



CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

CASO CUSCUL PIVARAL Y OTROS VS. GUATEMALA

SENTENCIA DE 23 DE AGOSTO DE 2018

(Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas)

En el *Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala*,

la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante “la Corte Interamericana”, “la Corte” o “este Tribunal”), integrada por los siguientes Jueces y Jueza¹:

Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot, Presidente;
Humberto Antonio Sierra Porto, Juez;
Elizabeth Odio Benito, Jueza;
Eugenio Raúl Zaffaroni, Juez, y
Patricio Pazmiño Freire, Juez

presentes, además,

Pablo Saavedra Alessandri, Secretario, y
Emilia Segares Rodríguez, Secretaria Adjunta,

de conformidad con los artículos 62.3 y 63.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante, “la Convención Americana” o “la Convención”) y con los artículos 31, 32, 65 y 67 del Reglamento de la Corte (en adelante también “el Reglamento” o “Reglamento de la Corte”), dicta la presente Sentencia que se estructura en el siguiente orden:

¹ Por razones de fuerza mayor, el Vicepresidente de la Corte, Juez Eduardo Vio Grossi, no participó en la deliberación y firma de la presente Sentencia.

I. INTRODUCCIÓN DE LA CAUSA Y OBJETO DE LA CONTROVERSIA	3
II. PROCEDIMIENTO ANTE LA CORTE	4
III. COMPETENCIA	7
IV. EXCEPCIÓN PRELIMINAR	7
A. Excepción por falta de agotamiento de los recursos internos	7
A.1. Alegatos de las partes y observaciones de la Comisión.....	7
A.2. Consideraciones de la Corte	7
V. CONSIDERACIÓN PREVIA	8
A. Sobre la determinación de las presuntas víctimas en el presente caso	9
A.1. Alegatos de las partes y observaciones de la Comisión.....	9
A.2. Consideraciones de la Corte	9
VI. PRUEBA	10
A. Admisibilidad de la prueba documental	10
B. Admisibilidad de la prueba testimonial y pericial	11
VII. HECHOS	11
A. Situación del VIH/SIDA en Guatemala	12
A.1. Generalidades sobre el VIH/SIDA	12
A.2. Normativa adoptada para el tratamiento del VIH/SIDA en Guatemala	14
A.3. Otras medidas adoptadas para el tratamiento del VIH/SIDA en Guatemala	16
B. Las presuntas víctimas y sus familiares	19
C. Recursos y acciones interpuestas por las presuntas víctimas	19
C.1. Cartas dirigidas al Presidente y otras autoridades	19
C.2. Recurso de amparo ante la Corte de Constitucionalidad	20
VIII. FONDO	22
VIII-1 DERECHO A LA SALUD, A LA INTEGRIDAD PERSONAL Y A LA VIDA EN RELACIÓN CON LAS OBLIGACIONES DE RESPETAR Y GARANTIZAR LOS DERECHOS (ARTÍCULOS 26, 4, 5 Y 1.1 DE LA CONVENCIÓN AMERICANA)	23
A. Alegatos de la Comisión y de las partes	23
B. Consideraciones de la Corte	25
B.1. La justiciabilidad de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales.....	27
B.2. El derecho a la salud como un derecho autónomo y justiciable	35
B.3. El contenido del derecho a la salud	38
B.4. La afectación del derecho a la salud	44
B.5. La afectación del derecho a la vida y a la integridad personal	56
VIII-2 DERECHO A LAS GARANTÍAS JUDICIALES Y A LA PROTECCIÓN JUDICIAL EN RELACIÓN CON LAS OBLIGACIONES DE RESPETAR Y GARANTIZAR LOS DERECHOS (ARTÍCULOS 8, 25 Y 1.1 DE LA CONVENCIÓN AMERICANA).....	61
A. Alegatos de la Comisión y de las partes	61
B. Consideraciones de la Corte	62
VIII-3 DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL DE LOS FAMILIARES DE LAS VÍCTIMAS (ARTÍCULOS 5 Y 1.1 DE LA CONVENCIÓN AMERICANA)	68
A. Alegatos de las partes y de la Comisión	68
B. Consideraciones de la Corte	69
IX. REPARACIONES (APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 63.1 DE LA CONVENCIÓN AMERICANA). 72	
A. Parte Lesionada	73
B. Medidas de rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición	73
C. Indemnizaciones Compensatorias	80
D. Reintegro de los gastos al Fondo de Asistencia Legal	83
E. Modalidad de cumplimiento de los pagos ordenados	83
X. PUNTOS RESOLUTIVOS	85
ANEXO 1. LISTADO DE PRESUNTAS VÍCTIMAS REMITIDO POR LA CIDH	88
ANEXO 2. LISTADO DE VÍCTIMAS Y SUS FAMILIARES	93
ANEXO 3. INDIVIDUALIZACIÓN DE LAS VÍCTIMAS Y SUS FAMILIARES	95

I. INTRODUCCIÓN DE LA CAUSA Y OBJETO DE LA CONTROVERSIA

1. *El caso sometido a la Corte.* – El 2 de diciembre de 2016, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 51 y 61 de la Convención Americana y el artículo 35 del Reglamento de la Corte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, “la Comisión Interamericana” o “la Comisión”) sometió a la jurisdicción de la Corte Interamericana el caso *Cuscul Pivaral y otros* contra la República de Guatemala (en adelante, “el Estado” o “Guatemala”). De acuerdo con lo indicado por la Comisión, el caso se refiere a la presunta responsabilidad internacional del Estado por la violación de diversos derechos establecidos en la Convención Americana en perjuicio de 49 presuntas víctimas que fueron diagnosticadas con VIH entre los años de 1992 y 2003. La Comisión estableció que hasta los años 2006 y 2007 tuvo lugar una falta total de atención médica estatal a dicho grupo de personas en su condición de personas que viven con el VIH y además en situación de pobreza, y determinó que esta omisión tuvo un grave impacto en su situación de salud, vida e integridad personal. Según la Comisión, a partir de los años 2006-2007 el Estado implementó algún tratamiento para las personas que viven con el VIH, pero la atención no fue integral ni adecuada, por lo tanto consideró que estas deficiencias continuaron violando los derechos a la salud, vida e integridad personal en perjuicio de las víctimas sobrevivientes. Asimismo, la Comisión determinó que la muerte de ocho de las presuntas víctimas tuvo lugar como consecuencia de enfermedades conocidas como oportunistas, o bien en un marco temporal en el que presuntamente no recibieron la atención que requerían por parte del Estado, o bien tras una atención deficiente. La Comisión agregó que el recurso de amparo interpuesto el 26 de julio de 2002 ante la Corte de Constitucionalidad no proveyó de una protección judicial efectiva a las presuntas víctimas. Finalmente, concluyó que los familiares, y/o vínculo más cercano de apoyo a las presuntas víctimas, sufrió afectaciones a su integridad psíquica y moral. Los nombres de las presuntas víctimas se encuentran en el Anexo 1 a la presente sentencia.

2. *Trámite ante la Comisión.* – El trámite ante la Comisión fue el siguiente:

a. *Petición.* – El 26 de agosto de 2003 la Comisión recibió una petición presentada por el Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL), la Red Nacional de Personas que Viven con 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”) contra Guatemala.

b. *Informe de Admisibilidad.* – El 7 de marzo de 2005 la Comisión aprobó el Informe de Admisibilidad No. 32/05².

c. *Informe de Fondo.* – El 13 de abril de 2016 la Comisión emitió el Informe de Fondo No. 2/16, en los términos del artículo 50 de la Convención (en adelante “el Informe de Fondo”), en el cual llegó a una serie de conclusiones y formuló varias recomendaciones:

i. *Conclusiones.* – La Comisión concluyó que Guatemala es responsable por la violación a los derechos establecidos en los artículos 4.1, 5.1 y 25.1 de la Convención, en relación con las obligaciones establecidas en el artículo 1.1 del mismo instrumento, en perjuicio de las presuntas víctimas mencionadas en el Informe de Fondo.

² Cfr. CIDH, Informe No. 32/05, Petición 642/2003, Admisibilidad, *Luis Ronaldo Cuscul Pivaral y otras personas afectadas por el VIH/SIDA*, Guatemala, 7 de marzo de 2005.

ii. Recomendaciones. - En consecuencia, recomendó al Estado lo siguiente:

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 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 dicha 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 informe.

d. Notificación al Estado. - El Informe de Fondo fue notificado al Estado el 2 de junio de 2016, otorgándose un plazo de dos meses para informar sobre el cumplimiento de las recomendaciones. El Estado de Guatemala presentó un escrito en el cual informó sobre acercamientos con los peticionarios y solicitó una prórroga, la cual fue otorgada por la Comisión por un plazo de tres meses. Posteriormente, el Estado presentó un nuevo informe en el cual hizo referencia a medidas de alcance general respecto de las personas con el VIH/SIDA en Guatemala.

