimas no han dejado de recibir tratamiento. Agregó en su escrito de noviembre de 2012 que las presuntas víctimas reciben medicamento antirretroviral así como los servicios, análisis y controles que demanda la infección que padecen.

51. Respecto de las presuntas víctimas sobre las cuales no presentó información, el Estado indicó que las unidades donde son atendidas se negaron a informar cómo se les brinda atención argumentando la confidencialidad de los casos. Sostuvo que uno de los peticionarios, el doctor Arathoon, es el titular de la clínica familiar “Luis Angel García/Hospital General San Juan de Dios”, centro donde tres presuntas víctimas reciben atención y que no han enviado información bajo el argumento de la confidencialidad de los registros.

52. Asimismo, sostuvo en su escrito de noviembre de 2012 que existen casos de presuntas víctimas que no habrían acudido a sus citas en los centros de salud. Agregó que algunas de las presuntas víctimas son irregulares en la asistencia a las citas que se programan, perjudicando su estado de salud, “lo que en definitiva escapa a la voluntad del Estado de prestar los servicios e insumos médicos de forma oportuna”.

53. Frente a la información de los peticionarios sobre la falta de atención adecuada a las presuntas víctimas así como sobre el deterioro de su estado de salud, el Estado indicó que se debe verificar dicha información “ya que no evidencia la fuente ni el estado de salud en la última fecha en que los pacientes infectados por el VIH/SIDA visitaron el servicio de salud”. Añadió que “si bien es cierto en el curso de la infección se habrán pasado dificultades, lo importante en este caso y a lo largo de estos 6 años es el bienestar actual de cada persona como consecuencia de la atención brindada”.

54. En relación con la muerte de ocho presuntas víctimas, el Estado sostuvo que “no hay evidencia clara que se haya debido a la no disponibilidad de brindarles tratamiento antirretroviral por parte del Ministerio de Salud, ya que en algunos cursaban una infección oportunista”. Sostuvo que deberá verificar si las muertes se debieron a la falta de atención y tratamiento de parte del Estado, a circunstancias ajenas a la infección o como consecuencia de la negativa a buscar la atención necesaria. Sobre este último punto indicó que en los registros de los centros de atención aparece que algunas personas abandonaron su tratamiento.

Sin embargo, el Estado no presentó información concreta sobre esta situación con relación a las ocho personas fallecidas.

55. Sobre este aspecto, el Estado indicó que existen complicaciones y consecuencias de la misma enfermedad que son totalmente independientes de la calidad de la atención y tratamiento que se brinda y que pueden comprometer la vida de las personas. Agregó que la adherencia al tratamiento y a las citas médicas tiene un componente muy importante que depende de la persona misma y no de la prestación del servicio de salud. Sostuvo que es importante hacer notar que aún bajo tratamiento antirretroviral, se pueden presentar circunstancias ajenas que lleven a la muerte de un paciente.

56. Con respecto al listado de familiares y seres queridos de las presuntas víctimas presentado por los peticionarios, el Estado presentó distintos cuestionamientos. Indicó que no es posible que presuntas víctimas aparezcan también en ese listado como familiares o seres queridos de otras presuntas víctimas. Agregó que dentro de la lista se incluyen personas que no poseen un vínculo inmediato con las presuntas víctimas, como amigos/as, tíos/as, sobrinos/as y parejas por lo que deben ser excluidas. Sostuvo que los apellidos de algunos familiares o seres queridos no coinciden con el de las presuntas víctimas.

IV. ANÁLISIS SOBRE EL FONDO

A. Hechos probados

1. Normativa relevante

57. La Constitución Política de la República de Guatemala de 1985 establece lo siguiente⁷:

Artículo 93.- Derecho a la salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.

Artículo 94.- Obligación del Estado sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

Artículo 95.- La salud, bien público. La salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

58. En julio de 2000 se aprobó el Decreto No. 27-2000 – Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA⁸. A continuación se transcriben algunas de las disposiciones relevantes.

Artículo 2.- Objeto de la Ley.

La presente ley tiene por objeto la creación de un marco jurídico que permita implementar los mecanismos necesarios para la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las Infecciones de

⁷ Constitución Política de la República de Guatemala. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/mla/sp/gtm/sp_gtm-int-text-const.pdf

⁸ Decreto No. 27-2000 – Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA. Disponible en: <http://www.osarguatemala.org/sites/all/docs%20e%20investigaciones/Trilogia%20de%20leyes%20DECAP.pdf>

Transmisión Sexual -ITS-, Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA-, así como garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas enfermedades.

Artículo 35.- De la atención de las personas.

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

Artículo 36.- De los Derechos Humanos en general.

Toda persona que viva con VIH/SIDA tiene los derechos y deberes proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los Acuerdos Internacionales sobre Derechos Humanos y en los Acuerdos Internacionales sobre Derechos Humanos suscritos por el Estado de Guatemala, los estipulados en la Constitución Política de la República y los previstos en la presente ley.

Artículo 37.- De la discriminación.

Se prohíbe la discriminación de las personas que viven con VIH/SIDA, contraria a la dignidad humana, a fin de asegurar el respeto a la integridad física y psíquica de estas personas.

Artículo 48.- Derecho a los servicios de atención.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social proveerá servicios de atención a las personas que viven con el VIH/SIDA, que le 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 antirretrovirales de calidad, a precios accesibles a las personas que viven con el VIH/SIDA.

59. Asimismo, el 6 de septiembre de 2002 se aprobó el Reglamento del Decreto No. 27-2000⁹. A continuación se copian algunas de las disposiciones relevantes:

Artículo 2.- Urgencia nacional.

Declarado el VIH/SIDA como un problema de urgencia nacional, las instituciones del gobierno deberán apoyar las acciones de atención y prevención que sean necesarias para dar cumplimiento a la vigencia y respeto de los derechos humanos consagrados en los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por Guatemala.

Artículo 31.- Atención a las personas.

El MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, asegurará que todas sus unidades de salud cuenten con el equipo básico y los insumos necesarios que permitan una atención integral de calidad y que se observen las medidas de bioseguridad universalmente aceptadas. En ningún caso la falta de equipo o

⁹ Reglamento del Decreto No. 27-2000.
<http://www.osarguatemala.org/sites/all/docs%20e%20investigaciones/Trilogia%20de%20leyes%20DECAP.pdf>

Disponible:

insuficiente puede ser usada como excusa para no proporcionar atención a una persona con VIH/SIDA.

Artículo 32.- Acceso a medicamentos.

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. Los Protocolos serán desarrollados y actualizados periódicamente por dicho Ministerio, con la participación y asistencia de organizaciones técnicas, científicas y académicas y la Sociedad Civil. Dichos Protocolos deberán ser aprobados por el Ministerio del Ramo por conducto del PROGRAMA NACIONAL DEL SIDA. Con el propósito de obtener mejor calidad y precios de medicamentos antirretrovirales se conformará una comisión coordinada por el PROGRAMA NACIONAL DEL SIDA con delegados de los Ministerios de Finanzas Públicas, de Economía y del Programa de Accesibilidad a Medicamentos -PROAM- para su compra en los mercados nacionales o internacionales, respetando los requisitos de calidad establecidos por la Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud del MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. El Programa de Accesibilidad a Medicamentos -PROAM- podrá distribuir los antirretrovirales a los establecimientos farmacéuticos afiliados que cuenten con personal químico-farmacéutico responsable y bajo la responsabilidad y supervisión de un médico tratante quien deberá extender la receta correspondiente para que el medicamento pueda ser dispensado. El Programa a que se refiere este párrafo no efectuará ventas directas individuales.

Artículo 35.- Asignación.

El MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL transferirá al Programa Nacional del SIDA los fondos asignados para uso exclusivo e implementación de las estrategias y acciones contempladas en la Ley, el cual promoverá su utilización descentralizada en el nivel de áreas de salud, distritos de salud y de la propia comunidad. El Ministerio de Finanzas Públicas asignará y contemplará en el Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado la partida financiera específica para que el Programa Nacional del SIDA, ejecute en forma sostenida y permanente los programas establecidos para la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las ITS/VIH/SIDA.

60. Adicionalmente, el 30 de noviembre de 2005 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) aprobó el Acuerdo Gubernativo No. 638-2005¹⁰. Dicho acuerdo tiene los siguientes objetivos:

(...) Fortalecer la atención integral de ITS, VIH y sida, con enfoque multidisciplinario, intersectorial, pluricultural y de género, enmarcado en el respeto de los derechos humanos. (...) Controlar la expansión de la epidemia y reducir el impacto negativo de la misma, tanto para las personas afectadas como para su entorno social. (...) Promoción e implementación de acciones orientadas hacia estratos de población más vulnerables y espacios territoriales donde la epidemia se encuentre concentrada identificados a través de estudios e informes periódicos. (...)

El Gobierno de la República de Guatemala se compromete a asignar en el Presupuesto general de ingresos y egresos del estado, la partida presupuestal anual para el fortalecimiento y funcionamiento del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH

¹⁰ Acuerdo Gubernativo No. 638-2005, 30 de noviembre de 2005. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_132631.pdf

y sida y de los programas que otros ministerios y entidades de gobierno tengan como mandato realizar. Además, garantizar, mediante los recursos humanos, técnicos y financieros suficientes, que se cumplan los compromisos acordados por el Estado para la ejecución del apoyo financiero otorgado por el Fondo Mundial¹¹.

2. Sobre las presuntas víctimas

61. La Comisión recuerda que el presente caso se refiere a la presunta vulneración de derechos en perjuicio de las siguientes 49 personas que viven con VIH/SIDA: Luis Rolando Cuscul Pivaral, Francisco Sop Gueij, 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, Audiencio Rodas, Luis Edwin Cruz Gramau, Martina Candelaria Álvarez Estrada, Maria Felipe Pérez, Sayra Elisa Barrios, Felipe Ordóñez, Santos Isacax Vásquez Barrio, Ismera Oliva García Castañon, Guadalupe Cayaxon, Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, Cesar Noe Cancinos Gómez, Santos Vásquez Oliveros, Maria Vail, Julia Aguilar, Sebastián Emilia Dueñas, Zoila Pérez Ruiz, Santiago Valdez, Pascuala de Jesús Mérida, Iris Carolina Vicente Baullas, Reina López Mújica, Marta Alicia Maldonado Paz, José Cupertino Ramírez, José Rubén Delgado, Elsa Miriam Estrada, Ismar Ramírez Chajón, Félix Cabrera, Silvia Mirtala Álvarez, Facundo Gómez Reyes, Alberto Quiché Cuxeve, Rita Dubón Orozco, Ingrid Janeth Barillas Martínez, Luis Armando Linares, Mardo Luis Hernández, Jorge Armando Tavárez, Miguel Lucas Vail, Dora Marina Martínez, Melvin Geovanny Ajtún y Teresa Magdalena Ramírez Castro.

62. Según la descripción de los peticionarios, las presuntas víctimas fueron diagnosticadas con VIH/SIDA entre 1992 y 2003. El Estado no controvertió esta información.

63. Los peticionarios presentaron información general y específica sobre la situación de las presuntas víctimas. En cuanto a las circunstancias generales que aplican a todas o a varias de las presuntas víctimas y que no fueron controvertidas por el Estado, se encuentran las siguientes:

- Muchas de las presuntas víctimas son personas desempleadas, de escasos recursos económicos y que no viven en Ciudad de Guatemala.
- Varias de las presuntas víctimas son cabeza de familia y tienen varios hijos o hijas. Asimismo, varios de los familiares y seres queridos de las presuntas víctimas también tienen VIH/SIDA.
- A pesar de solicitar atención médica a centros de salud públicos, incluyendo el acceso a antirretrovirales, no recibieron ninguna asistencia estatal hasta los años 2006 y 2007, con impactos en su salud. Hasta dicha fecha, la mayoría de las presuntas víctimas recibió algún tipo de atención médica por parte de organizaciones internacionales.

64. Según los peticionarios, para el año 2002, el Ministerio de Salud únicamente entregó medicamentos antirretrovirales a menos del 1% de la población con VIH/SIDA en Guatemala. Al respecto, en junio de 2002 el entonces Ministro de Salud Mario Bolaños declaró que “la falta de recursos es la razón por la que el Ministerio de Salud sólo puede dar cobertura a 27 personas que viven con el VIH/Sida”¹². Los peticionarios alegaron y el Estado no controvertió que dentro de estas 27 personas mencionadas por el entonces Ministro, tampoco se encuentran las presuntas víctimas.

65. La Comisión recuerda que de acuerdo a la Organización Mundial para la Salud, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad que infecta a las células del sistema inmunitario de una persona, alterando o anulando su función. Por su parte, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de

¹¹ Acuerdo Gubernativo No. 638-2005, 30 de noviembre de 2005. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_132631.pdf

¹² Anexo 1. Nota de prensa “En lucha por más vida” publicada en Prensa Libre el 14 de junio de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

alguna de infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH¹³. En relación con el tratamiento para personas con VIH/SIDA, la Organización Mundial para la Salud ha hecho énfasis en la realización de exámenes de carga viral y de recuento de cédulas CD4. Ello a efectos de medir la función inmunitaria, administrar los antirretrovirales correspondientes, evaluar la eficacia del tratamiento y evitar la aparición de resistencia a los medicamentos¹⁴.

66. A continuación la Comisión efectúa una relación sobre la información disponible en cuanto a cada una de las presuntas víctimas, iniciando con las ocho personas fallecidas y continuando con las personas que se encuentran con vida.