3. *Sometimiento a la Corte.* - El 2 de diciembre de 2016 la Comisión sometió a la jurisdicción de la Corte Interamericana la totalidad de los hechos y supuestas violaciones de derechos humanos reseñadas en el Informe de Fondo.

4. *Solicitudes de la Comisión.* - Con base en lo anterior, la Comisión solicitó a la Corte que concluya y declare la responsabilidad internacional de Guatemala por la violación a los derechos indicados en las conclusiones del Informe de Fondo. Adicionalmente, solicitó a la Corte que ordene al Estado determinadas medidas de reparación.

II. PROCEDIMIENTO ANTE LA CORTE

5. *Notificación al Estado y a los representantes.* - El sometimiento del caso fue notificado al Estado y a los representantes de las presuntas víctimas el 27 de enero de 2017.

6. *Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas.* – El 30 de marzo de 2017 la doctora Cristina Calderón, la Asociación de Salud Integral (ASI) y el Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL) (en adelante “los representantes”) presentaron su escrito de solicitudes, argumentos y pruebas (en adelante “escrito de solicitudes y argumentos”), en los términos de los artículos 25 y 40 del Reglamento de la Corte. Los representantes coincidieron con lo alegado por la Comisión y agregaron que el Estado también era responsable por la violación del derecho a la salud a la luz del artículo 26 y en relación con los artículos 1.1 y 2 de la Convención. Asimismo, los representantes solicitaron que se ordenara al Estado adoptar diversas medidas de reparación y el reintegro de determinadas costas y gastos. Finalmente, los representantes solicitaron acogerse al Fondo de Asistencia Legal de Víctimas de la Corte Interamericana (en adelante “el Fondo de Asistencia Legal”).

7. *Escrito de contestación*³. – El 3 de julio de 2017 el Estado presentó ante la Corte su escrito de interposición de excepción preliminar y contestación al sometimiento del caso y al escrito de solicitudes y argumentos (en adelante “contestación” o “escrito de contestación”), en los términos del artículo 41 del Reglamento del Tribunal. El Estado interpuso una excepción preliminar por falta de agotamiento de los recursos internos y se opuso a las violaciones alegadas.

8. *Fondo de Asistencia Legal.* – Mediante resolución de 24 de julio de 2017 el Presidente de la Corte declaró procedente la solicitud presentada por los representantes para acogerse al Fondo de Asistencia Legal⁴.

9. *Observaciones a la excepción preliminar.* – El 20 de septiembre de 2017 los representantes y la Comisión Interamericana presentaron sus observaciones a la excepción preliminar interpuesta por el Estado.

10. *Amici curiae.* – El Tribunal recibió tres escritos de *amicus curiae* presentados por: 1) alumnos de la Clínica del Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos de la Universidad Carlos III de Madrid⁵; 2) la Clínica de Derechos Humanos de la Escuela de Derecho

³ El 21 de febrero de 2017 el Estado informó que los Agentes que actuarían en su representación son los señores Victor Hugo Godoy Morales y a la señora María José Ortiz Samayoa. Posteriormente, en su escrito de 3 de noviembre de 2017 el señor Jorge Luis Borrayo Reyes, Presidente de COPREDEH, informó que en su ausencia el señor Felipe Sánchez González firmaría las comunicaciones que se dirijan a la Corte.

⁴ Cfr. *Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala. Fondo de Asistencia Legal de Víctimas*. Resolución de 24 de julio de 2017. Disponible en http://www.corteidh.or.cr/docs/asuntos/cuscul_fv_17.pdf.

⁵ El escrito fue firmado por Denise Cirauco, Javier Ruiz y Felipe Sautu. El escrito analiza la situación del VIH en Guatemala y explica que la atención médica prestada por el Estado a los portadores de VIH ha sido nula o deficiente. A través de un análisis del marco normativo nacional e internacional del Estado de Guatemala concluye que éste incumplió los compromisos y obligaciones asumidas. El documento realiza un análisis sobre el derecho a la vida de las víctimas, a la integridad personal de los afectados, a la integridad personal de familiares de éstos y sobre el derecho a la protección judicial en relación al recurso de amparo interpuesto. Concluye que el Estado es responsable de la violación de los derechos mencionados y propone que la Corte tome en consideración las siguientes medidas de reparación: reparación del daño material e inmaterial, medidas de memoria a víctimas fallecidas, medidas de no repetición y la realización de un acto público.

y la Escuela de Medicina Dell de la Universidad de Texas en Austin⁶; y 3) del Centro de Estudios de Derechos Humanos de la Universidad Autónoma de Yucatán⁷.

11. *Audiencia pública.*- Mediante la Resolución de 8 de febrero de 2018⁸, el Presidente de la Corte ordenó recibir declaraciones rendidas ante fedatario público (*affidavit*) de cuatro presuntas víctimas, dos declarantes a título informativo propuestos por los representantes, dos peritas propuestas por los representantes, y un perito propuesto por la Comisión. Asimismo, en esa Resolución, el Presidente convocó a las partes y a la Comisión a una audiencia pública que fue celebrada durante el 122° Período Ordinario de Sesiones de la Corte, la cual tuvo lugar en su sede⁹. En la audiencia se recibieron las declaraciones de dos presuntas víctimas y un perito propuesto por los representantes, así como las observaciones y alegatos finales orales de la Comisión, los representantes y el Estado, respectivamente.

12. *Alegatos y observaciones finales escritos.*- El 9 de abril de 2018 los representantes y el Estado presentaron sus respectivos alegatos finales escritos y determinados anexos, y la Comisión Interamericana remitió sus observaciones finales escritas.

13. *Hechos supervinientes.*- El 2 de marzo de 2018, los representantes presentaron información y documentación sobre alegados hechos ocurridos con posterioridad a la presentación del escrito de solicitudes, argumentos y pruebas. La Comisión y el Estado no presentaron información al respecto.

14. *Prueba para mejor resolver.*- El 28 de junio de 2018 se solicitó a los representantes prueba para mejor resolver. El 31 de julio de 2018 los representantes remitieron la información solicitada, y en esa misma fecha la Corte solicitó al Estado que proveyera cierta información relacionada con la prueba solicitada a los representantes. El 14 de agosto de 2018 el Estado solicitó una prórroga para remitir la información solicitada, la cual fue

⁶ El escrito fue firmado por Ariel Dulitzky a nombre de todos los autores. En el documento se enfatiza que de conformidad con las normas de interpretación establecidas en la Convención Americana y de la Convención de Viena, así como los criterios desarrollados por la Corte, el artículo 26 de la Convención protege los derechos económicos, sociales y culturales que de la Carta de la OEA derivan, entre ellos el derecho a la salud, y que éstos están sujetos a obligaciones generales de respeto y garantía impuestas en los artículos 1.1 y 2 de la Convención. El escrito diferencia entre derecho a la salud y los derechos a la vida y a la integridad personal, puesto que el primero es un derecho en sí mismo que impone además obligaciones específicas. El documento aborda las generalidades del VIH y su situación en Guatemala, resaltando la importancia de implementar políticas en salud pública enfocadas en su atención. Concluye que la respuesta adoptada por Guatemala frente a la crisis del VIH ha sido tardía y muy por debajo de los estándares de cuidado clínico, lo que se tradujo en afectaciones directas a cada una de las víctimas del presente caso.

⁷ El escrito fue firmado por María de los Ángeles Cruz Rosel, Carlos Luis Escoffié Duarte, Jessy Guadalupe Cetz Ceils, Enrique de Jesús Gallegos Madrigal y Andrea Guadalupe Tejero Gamboa. En primer lugar, el documento analiza la concepción del principio de progresividad en el derecho internacional, particularmente en cómo se ha analizado en altas cortes de la región. Enfatiza la necesidad de que la Corte se pronuncie para generar los primeros parámetros interamericanos y respecto a las obligaciones de los Estados en la materia. En segundo lugar, el escrito considera que debe establecerse como criterio jurisprudencial que la falta de indicadores, información y estadísticas es *per se* una violación al principio en virtud de las obligaciones mínimas e inmediatas que se derivan del artículo 26, en relación con los artículos 1.1 y 2 de la Convención. El escrito aborda las experiencias regionales para limitar las patentes por razones de interés público. Hace hincapié en la necesidad de adoptar medidas alternas como las licencias obligatorias por razones de interés público a las patentes farmacéuticas.