2.1 Información sobre las presuntas víctimas fallecidas

67. Los peticionarios señalaron que debido a la falta de atención médica por parte del Estado fallecieron ocho de las presuntas víctimas:

- **Alberto Quiché Cuxeva**, fallecido el 4 de enero de 2001. Los peticionarios señalaron que murió de neumonía sin que se le realizaran exámenes de CD4 y carga viral oportunamente. El Estado no controvertió los alegatos de los peticionarios y no aportó ningún sustento documental que indique que recibió atención médica antes de su muerte.
- **Facundo Gómez Reyes**, fallecido el 27 de febrero de 2003. Los peticionarios señalaron que murió por tuberculosis sin que se le realizaran exámenes de carga viral, CD4 y genotipo y fenotipo. Agregaron que durante diez meses la enfermedad pudo ser tratada pero ante la ausencia de tratamiento su deterioro fue cada día peor, hasta necesitar la hospitalización, la cual decidió rechazar pues deseaba morir en su casa. El Estado no controvertió los alegatos de los peticionarios aportó ningún sustento documental que indique que recibió atención médica antes de su muerte.
- **Reina López Mujica** fue diagnosticada en 2002 y falleció el 6 de noviembre de 2003. Los peticionarios señalaron que inició atención con Médicos Sin Fronteras en mayo de 2002 y que murió por tuberculosis y anemia aguda producida por antirretrovirales. Indicaron que no se le hizo el examen de genotipo y fenotipo para cambiar el esquema de tratamiento ni, en general, se le hicieron exámenes para determinar su estado de salud. El Estado no controvertió los alegatos de los peticionarios y no aportó ningún sustento documental que indique que recibió atención médica antes de su muerte.
- **Ismar Ramírez Chajón** fue diagnosticado en 1996 y falleció en diciembre de 2003. Los peticionarios señalaron que murió por tuberculosis multiresistente. Indicaron que si bien antes de morir sí se hospitalizó en el Hospital Roosevelt, el tratamiento le fue provisto en el IGSS donde, alegan, desarrolló resistencia a los medicamentos. Señalaron que a pesar de esta situación no se le efectuó genotipo y fenotipo los cuales están indicados para responder a la multiresistencia que presentó. El Estado no controvertió los alegatos de los peticionarios.
- **Petrona López González**, fallecida en enero de 2004. Los peticionarios señalaron que murió por neumonía. Indicaron que si bien antes de morir estuvo en seguimiento en el centro clínico de San Bernardino, no le realizaron exámenes de carga viral y CD4. Indicaron que momentos antes de fallecer, se encontraba tan débil que no pudo ir al hospital. El Estado no controvertió esta omisión en los exámenes de la presunta víctima. La Comisión nota que el Estado se limitó a indicar que la señora López tuvo una cita médica el 12 de junio de 2007.

¹³ Para mayor información véase: <http://www.unaids.org/es>

¹⁴ OMS, Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2021. Disponible en: http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/GHSS_HIV_SP_06012016.pdf?ua=1

- **Rita Dubón Orozco**, fallecida el 27 de junio de 2006. Los peticionarios señalaron que murió por neumonía sin que se le realizaran exámenes de carga viral, CD4 y genotipo y fenotipo. El Estado no controvertió esta omisión en los exámenes de la presunta víctima.
- **Luis Edwin Cruz Gramau**, fallecido en enero de 2008. Los peticionarios señalaron que no se le realizaron exámenes de fenotipo y fenotipo. El Estado no controvertió esta omisión en los exámenes de la presunta víctima.
- **Maria Vail López** fue diagnosticada en 2001 y falleció el 28 de marzo de 2011. Los peticionarios señalaron que el diagnóstico de su enfermedad no fue realizado por el Estado. Señalaron que no se realizaron los exámenes de CD4 y carga viral con regularidad, lo cual le provocó diversas enfermedades oportunistas, tales como dermatitis, otitis e histoplasmosis. El Estado no controvertió esta omisión en los exámenes de la presunta víctima. El Estado se limitó a indicar que el estado de salud de la señora Vail era bueno que acudía regularmente a sus citas médicas. La Comisión nota que el Estado sostuvo que su última visita médica fue el 21 de diciembre de 2011.

2.2 Información sobre las presuntas víctimas que se encuentran con vida

68. Los peticionarios señalaron que las restantes 41 presuntas víctimas sobrevivientes no recibieron atención por parte del Estado hasta el año 2006. Agregaron que la atención que recibieron con posterioridad a dicha fecha no ha sido integral. Dicha información no ha sido controvertida por el Estado mediante documentación que indique lo contrario. Más bien, esta información resulta coherente con el reconocimiento general del Estado que indica que antes de dicho año ofreció atención a un grupo mínimo de la población con VIH/SIDA. Los peticionarios indicaron que con posterioridad las presuntas víctimas han recibido atención médica deficiente, lo cual incluye la falta de toma de exámenes, la falta de acceso a medicamentos debido al desabastecimiento periódico de los mismos, entre otras irregularidades. A continuación la CIDH recapitula la información aportada por las partes respecto de cada una de las presuntas víctimas que se encuentran con vida:

- **Luis Rolando Cuscul Pivaral** fue diagnosticado en 1994. Los peticionarios indicaron que el señor Cuscul sufre de lipodistrofia, producto de su condición de persona con VIH/SIDA. Señalaron que a pesar de ello no ha recibido ningún tratamiento por dicha situación. El Estado no controvertió lo señalado por los peticionarios. Señaló que el señor Cuscul acude a citas médicas en el Hospital Roosevelt y que su estado de salud es bueno.
- **Luis Rubén Álvarez Flores** fue diagnosticado en 2002. Los peticionarios señalaron que no se le han realizado los exámenes de genotipo y fenotipo. El Estado no controvertió los alegatos de los peticionarios. El Estado indicó que el señor Álvarez acude a citas médicas en el hospital UAI Antigua Guatemala. Reconoció que no se han tomado diversos exámenes, incluyendo la toma de CD4 y carga viral.
- **Francisco Sop Gueij** fue diagnosticado en 2000. Los peticionarios sostuvieron que a partir de 2007 fue llevado al hospital de Coatepeque de forma periódica. Señalaron que no le han realizado diversos exámenes a efectos de prevenir la aparición de enfermedades oportunistas. El Estado no controvertió los alegatos de los peticionarios. Sostuvo que el señor Sop acude a citas médicas en dicho hospital y que su estado de salud es bueno.
- **Corina Robledo Alvarado** fue diagnosticada en 2001. Los peticionarios señalaron que no se le han realizado los exámenes de genotipo y fenotipo. El Estado no controvertió los alegatos de los peticionarios. Sostuvo que la señora Robledo acude a citas médicas en el Hospital Roosevelt y que su estado de salud es bueno.

- **Aracely Cinto** fue diagnosticada en 1997. Los peticionarios indicaron que su tratamiento recién se inició en el año 2007 en el hospital de Coatepeque. Señalaron que no se le ha realizado un examen de carga viral y que los exámenes de CD4 no han sido efectuados de manera regular. El Estado no contravirtió los alegatos de los peticionarios. Indicó que la señora Cinto acude a citas médicas en dicho hospital y que su estado de salud es bueno.
- **Olga Marina Castillo** fue diagnosticada en 2002. Los peticionarios indicaron que está recibiendo tratamiento antirretroviral. El Estado no presentó información sobre su situación.
- **Israel Pérez Charal**. Los peticionarios indicaron que está recibiendo tratamiento antirretroviral. El Estado no presentó información sobre su situación.
- **Karen Judith Samayoa** fue diagnosticada en 2002. Los peticionarios indicaron que está recibiendo tratamiento antirretroviral. El Estado no presentó información sobre su situación.
- **Juana Aguilar** fue diagnosticada en 2000. Los peticionarios indicaron que la señora Aguilar contrajo enfermedades oportunistas tales como herpes, infecciones recurrentes del tracto respiratorio, amigdalitis viral, infecciones bacterianas severas y sarcopiosis. Señalaron que ello se debe a la atención irregular que está recibiendo en el hospital de Coatepeque. El Estado no contravirtió los alegatos de los peticionarios. Indicó que la señora Aguilar acude a citas médicas en dicho hospital y que su estado de salud es bueno.
- **Darinel López Montes de Oca**. Los peticionarios señalaron que ha presentado diversas enfermedades oportunistas debido a que los exámenes de CD4 y carga viral no han sido regulares. El Estado no contravirtió los alegatos de los peticionarios. Indicó que el señor López acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.
- **Audiencio Rodas** fue diagnosticado en 2001. Los peticionarios indicaron que contrajo enfermedades oportunistas como eucoplasia oral vellosa, neumonía bacteriana severa y herpes zoster. Indicaron que ello se debe a la atención irregular que está recibiendo en el hospital de Coatepeque, incluyendo la falta de exámenes de CD4 y carga viral. El Estado no contravirtió los alegatos de los peticionarios. Indicó que el señor Rodas acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.
- **Martina Candelaria Álvarez Estrada** fue diagnosticada en 2002. Los peticionarios señalaron que los exámenes de CD4 y carga viral no se han realizado de manera periódica y regular. Indicaron que ello generó que la señora Álvarez contraiga enfermedades oportunistas tales como neuropatía, artralgia y diarrea. El Estado no contravirtió los alegatos de los peticionarios. Indicó que la señora Álvarez acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.
- **Maria Felipe Pérez** fue diagnosticada en 2001. Los peticionarios señalaron que los exámenes de CD4 y carga viral no se han realizado de manera periódica y regular. El Estado no contravirtió los alegatos de los peticionarios. Indicó que la señora Pérez acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.
- **Sayra Elisa Barrios** fue diagnosticada en 2002. Los peticionarios señalaron que los exámenes de CD4 y carga viral no se han realizado de manera periódica y regular. Sostuvo que la irregularidad en la atención recibida en el hospital Coatepeque ha provocado diversas enfermedades oportunistas. El Estado no contravirtió los alegatos de los peticionarios. Indicó que la señora Barrios acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.

- **Felipe Ordóñez** fue diagnosticado en 2002. Los peticionarios señalaron que los exámenes de CD4 y carga viral no se han realizado de manera periódica y regular. Indicaron que ello generó que el señor Ordóñez contraiga enfermedades oportunistas tales como problemas del hígado, sordera leve, diarrea agua y desnutrición grado II, alergias y granos en la boca. El Estado no contravirtió los alegatos de los peticionarios. Indicó que el señor Ordóñez acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.
- **Santos Isacax Vásquez Barrio** fue diagnosticado en 2003. Los peticionarios señalaron que nunca le han realizado exámenes de carga viral y su último examen de CD4 fue en septiembre de 2007. Sostuvieron que ello generó que contraiga enfermedades oportunistas tales como sífilis, neurosífilis, parásitos, fiebre, diarrea con sangre, tos, vómitos con flema blanca, afonía leve, faringitis, herpes zoster y micosis cutánea. El Estado no contravirtió los alegatos de los peticionarios. Indicó que el señor Vásquez acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.
- **Ismera Oliva García Castañon** fue diagnosticada en 2003. Los peticionarios indicaron que no se le han realizado los exámenes de genotipo y fenotipo. El Estado no contravirtió los alegatos de los peticionarios. Indicó que la señora García acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.
- **Guadalupe Cayaxon** fue diagnosticada en 2002. Los peticionarios señalaron que no se le han practicado los exámenes necesarios, lo cual le ha provocado diversas enfermedades oportunistas. El Estado no contravirtió los alegatos de los peticionarios. Indicó que la señora Cayaxon acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.
- **Sandra Lisbeth Zepeda Herrera** fue diagnosticada en 1999. Los peticionarios indicaron que está recibiendo tratamiento antirretroviral. El Estado no presentó información sobre su situación.
- **Cesar Noe Cancinos Gómez** fue diagnosticado en 2002. Los peticionarios señalaron que los exámenes de CD4 y carga viral no se han realizado de manera periódica y regular. Sostuvieron que ello generó que contraiga enfermedades oportunistas tales como candidiasis oral recurrente, infección respiratoria superior y diarrea. El Estado no contravirtió los alegatos de los peticionarios. Indicó que el señor Cancinos acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.
- **Santos Vásquez Oliveros** fue diagnosticado en 2002. Los peticionarios indicaron que no se le han realizado los exámenes de genotipo y fenotipo. El Estado no contravirtió los alegatos de los peticionarios. Indicó que el señor Vásquez acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.
- **Julia Aguilar** fue diagnosticada en 2002. Los peticionarios señalaron que los exámenes de CD4 y carga viral no se han realizado de manera periódica y regular. Sostuvieron que ello generó que contraiga enfermedades oportunistas tales como amigdalitis aguda, parásitos, faringitis, diarrea aguda, sarcotiosis, neuropatía, vericitis moderada, infección urinaria, sinusitis, diarrea, espoleón del coleoneo, enfermedad péptica, neuropatía post hempatías, y obesidad. El Estado no contravirtió los alegatos de los peticionarios. Indicó que la señora Aguilar acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.
- **Sebastián Emilia Dueñas** fue diagnosticado en 2002. Los peticionarios señalaron que los exámenes de CD4 y carga viral no se han realizado de manera periódica y regular.

Sostuvieron que ello generó que contraiga enfermedades oportunistas tales como candidiasis oral recurrente, infección respiratoria superior y diarrea. El Estado no controvertió los alegatos de los peticionarios. Indicó que Sebastián acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.

- **Zoila Pérez Ruiz** fue diagnosticada en 2002. Los peticionarios señalaron que los exámenes de CD4 y carga viral no se han realizado de manera periódica y regular. Sostuvieron que ello generó que contraiga enfermedades oportunistas tales como adenopatía cervical, candidiasis vaginal, sarcopiosis, tuberculosis diseminada, amigdalitis, dolor de jiva, herpes, neumonía, neuropatía periférica y micosis en ambos pies. El Estado no controvertió los alegatos de los peticionarios. Indicó que la señora Pérez acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.
- **Santiago Valdez** fue diagnosticado en 2002. Los peticionarios señalaron que no ha recibido una atención integral por lo que ha padecido de candidiasis oral, dermatomicosis y manifestaciones micocutáneas menores. El Estado no controvertió los alegatos de los peticionarios y no presentó información sobre la situación del señor Valdez.
- **Pascuala de Jesús Mérida** fue diagnosticada en 2001. Los peticionarios señalaron que los exámenes de carga viral no se han realizado de manera periódica y regular. Sostuvieron que ello generó que contraiga enfermedades oportunistas. El Estado no controvertió los alegatos de los peticionarios. Indicó que la señora de Jesús acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.
- **Iris Carolina Vicente Baullas** fue diagnosticada en 2003. Los peticionarios señalaron que los exámenes de CD4 y carga viral no se han realizado de manera periódica y regular. Sostuvieron que ello generó que contraiga enfermedades oportunistas tales como aringitis, rash cutáneo, sarcopiosis, neumonía bacteriana, dolor lumbar, candida vaginal, conjuntivitis, flujo vaginal, osteopenia, colitis, insomnio, neuropatía periférica, cervicitis moderadas y enfermedad péptica. Señalaron que la señora Vicente decidió mudarse a Estados Unidos debido a la falta de atención en Guatemala. El Estado no controvertió los alegatos de los peticionarios. Reconoció que la señora Vicente viajó a Estados Unidos en el año 2007.
- **Marta Alicia Maldonado Paz** fue diagnosticada en 2001. Los peticionarios señalaron que los exámenes de CD4 y carga viral no se han realizado de manera periódica y regular. Sostuvieron que ello generó que contraiga enfermedades oportunistas tales como papilomatosis vulvar y anal, candidiasis oral y vaginal, papilomatosis oral, tinia pedis, desnutrición grado II e histoplasmosis. El Estado no controvertió los alegatos de los peticionarios. Indicó que la señora Maldonado acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.
- **José Cupertino Ramírez** fue diagnosticado en 2001. Los peticionarios señalaron que los exámenes de CD4 y carga viral no se han realizado de manera periódica y regular. Sostuvieron que ello generó que contraiga enfermedades oportunistas tales como faringitis, micosis, sífilis y herpes genital. El Estado no controvertió los alegatos de los peticionarios. Indicó que el señor Cupertino acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.
- **Elsa Miriam Estrada** fue diagnosticada en 2000. Los peticionarios señalaron que padece neumonía debido a un cambio de esquema en la medicación recibida en el hospital de Coatepeque. Indicó que la irregularidad en la atención ha provocado diversas enfermedades oportunistas. El Estado no controvertió los alegatos de los peticionarios. Indicó que la señora

Estrada acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.

- **Félix Cabrera** fue diagnosticado en 1996. Los peticionarios indicaron que a partir del año 2002 estuvo recibiendo atención en el IGSS de manera discontinuada, y a que partir del año 2013 se logró acordar la continuidad del tratamiento. El Estado no presentó información sobre la situación del señor Cabrera.
- **Silvia Mirtala Álvarez** fue diagnosticada en 2002. Los peticionarios señalaron que los exámenes de CD4, carga viral y genotipo no se han realizado. Sostuvieron que ello generó que contraiga enfermedades oportunistas. Sostuvo que su tratamiento en el IGSS se ha visto seriamente afectado por el desabastecimiento de medicamentos, lo cual le ha provocado resistencias a los antirretrovirales. El Estado no presentó información sobre la situación de la señora Álvarez.
- **Ingrid Barillas Martínez.** Los peticionarios indicaron que está recibiendo tratamiento antirretroviral en el hospital Roosevelt. El Estado sostuvo que la señora Barillas acude a citas médicas en dicho centro y que su estado de salud es bueno.
- **Luis Armando Linares.** Los peticionarios indicaron que está recibiendo tratamiento antirretroviral en el hospital Roosevelt. El Estado sostuvo que el señor Linares acude a citas médicas en dicho centro y que su estado de salud es bueno.
- **Mardo Luis Hernández.** Los peticionarios señalaron que los exámenes de fenotipo y genotipo no se han realizado. El Estado no controvertió los alegatos de los peticionarios. Indicó que el señor Hernández acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.
- **Jorge Armando Tavarez.** Los peticionarios señalaron que los exámenes de CD4 y carga viral no se han realizado de manera periódica y regular. Sostuvieron que ello generó que contraiga enfermedades oportunistas tales como meningitis por criptococo, tuberculosis pulmonar, visión borrosa, candidiasis oral, síndrome de desgaste agudo, leucoplasia oral vellosa, úlcera genital, neumonía por neumocistis, herpes vaginal, DCA, paludismo y neuropatía periférica. El Estado no controvertió los alegatos de los peticionarios. Indicó que el señor Tavarez acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.
- **Miguel Lucas Vail.** Los peticionarios señalaron que los exámenes de CD4 y carga viral no se han realizado de manera periódica y regular. Sostuvieron que ello generó que contraiga enfermedades oportunistas tales como candidiiasis oral, infecciones en el tracto respiratorio superior y diarrea. El Estado no controvertió los alegatos de los peticionarios. Indicó que el señor Vail acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.
- **Dora Marina Martínez.** Los peticionarios señalaron que los exámenes de CD4 y carga viral no se han realizado de manera periódica y regular. Sostuvieron que ello generó que contraiga enfermedades oportunistas. Agregaron que la irregularidad en el tratamiento de antirretrovirales le generó lipodistrofia. El Estado no controvertió los alegatos de los peticionarios. Indicó que la señora Martínez acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.
- **Melvin Yovani Ajtún.** Los peticionarios señalaron que los exámenes de CD4 y carga viral no se han realizado de manera periódica y regular. Sostuvieron que ello generó que contraiga enfermedades oportunistas tales como cutáneas, neumonía atípica, candidiasis oral,

faringitis, papilomatosis oral, y leucoplasia oral vellosa. El Estado no controvertió los alegatos de los peticionarios. Indicó que el señor Ajtún acude a citas médicas en el hospital de Coatepeque y que su estado de salud es bueno.

- **Teresa Magdalena Ramírez Castro.** Los peticionarios señalaron que los exámenes de CD4 y carga viral no se han realizado de manera periódica y regular. Sostuvieron que ello generó que contraiga enfermedades oportunistas tales como criptococosis, toxoplasmosis, fibromatosis e hiperglicemia. El Estado no controvertió los alegatos de los peticionarios y no presentó información sobre la situación de la señora Ramírez.
- **José Rubén Delgado.** Los peticionarios señalaron que los exámenes de CD4 y carga viral no se han realizado de manera periódica y regular. Sostuvieron que ello generó que contraiga enfermedades oportunistas tales como riptococo en la piel, sarcopiosis, trauma ocular, erupción papular pruriginosa, herpes, desnutrición grado II, lipotomía, diarrea, mareos, otitis y cefalea. El Estado no controvertió los alegatos de los peticionarios. La Comisión nota que el Estado se limitó a indicar que el señor Delgado habría fallecido en el año 2009.

2.3 Información sobre familiares de las presuntas víctimas

69. Los peticionarios aportaron un listado con los familiares de las presuntas víctimas que consideraron afectados en el presente caso. La individualización de dichos familiares y su respectivo vínculo con las presuntas víctimas se encuentra relacionado en el Anexo Único al presente informe de fondo.

3. Recursos presentados

3.1 Cartas dirigidas al entonces Presidente de la República y otras altas autoridades

70. Los peticionarios y otros representantes de la sociedad civil desarrollaron estrategias e iniciativas para hacer visible la situación de personas con VIH/SIDA en Guatemala. Ello a efectos de reclamar la atención médica integral a favor de dichas personas, incluyendo la dotación de medicamentos necesarios. De esta forma, buscaron el apoyo del Estado a través de múltiples cartas, tal como se indica a continuación.

71. El 23 de noviembre de 2001 la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el Sida envió una carta al entonces Ministro de Salud, Mario Bolaños, a fin de solicitarle una entrevista para discutir sobre i) el Reglamento de la Ley de VIH/Sida; ii) la unidad de atención integral de VIH/SIDA; y iii) la situación de tratamiento antirretroviral a corto, mediano y largo plazo¹⁵.

72. El 27 de mayo de 2002 la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el Sida y otras organizaciones que representan a las personas que viven con VIH/SIDA en Guatemala enviaron una carta al entonces Presidente de la República Alfonso Portillo¹⁶. Indicaron que el Estado sólo da tratamiento antirretroviral a 27 personas exclusivamente con fondos públicos, lo cual vulnera el artículo 4 de la Constitución¹⁷. Señalaron que el tratamiento debe ser universal y accesible a todas las personas que lo necesiten en Guatemala de conformidad con la Constitución y la Ley de VIH/SIDA¹⁸. Indicaron que a las personas se les ha denegado en forma sistemática dicho tratamiento por parte del Ministerio de Salud a

¹⁵ Anexo 2. Carta de la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el Sida, de fecha 23 de noviembre de 2001. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

¹⁶ Anexo 2. Carta de la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el Sida, de fecha 27 de mayo de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

¹⁷ Anexo 2. Carta de la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el Sida, de fecha 27 de mayo de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

¹⁸ Anexo 2. Carta de la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el Sida, de fecha 27 de mayo de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

través de “evasivas, medidas dilatorias o desviando su responsabilidad hacia una entidad internacional que proporciona el tratamiento antirretroviral”¹⁹.

73. El 10 de junio de 2002 el Procurador de los Derechos Humanos envió una comunicación al entonces Presidente de la República en relación con la carta enviada el 27 de mayo de 2002²⁰. Indicó que las personas que reciben tratamiento antirretroviral por parte de un organismo internacional es por sólo tres años y para un número limitado²¹. Sostuvo que según estimaciones cuatro mil personas necesitan dicho tratamiento. Señaló que “d(a) su apoyo incondicional a esta demanda, que expresa una petición justa del derecho a la vida y la de la no violación a los derechos humanos por discriminación, pues el Estado le está dando tratamiento a 27 personas”²². Agregó que la solicitud debe ser “atendida a la brevedad posible porque de ello depende la vida de cada una de las personas que viven con VIH/SIDA”²³.

3.2 Recurso de amparo ante la Corte de Constitucionalidad

74. El 26 de julio de 2002 veintidós personas, incluyendo a trece de las presuntas víctimas²⁴, y organizaciones de la sociedad civil -Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha Contra el SIDA, Asociación Civil Gente Positiva y Asociación de Salud Integral- presentaron un recurso ante la Corte de Constitucionalidad con el objeto de que “se restituya el derecho a la salud constitucionalmente reconocido para todas y cada una de las personas que vivimos con VIH/SIDA”²⁵. Señalaron que necesitaban urgentemente de un tratamiento médico²⁶. Manifestaron que en Guatemala por lo menos viven 4000 personas diagnosticadas con VIH/SIDA y que el Estado sólo proporciona medicamentos a 27 personas²⁷.

75. Asimismo, en dicho recurso señalaron que una política de Estado congruente con la realidad financiera del Estado debería procurar el uso de antirretrovirales genéricos de calidad, los cuales son sustancialmente más baratos que los utilizados por el Estado²⁸. Agregaron que al momento de la interposición del recurso, no habían recibido respuesta a su carta enviada el 27 de mayo de 2002 dirigida al Presidente de la República²⁹. Señalaron que, en consecuencia, el Presidente “omitió e ignoró [su] petición y no

¹⁹ Anexo 2. Carta de la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el Sida, de fecha 27 de mayo de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

²⁰ Anexo 3. Comunicación del Procurador de los Derechos Humanos, de fecha 10 de junio de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

²¹ Anexo 3. Comunicación del Procurador de los Derechos Humanos, de fecha 10 de junio de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

²² Anexo 3. Comunicación del Procurador de los Derechos Humanos, de fecha 10 de junio de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

²³ Anexo 3. Comunicación del Procurador de los Derechos Humanos, de fecha 10 de junio de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

²⁴ Luis Rolando Cuscul Pivaral, Luis Armando Linares, Facundo Gómez Reyes, Marta Alicia Maldonado Paz, Miguel Lucas Vail, Ingrid Barillas Martínez, Jorge Armando Tavarez, Melvin Yovani Ajtún, Mardo Luis Hernández, Alberto Quiché Cuxeve, Teresa Magdalena Ramírez Castro, Rita Dubón Orozco y Dora Marina Martínez.

²⁵ Anexo 4. Acción de amparo nueva presentada ante la Corte de Constitucionalidad, de fecha 26 de julio de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

²⁶ Anexo 4. Acción de amparo nueva presentada ante la Corte de Constitucionalidad, de fecha 26 de julio de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

²⁷ Anexo 4. Acción de amparo nueva presentada ante la Corte de Constitucionalidad, de fecha 26 de julio de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

²⁸ Anexo 4. Acción de amparo nueva presentada ante la Corte de Constitucionalidad, de fecha 26 de julio de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

²⁹ Anexo 4. Acción de amparo nueva presentada ante la Corte de Constitucionalidad, de fecha 26 de julio de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

emitió ningún tipo de instrucción, resolución o acuerdo que reflejara su interés de cumplir con el mandato constitucional”³⁰.

76. Agregaron que el Estado les estaba vulnerando su derecho a la vida y a la salud³¹. Solicitaron que se le ordenara al Presidente “el traslado de los fondos presupuestarios necesarios para la compra, distribución sistemática y diaria de los tratamientos antirretrovirales necesarios para mantener [su] vida, así como el adecuado y permanente seguimiento de las personas que viv[en] con el VIH/SIDA en Guatemala”³². Agregaron que se debería ordenar la compra de tratamientos antirretrovirales genéricos de calidad para una atención masiva y no selectiva como se hace para las 27 personas que reciben atención del Estado³³.