⁸ *Cfr. Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala. Convocatoria de audiencia.* Resolución del Presidente de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 8 de febrero de 2018. Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/asuntos/cuscul_08_02_18.pdf.

⁹ A esta audiencia comparecieron: a) por la Comisión Interamericana: Silvia Serrano Guzmán y Soledad García Muñoz; b) por los representantes: Esteban Madrigal Brenes, Gisela De León, Marcia Aguiluz, Antonio Jaén, Mariana Brocca, Eduardo Arathoon y Cristina Calderón, y c) por el Estado de Guatemala: Juan Carlos Orellana Juárez, Felipe Sánchez González, Lourdes Mylene Woolfolk Contreras, Briceida Aracely Hoenes Raquel, Mario Enrique Anthoon Urbina, Rafael Eduardo Bran Paz y Verónica Jiménez.

concedida por la Corte. El 21 de agosto de 2018 el Estado dio respuesta definitiva a la solicitud realizada por la Corte.

15. *Deliberación del presente caso.* - La Corte inició la deliberación de la presente Sentencia el 22 de agosto de 2018.

III. COMPETENCIA

16. La Corte Interamericana es competente para conocer del presente caso, en los términos del artículo 62.3¹⁰ de la Convención Americana, debido a que Guatemala es Estado Parte de la Convención Americana desde el 25 de mayo de 1978 y reconoció la competencia contenciosa de la Corte el 9 de marzo de 1987.

IV. EXCEPCIÓN PRELIMINAR

A. Excepción por falta de agotamiento de los recursos internos

A.1. Alegatos de las partes y observaciones de la Comisión

17. El **Estado** alegó que las presuntas víctimas no interpusieron ni agotaron los recursos de la jurisdicción interna, por lo que la Corte debía abstenerse de conocer sobre el caso en términos del artículo 46 de la Convención Americana. Al respecto, afirmó que los representantes no hicieron uso de los artículos 70 y 71 previstos en la Ley de Amparo, Exhibición Personal y de Constitucionalidad. En consecuencia, el Estado alegó que el caso es inadmisibile, pues al momento de los hechos existían remedios procesales que facultaban a las presuntas víctimas a interponer una aclaración o ampliación de la sentencia de amparo.

18. La **Comisión** sostuvo que el Estado no alegó la excepción preliminar en el momento procesal oportuno, pues se limitó a instar a las presuntas víctimas a continuar haciendo uso de los recursos existentes en la jurisdicción interna, pero sin indicar cuáles recursos debían ser agotados. En consecuencia, alegó que la excepción no fue presentada en los términos exigidos por la Convención y, por lo tanto, es inadmisibile. De manera subsidiaria, la Comisión alegó que el Estado no aportó prueba acerca de la pertinencia y eficacia de la solicitud de aclaración o ampliación del amparo, por lo que la excepción es improcedente en lo sustantivo.

19. Los **representantes** sostuvieron que la excepción preliminar interpuesta por el Estado no reúne ni los aspectos formales ni materiales establecidos por la Convención y la jurisprudencia de la Corte. En lo que respecta a los aspectos formales, alegó que esta excepción no fue presentada en el momento procesal oportuno, es decir en la decisión de admisibilidad de la Comisión. En lo que respecta a los elementos materiales, señaló que el Estado no demostró que los recursos disponibles eran adecuados, idóneos y efectivos. En consecuencia, solicitó a la Corte que desestime la excepción preliminar presentada por el Estado.

A.2. Consideraciones de la Corte

¹⁰ El artículo 62.3 de la Convención establece: “[l]a Corte tiene competencia para conocer de cualquier caso relativo a la interpretación y aplicación de las disposiciones de esta Convención que le sea sometido, siempre que los Estados Partes en el caso hayan reconocido o reconozcan dicha competencia, ora por declaración especial, como se indica en los incisos anteriores, ora por convención especial”.

20. El artículo 46.1.a) de la Convención dispone que, para determinar la admisibilidad de una petición o comunicación presentada ante la Comisión, de conformidad con los artículos 44 o 45 de la Convención, es necesario que se hayan interpuesto y agotado los recursos de la jurisdicción interna, conforme a los principios del Derecho Internacional generalmente reconocidos¹¹.

21. El Tribunal ha desarrollado pautas para analizar una excepción basada en un presunto incumplimiento del requisito de agotamiento de los recursos internos. Primero, ha interpretado la excepción como una defensa disponible para el Estado, y como tal, puede renunciar a ella, ya sea expresa o tácitamente. Segundo, esta excepción debe presentarse oportunamente con el propósito de que el Estado pueda ejercer su derecho a la defensa. Tercero, la Corte ha afirmado que el Estado que presenta esta excepción debe especificar los recursos internos que aún no se han agotado, y demostrar que estos recursos son disponibles y efectivos¹².

22. En este sentido, el Tribunal constata que el Estado, en la comunicación de 18 de junio de 2004, mediante la cual responde a la petición de los representantes ante la Comisión Interamericana, instó a las presuntas víctimas a “continuar haciendo uso de los recursos jurídicos y políticos existentes en la jurisdicción interna hasta agotarlos”¹³. Asimismo, el Tribunal advierte que el Estado no realizó ninguna otra manifestación respecto a los recursos que debían ser agotados hasta su escrito de contestación de 3 de julio de 2017, es decir ya en la etapa procesal seguida ante esta Corte. En efecto, en dicho escrito, el Estado informó que las presuntas víctimas “no hicieron uso de los artículos 70 y 71 previstos en el Capítulo Nueve Aclaración y Ampliación de la Ley de Amparo, Exhibición Personal y de Constitucionalidad”.

23. Al respecto, la Corte advierte que, aun cuando el Estado manifestó, durante la etapa de admisibilidad ante la Comisión, que los peticionarios debían continuar haciendo uso de los recursos jurídicos y políticos existentes en la jurisdicción interna, dichas manifestaciones fueron realizadas de manera genérica, sin indicar los recursos que no se habían agotado ni su efectividad. La Corte recuerda que fue hasta su escrito de contestación que el Estado indicó, por vez primera, los recursos que debían ser agotados por las presuntas víctimas antes de acudir a la jurisdicción internacional. De esta forma, la Corte considera que, en ningún momento, durante la etapa de admisibilidad, el cual es el momento procesal oportuno para formular una excepción por falta de agotamiento de los recursos internos, el Estado invocó de manera clara cuáles eran los recursos que debían ser agotados ni comprobó su efectividad, en los términos del artículo 46.1 de la Convención.

24. Por lo anterior, la Corte considera improcedente la excepción preliminar de falta de agotamiento de los recursos internos presentada por Guatemala, al haber sido presentada de forma extemporánea.

V. CONSIDERACIÓN PREVIA

¹¹ Cfr. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Excepciones Preliminares*. Sentencia de 26 de junio de 1987. Serie C No. 1, párr. 63, y *Caso Amrhein y otros vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 39.

¹² Cfr. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Excepciones Preliminares*. Sentencia de 26 de junio de 1987. Serie C No. 1, párr. 88, y *Caso Amrhein y otros vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 39.

¹³ Oficio P-435-2004 de 18 de junio del 2004 suscrito por Frank La Rue Lewy, Presidente de COPREDEH, dirigido a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (expediente de prueba, folio 111).

A. Sobre la determinación de las presuntas víctimas en el presente caso

A.1. Alegatos de las partes y observaciones de la Comisión

25. Los *representantes* manifestaron que Roberto Gómez García, L.A.L., María Elena Morales Villafuerte, Heidi Mariela Lucas Gonzáles y Marvin Josué Lucas González, incluidos como familiares de las víctimas por la Comisión en su Informe de Fondo, son también personas que viven con el VIH que se han enfrentado a las mismas violaciones expuestas a lo largo del litigio y, por tanto, que debían ser consideradas como víctimas directas que no han recibido una atención integral como personas que viven con el VIH. Adicionalmente, alegaron que es posible que Katherine Girón Zepeda sea considerada como víctima del presente caso a través de la aplicación del artículo 35.2 del Reglamento, toda vez que se trata de un caso de naturaleza colectiva en la medida en que se trata de 49 presuntas víctimas que no han recibido atención integral, que se encuentran en situación de vulnerabilidad, y que la señora Girón Zepeda se contagió de VIH por la falta de adecuada atención médica a su madre, lo cual derivó a su vez en su contagio.