77. El 1 de agosto de 2002 el entonces Presidente de la República, Alfonso Portillo, presentó un escrito de comparecimiento ante la Corte de Constitucionalidad³⁴. Indicó que en el presente caso “no se evidencia ninguna vinculación entre los recurrentes y el agravio denunciado (...) donde pareciera que se está invocando una causa popular, que de ninguna manera puede ser materia a discutirse en una acción de amparo”³⁵.

78. El 2 de agosto de 2002 el Ministerio Público presentó un escrito ante la Corte de Constitucionalidad donde señaló que el Presidente de la República “no ha cumplido con la obligación de resolver, dentro del plazo legal, lo relativo a la petición hecha por los postulantes en su carta de 27 de mayo de 2002”³⁶. Sostuvo que el Presidente “ha infringido el derecho de petición, establecido en el artículo 28 de la Constitución Política de la República, lo que hace viable el otorgamiento de esta acción constitucional”³⁷.

79. El 10 de octubre de 2002 la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud envió una comunicación a la Corte de Constitucionalidad en donde informó que el 20 de agosto de 2002 el Presidente de la República se reunió con el Ministro de Salud y la Presidenta de la Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA, representantes de personas que viven con VIH/SIDA³⁸. Sostuvo que en esa reunión el Presidente autorizó una partida extraordinaria de 500,000.00 quetzales “para llenar los requerimientos de las personas con VIH/SIDA”³⁹.

³⁰ Anexo 4. Acción de amparo nueva presentada ante la Corte de Constitucionalidad, de fecha 26 de julio de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

³¹ Anexo 4. Acción de amparo nueva presentada ante la Corte de Constitucionalidad, de fecha 26 de julio de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

³² Anexo 4. Acción de amparo nueva presentada ante la Corte de Constitucionalidad, de fecha 26 de julio de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

³³ Anexo 4. Acción de amparo nueva presentada ante la Corte de Constitucionalidad, de fecha 26 de julio de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

³⁴ Anexo 5. Escrito de Alfonso Portillo, de fecha 1 de Agosto de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

³⁵ Anexo 5. Escrito de Alfonso Portillo, de fecha 1 de Agosto de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

³⁶ Anexo 6. Escrito del Ministerio Público, de fecha 2 de agosto de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

³⁷ Anexo 6. Escrito del Ministerio Público, de fecha 2 de agosto de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

³⁸ Anexo 7. Escrito de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, de fecha 10 de octubre de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

³⁹ Anexo 7. Escrito de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, de fecha 10 de octubre de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

80. Por su parte, los demandantes informaron a la Corte de Constitucionalidad que dicho monto serviría para atender a las personas con VIH/SIDA “por lo menos para el último trimestre del año”⁴⁰. Agregaron que a pesar de ello, “subsisten las razones que motivaron la presentación de la acción de amparo ya que si bien es cierto el dinero se encuentra depositado, por una u otra razón no se ha podido iniciar con los tratamientos antirretrovirales para las personas que viv[en] con VIH/SIDA”⁴¹.

81. El 18 de octubre de 2002 la Corte de Constitucionalidad emitió una resolución donde indicó que, debido a que había concluido el período de prueba, se convocaba a una audiencia⁴².

82. El 30 de octubre de 2002 el Ministerio de Salud Pública presentó un escrito a la Corte de Constitucionalidad⁴³. Indicó que en el presente asunto no se evidencia ninguna afectación puesto que “no existe resolución o decisión de este Ministerio en la cual se indique o se evidencia la violación de un derecho o negación de prestarle servicios de salud a las personas afectadas con (...) SIDA”⁴⁴. Señaló que “tampoco se ha incurrido en ninguna omisión toda vez que el Estado ha realizado diversas actividades en beneficio de las personas que viven con (...) VIH o que desarrollen el (...) SIDA”⁴⁵. Agregó que “siempre se ha prestado atención médica a las personas que viven con el (...) VIH o que desarrollen el (...) SIDA”⁴⁶.

83. Sostuvo que en el caso de derechos económicos, sociales y culturales, el Estado “está obligado hasta donde se lo permita la medida de sus posibilidades”⁴⁷. Indicó que en el caso de las personas que viven con VIH/SIDA, “se ha actuado en la medida en que las posibilidades lo han permitido”⁴⁸. Solicitó que se declare sin lugar la acción de amparo presentada⁴⁹.

84. El 29 de enero de 2003 la Corte de Constitucionalidad emitió una sentencia en la que declaró improcedente el recurso de amparo⁵⁰. La Corte consideró que “el agravio que se reclama –conducta negativa y omisiva del Presidente de la República de atender lo solicitado por los accionantes– cesó [debido a los acuerdos alcanzados en la reunión de 30 de octubre de 2002]”⁵¹. En consecuencia, señaló que el recurso es

⁴⁰ Anexo 8. Escrito de Luis Cuscul y otros, de fecha 29 de octubre de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

⁴¹ Anexo 8. Escrito de Luis Cuscul y otros, de fecha 29 de octubre de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

⁴² Anexo 9. Resolución de la Corte de Constitucional, de fecha 18 de octubre de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

⁴³ Anexo 10. Escrito del Ministerio de Salud Pública, de fecha 30 de octubre de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

⁴⁴ Anexo 10. Escrito del Ministerio de Salud Pública, de fecha 30 de octubre de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

⁴⁵ Anexo 10. Escrito del Ministerio de Salud Pública, de fecha 30 de octubre de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

⁴⁶ Anexo 10. Escrito del Ministerio de Salud Pública, de fecha 30 de octubre de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

⁴⁷ Anexo 10. Escrito del Ministerio de Salud Pública, de fecha 30 de octubre de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

⁴⁸ Anexo 10. Escrito del Ministerio de Salud Pública, de fecha 30 de octubre de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

⁴⁹ Anexo 10. Escrito del Ministerio de Salud Pública, de fecha 30 de octubre de 2002. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

⁵⁰ Anexo 11. Sentencia de la Corte de Constitucionalidad, de fecha 29 de enero de 2003. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

⁵¹ Anexo 11. Sentencia de la Corte de Constitucionalidad, de fecha 29 de enero de 2003. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

improcedente sin condenar en costas a los postulantes⁵². La Comisión constata que en su sentencia la Corte de Constitucionalidad no efectuó consideración alguna sobre la manera en que fueron utilizados los fondos dispuestos en la partida extraordinaria. Tampoco se pronunció sobre las perspectivas de permanencia del presupuesto para dar cumplimiento en el mediano y largo plazo a la ley y reglamento en la materia.

85. Los peticionarios señalaron que ninguna de las presuntas víctimas fue beneficiado con los medicamentos antiretrovirales otorgados mediante el traspaso de fondos en mayo de 2003⁵³. Manifestaron que sólo alcanzó para cubrir la medicación antiretroviral de aproximadamente ochenta personas que viven con VIH/SIDA⁵⁴. Dicha información no fue controvertida por el Estado.

3.3 Acciones posteriores a la decisión de la Corte de Constitucionalidad entre 2003 y 2005

86. Ambas partes informaron que luego de la decisión de la Corte de Constitucionalidad, se mantuvo una reunión entre el Presidente, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, así como los peticionarios⁵⁵. En dicha reunión, la Directora Ejecutiva de la Fundación Preventiva del SIDA y el Director de la Asociación de Salud Integral – ASI enviaron una comunicación al entonces Presidente Oscar Berger en nombre de las presuntas víctimas⁵⁶.

87. En dicha comunicación le solicitaron, entre otras cosas, i) presentar y promover ante el Congreso de la República la iniciativa de la ley “La Política de Estado que garantice la atención integral en forma universal del VIH/SIDA”; y ii) garantizar la partida presupuestaria anual para el fortalecimiento y funcionamiento del Programa Nacional de SIDA de acuerdo a las necesidades reales dentro del país⁵⁷. Señalaron que en dicha reunión el gobierno se comprometió a desarrollar un programa que permitiera garantizar el tratamiento antirretroviral en forma universal⁵⁸.

88. Los peticionarios informaron que en dicha reunión el entonces Presidente se comprometió a adoptar distintas medidas, incluyendo la derogación del Decreto 9-2003 que prohibía la venta de medicamentos genéricos⁵⁹. Indicaron que no obstante, el Presidente retiró el 8 de julio de 2004 la iniciativa de ley que derogaría dicho decreto⁶⁰. El 21 de diciembre de 2004 se promulgó el Decreto No. 34-2004 el cual derogó el Decreto 9-2003. Posteriormente, el 7 de marzo de 2005 se promulgó el Decreto 30-2005 el cual derogó el anterior decreto y reformó el artículo 177. Los peticionarios señalaron que este decreto no es aplicable a los casos de VIH/SIDA en tanto la enfermedad no ha sido declarada emergencia nacional por parte del Presidente de la República⁶¹. Agregaron que debido a esta situación se impide la distribución de fármacos genéricos para el tratamiento de personas con VIH/SIDA.

4. Información disponible sobre el tratamiento por VIH/SIDA en Guatemala con posterioridad al 2006

⁵² Anexo 11. Sentencia de la Corte de Constitucionalidad, de fecha 29 de enero de 2003. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 26 de agosto de 2003.

⁵³ Anexo 12. Comunicación de los peticionarios de 2 de abril de 2004.

⁵⁴ Anexo 12. Comunicación de los peticionarios de 2 de abril de 2004.

⁵⁵ Anexo 13. Comunicación de los peticionarios de 16 de agosto de 2004. Anexo 14. Escrito del Estado de 18 de junio de 2004.

⁵⁶ Anexo 14. Escrito del Estado de 18 de junio de 2004.

⁵⁷ Anexo 14. Escrito del Estado de 18 de junio de 2004.

⁵⁸ Anexo 15. Comunicación de los peticionarios de 13 de mayo de 2005.

⁵⁹ Anexo 13. Comunicación de los peticionarios de 16 de agosto de 2004.

⁶⁰ Anexo 13. Comunicación de los peticionarios de 16 de agosto de 2004.

⁶¹ Anexo 15. Comunicación de los peticionarios de 30 de agosto de 2007.

89. Los peticionarios señalaron que para octubre de 2006 las presuntas víctimas empezaron a recibir tratamiento antirretroviral por parte de entidades privadas y no del Estado⁶².

90. En comunicación de 30 de septiembre de 2008, el Estado adjuntó comunicaciones de la ONG Fundación Marco Antonio donde se indica que 23 de las presuntas víctimas se encuentra[n] recibiendo atención y están en buenas condiciones de salud⁶³.

91. En junio de 2008, el señor Félix Cabrera, una de las presuntas víctimas, manifestó:

(...) como persona viviendo con el VIH el desabastecimiento me afectó mucho, pasaba por momentos difíciles en mi vida personal, emocional, económica y psicológica, lo que me llevó a dejar de tomar la terapia antirretroviral ya que de cualquier manera no había en existencia y cuando tenía acceso a ella los efectos secundarios eran insoportables. (...) Después de un año de pasar situaciones de salud muy difíciles y a pesar del miedo de retomar la terapia antirretroviral, en enero del 2008 empecé de nuevo con los antirretrovirales pero crece en mí la angustia de que el IGSS nuevamente tenga bajas en la compra de ARV⁶⁴.

92. Mediante comunicado de prensa de 2008 la Fundación Marco Antonio indicó que “la publicación y oficialización del Decreto No. 70-2007 del Congreso de la República publicado el 18 de diciembre de 2007 para el Presupuesto General de la Nación 2008, (...) viola el derecho a la salud y la vida, al quitarle (...) el presupuesto para suministrar atención integral a 1050 personas afectadas por la epidemia del VIH”⁶⁵. Agregó que:

(...) es bien sabido por la población los múltiples problemas que enfrentan los hospitales nacionales, y las anteriores rupturas de tratamientos que estos han tenido en el año anterior, así mismo estos no tienen la capacidad para poder atender a estos pacientes. El negar la posibilidad de garantizar estos servicios sólo incidiría en un aumento y saturación de los servicios, así como de servicios de baja calidad.

93. Entre el 9 y 16 de septiembre de 2008 distintos hospitales (Centro de Salud de Amatitlán, Hospital Nacional de San Marcos, Hospital Nacional de Retalhuleu, Hospital Nacional de Jutiapa, Centro de Salud de Totonicapán, Centro de Salud de Campur y Centro de Salud de San Pedro Carcháno) presentaron oficios indicando que cuentan con medicamentos antirretrovirales para la prevención y tratamiento del VIH-SIDA⁶⁶.

94. En su última comunicación de fondo, el Estado hizo referencia a las distintas acciones generales que habría adoptado en relación con las personas con VIH/SIDA, tales como i) el Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA 2011-2015; ii) la emisión del Acuerdo Ministerial No. 472-2012 de 13 de agosto de 2012 mediante el cual se aseguraría el abastecimiento del medicamento Lopinavir/Ritonavir para pacientes del Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA (Programa Nacional); y iii) la emisión del Acuerdo Ministerial No. 871-2012 de 26 de septiembre de 2012 a través del cual se habría aprobado el

⁶² Anexo 15. Comunicación de los peticionarios de 30 de agosto de 2007.

⁶³ Anexo 16. Comunicaciones de la Fundación Marco Antonio, de fecha 29 de enero y 5 de febrero de 2008. Anexo al escrito del Estado de 30 de septiembre de 2008.

⁶⁴ Anexo 17. Escrito de Félix Cabrera Morales, de junio de 2008. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 27 de junio de 2008.