26. La **Comisión** manifestó durante la audiencia pública que la información que ha surgido en el presente caso podría justificar la aplicación del artículo 35.2 del Reglamento en cuanto a la necesaria flexibilidad para la individualización de las víctimas, de forma tal que se consideren como víctimas directas a algunas víctimas identificadas como familiares en el Informe de Fondo. El **Estado** no se pronunció respecto a ninguna de las dos solicitudes.

A.2. Consideraciones de la Corte

27. La Corte recuerda que, conforme a su jurisprudencia, y de conformidad con el artículo 50 de la Convención, y del artículo 35.1 del Reglamento de la Corte, corresponde a la Comisión, y no a este Tribunal, identificar con precisión, y en la debida oportunidad procesal, a las presuntas víctimas en un caso ante esta Corte¹⁴. La seguridad jurídica exige, como regla general, que todas las presuntas víctimas estén debidamente identificadas en el Informe de Fondo, no siendo posible añadir nuevas presuntas víctimas en etapas posteriores, sin que ello conlleve un perjuicio al derecho a la defensa del Estado demandado¹⁵. El propio Reglamento prevé la excepción a esta regla en su artículo 35.2, al establecer que “cuando se justificare que no fue posible identificar a alguna o algunas de las presuntas víctimas de los hechos del caso por tratarse de casos de violaciones masivas o colectivas, el Tribunal decidirá en su oportunidad si las considera víctimas”¹⁶.

28. La Corte recuerda que ha evaluado la aplicación del artículo 35.2 del Reglamento con base en las características particulares de cada caso¹⁷, y lo ha aplicado en casos masivos o

¹⁴ Cfr. *Caso de las Masacres de Ituango Vs. Colombia*. Sentencia de 1 de julio de 2006. Serie C No. 148, párr. 98, y *Caso Favela Nova Brasília Vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 16 de febrero de 2017. Serie C No. 333, párr. 36.

¹⁵ Cfr. *Caso de las Masacres de Ituango Vs. Colombia*. Sentencia de 1 de julio de 2006. Serie C No. 148, párr. 98, y *Caso I.V. Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 329, párr. 41.

¹⁶ Cfr. *Caso Masacres de Río Negro Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 4 de septiembre de 2012. Serie C No. 250, párr. 48, y *Caso Favela Nova Brasília Vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 16 de febrero de 2017. Serie C No. 333, párr. 36.

¹⁷ Cabe destacar que la Corte ha aplicado el artículo 35.2 de su Reglamento, entre otros, en los siguientes casos: *Caso Masacres de Río Negro Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 4 de septiembre de 2012. Serie C No. 250; *Caso Nadege Dorzema y otros Vs. República Dominicana. Fondo Reparaciones y Costas*. Sentencia de 24 de octubre de 2012. Serie C No. 251; *Caso Masacres de El Mozote y lugares aledaños Vs. El Salvador. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de octubre de 2012. Serie C No. 252, y

colectivos con dificultades para identificar o contactar a todas las presuntas víctimas, por ejemplo, debido a la presencia de un conflicto armado, el desplazamiento o la quema de los cuerpos de las presuntas víctimas, o en casos en que familias enteras han sido desaparecidas, por lo que no habría nadie que pudiera hablar por ellos. También ha tomado en cuenta la dificultad de acceder al área donde ocurrieron los hechos, la falta de registros respecto de los habitantes del lugar y el transcurso del tiempo, así como características particulares de las presuntas víctimas del caso, por ejemplo, cuando estas han conformado clanes familiares con nombres y apellidos similares, o al tratarse de migrantes. Igualmente, ha considerado la conducta del Estado, por ejemplo, cuando existen alegatos de que la falta de investigación contribuyó a la incompleta identificación de las presuntas víctimas, y en un caso de esclavitud.

29. En el presente caso, la Corte constata que Roberto Gómez García, L.A.L., María Elena Morales Villafuerte, Heidi Mariela Lucas Gonzáles y Marvin Josué Lucas González, no fueron incluidos como víctimas directas por la Comisión en su Informe de Fondo, sino como familiares de las presuntas víctimas. Asimismo, la Corte advierte que los hechos planteados por la Comisión, en su Informe de Fondo, no hacen referencia alguna a la situación de salud de los familiares de las presuntas víctimas, ni a la atención médica que habrían recibido o dejado de recibir, sino que se refiere de manera genérica a las afectaciones a la integridad psíquica y moral que habrían sufrido los familiares y/o el círculo más cercano de las presuntas víctimas directas. Al respecto, la Corte considera que, en virtud del artículo 35.1 del Reglamento, y en resguardo del equilibrio procesal de las partes, y del derecho de defensa del Estado, que incluye el derecho del Estado de pronunciarse, en la debida oportunidad procesal, sobre alegadas violaciones a los derechos de las presuntas víctimas y sobre los hechos que las sustentan, la solicitud de los representantes de incluir a los familiares de las presuntas víctimas como víctimas directas es improcedente.

30. Por otro lado, la Corte considera que el hecho de que el presente caso se relacione con alegadas violaciones de los derechos de 49 personas no implica que se trate de un caso de violaciones masivas o colectivas en términos del artículo 35.2 del Reglamento, ni exime a los representantes de identificar a las presuntas víctimas en el momento procesal oportuno. La Corte advierte que el hecho de que la señora Katherine Alejandra Girón Zepeda fuera diagnosticada con el VIH en el año 2001 ofreció amplias posibilidades a los representantes para recabar la información relacionada con su condición y presentarla ante la Comisión. En ese sentido, no se evidencian dificultades materiales o prácticas de tal magnitud que podrían haber impedido a los representantes la identificación de la señora Girón Zepeda como presunta víctima del caso. Al respecto, la Corte considera que, aun en la hipótesis en que una presunta víctima se encuentre en situación de vulnerabilidad, corresponde a los representantes probar ante este Tribunal cómo ésta condición impidió la identificación de una presunta víctima, situación que no ocurrió en el presente caso. En consecuencia, la solicitud de los representantes de incluir a la señora Girón Zepeda como presunta víctima del caso es improcedente.

VI. PRUEBA

A. Admisibilidad de la prueba documental

31. El Tribunal recibió diversos documentos presentados como prueba por la Comisión, los representantes y el Estado, o solicitados como prueba para mejor resolver por la Corte o su

Caso de las Comunidades Afrodescendientes Desplazadas de la Cuenca del Río Cacarica (Operación Génesis) Vs. Colombia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de noviembre de 2013. Serie C No. 270.

Presidencia, los cuales, como en otros casos, admite aquellos que fueron presentados en la debida oportunidad procesal (artículo 57 del Reglamento)¹⁸ y su admisibilidad no fue controvertida ni objetada¹⁹.

32. Los representantes solicitaron a la Corte rechazar los anexos 3, 4, 7 y 10 presentados por el Estado como anexos a sus alegatos finales escritos²⁰. Al respecto, este Tribunal advierte que el anexo 10 fue remitido con anterioridad como anexo 1 del escrito de contestación, por lo que ambos documentos forman parte del acervo probatorio del presente caso. En relación a los anexos 3, 4 y 7 presentados por el Estado, los cuales fueron objetados por los representantes, la Corte constata que éstos contienen información pertinente que además es útil para la resolución de este caso. En consecuencia, la Corte admite los anexos 3, 4, 7 y 10 antes mencionados.

B. Admisibilidad de la prueba testimonial y pericial

33. La Corte recibió declaraciones rendidas ante fedatario público (affidavit) por el perito Óscar A. Cabrera, así como por las presuntas víctimas Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, Francisco Sop Quiej, Dora Marina Martínez Sofoija, Carlos Fernando Coc Chajón, Luis Alberto Hernández Estrada, María Magdalena Rodas Mérida, Luis Rolando Cuscul Pivaral, Rocío Samayoa Bran y Olga Alicia Paz Bailey. En cuanto a la prueba rendida en audiencia pública, la Corte escuchó las declaraciones de las presuntas víctimas Zoila Marina Pérez Ruíz y Félix de Jesús Cabrera Morales, así como el dictamen pericial de Ricardo Boza Cordero²¹. Al respecto, este Tribunal estima pertinente admitir las declaraciones de las presuntas víctimas y los dictámenes periciales, rendidos en la audiencia pública y ante fedatario público, en lo que se ajusten al objeto que fue definido por la Presidencia en la Resolución mediante la cual se ordenó recibirlos y al objeto del presente caso.