⁶⁵ Anexo 18. Comunicación de los peticionarios de 20 de septiembre de 2008.

⁶⁶ Anexo 19. Escritos de fechas 9, 11 y 16 de septiembre de 2008. Anexo a la comunicación de los peticionarios de 20 de septiembre de 2008.

marco de cooperación entre países para el abastecimiento y acceso de antirretrovirales que utilice el Programa Nacional⁶⁷.

95. En diciembre de 2010, Johana Castillo, encargada de la unidad de VIH de la Oficina del Procurador General de los Derechos Humanos, manifestó que durante ese año recibieron 82 denuncias por parte de personas con VIH/SIDA por falta de medicamentos⁶⁸. Señaló que durante la misma época las organizaciones locales que velan por los derechos de estas personas recibieron 209 denuncias por los mismos alegatos⁶⁹.

96. De acuerdo a información de conocimiento público, el 15 de octubre de 2012 la Oficina del Procurador General de los Derechos Humanos denunció “la violación al derecho humano a la salud, por falta de atención integral y de acceso a medicamentos de que son objeto pacientes que viven con VIH-SIDA a nivel nacional”⁷⁰. Agregó que “esa violación la comete el Ministerio de Salud, “al no coordinar acciones para brindar una atención integral y distribuir medicamentos a pacientes con infecciones de transmisión sexual”.

97. Asimismo, el entonces Procurador de los Derechos Humanos, Sergio Morales, indicó que en distintos hospitales públicos existen medicamentos vencidos⁷¹. Sostuvo que tampoco se practican “pruebas de carga viral plásmica y recuento de linfocitos TCD cuatro, esencial para aplicar la medicación”⁷². También reconoció que durante el año 2010 se han presentado desabastecimiento de retrovirales⁷³.

B. Derecho

1. Derechos a la vida e integridad personal (Artículos 4 y 5⁷⁴ de la Convención Americana)

98. El derecho a la vida, establecido en el artículo 4.1 de la Convención Americana, dispone que:

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

99. Asimismo, el derecho a la integridad personal, recogido en el artículo 5.1 de la Convención Americana, señala que:

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

⁶⁷ Anexo 20. Escrito del Estado de 26 de noviembre de 2012.

⁶⁸ Nota de prensa “Acceso a medicamentos es un derecho violentado” publicada en Prensa Libre el 8 de diciembre de 2012. Disponible en: http://www.prensalibre.com/noticias/Acceso-medicamentos-derecho-violentado_0_386361385.html

⁶⁹ Nota de prensa “Acceso a medicamentos es un derecho violentado” publicada en Prensa Libre el 8 de diciembre de 2012. Disponible en: http://www.prensalibre.com/noticias/Acceso-medicamentos-derecho-violentado_0_386361385.html

⁷⁰ Nota de prensa “Acceso a medicamentos es un derecho violentado” publicada en Prensa Libre el 8 de diciembre de 2012. Disponible en: http://www.prensalibre.com/noticias/Acceso-medicamentos-derecho-violentado_0_386361385.html

⁷¹ Nota de prensa “PHD denuncia escasez de retrovirales” publicada en Prensa Libre el 25 de octubre de 2012. Disponible en: http://www.prensalibre.com/noticias/PDH-denuncia-escasez-retrovirales_0_359964030.html

⁷² Nota de prensa “PHD denuncia escasez de retrovirales” publicada en Prensa Libre el 25 de octubre de 2012. Disponible en: http://www.prensalibre.com/noticias/PDH-denuncia-escasez-retrovirales_0_359964030.html

⁷³ Nota de prensa “PHD denuncia escasez de retrovirales” publicada en Prensa Libre el 25 de octubre de 2012. Disponible en: http://www.prensalibre.com/noticias/PDH-denuncia-escasez-retrovirales_0_359964030.html

⁷⁴ Con base en el *principio iura novit curia*, la Comisión realizará consideraciones sobre la presunta violación del artículo 5 de la Convención Americana. La Comisión resalta que los hechos que sustentan dicha posición son parte integral e inescindible del caso y, además, surgen de la información y los documentos aportados por las partes en el transcurso del trámite del presente asunto.

100. A continuación la Comisión recapitulará algunas consideraciones generales sobre el derecho a la vida e integridad en relación con el derecho a la salud, así como los estándares internacionales relevantes en materia de VIH/SIDA. Posteriormente, la Comisión efectuará el análisis del caso concreto.

1.1 Consideraciones generales sobre el derecho a la vida e integridad personal en relación con el derecho a la salud

101. La Comisión y la Corte Interamericana ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental por cuanto de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos⁷⁵. En razón de dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio⁷⁶. Asimismo, ha indicado que el cumplimiento del artículo 4, relacionado con el artículo 1.1 de la Convención Americana, no sólo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere que los Estados tomen todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva), bajo su deber de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos de todas las personas bajo su jurisdicción⁷⁷. Específicamente, incluye el deber de los Estados de adoptar las medidas necesarias para disuadir cualquier amenaza del derecho a la vida⁷⁸.

102. Asimismo, la Corte Interamericana se ha referido al concepto de vida digna, dentro de las obligaciones que impone el artículo 4 de la Convención Americana. Así, en el *Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala*, la Corte estableció que “el derecho fundamental a la vida comprende (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna”⁷⁹. Esta interpretación fue retomada en tres casos de comunidades indígenas contra Paraguay, respecto de las cuales el Estado no tomó las medidas necesarias para brindarles una vida digna en relación con la provisión de, entre otros aspectos, de servicios de salud⁸⁰.

103. En cuanto al derecho a la integridad personal, la Corte ha señalado que Estados tienen el deber de adoptar las medidas necesarias tendientes a hacer frente a las amenazas a la integridad física de las personas⁸¹.

104. Tanto la CIDH como la Corte se han pronunciado sobre la relación existente entre los derechos a la vida e integridad personal y el derecho a la salud⁸². Al respecto ambos órganos del sistema interamericano han tomado en cuenta a fines de interpretación de los derechos a la vida e integridad personal en conexidad con el derecho a la salud, los contenidos de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes

⁷⁵ Corte IDH. *Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala*. Fondo. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C No. 63, párr. 144; *Caso Zambrano Vélez y otros Vs. Ecuador*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de julio de 2007. Serie C No. 166, párr. 78.

⁷⁶ Corte IDH. *Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala*, Fondo. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C No. 63, párr. 144.

⁷⁷ Corte IDH. *Caso Kawas Fernández Vs. Honduras*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de septiembre de 2012. Serie C No. 196, párr. 74.

⁷⁸ 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. 169.

⁷⁹ Corte IDH. *Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala*. Fondo. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C No. 63, párr. 144 y 191.

⁸⁰ Corte IDH. *Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay*. Interpretación de la Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 6 de febrero de 2006. Serie C No. 142, párr. 161; *Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaxa Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de marzo de 2006. Serie C No. 146; y *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek. Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010 Serie C No. 214, párrs. 194 a 217.

⁸¹ Corte IDH. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 128.

⁸² CIDH, Informe No. 102/13, Caso 12.723, Fondo, TGGL, Ecuador, 5 de noviembre de 2013. CIDH. Informe: Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. 7 de junio de 2010. Sección II.

del Hombre⁸³ y del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)⁸⁴. Asimismo, el derecho a la salud también ha sido recogido en instrumentos del sistema universal de derechos humanos y otros sistemas regionales⁸⁵.

105. La Corte Interamericana ha interpretado en reiteradas oportunidades que los derechos a la vida e integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana⁸⁶ y que “la falta de atención médica adecuada” puede conllevar a su vulneración⁸⁷. La Comisión considera que esta intrínseca relación constituye una manifestación de la interdependencia e indivisibilidad existente entre los derechos civiles y políticos y los económicos, sociales y culturales. En palabras de la Corte, ambos grupos de derechos deben ser “entendidos integralmente como derechos humanos, sin jerarquía entre sí y exigibles en todos los casos ante aquellas autoridades que resulten competentes para ello⁸⁸.”

106. A fin de evitar violaciones a la vida e integridad personal como consecuencia de una prestación inadecuada de servicios de salud, los mismos deben satisfacer los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de las prestaciones médicas, indicando que aquellas obligaciones deben estar “orientadas” hacia la satisfacción de tales principios⁸⁹, los cuales fueron conceptualizados por el Comité

⁸³ El artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece: “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

⁸⁴ Ratificado por el Estado de Guatemala el 5 de octubre de 2010. El artículo 10 del Protocolo de San Salvador establece que:

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
 - a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
 - b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
 - c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
 - d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
 - e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
 - f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

⁸⁵ Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12; Carta Social Europea, artículo 11; y Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos, artículo 16.

⁸⁶ Corte IDH. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 130; y *Caso Vera Vera y otra Vs. Ecuador*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011. Serie C No. 226, párr. 43.

⁸⁷ Corte IDH. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 130; *Caso Tibi Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas. Sentencia de 7 de septiembre de 2004. Serie C No. 114, párr. 157, y *Caso Vera Vera y otra Vs. Ecuador*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011. Serie C No. 226, párr. 44.

⁸⁸ Corte IDH. *Caso Acevedo Buendía y otros (“Cesantes y Jubilados de la Contraloría”) Vs. Perú*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de julio de 2009. Serie C No. 198, párr. 101. En el mismo sentido, véase: ONU. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 9, párr. 10.

⁸⁹ Corte IDH. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261.

de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General No. 14 como “esenciales e interrelacionados”, en los siguientes términos:

- a) *Disponibilidad*. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.
- b) *Accesibilidad*. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
 - i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.
 - ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas con VIH/SIDA. [...]
 - iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.
 - iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.
- c) *Aceptabilidad*. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.
- d) *Calidad*. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas⁹⁰.

107. Bajo dichos principios, la Comisión y la Corte han señalado que los Estados son responsables de regular con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad, de tal manera que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida y a la integridad física de las personas sometidas a tratamiento de salud⁹¹. La Corte ha indicado que el Estado posee el deber de regular, supervisar y fiscalizar las prestaciones de salud, asegurando, entre otros aspectos, el cumplimiento de los principios de disponibilidad, accesibilidad,

⁹⁰ Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 12.

⁹¹ Corte IDH. *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Excepción Preliminar*. Sentencia de 30 de noviembre de 2005. Serie C No. 139, párr. 99. Asimismo, véase: CIDH, Informe No. 102/13, Caso 12.723, Fondo, TGGL, Ecuador, 5 de noviembre de 2013.

aceptabilidad y calidad de las prestaciones médicas ya mencionados, tanto en el ámbito público como privado⁹².

1.2 Consideraciones generales sobre las obligaciones del Estado frente a personas con VIH/SIDA

108. De acuerdo a la Organización Mundial para la salud, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad que infecta a las células del sistema inmunitario de una persona, alterando o anulando su función⁹³. Ello produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario⁹⁴. Por su parte, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las enfermedades oportunistas relacionadas con el VIH⁹⁵.

109. La Comisión ha señalado que el contagio con el virus del VIH constituye una afectación en la salud de una persona que, a su vez, impacta su integridad personal e incluso podría generar un grave riesgo para la vida⁹⁶. Por su parte, la Corte ha señalado que el daño a la salud causado por el VIH/SIDA por la gravedad de la enfermedad involucrada y el riesgo que en diversos momentos de su vida puede enfrentar la persona, constituye una afectación del derecho a la vida, dado el peligro de muerte que en diversos momentos ha enfrentado y puede enfrentar la víctima debido a su enfermedad⁹⁷. La Comisión ha resaltado que la suspensión del tratamiento daría lugar a un resurgimiento de los síntomas y a una muerte prematura⁹⁸.

110. La CIDH ha indicado que las personas que viven con VIH/SIDA han estado históricamente sometidas a discriminación en tanto “el estigma relacionado con el VIH/SIDA es endémico en las Américas, lo cual no sólo dificulta una respuesta efectiva a la epidemia pero también impacta negativamente en el ejercicio de derechos humanos⁹⁹”.

111. Frente a esa situación, la CIDH ha resaltado que los Estados deben maximizar esfuerzos para que todas las personas que viven con VIH/SIDA accedan a la atención que requieren¹⁰⁰, es decir, el acceso universal a servicios de salud que incluyan la prevención y el tratamiento¹⁰¹.

⁹² Corte IDH. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 152.

⁹³ OMS, Temas de salud, VIH/SIDA. Disponible en: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

⁹⁴ OMS, Temas de salud, VIH/SIDA. Disponible en: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

⁹⁵ OMS, Temas de salud, VIH/SIDA. Disponible en: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

⁹⁶ CIDH, Informe No. 102/13, Caso 12.723, Fondo, TGGL, Ecuador, 5 de noviembre de 2013, párr. 168. Cabe mencionar que la Comisión recuerda que ha otorgado medidas cautelares a personas con VIH/SIDA que se hallaban en grave peligro sus derechos a la vida y a la salud por la falta de atención básica de instituciones del Estado para acceder a la medicina necesaria para su tratamiento. La Comisión solicitó que los Estados adoptaran medidas urgentes a fin de que accedieran a los medicamentos indispensables para su supervivencia, así como a los exámenes médicos que permitan evaluar de manera regular su estado de salud. Ver. CIDH, Medidas cautelares a favor de Jorge Odir Miranda y otros, El Salvador, 2000; y Medidas cautelares a favor de Juan Pablo Améstica Cáceres, Manuel Orlando Farías y Náyade Orieta Rojas Vera, Chile, 2001.

⁹⁷ 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. 190.

⁹⁸ CIDH, Informe No. 63/08, Caso 12.534, Andrea Mortlock, Estados Unidos, 25 de julio de 2008, párr. 90.