VII. HECHOS

34. El presente caso hace referencia a 34 personas que actualmente viven con el Virus de Inmuno-Deficiencia Humana (en adelante también “VIH”) en Guatemala, 15 personas que vivieron con esta condición pero que han fallecido y sus familiares²². Las violaciones alegadas

¹⁸ La prueba documental puede ser presentada, en general y de conformidad con el artículo 57.2 del Reglamento, junto con los escritos de sometimiento del caso, de solicitudes y argumentos o de contestación, según corresponda, y no es admisible la prueba remitida fuera de esas oportunidades procesales, salvo en las excepciones establecidas en el referido artículo 57.2 del Reglamento (a saber, fuerza mayor, impedimento grave) o salvo si se tratara de un hecho superviniente, es decir, ocurrido con posterioridad a los citados momentos procesales. Cfr. *Caso Barbani Duarte y otros Vs. Uruguay. Fondo Reparaciones y Costas*. Sentencia de 13 de octubre de 2011. Serie C No. 234, párr. 22, y *Caso Amrhein y otros vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 138.

¹⁹ Cfr. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Fondo*. Sentencia de 29 de julio de 1988. Serie C No.4, párr. 140, y *Caso Amrhein y otros vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 137.

²⁰ Estos anexos se refieren a lo siguiente: 3) Record fotográfico de las unidades médicas que cuentan con clínicas para la atención de VIH/SIDA; 4) Información sobre la atención que brinda la Asociación Hospicio San José a personas con VIH/SIDA; 7) Copia simple del comunicado de prensa 002 de la Comisión Internacional Contra la Impunidad en Guatemala (CICIG) y artículo periodístico de “elperiódico”, de fecha 14 de febrero de 2018, elaborado por la periodista Cindy Espina; el artículo se titula “El Ministerio de Salud finaliza Convenio Anticorrupción con CICIG”; 10) Acuerdo Gubernativo No. 266 del 22 de septiembre de 2016.

²¹ Los objetos de las declaraciones se encuentran establecidos en la Resolución del Presidente de la Corte de 8 de febrero de 2018 (*supra* nota 8).

²² Ver Anexo I a la presente Sentencia.

por la Comisión en su Informe de Fondo ocurrieron por la falta total de atención médica a dicho grupo de personas previo a los años 2006-2007, por la deficiente atención médica recibida con posterioridad a esos años, y por la falta de protección judicial. En atención a lo anterior, en el presente apartado se expondrán los principales hechos del caso en el siguiente orden: a) situación del VIH/SIDA en Guatemala, b) la individualización de las presuntas víctimas y sus familiares, y c) los recursos y acciones interpuestas por las presuntas víctimas.

A. Situación del VIH/SIDA en Guatemala

A.1. Generalidades sobre el VIH/SIDA

35. El VIH ataca el sistema inmunológico (sistema de defensa) del cuerpo humano, destruyendo específicamente los linfocitos T ó CD4, que son las células de defensa más importantes del sistema inmunológico. El VIH puede actuar por años sin que se presente ningún síntoma, por lo que una persona infectada podría pasar ese tiempo sin saber que lo tiene y aunque parezca y se sienta completamente sana, puede transmitirlo a otras personas. Las mujeres embarazadas pueden transmitir el VIH durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, o después del parto a través de la leche materna. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (en adelante también "SIDA") es la etapa final de la infección por el VIH. Se trata de un cuadro clínico que se presenta entre 7 y 10 años después de que la persona ha sido "portadora sin síntomas" del VIH. Se caracteriza por una debilidad muy fuerte del sistema de defensas del organismo, lo que ocasiona un conjunto de graves enfermedades que pueden causar la muerte. Las infecciones que acompañan al SIDA se denominan "oportunistas", porque los agentes patógenos causantes aprovechan la debilidad del sistema inmunitario²³.

36. Entre las infecciones y enfermedades oportunistas más frecuentes figuran las enfermedades bacterianas, como la tuberculosis; las enfermedades protozoarias, como la neumonía; las enfermedades micóticas, como la candidiasis; las enfermedades víricas, como el herpes; y las neoplasias asociadas al VIH, como el sarcoma de Kaposi, el linfoma y el carcinoma de células escamosas. La transmisión del VIH sucede por medio de la sangre o productos derivados de la sangre contaminada, por relaciones sexuales, de manera vertical (es decir de la madre a sus hijos) y por accidentes laborales o punciones accidentales con instrumentos médicos o por agujas contaminadas. La historia natural de la infección por VIH se divide en cinco etapas: a) fase eclipse (1-2 semanas); b) infección aguda o primaria (2-4 semanas); c) infección crónica o latencia clínica más no virológica ni inmunológica (2-20 años); d) estadio SIDA (1-2 años)²⁴.

37. La terapia antirretroviral (TARV) hace más lenta la reproducción vírica y puede mejorar mucho la calidad de vida, pero no elimina la infección por el VIH. El primer tratamiento de antirretrovirales ofrece la mejor oportunidad para la supresión viral eficaz, la recuperación inmunitaria y el beneficio clínico, pero para que el tratamiento sea exitoso se requiere que los medicamentos sean consumidos según lo prescrito. Una de las características principales del

²³ Cfr. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Comunicar en VIH y SIDA, Manual de capacitación en VIH y SIDA para comunicadores sociales, STATOIL, 1era. Edición, Caracas, 2006, pág. 4; Organización Mundial de la Salud (OMS), Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis, 2015, pág. 3, y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Enfermedades oportunistas relacionadas con el VIH, 1999, pág. 3. Disponible en: http://data.unaids.org/publications/irc-pub05/opportu_es.pdf.

²⁴ Cfr. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Enfermedades oportunistas relacionadas con el VIH, 1999, pág. 2. Disponible en: http://data.unaids.org/publications/irc-pub05/opportu_es.pdf, y peritaje rendido por Ricardo Boza Cordero en la audiencia pública celebrada ante esta Corte e informe escrito sobre dicho peritaje (expediente de fondo, folios 1459 y 1460).

virus del VIH es su diversidad genética, dada su alta replicación, la tendencia a errores en la transcripción reversa y la gran cantidad de personas infectadas. Esta característica produce altas tasas de mutación del virus. De esta forma, los pacientes con el VIH deben tomar estrictamente su tratamiento, pues de lo contrario ocurren mutaciones en el virus haciéndolo resistente a los medicamentos antirretrovirales²⁵.

38. Según la Organización Mundial de la Salud (en adelante también “OMS”), el uso temprano del TARV para personas que viven con el VIH reduce el riesgo de transmitir el virus a las parejas sexuales y a las personas con las que se comparten drogas. De igual forma, se ha establecido que la atención al VIH/SIDA no sólo requiere la atención de las personas portadoras del virus, sino que también es necesario proveerlo a sus parejas aunque no sean portadoras del virus y otras poblaciones clave. En ese sentido, la OMS ha recomendado que las parejas donde una de las partes no es portadora del VIH deberán recibir TARV para reducir el riesgo de transmisión del virus a su pareja. El acceso universal al TARV es una cuestión de salud pública pues es un mecanismo que permite una reducción de la transmisión del virus en la población²⁶.

39. La Corte advierte que los anteriores conceptos se recogen de diferentes fuentes responsables, pero que la ciencia médica avanza continuamente en esta materia, y, por ende, las citas reproducidas aquí para ilustración no obstan ni ponen en duda conocimientos más recientes, ni la Corte toma partida en cuestiones y discusiones técnicas propias de la ciencia médica y biológica.

40. Según datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (en adelante también “ONUSIDA”) en el mundo 76.1 millones de personas contrajeron la infección por el VIH desde 1981, 35 millones de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA desde comienzo de la epidemia, 36.7 millones de personas vivían con el VIH en 2016, 20.9 millones de personas tenían acceso a terapia antirretroviral en junio de 2017, 1.8 millones de personas contrajeron la infección del VIH en 2016, y 1 millón de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA en 2016. En Guatemala, ONUSIDA estimó que existían 46,000 personas viviendo con el VIH en 2016, de los cuales el 36% tuvo acceso a terapia antirretroviral. Entre las mujeres embarazadas, 19% tuvo acceso a tratamiento o profilaxis para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos. Según cifras de la Organización Panamericana de la Salud (en adelante también “OPS”) del año 2013, la epidemia del VIH se calificó como concentrada en Guatemala, ya que reportaba una prevalencia en la población general menor al 1% y se estima que cada año se suman 7,557 casos nuevos, lo que colocó al país como el de mayor número de personas viviendo con el VIH en Centroamérica²⁷.