⁹⁹ Comunicado de Prensa 147/12, La CIDH, la CIM, ONUSIDA y la OPS llaman a los Estados Miembros de la OEA a erradicar el estigma y la discriminación en relación con el VIH en las Américas, 17 de diciembre de 2012. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2012/147.asp>

¹⁰⁰ Comunicado de Prensa 95/12, Organizaciones unen esfuerzos para combatir discriminación y estigma relacionados con VIH, 25 de julio de 2012. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2012/095.asp>

¹⁰¹ Comunicado de Prensa 147/12, La CIDH, la CIM, ONUSIDA y la OPS llaman a los Estados Miembros de la OEA a erradicar el estigma y la discriminación en relación con el VIH en las Américas, 17 de diciembre de 2012. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2012/147.asp>

112. En relación con el tratamiento a personas con VIH/SIDA, la Corte Interamericana estableció recientemente en el caso *Gonzáles Lluy y otros vs. Ecuador*, relativo a hechos que iniciaron en 1998, que “las Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (...) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (...) constituyen una referencia autorizada para aclarar algunas obligaciones internacionales del Estado en esta materia”¹⁰².

113. En el mismo caso, la Corte Interamericana destacó la Sexta Directriz y su respectiva interpretación en los siguientes términos:

La Sexta Directriz, revisada en 2002, 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. [...] ¹⁰³.

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:

La prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo son elementos que se refuerzan mutuamente y una secuencia continua para una respuesta eficaz al VIH. Deben integrarse en un enfoque amplio y es necesaria una respuesta polifacética. El tratamiento, atención y apoyo integrales incluyen fármacos antirretrovíricos y otros medicamentos; pruebas diagnósticas y otras tecnologías relacionadas para la atención del VIH y el SIDA, de las infecciones oportunistas y de otras enfermedades; buena alimentación y apoyo social, espiritual y psicológico, así como atención familiar, comunitaria y domiciliaria. Las tecnologías de prevención del VIH abarcan los preservativos, lubricantes, material de inyección estéril, fármacos antirretrovíricos (por ej., para prevenir la transmisión materno infantil o como profilaxis posexposición) y, una vez desarrollados, microbicidas y vacunas seguros y eficaces. El acceso universal, basado en los principios de los derechos humanos, requiere que todos estos bienes, servicios e información no sólo estén disponibles y sean aceptables y de buena calidad, sino también que estén al alcance físico de todos y sean asequibles para todos¹⁰⁴.

¹⁰² 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.

¹⁰³ 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: 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. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2006/jc1252-internationalguidelines_es.pdf.

¹⁰⁴ 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: OACNUDH y ONUSIDA, *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los*

114. La Comisión Interamericana observa que el VIH/SIDA puede ser tratado efectiva e indefinidamente por la administración de medicamentos antirretrovirales¹⁰⁵, los cuales mejoran y aumentan la calidad de vida de las personas infectadas con VIH¹⁰⁶. Dicho tratamiento es delicado, y tanto su inicio como su seguimiento deben ser efectuados por personal debidamente calificado para ello, tomando en cuenta las circunstancias personales de la persona infectada con VIH¹⁰⁷. La suspensión del tratamiento podría dar lugar a un resurgimiento de los síntomas y a una muerte prematura¹⁰⁸. La Organización Panamericana de la Salud ha señalado determinados parámetros que deben seguirse previo al inicio del tratamiento antirretroviral¹⁰⁹.

115. Sin embargo, de acuerdo a la Sexta Directriz no se requiere solamente acceso a medicamentos antirretrovirales de forma permanente, sino también de un seguimiento constante de forma periódica que no sólo incluya aspectos médicos, sino también de una nutrición adecuada, apoyo psicológico, y apoyo a las actividades de la vida cotidiana y social¹¹⁰.

116. En la misma línea y tomando en cuenta una diversidad de fuentes, la Corte Interamericana señaló recientemente que:

El acceso a los fármacos antirretrovíricos es sólo uno de los elementos de una respuesta eficaz para las personas que viven con VIH. En este sentido las personas que viven con VIH requieren un enfoque integral que comprende una secuencia continua de prevención, tratamiento, atención y apoyo. Una respuesta limitada al acceso a fármacos antirretrovíricos y otros medicamentos no cumple con las obligaciones de prevención, tratamiento, atención y apoyo derivadas del derecho al más alto nivel posible de salud¹¹¹.

derechos humanos. Versión consolidada de 2006, comentario a la sexta directriz, párr. 26 Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2006/jc1252-internationalguidelines_es.pdf.

¹⁰⁵ CIDH, Informe No. 63/08, Caso 12.534, Admisibilidad y Fondo, Andrea Mortlock, Estados Unidos, 25 de julio de 2008, párr. 90.

¹⁰⁶ CIDH, Informe No. 27/09, Caso 12.249, Jorge Odir Miranda Cortez y otros, El Salvador, 20 de marzo de 2009, párr. 104.

¹⁰⁷ CIDH, Informe No. 27/09, Caso 12.249, Jorge Odir Miranda Cortez y otros, El Salvador, 20 de marzo de 2009, párr. 104.

¹⁰⁸ CIDH, Informe No. 63/08, Caso 12.534, Admisibilidad y Fondo, Andrea Mortlock, Estados Unidos, 25 de julio de 2008, párr. 90.

¹⁰⁹ Antes de iniciar la terapia antirretroviral, el clínico debe asegurarse de que se haya realizado lo siguiente: - Historia clínica y exploración física. - Confirmación del diagnóstico de la infección por VIH (según los protocolos locales). Es deseable que este se realice, siempre que sea posible, con dos pruebas de Elisa de diferente técnica en dos muestras diferentes y con una prueba confirmatoria en una de las dos muestras. - Recuento completo sanguíneo. - Perfil bioquímico, incluyendo glucosa, bilirrubina, transaminasas, amilasa (cuando se utilice DDI), creatinina o BUN, colesterol, triglicéridos y examen parcial de orina. - Recuento de células CD4, por citometría de flujo u otra técnica de confiabilidad equivalente. - Si estuviera disponible, carga viral cuando el recuento de CD4 sea inferior a 350 células/mm3. - Situación nutricional y hábitos alimentarios. - Evaluación de factores mentales, psicológicos, emocionales, familiares, laborales y sociales del paciente, que pueden afectar de manera positiva o negativa a la adherencia futura, tanto a los servicios de atención como a los posibles tratamientos que reciba, especialmente al tratamiento antirretroviral". OPS, "VIH/SIDA: la OPS elabora una guía para aumentar la utilización de antirretrovirales en América Latina y el Caribe", Comunicado de Prensa de 10 de enero de 2003.

¹¹⁰ 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. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2006/jc1252-internationalguidelines_es.pdf.

¹¹¹ 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. 197. Citando. Las Directrices también señalan que "Los Estados también deberían asegurar el acceso al tratamiento y medicamentos adecuados, dentro de su política general de salud pública, de modo que las personas que viven con el VIH puedan vivir lo máximo y satisfactoriamente posible. Las personas que viven con el VIH también deberían tener acceso a ensayos clínicos y a poder elegir libremente entre todos los medicamentos y terapias disponibles, incluso las terapias alternativas". OACNUDH y UNUSIDA, *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos*. Versión consolidada de 2006, párr. 145. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2006/jc1252-internationalguidelines_es.pdf Por su parte, la Corte Constitucional de Colombia, respecto a la protección del derecho a la salud de las personas con VIH/SIDA ha manifestado que "con el fin de hacer efectiva la igualdad y la dignidad humana de esas personas la protección que debe brindar el Estado en materia de salud debe ser integral dados los altos costos que esa enfermedad demanda y con el fin de que no se generen tratos discriminatorios". También ha sostenido que "este deber constitucional [de protección] asegura que el enfermo de SIDA reciba atención integral y gratuita a cargo del Estado, a fin de evitar

1.3 Análisis del caso

117. La Comisión nota que los peticionarios han indicado y el Estado no ha controvertido que las presuntas víctimas fueron diagnosticadas con VIH/SIDA entre 1992 y 2003. La controversia se centra en la alegada responsabilidad internacional del Estado por la falta total y/o parcial de atención en materia de salud a dichas personas en vista de su situación de salud. Tomando en cuenta la secuencia cronológica descrita en la sección de hechos probados que indica distintas situaciones sobre la posibilidad de contar con tratamiento para VIH/SIDA en Guatemala en al menos dos momentos, la Comisión realizará su análisis refiriéndose en primer lugar a la situación previa a los años 2006 y 2007. En segundo lugar, la Comisión analizará la muerte de ocho presuntas víctimas y si la misma resulta atribuible al Estado. En tercer lugar, la Comisión analizará la situación posterior a los años 2006 y 2007.

1.3.1 Situación de las presuntas víctimas hasta los años 2006-2007

118. Los peticionarios alegaron que las presuntas víctimas, luego de ser diagnosticadas con VIH/SIDA y hasta los años 2006 y 2007, únicamente recibieron atención en salud, en particular mediante la provisión de medicamentos, por parte de organizaciones internacionales sin fines de lucro. Agregaron que durante esta época el Estado no prestó ningún tipo de atención médica, no efectuó los exámenes requeridos ni entregó medicamentos antirretrovirales a las presuntas víctimas.

119. Por su parte, el Estado reconoció que durante ese tiempo “un número mínimo de personas con VIH/SIDA en Guatemala recibían atención médica pública” y que “muchas personas con VIH/SIDA de bajos recursos económicos se ven imposibilitados de acceder a los tratamientos de salud”. Ello fue ratificado por el entonces Ministro de Salud quien reconoció que esta situación se debió a la falta de recursos del Estado. La Comisión observa que el Estado no presentó ningún tipo de información que acredite que las presuntas víctimas recibieron atención médica de servicios públicos durante esta época. El Estado también reconoció que “la mayoría de tratamiento en el país es asumido por Médicos Sin Fronteras”.

120. La Comisión ya estableció en el presente informe que el Estado estaba obligado a adoptar las medidas necesarias para brindar atención integral en salud a las personas que viven con VIH/SIDA bajo su jurisdicción, incluyendo la realización de exámenes de diagnóstico y seguimiento, el otorgamiento de medicamentos antirretrovirales y el seguimiento físico y psicológico necesario. En virtud de lo indicado anteriormente, no existe controversia alguna sobre la falta absoluta de atención a las presuntas víctimas del presente caso por parte del Estado, no obstante la existencia de un marco constitucional y legislativo que establecía la obligatoriedad de dicha atención.

121. La Comisión resalta la importancia que tiene la cooperación internacional a efectos de contribuir a la protección de derechos humanos. No obstante, ello no exime la obligación del Estado guatemalteco de otorgar el tratamiento integral ya descrito, con garantías de permanencia y a la luz de los principios de disponibilidad, un servicio de salud a las presuntas víctimas con VIH/SIDA¹¹². A pesar de que este caso no se relaciona con personas privadas de libertad, sí se refiere a personas en múltiple situación de vulnerabilidad, debido a sus escasos recursos y a tratarse de personas viviendo con VIH/SIDA que los colocaba en una grave situación de riesgo para su vida e integridad personal.

que la ausencia de medios económicos le impida tratar la enfermedad y aminorar el sufrimiento, y lo exponga a la discriminación”. *Cfr.* Sentencia T-843 de la Corte Constitucional de Colombia de 2 de septiembre de 2004. Ver también, Peritaje de Paul Hunt 6 de marzo de 2015 (expediente de prueba, folios 3706 a 3734).

¹¹² Corte IDH. *Caso Vera Vera y otra Vs. Ecuador*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011. Serie C no. 226, párr. 42; *Caso Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) Vs. Venezuela*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 5 de julio de 2006. Serie C No. 150, párrs. 85 y 87; y *Caso Boyce y otros Vs. Barbados*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de noviembre de 2007. Serie C No. 169, párr. 88.

122. Asimismo, la CIDH toma nota de que, conforme a lo señalado por los peticionarios, la atención proporcionada por Médicos Sin Fronteras fue intermitente y en algunos casos precaria. La Comisión resalta que la falta de estabilidad en la atención médica afectó seriamente a las presuntas víctimas. Sumado a ello, la CIDH observa que la decisión de dicho organismo sin fines de lucro de atender a algunas personas con VIH/SIDA era voluntaria y no estaba asociada a una obligación, como sí le correspondía al Estado.

123. La Comisión considera que el incumplimiento del Estado afectó no sólo el derecho a la integridad personal de las víctimas del presente caso, sino también su derecho a la vida desde dos puntos de vista que se derivan de la jurisprudencia de ambos órganos del sistema interamericano ya descrita en este informe de fondo. Por una parte, con relación al riesgo a perder su vida al que estuvieron expuestas las víctimas sin contar con el tratamiento que el Estado debía ofrecer. Por otra parte, con relación al derecho a tener una vida digna. La Comisión destaca también que la Corte Europea ha analizado casos de personas con VIH/SIDA a la luz del derecho a la vida incluso en supuestos donde la persona no ha fallecido¹¹³.

124. En consecuencia, la Comisión considera que la falta total de atención médica estatal a favor de las 49 víctimas (véase *supra* párr. 61) en virtud de su condición de personas con VIH/SIDA y además en situación de pobreza, tuvo un grave impacto en su situación de salud. En consecuencia, la CIDH concluye que el Estado es responsable por la violación a los derechos a la vida e integridad personal, establecidos en los artículos 4.1 y 5.1 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento.