²⁵ Cfr. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Orientaciones terminológicas del ONUSIDA (expediente de prueba, folio 8456); World Health Organization, Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach (expediente de prueba, folios 14346 y 14461), y peritaje rendido por Ricardo Boza Cordero en la audiencia pública celebrada ante esta Corte e informe escrito sobre dicho peritaje (expediente de fondo, folios 1458 y 1467).

²⁶ La Organización Mundial de la Salud ha mencionado como poblaciones claves a las siguientes: trabajadores y trabajadoras sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas transgénero y personas que se inyectan drogas. Cfr. World Health Organization, Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples, 2012, págs. 5 y 31.

²⁷ Cfr. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Hoja informativa – Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA. Estadísticas mundiales sobre el VIH de 2017. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>; Organización Panamericana de la Salud, Informe de Labores 2012-2013 (expediente de prueba, folio 9581); Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Orientaciones terminológicas del ONUSIDA (expediente de prueba, folio 8460), y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Guatemala. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/guatemala>.

A.2. Normativa adoptada para el tratamiento del VIH/SIDA en Guatemala

41. El marco jurídico guatemalteco contiene diversas disposiciones relativas a la protección del derecho a la salud y a las obligaciones del Estado relacionadas con la atención a personas que viven con el VIH/SIDA. La Constitución Política de la República de Guatemala de 1985 (de aquí en adelante “Constitución de Guatemala”) señala en su artículo 93 que “[e]l goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna”²⁸. En relación con la obligación del Estado en materia de salud y asistencia social, el artículo 94 del mismo instrumento señala que “el Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes”, y que “[d]esarrollará, 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”. Asimismo, el artículo 95 reconoce que “[l]a salud de los habitantes de la Nación es un bien público”, y que “[t]odas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento”.

42. En lo que respecta a la seguridad social, la Constitución de Guatemala señala en su artículo 100 que “[e]l Estado reconoce y garantiza el derecho a la seguridad social para beneficio de los habitantes de la Nación”, y que “[s]u régimen se instituye como función pública, en forma nacional, unitaria y obligatoria”. Asimismo, dicho artículo constitucional prevé que “[l]a aplicación del régimen de seguridad social corresponde al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que es una entidad autónoma con personalidad jurídica, patrimonio y funciones propias”. En virtud de la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, de fecha 30 de octubre de 1946, se creó el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (de aquí en adelante “IGSS”), como una institución autónoma cuya finalidad es “aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio de Seguridad, de conformidad con el sistema de protección mínima”.

43. El 2 de octubre de 1997 se publicó el Código de Salud de Guatemala (en adelante también “Código de Salud”), el cual señala, en su artículo 4, que el Estado, “desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en coordinación con las instituciones estatales, entidades descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social”. Con esta finalidad, el mismo artículo señala que “el Estado, a través del Ministerio de Salud Pública y demás instituciones públicas, velará porque se garantice la prestación del servicio de salud a toda persona guatemalteca, en forma gratuita”. En relación con la asignación de recursos y con el acceso a servicios, los artículos 21 y 55 del Código de Salud señalan lo siguiente:

ARTICULO 21. ASIGNACION DE RECURSOS. El Estado asignará los recursos necesarios para el financiamiento público de la prestación de servicios de salud, para atender a la población en general y, en forma prioritaria y obligatoria, a la de mayor postergación en su desarrollo social y económico.

ARTICULO 55. ACCESO A SERVICIOS. Los establecimientos públicos y privados del Sector, deben proporcionar a los enfermos portadores de enfermedades transmisibles y de sus contactos, acceso al diagnóstico etiológico y a la atención de salud, en condiciones en que se respete su integridad personal y la confidencialidad del caso, sin detrimento de lo indicado en el Artículo 54.

²⁸

Cfr. Constitución Política de la República de Guatemala de 1985 (expediente de prueba, folio 9738).

44. En lo que respecta al tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y el SIDA, el artículo 62 del Código de Salud establece que el Ministerio de Salud es responsable de formular, evaluar y supervisar acciones dirigidas al control de las enfermedades de transmisión sexual. El mismo artículo prevé que “[d]ada la magnitud, trascendencia y otras características epidemiológicas de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (VIH/SIDA) el Ministerio de Salud apoyará el desarrollo específico de programas de educación, detección, prevención y control de ETS, VIH/SIDA, con la participación de diversos sectores”²⁹. En el mismo sentido, el 2 de junio de 2000 el Congreso aprobó el Decreto No. 27-2000, denominado “Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana “VIH” y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida “SIDA” y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos, ante el VIH/SIDA” (en adelante, también “Ley General para el combate al VIH/SIDA”) ³⁰.

45. La Ley General para el combate al VIH/SIDA reconoce la infección del VIH/SIDA como un problema social de urgencia nacional. Dicha 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 transmisión sexual (en adelante también “ITS”), del VIH y del SIDA, así como garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas infecciones. En ese sentido, el artículo 35 prevé que toda persona diagnosticada con VIH/SIDA deberá recibir atención integral de inmediato y en igualdad de condiciones con otras personas respetando su voluntad, dignidad, individualidad y confidencialidad; y, que ningún trabajador de la salud podrá negarse a prestar la atención que requiera una persona que vive con el VIH/SIDA, debiendo tomar las medidas de bioseguridad recomendadas. En relación con la prestación de servicios de salud, el artículo 48 de la Ley General para el combate al VIH/SIDA prevé lo siguiente:

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

46. El 6 de septiembre de 2002 el Presidente de Guatemala adoptó el “Reglamento de la Ley General Para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida -VIH- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA- y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA” (en adelante también “Reglamento de la Ley General para el combate al VIH/SIDA”), el cual reitera que el VIH/SIDA es un problema de urgencia nacional, y que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (en adelante también “Ministerio de Salud Pública”) deberá asegurar que todas sus unidades de salud cuenten con equipo básico y los insumos necesarios que permitan una atención integral de calidad, y que en ningún caso la falta de equipo o insumos puede ser utilizada como excusa para no

²⁹ Cfr. Decreto 90-97 de 2 de octubre de 1997, Código de Salud de Guatemala, artículos 1, 2, 4, 21, 55 y 62 (expediente de prueba, folios 9850, 9851, 9856, 9864 y 9865).

³⁰ Cfr. Decreto 27-2000 de 2 de junio de 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 (expediente de prueba, folios 9914-9928).

proporcionar atención a una persona con VIH/SIDA³¹. En relación con el acceso a medicamentos, el artículo 32 del mencionado reglamento prevé lo siguiente:

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

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.

47. En relación con la asignación de fondos, el artículo 35 del Reglamento de la Ley General para el combate al VIH/SIDA establece que el Ministerio de Salud Pública 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. Asimismo prevé que 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/SIDA³².

48. El Estado ha adoptado otras normas en relación con la atención a personas que viven con el VIH. Estas normas incluyen 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 ITS/VIH/SIDA (en adelante también "PNPC"), y la emisión del Acuerdo Ministerial No. 871-2012, de 26 de septiembre de 2012, a través del cual se aprobó el marco de cooperación entre los países para el abastecimiento y acceso de antirretrovirales que utilice el PNPC³³.

A.3. Otras medidas adoptadas para el tratamiento del VIH/SIDA en Guatemala

³¹ Cfr. Acuerdo Gubernativo No. 317-2002 de 6 de septiembre de 2002, Reglamento de la Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida -VIH- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA- y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA, artículo 31 (expediente de prueba, folio 9938).

³² Cfr. Acuerdo Gubernativo No. 317-2002 de 6 de septiembre de 2002, Reglamento de la Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida -VIH- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA- y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA, artículos 2, 31, 32 y 35 (expediente de prueba, folios 9931, 9938 y 9939).

³³ Cfr. Oficio M12-OEA-F.9.2.1 No. 1330-2012 de 26 de noviembre del 2012, suscrito por el embajador representante permanente ante la Organización de los Estados Americanos, Rodrigo Viemann, dirigido al Secretario Ejecutivo de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Emilio Álvarez Icaza (expediente de fondo, folio 210).

49. El Estado ha adoptado medidas de política pública encaminadas a prevenir y atender la epidemia del VIH/SIDA a partir del año 1985, tras la identificación de los primeros casos de infección. En el año 1996 se elaboró el primer Plan Estratégico Nacional de respuesta al VIH. En el año 1999, a instancias del Ministerio de Salud Pública, y en colaboración estrecha con la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA, se elaboró el Plan Estratégico Nacional ITS, VIH, SIDA para el periodo 1999-2003. En el año 2000 la Ley General para el combate al VIH/SIDA determinó la creación del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. En el año 2002 se publicó la Política de Desarrollo Social y Población, la cual estableció como meta la "reducción en un 20% de las infecciones de transmisión sexual y el VIH y sida, en el largo plazo"³⁴.

50. En el año 2005, el Presidente de la República, mediante Acuerdo Gubernativo No. 638-2005, aprobó la Política Pública respecto de la Prevención de las Infecciones de Trasmisión Sexual -ITS- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA-. Ese mismo año, el PNPC publicó la Guía de Tratamiento Antirretroviral y de Infecciones Oportunistas de Guatemala, y el Ministerio de Salud Pública publicó el Manual de Orientación en ITS/VIH/SIDA. En marzo del año 2006 se adoptó un nuevo Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y SIDA para el periodo 2006-2010. En el año 2007, se lanzó la Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación para cambio de comportamiento -IEC/cc para la prevención de ITS, VIH y SIDA en Guatemala. Ese mismo año, el Ministerio de Salud Pública, en conjunto con el PNCP, publicó el Manual para el abordaje integral de las infecciones de transmisión sexual con énfasis en el manejo sindrómico y en el 2008 publicó la Guía para la orientación sobre alimentación de bebés de mamás que viven con el VIH³⁵.

51. En el año 2011 se adoptó el Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y SIDA para el periodo 2011-2015 y se publicó la Guía de atención nutricional en personas con VIH. En el año 2012, el PNCP, en conjunto con el Programa Nacional de Salud Reproductiva, publicó el Manual para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres que viven con VIH y VIH avanzado (SIDA), así como la Guía para facilitadores/as, con abordaje de género e interculturalidad: compartiendo saberes para la prevención de ITS, con énfasis en VIH, sífilis y hepatitis B. También, en el año 2013, el Ministerio de Salud Pública adoptó el Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión

³⁴ Cfr. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA- (expediente de prueba, folio 8750); Decreto 27-2000 de 2 de junio de 2000, Ley General Para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana "VIH" y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida "SIDA" y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos, ante el VIH/SIDA, artículo 4 (expediente de prueba, folio 9915), y la Política de Desarrollo Social y población estableció como meta la "reducción en un 20% de las infecciones de transmisión sexual y el VIH y sida, en el largo plazo" [...] enfatizando que, "[era] importante fortalecer la atención integral del ITS, VIH y sida, e informar y educar a la población para su prevención" (expediente de prueba, folio 9132).

³⁵ Cfr. Acuerdo Gubernativo No. 638-2005 de 30 de noviembre de 2005, mediante el cual se aprobó la Política Pública respecto de la Prevención a las Infecciones de Transmisión Sexual -ITS- y a la Respuesta a la Epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA- (expediente de prueba, folio 9942-9944); Política Pública respecto de la Prevención a las Infecciones de Transmisión Sexual -ITS- y a la Respuesta a la Epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA- (expediente de prueba, folios 10064-10094); Guía de Tratamiento Antirretroviral y de Infecciones Oportunistas de Guatemala, 2005 (expediente de prueba, folio 9946-10049); Manual de Orientación en ITS/VIH/SIDA, 2005 (expediente de prueba, folio 16171-16229); Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA- (expediente de prueba, folios 8739-8797); Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación para cambio de comportamiento -IEC/cc- para la prevención de ITS, VIH y SIDA en Guatemala, 2007 (expediente de prueba, folio 15134-15457); Manual para abordaje integral de las infecciones de transmisión sexual con énfasis en el manejo sindrómico, 2007 (expediente de prueba, folio 16092-16169), y Guía para la orientación sobre alimentación de bebés de mamás con VIH, 2008 (expediente de prueba, folio 15682-15749).

Materno Infantil del VIH y Sífilis Congénita para el periodo 2013-2016 y publicó la guía de tratamiento antirretroviral y de infecciones oportunistas en Guatemala³⁶.

52. En el año 2014 se adoptó el Plan Nacional de Salud, Dignidad y Prevención Positivas para el periodo 2015-2019. En junio del 2016 se aprobó el Convenio de Cooperación Interinstitucional "Prevenir con Educación", entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud Pública³⁷. Según información remitida por los representantes, en la actualidad se discute un nuevo plan estratégico nacional correspondiente a los años 2016-2020.

53. Adicionalmente, diversos organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil han proporcionado ayuda económica o tratamiento a personas con VIH/SIDA en Guatemala. La "United States Agency for International Development" (en adelante también "USAID"), a través del proyecto de acción SIDA de Centroamérica –PASCA-, ONUSIDA, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (en adelante también "UNICEF") y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (en adelante también "PNUD"), han proporcionado ayuda internacional para responder a la epidemia de VIH/SIDA en el país. De igual forma, a través del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (en adelante también "FMSIDA") se comprometieron, en el año 2003 un total de \$40.921,917 de dólares por un periodo de cinco años³⁸. Las acciones estatales de protección a personas con VIH/SIDA se han visto complementadas por el trabajo de organizaciones no gubernamentales³⁹.

54. En lo que respecta a la atención, el Ministerio de Salud comenzó a proveer medicamentos antirretrovirales en 1999. Según información remitida al Tribunal, para los años 2007 y 2008, contando los fondos del FMSIDA, la cobertura de tratamiento antirretroviral en Guatemala fue del 43%. Para el año 2013, la Secretaría de Planificación de la Presidencia de la República de Guatemala (en adelante "Segeplan") señaló que aproximadamente el 50% de la población (adultos y niños) estimada con VIH recibió tratamiento antirretroviral. En ese sentido, el Ministerio de Salud ha resaltado la necesidad de reposicionar políticamente el objetivo de acceso universal y cubrir a un porcentaje mayor de las personas que necesitan tratamiento antirretroviral en Guatemala⁴⁰.

³⁶ Cfr. Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y SIDA para el periodo 2011-2015 (expediente de prueba, folio 14982-15079); Guía de atención nutricional en personas con VIH, 2011 (expediente de prueba, folios 13961-14072); Manual para la atención de la Salud Sexual y Reproductiva de mujeres que viven con VIH y VIH avanzado (SIDA), 2012 (expediente de prueba, folio 14120-14161); Guía para facilitadores/as con abordaje de género e interculturalidad, Compartiendo Saberes para la prevención del ITS, con énfasis en VIH, sífilis y hepatitis B, 2013 (expediente de prueba, folio 15776-15844); Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y Sífilis Congénita 2013-2016 (expediente de prueba, folios 14936-14974), y Guía de Tratamiento Antirretroviral y de Infecciones Oportunistas en Guatemala, 2013 (expediente de prueba, folios 14074-14118).

³⁷ Cfr. Plan Nacional de Salud, Dignidad y Prevención Positivas 2015-2019, 2014 (expediente de prueba, folios 15081-15132), y Convenio de cooperación interinstitucional "prevenir con educación", entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de junio 2016 (expediente de prueba, folios 14173-14183).

³⁸ Cfr. Política Pública respecto de la Prevención a las Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- y a la Respuesta a la Epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA- (expediente de prueba, folios 10069 y 10070).

³⁹ Cfr. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS-, Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA- (expediente de prueba, folios 8750, 8753 y 8757).