1.3.2 Situación de las ocho personas que fallecieron entre 2001 y 2011

125. Adicionalmente, los peticionarios alegaron que ocho de las víctimas, Alberto Quiché Cuxeva, Reina López Mujica, Ismar Ramírez Chajón, Rita Bubón Orozco, Facundo Gómez Reyes, José Rubén Delgado, Luis Edwin Cruz Gramau, y María Vail, fallecieron debido a enfermedades oportunistas como consecuencia de la falta de atención integral al VIH/SIDA que padecían. Dentro de dichas enfermedades se destacan la tuberculosis, la neumonía, infecciones por hongos y otras infecciones. La Comisión nota que el Estado se limitó a indicar que no existía mayor relación entre la muerte de las ocho personas y supuesta falta de tratamiento integral.

126. En cuanto a esta alegada falta de conexidad por parte del Estado, la Comisión observa que El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida – ONUSIDA ha indicado que las personas que viven con una infección por el VIH avanzada pueden sufrir infecciones oportunistas en los pulmones, el cerebro, los ojos y otros órganos¹¹⁴. Entre las enfermedades oportunistas comunes en personas diagnosticadas con SIDA se incluyen precisamente varias de las enfermedades que según la descripción de los peticionarios llevaron a la muerte de estas ocho personas. Dentro de las enfermedades mencionadas en el referido Programa Conjunto se encuentran la neumonía por *Pneumocystis carinii*; la criptosporidiosis; la histoplasmosis; infecciones bacterianas; otras infecciones parasitarias, víricas y micóticas; y algunos tipos de cáncer¹¹⁵. Asimismo, señaló que la tuberculosis es la principal infección oportunista asociada al VIH en los países de ingresos bajos o medios, así como la principal causa de muerte a nivel mundial entre las personas que viven con el VIH¹¹⁶.

¹¹³ ECHR, *Oyal vs. Turkey*. Application No. 4864/05. Judgment of June 23, 2010, para. 55.

¹¹⁴ ONUSIDA, Orientaciones terminológicas de ONUSIDA, Octubre de 2011. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf

¹¹⁵ ONUSIDA, Orientaciones terminológicas de ONUSIDA, Octubre de 2011. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf

¹¹⁶ ONUSIDA indicó que la tuberculosis representó unas 320 000 muertes relacionadas con el VIH/SIDA en 2012, y la gran mayoría de los países (más del 80%) todavía no está proporcionando terapia de medicamentos preventivos de la tuberculosis para aquellos que lo necesitan. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2014/july/20140720tb/>. Adicionalmente, véase: ONUSIDA, Orientaciones terminológicas de ONUSIDA, Octubre de 2011. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf

127. Según la información aportada por los peticionarios y no controvertidas por el Estado mediante documentación alguna en cuanto a las fechas de muerte, la Comisión observa que Alberto Quiché Cuxeve, Facundo Gómez Reyes, Reina López Mujica, Ismar Ramírez Chajón, Petrona López González y Rita Dubón Orozco, fallecieron antes de que el Estado iniciara las transferencias al sistema público de salud. En ese sentido, tomando en cuenta el reconocimiento general efectuado por el Estado sobre la falta de atención médica a las víctimas del presente caso antes de 2006 y 2007, así como la ausencia de prueba documental alguna que indique que estas personas recibieron el tratamiento integral ya descrito antes de su muerte, la Comisión entiende que estas personas fallecieron debido a enfermedades conocidas como oportunistas, en un marco temporal en el que no recibieron la atención que requerían por parte del Estado. En consecuencia, la Comisión considera que estas muertes resultan atribuibles al Estado guatemalteco.

128. Con relación a las dos personas que fallecieron en un marco temporal en el que ya había algún tipo de tratamiento por parte del Estado, esto es, Luis Edwin Cruz en 2008 y María Vail en 2011, la Comisión observa que los peticionarios indicaron que la atención recibida antes de su muerte fue deficiente. Específicamente en el caso de Luis Edwin Cruz señalaron que no se le realizó el examen de genotipo y fenotipo. En el caso de María Vail señalaron que no se le realizaron regularmente los exámenes de CD4 y carga viral, lo que permitió que sufriera enfermedades oportunistas como otitis e histoplasmosis. El Estado, al igual que respecto de la vasta mayoría de las víctimas del caso, se limitó a informar que estas personas acudían a sus citas regularmente y se encontraban en buen estado de salud. El Estado no dio respuesta alguna a las falencias en el tratamiento alegadas por los peticionarios respecto de estas dos personas y, por lo tanto, la Comisión considera que la información disponible permite concluir que estas muertes también son atribuibles al Estado de Guatemala.

129. Cabe mencionar que el Estado en sus escritos indicó que realizaría una investigación a fin de determinar la causa de muerte de las víctimas fallecidas. No obstante, el Estado no presentó información sobre la realización de investigación alguna al respecto o sobre sus resultados. La Comisión resalta que al tratarse en su mayoría de omisiones o hechos negativos, las víctimas no cuentan con elementos probatorios para demostrar su ocurrencia¹¹⁷, mientras que el Estado sí podría haber demostrado la provisión de un tratamiento integral para las víctimas, lo cual no sucedió en el presente caso como se desprende de las descripciones incluidas en los hechos probados.

130. En virtud de las anteriores consideraciones, la Comisión concluye que el Estado vulneró el derecho a la vida, establecido en el artículo 4.1 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento, en perjuicio de las ocho víctimas fallecidas¹¹⁸. Asimismo, la Comisión considera que es posible inferir que estas personas padecieron un sufrimiento físico y mental antes de su muerte, por lo que también les fue violado el derecho a la integridad personal establecido en el artículo 5.1 de la Convención en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento.

1.3.3 Situación de las presuntas víctimas con posterioridad a los años 2006 y 2007

131. La Comisión observa que ambas partes reconocieron que a partir de los años 2006 y 2007, las presuntas víctimas fueron trasladadas a servicios de salud públicos. La controversia radica en que, mientras los peticionarios señalaron que la atención de salud pública no ha sido integral y ha estado caracterizada por una serie de falencias, el Estado sostuvo que se realiza de manera adecuada por lo que se habría superado la situación de desprotección antes de los años 2006 y 2007.

132. La CIDH reitera, en primer lugar, que tal como se señaló en la sección previa la responsabilidad internacional del Estado se materializó al momento en que las víctimas no tuvieron ningún

¹¹⁷ Ver, *mutatis mutandis*. Corte IDH. *Caso Chaparro Álvarez y Lapo Íñiguez. Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de noviembre de 2007. Serie C No. 170, párr. 73.

¹¹⁸ Alberto Quiché Cuxeve, Reina López Mujica, Ismar Ramírez Chajón, Rita Bubón Orozco, Facundo Gómez Reyes, José Rubén Delgado, Luis Edwin Cruz Gramau y María Vail.

tipo de acceso a tratamiento en materia de salud, incluidos los medicamentos antirretrovirales, los exámenes de diagnóstico y monitoreo periódico y otros componentes de la atención integral a personas con VIH/SIDA, afectando sus derechos a la vida e integridad personal. La Comisión pasará a analizar en este punto la situación posterior a los años 2006 y 2007 con el objeto de evaluar si las violaciones de los derechos a la vida e integridad personal cesaron con posterioridad a dichos años.

133. La Comisión ha resaltado la obligación reforzada de los Estados en casos donde confluyan para las víctimas factores de múltiple vulnerabilidad, tales como su condición de personas con VIH/SIDA de muy escasos recursos¹¹⁹. En la sección de estándares generales del presente informe, la Comisión ya describió los distintos componentes que deben estar presentes en la atención médica a personas con VIH/SIDA para que pueda considerarse adecuada e integral.

134. En el presente caso la CIDH observa que en distintas comunicaciones presentadas por los peticionarios, éstos presentaron información donde identificaron el deterioro progresivo de la situación de la salud de las víctimas así como las distintas carencias que el servicio de salud público ha tenido en su contra.

135. En primer lugar, presentaron información sobre los períodos de desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales que habrían tenido algunos hospitales públicos donde las víctimas estarían recibiendo atención. Al respecto, la CIDH toma nota de que en el año 2008 distintos hospitales públicos, algunos de los cuales atenderían a las víctimas, informaron que no contaban con medicamentos antirretrovirales para el tratamiento de las personas con VIH/SIDA.

136. En segundo lugar, los peticionarios informaron sobre los problemas de accesibilidad que tuvieron muchas víctimas para obtener al tratamiento de salud debido a la poca cantidad de centros públicos que prestaban servicios a personas con VIH/SIDA. La Comisión nota que conforme a los hechos probados las víctimas son personas de escasos recursos económicos y que muchas de ellas no viven en la capital ciudad de Guatemala sino en otras zonas más alejadas, lo cual les impidió recibir tratamiento en salud. El propio Estado reconoció que luego de la transferencia de pacientes en los años 2006 y 2007, “las personas debían ir a la ciudad de Guatemala para recibir su tratamiento” y eventualmente se habrían creado unidades en otras zonas del país para brindar tratamiento.

137. En tercer lugar, los peticionarios alegaron que los centros de salud públicos no cuentan con personal suficiente. Agregaron que tampoco se realizan los exámenes necesarios de diagnóstico y monitoreo con la periodicidad requerida para el buen manejo de la enfermedad, lo que propicia la aparición de enfermedades oportunistas que, a su vez, no son atendidas adecuadamente.

138. La CIDH observa que la alegada información no pudo ser controvertida por el Estado. La Comisión nota que la información sobre la atención posterior a los años 2006 y 2007, se limitó a indicar que las víctimas acudían a sus citas y que estaban en buen estado de salud, sin controvertir las falencias específicas denunciadas por los peticionarios y descritas en los párrafos precedentes. Incluso respecto de algunas de las víctimas el Estado omitió brindar cualquier información. Asimismo, la CIDH resalta que no existe prueba alguna que indique que el Estado, a través de las autoridades competentes en materia de salud, realizó algún monitoreo de supervisión o fiscalización del tratamiento para personas con VIH/SIDA en el sector público en general, y a favor de las víctimas en particular.

139. Por el contrario, el Estado reconoció que existieron épocas de desabastecimiento. Asimismo, el Procurador de los Derechos Humanos denunció en 2010 la “falta de atención integral y de acceso a medicamentos de que son objeto pacientes que viven con VIH-SIDA a nivel nacional”. Asimismo, dicha autoridad denunció igual situación en 2012.

¹¹⁹ CIDH, Informe No. 102/13, Caso 12.723, Fondo, TGGL, Ecuador, 5 de noviembre de 2013, párr. 192.

140. En cuarto lugar, la Comisión toma nota de que entre las presuntas víctimas se encuentran mujeres en edad reproductiva. La CIDH resalta que el tratamiento que dichas personas deben recibir por parte del Estado debe ser diferenciado y ajustarse a su condición¹²⁰. La Comisión observa que en el presente caso el Estado tampoco presentó información relacionada con los servicios específicos adoptados en favor en dichas personas.

141. De la información disponible la Comisión considera que si bien el Estado empezó a implementar algún tratamiento para personas que viven con VIH/SIDA en el sector público con posterioridad a 2006 y 2007, dicha atención no ha logrado satisfacer los estándares mínimos para ser considerada integral y adecuada, a la luz de las fuentes autorizadas en la materia citadas en este informe y usadas por los órganos interamericanos para interpretar las obligaciones estatales en cuanto a los derechos a la vida e integridad personal en conexidad con el derecho a la salud para personas que viven con dicha enfermedad.

142. Esta situación general resulta consistente con las descripciones de los peticionarios sobre las falencias concretas en la atención a las víctimas sobrevivientes del presente caso. La Comisión resalta que al tratarse en su mayoría de omisiones o hechos negativos, las víctimas no cuentan con elementos probatorios para demostrar su ocurrencia¹²¹, mientras que el Estado sí podría haber demostrado la provisión de un tratamiento integral para las víctimas, lo cual no sucedió en el presente caso como se desprende de las descripciones incluidas en los hechos probados.

143. Por todo lo expuesto, la Comisión considera que el Estado de Guatemala continuó violando los derechos a la vida e integridad personal en relación con el derecho a la salud establecidos en los artículos 4.1 y 5.1 de la Convención Americana en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento en perjuicio de las víctimas sobrevivientes del presente caso (véase *supra* párr. 68). La violación del derecho a la vida de las víctimas sobrevivientes se basa en el mismo razonamiento incluido en la sección 1.3.1. del presente informe de fondo.

2. Derecho a la protección judicial (artículo 25 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento)

144. El artículo 25.1 de la Convención Americana establece:

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

145. La Comisión y la Corte han reiterado que uno de los pilares básicos, no sólo de la Convención Americana, sino del propio Estado de Derecho en una sociedad democrática. Ello debido a que toda persona tiene el derecho a un recurso sencillo y rápido ante los jueces o tribunales competentes que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales, de conformidad con el artículo 25 de la Convención Americana¹²².

¹²⁰ CIDH. Informe: Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. 7 de junio de 2010, párr. 38.

¹²¹ Ver, *mutatis mutandis*. Corte IDH. *Caso Chaparro Álvarez y Lapo Íñiguez. Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de noviembre de 2007. Serie C No. 170, párr. 73.

¹²² CIDH, Demanda ante la Corte, María Reverón Trujillo, Venezuela, 9 de noviembre de 2007, párr. 55. Asimismo, véase: Corte IDH. *Caso Ivcher Bronstein Vs. Perú*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 6 de febrero de 2001. Serie C No. 74, párr. 135; *Caso del Tribunal Constitucional Vs. Perú*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de enero de 2001. Serie C No. 71, párr. 90; y *Caso Bámaca Velásquez Vs. Guatemala*. Fondo. Sentencia de 25 de noviembre de 2000. Serie C No. 70, párr. 191.

146. La CIDH ha señalado que para que el Estado cumpla con lo dispuesto en el citado artículo no basta con que los recursos existan formalmente, sino que los mismos deben tener efectividad¹²³. Por su parte, la Corte agregó lo siguiente:

(...) no pueden considerarse efectivos aquellos recursos que, por las condiciones generales del país o incluso por las circunstancias particulares de un caso dado, resulten ilusorios. Ello puede ocurrir, por ejemplo, cuando su inutilidad haya quedado demostrada por la práctica, porque el Poder Judicial carezca de la independencia necesaria para decidir con imparcialidad o porque falten los medios para ejecutar sus decisiones; por cualquier otra situación que configure un cuadro de denegación de justicia, como sucede cuando se incurre en retardo injustificado en la decisión; o por cualquier causa, no se permita al presunto lesionado el acceso al recurso judicial¹²⁴.

147. Asimismo, en relación con el recurso de amparo, la Corte ha señalado que el artículo 25.1 de la Convención Americana recoge dicha “institución procesal (...) entendid[a] como el procedimiento judicial sencillo y breve que tiene por objeto la tutela de todos los derechos reconocidos por las constituciones y leyes de los Estados partes y por la Convención”¹²⁵. La Corte añadió que la garantía de dicho recurso derecho “se aplica no sólo respecto de los derechos contenidos en la Convención, sino también de aquellos que estén reconocidos por la Constitución o por la ley”¹²⁶. Asimismo, la CIDH ha señalado que el recurso de amparo puede constituir el recurso adecuado a efectos de solicitar la asistencia médica para las personas con VIH/SIDA¹²⁷.

148. En el presente asunto, la Comisión observa que el 26 de julio de 2002 se presentó un recurso de amparo ante la Corte de Constitucionalidad a fin de que el Estado brinde un tratamiento de salud a las personas con VIH/SIDA en Guatemala. De manera preliminar, la CIDH nota que dicho recurso fue presentado por trece de las víctimas del presente caso, así como por distintas organizaciones, incluidos algunos de los peticionarios. La Comisión también observa que dicho recurso solicitó que la decisión de la Corte de Constitucionalidad tuviera efecto *erga omnes* a fin de hacerla extensiva a todas las personas que viven con VIH /SIDA en Guatemala. En ese sentido, la CIDH entiende que por la forma en que fue presentado el recurso de amparo, una decisión favorable hubiera podido tener efectos a favor de todas las personas con VIH/SIDA en Guatemala. En ese sentido, el trámite y resultado de este recurso de amparo afectó no sólo a las trece víctimas que lo firmaron sino a todas las víctimas del presente caso con excepción de Alberto Quiché Cuvexa, quien falleció en el año 2001, esto es, antes de la interposición del recurso.

149. En relación con las garantías que el Estado debe tomar en cuenta frente a recursos relacionados con la situación de personas con VIH, la Comisión ha señalado que las autoridades judiciales deben actuar con diligencia especial en el trámite y resolución de las demandas presentadas¹²⁸. Adicionalmente, la Corte Europea ha enfatizado la importancia de tramitar con la celeridad necesaria este tipo de procesos debido a la naturaleza de la enfermedad¹²⁹. Ello en tanto su demora puede

¹²³ CIDH, Demanda ante la Corte, María Reverón Trujillo, Venezuela, 9 de noviembre de 2007, párr. 56.

¹²⁴ Corte IDH. *Garantías Judiciales en Estados de Emergencia* (arts. 27.2, 25 y 8 Convención Americana sobre Derechos Humanos). Opinión Consultiva OC-9/87 del 6 de octubre de 1987. Serie A No. 9, párr. 24

¹²⁵ Corte IDH. *El Hábeas Corpus Bajo Suspensión de Garantías* (arts. 27.2, 25.1 y 7.6 Convención Americana sobre Derechos Humanos). Opinión Consultiva OC-8/87 del 30 de enero de 1987. Serie A No. 8, párr. 32.

¹²⁶ Corte IDH. *Garantías Judiciales en Estados de Emergencia* (arts. 27.2, 25 y 8 Convención Americana sobre Derechos Humanos). Opinión Consultiva OC-9/87 del 6 de octubre de 1987. Serie A No. 9, párr. 23.

¹²⁷ CIDH, Informe No. 27/09, Caso 12.249, Jorge Odir Miranda Cortez y otros, El Salvador, 20 de marzo de 2009, párr. 42.

¹²⁸ ECHR, Case of X. vs. France. Application 18020/91. Judgment of March 31, 1992, para. 47.

¹²⁹ ECHR, Case of X. vs. France. Application 18020/91. Judgment of March 31, 1992, para. 47.

convertir en ilusorio su propósito¹³⁰. La Corte Europea también resaltó la diligencia excepcional que deben seguir las autoridades judiciales¹³¹, la cual debe operar incluso en procesos que tienen cierto nivel de complejidad¹³².

150. En el presente caso, la Comisión observa en primer lugar que la demanda de amparo fue interpuesta en julio de 2002 y fue resulta en enero de 2003. La Comisión considera que en las circunstancias del presente caso, en las que resultaba evidente el total incumplimiento de la Ley General para el Combate del VIH y del SIDA, el Estado no explicó la demora de seis meses para resolver un recurso que por su propia naturaleza debe ser expedito y que, por la temática de que trataba, debía ser tramitado y resuelto con diligencia excepcional.

151. En segundo lugar y en cuanto al resultado del recurso de amparo, la Comisión observa que el 29 de enero de 2003 la Corte de Constitucionalidad lo declaró improcedente por considerar que el agravio reclamado habría cesado debido a los acuerdos que se alcanzaron en una reunión de 30 de octubre de 2002 entre el entonces Presidente de la República y algunas de las organizaciones demandantes. La CIDH nota que en dicha reunión se acordó autorizar una partida extraordinaria de quinientos mil quetzales que, de acuerdo a lo señalado por los peticionarios y por el propio Estado, fue utilizado para cubrir temporalmente la medicación antirretroviral de ochenta personas con VIH/SIDA, sin incluir a las víctimas del presente caso.

152. La Comisión considera que las víctimas acudieron a la Corte de Constitucionalidad en busca de protección judicial efectiva de sus derechos a la vida, integridad personal y salud, reconocidos tanto en instrumentos internacionales como en el ordenamiento jurídico interno de Guatemala. La CIDH considera que el contenido sustantivo de la decisión de la Corte Constitucional no se ajusta a los parámetros del derecho a la tutela judicial. Ello en tanto la Corte Constitucional omitió pronunciarse sobre el fondo del asunto y justificó la declaratoria de improcedencia del recurso de amparo basándose en una medida adoptada por el Gobierno que tenía un carácter temporal y extraordinario y que tampoco se enfocaba en la situación general reclamada. La Comisión también observa que el Procurador de los Derechos Humanos solicitó a la Corte Constitucional que el recurso fuera atendido a la brevedad en tanto “de ello depende la vida de cada una de las personas que viven con VIH/SIDA”.

153. La Comisión destaca que las anteriores consideraciones no constituyen una mera abstracción sino que la resolución pronta y efectiva del recurso de amparo a favor de las personas con VIH/SIDA en Guatemala pudo haber tenido efectos concretos en las víctimas del caso. Al menos tres de las víctimas fallecidas murieron en fechas aproximadas a la interposición y resolución de dicho recurso, como ya se analizó, sin haber recibido atención integral alguna por parte del Estado¹³³.

154. En virtud de las anteriores consideraciones, la Comisión concluye que el Estado de Guatemala violó el derecho a la protección judicial establecido en el artículo 25.1 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento, en perjuicio de todas las víctimas del presente caso, con excepción de Alberto Quiché Cuxeva, quien falleció antes de la interposición y resolución del recurso de amparo.

3. El derecho a la integridad personal respecto de los familiares de las víctimas fallecidas y sobrevivientes (Artículo 5 de la Convención Americana)

155. El derecho a la integridad personal, consagrado en el artículo 5.1 de la Convención Americana, establece que “toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

¹³⁰ ECHR. Case of X. vs. France. Application 18020/91. Judgment of March 31, 1992, para. 47.

¹³¹ ECHR. Case of X. vs. France. Application 18020/91. Judgment of March 31, 1992, para. 47.

¹³² ECHR. Case of F.E. vs. France. Application 60/1998/963/1178. Judgment of October 30, 1998.

¹³³ Facundo Gómez Reyes, Alberto Quiché Cuxeva y Rita Dubón Orozco.

156. La jurisprudencia de la Corte Interamericana ha establecido que los familiares de las víctimas pueden, a su vez, verse afectados por la violación a su derecho a la integridad psíquica y moral¹³⁴. De esta forma, la Corte Interamericana ha considerado violado el derecho a la integridad psíquica y moral de los familiares de las víctimas con motivo del sufrimiento adicional que éstos han padecido como producto de las circunstancias particulares correspondientes a las violaciones perpetradas contra sus seres queridos¹³⁵ y a causa de las actuaciones u omisiones de las autoridades estatales frente a los hechos¹³⁶.

157. En el presente caso la Comisión estableció que ocho víctimas fallecieron como consecuencia de la falta de atención médica integral por parte del Estado. Asimismo, la Comisión determinó que las víctimas restantes, de escasos recursos, se vieron expuestas durante un largo periodo de tiempo a la falta absoluta de atención médica por parte del Estado, lo que hizo que su supervivencia dependiera de organizaciones sin fines de lucro. La Comisión también concluyó que desde que fueron transferidas a la atención en el sector público después de 2006 y 2007, las víctimas sobrevivientes se han visto afectadas por las diferentes falencias que continuaron caracterizando la atención por parte del Estado. Tomando en cuenta la naturaleza de la enfermedad con la que vivieron las víctimas fallecidas y viven las víctimas sobrevivientes, para la Comisión resulta evidente que la falta absoluta de atención durante un periodo y la insuficiencia de la atención posterior, no sólo afectó a las víctimas directas en los términos ya declarados en el presente informe, sino que dicha afectación se extendió a sus familiares y/o círculo más cercano de apoyo.

158. La Comisión toma nota de que algunas de las personas mencionadas por los peticionarios o bien no son los familiares más directos o bien no tienen vínculo de consanguinidad con las víctimas del caso. Sin embargo, la Comisión considera razonable la argumentación aportada por los peticionarios en el sentido de que debido al estigma que habitualmente ha acompañado al VIH/SIDA, el círculo más cercano de apoyo de algunas personas que viven con esta enfermedad, no es necesariamente el de la familia nuclear.

159. En virtud de las anteriores consideraciones, la Comisión considera que el grupo de personas individualizado por los peticionarios como familiares y/o círculo más cercano de apoyo de las víctimas (véase Anexo único al informe de fondo), se vio afectado en su integridad psíquica y moral como consecuencia de los hechos del presente caso, en violación del artículo 5.1 de la Convención Americana en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento.

V. CONCLUSIONES

160. Con base en las consideraciones de hecho y de derecho expuestas a lo largo del presente informe, la Comisión Interamericana concluye que el Estado de Guatemala es responsable por la violación de los derechos a la vida, integridad personal y protección judicial, establecidos en los artículos 4.1, 5.1 y 25.1 de la Convención Americana en relación con las obligaciones establecidas en el artículo 1.1 del mismo instrumento, en perjuicio de las víctimas y familiares establecidos a lo largo del presente informe.

VI. RECOMENDACIONES

161. En virtud de las anteriores conclusiones,

¹³⁴ Corte IDH. *Caso Juan Humberto Sánchez Vs. Honduras*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 7 de junio de 2003. Serie C No. 99, párr. 101; *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. 206 y *Caso Heliodoro Portugal Vs. Panamá*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 12 de agosto de 2008. Serie C No. 186, párr. 163.

¹³⁵ Corte IDH. *Caso del Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2006. Serie C No. 160, párr. 335; *Caso Vargas Areco Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de septiembre de 2006. Serie C No. 155., párr. 96; y *Caso Goiburú y otros Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de septiembre de 2006. Serie C No. 153, párr. 96.

¹³⁶ Corte IDH. *Caso Manuel Cepeda Vargas Vs. Colombia*. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 26 de mayo de 2010. Serie C No. 213, párr. 195.

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

1. Reparar integralmente a las víctimas sobrevivientes y a los familiares y seres queridos de todas las víctimas por las violaciones de derechos humanos declaradas en el presente informe, incluyendo tanto el aspecto material como moral.

2. Adoptar inmediatamente las medidas necesarias para asegurar que todas las víctimas sobrevivientes del presente caso cuenten con atención médica integral, según los estándares internacionales, que incluya entre otras necesidades: i) la realización de diagnósticos completos y de exámenes de seguimiento periódicos; ii) la provisión permanente e ininterrumpida de los medicamentos antiretrovirales requeridos y de otros que puedan necesitar derivados de su situación concreta de salud; iii) la atención en salud mental para las víctimas que así lo deseen; y iv) la atención diferenciada requerida por las víctimas mujeres en este caso, con especial consideración a su capacidad reproductiva. El Estado deberá asegurar que las víctimas no tengan que sufrir obstáculos de accesibilidad o de otra índole para la obtención de la atención integral en los términos de la presente recomendación.

3. Disponer mecanismos de no repetición que incluyan, entre otras, i) la provisión de tratamiento y atención en salud gratuita, integral e ininterrumpida a las personas con VIH/SIDA que no cuenten con recursos para ello; ii) la implementación de mecanismos serios y efectivos de supervisión y fiscalización periódica de los hospitales públicos a fin de asegurar que se brinde una atención integral en materia de salud a las personas con VIH/SIDA que no cuenten con recursos para ello; y iii) la implementación de programas de capacitación al personal de hospitales públicos a fin de asegurar que ejerzan sus labores de manera compatible con los estándares reconocidos internacionalmente y descritos en el presente informe.,