⁴⁰ Cfr. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS-, Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA- (expediente de prueba, folio 8750); Dra. Laura León Noriega, Diagnóstico de Situación y Respuesta al VIH-SIDA. Análisis y Conclusiones, Guatemala, enero 2008 (expediente de prueba, folio 9050); Secretaría de Planificación de la Presidencia de la República de Guatemala, Informe de Avances 2013. Política de Desarrollo Social y Población (expediente de prueba,

B. Las presuntas víctimas y sus familiares

55. La Corte recuerda que el presente caso se refiere a 49 presuntas víctimas que viven con el VIH en Guatemala y sus familiares, las cuales están divididas en tres grupos⁴¹: aquellas que ya fallecieron, aquellas que siguen con vida y sus familiares. Debido a la importancia que tiene la evaluación de las circunstancias específicas de cada una de las 49 presuntas víctimas para el análisis del tratamiento médico otorgado por el Estado con posterioridad al año 2004, el Anexo 3 de la presente Sentencia contiene una relación de los hechos probados respecto a cada una de ellas y de sus familiares. Al respecto, el Tribunal advierte que debido al número de presuntas víctimas, el paso del tiempo desde que fueron diagnosticadas con VIH, lo remoto de la residencia de algunas de ellas, a su condición socioeconómica, a la falta de historias clínicas de todas ellas, y a que el Estado no controvertió los hechos presentados por la Comisión y por los representantes, el Tribunal consideró pertinente otorgar un mayor peso probatorio a los testimonios de las presuntas víctimas y a la información sometida por los doctores que les han acompañado a lo largo de su enfermedad y del trámite ante la Comisión y la Corte. De esta forma, la Corte ha tenido por aceptados los hechos que no fueron expresamente negados por el Estado, mientras lo contrario no ha aparecido en el expediente, y de ser así, ha expuesto el relato de los hechos que es consistente con la prueba que fue aportada por la Comisión, los representantes y el Estado, haciendo la citación correspondiente⁴².

C. Recursos y acciones interpuestas por las presuntas víctimas

C.1. Cartas dirigidas al Presidente y otras autoridades

56. El 23 de noviembre de 2001, la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA (en adelante también "ACSLCS") envió una carta al Ministro de Salud 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 plazo⁴³. El 27 de mayo de 2002, la ACSLCS, y otras organizaciones que representan a las personas que viven con VIH/SIDA en Guatemala, enviaron una carta al entonces Presidente de la República⁴⁴. En esa carta indicaron que el Estado sólo da tratamiento antirretroviral, con medicamento de marca, a 27 personas, cuando de utilizar medicamentos genéricos se podrían atender a 300 personas, lo cual vulnera el artículo 4 de

folios 9133 y 9189), e Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Lucha Contra el VIH y SIDA, 2004 (expediente de prueba, folio 8827).

⁴¹ Ver cuadro anexo 1 a la presente Sentencia.

⁴² Cfr. *Caso Miembros de la Aldea Chichupac y comunidades vecinas del Municipio de Rabinal Vs. Guatemala. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 328, párr. 75. La Corte calificó de buena fe la información remitida por la Comisión y las representantes respecto a las presuntas víctimas que ya han fallecido. El Tribunal también calificó el hecho de que el Estado no negó expresamente que dichas personas hubieran fallecido, ni aportó pruebas al respecto. En este sentido, el 8 de agosto de 2018, el Tribunal requirió al Estado, como prueba para mejor resolver, que remitiera la información y/o documentación relacionada con los certificados de defunción de 1) Alberto Quiché Cuxeva, 2) Facundo Gómez Reyes, 3) Juana Aguilar, 4) Marvin Josué Lucas González, 5) Rita Mariana Dubón Orozco, 6) Roberto Gómez García, 7) José Rubén Delgado López, 8) Petrona López, y 9) Reina López Mujica. El Estado, mediante escrito de 21 de agosto de 2018, expresó que no tenía la posibilidad de remitir la prueba solicitada por el Tribunal. En consecuencia, la Corte tuvo por probado que dichas presuntas víctimas ya han fallecido.

⁴³ Cfr. Carta de la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA de 23 de noviembre de 2001 (expediente de prueba, folio 8).

⁴⁴ Cfr. Comunicación del Procurador de los Derechos Humanos de 10 junio de 2002 (expediente de prueba, folios 10 y 11).

la Constitución. El 10 de junio de 2002, el Procurador de los Derechos Humanos (en adelante también “el Procurador”) envió una comunicación al entonces Presidente de la República en la que expuso su apoyo incondicional a la carta de 27 de mayo de 2002. Indicó que las personas que reciben tratamiento antirretroviral por parte de un organismo internacional es por sólo tres años, y para un número limitado de personas. También sostuvo que, según estimaciones, cuatro mil personas necesitan dicho tratamiento.⁴⁵ Ninguna de las dos cartas tuvieron respuesta⁴⁶.

C.2. Recurso de amparo ante la Corte de Constitucionalidad

57. Debido a la falta de respuesta por parte del Presidente y del Ministerio de Salud a las cartas antes referidas, el 26 de julio de 2002 veintidós personas, incluyendo a trece de las presuntas víctimas⁴⁷, y organizaciones de la sociedad civil, presentaron un recurso ante la Corte de Constitucionalidad. Mediante ese recurso reclamaron lo siguiente:

la conducta negativa y omisa del Presidente a la carta fechada de veintisiete de mayo del año en curso, en donde clara y contundentemente se le pedía su inmediata intervención para cumplimiento del deber constitucional del Estado de Guatemala, abstención a lo ordenado en la carta magna que equivale al incumplimiento a un mandato constitucional propiamente dicho, hace que el acto reclamado además de legítimo debe conllevar el obligar a la autoridad responsable a que actúe respetando la garantía constitucional omitida a través de la concesión del amparo provisional y luego de agotadas las instancias respectivas el amparo definitivo⁴⁸.

58. Los accionantes argumentaron que con dicha negativa u omisión por parte del Presidente se vulneró el derecho a la protección de la persona, el derecho a la vida, el derecho de petición, los derechos inherentes a la persona humana, y el derecho a la salud. Asimismo, alegaron que las violaciones a dichos derechos devienen de que el Estado no les prestaba ningún tipo de asistencia social que contrarreste la gravedad de su condición como personas que viven con el VIH/SIDA; que en Guatemala existen por lo menos 4,000 personas diagnosticadas con SIDA que necesitan urgentemente tratamiento, lo cual permitiría no sólo la supervivencia de las personas, sino también un beneficio en su calidad de vida; que desde el año 1996 se dispone de la denominada “terapia antirretroviral de gran actividad (Targa), la cual consiste en la combinación de al menos tres drogas antirretrovirales, las cuales deben ser tomadas durante toda la vida de las personas con VIH/SIDA”; y, que el uso de antirretrovirales genéricos podría multiplicar la cobertura del tratamiento médico de personas que viven con el VIH/SIDA en Guatemala⁴⁹.

59. En consecuencia, solicitaron a la Corte de Constitucionalidad que resolviera con toda prontitud la acción de amparo, que declarara que el Estado tenía la obligación de garantizar

⁴⁵ Cfr. Comunicación del Procurador de los Derechos Humanos de 10 de junio de 2002 (expediente de prueba, folios 10 y 11).

⁴⁶ Cfr. Petición inicial presentada por el Centro por la Justicia y el Derecho Internacional ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 25 de agosto de 2003 (expediente de prueba, folio 469).

⁴⁷ La acción fue presentada, inter alia, por las siguientes presuntas víctimas del caso: Luis Rolando Cuscul Pivaral, Luis Armando Linares Ruano, Facundo Gómez Reyes, Marta Alicia Maldonado Paz, Miguel Lucas Vaíl, Ingrid Barillas Martínez, Jorge Armando Tavares Barreno, Melvin Yovani Ajtun, Mardo Luis Hernández y Hernández, Alberto Quiché Cuxeve, Teresa Magdalena Ramírez Castro, Rita Dubón Orozco y Dora Marina Martínez Sofoifa. Cfr. Acción de amparo presentada ante la Corte de Constitucionalidad el 26 de julio de 2002 (expediente de prueba, folio 13).

⁴⁸ Acción de amparo presentada ante la Corte de Constitucionalidad el 26 de julio de 2002 (expediente de prueba, folio 29).

⁴⁹ Cfr. Acción de amparo presentada ante la Corte de Constitucionalidad el 26 de julio de 2002 (expediente de prueba, folios 20-24).

la vida de las presuntas víctimas a través de una política de compra, distribución indiscriminada, sistemática y diaria de los tratamientos antirretrovirales, preferentemente genéricos de calidad disponibles ya en el mercado, y el restablecimiento de la situación jurídica de los interponentes, ordenándose su inmediato acceso a la salud y a la vida por medio de la inmediata atención de políticas de emergencia⁵⁰. En respuesta a la demanda, el 1 de agosto de 2002, el entonces Presidente de la República, presentó un escrito ante la Corte de Constitucionalidad. Indicó que en el 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” y solicitó que se declarara sin lugar la acción constitucional de amparo y se condenara al pago de costas judiciales a los interponentes⁵¹.

60. El 10 de octubre de 2002, la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud (en adelante también “DGRVC”), envió una comunicación a la Corte de Constitucionalidad en donde informó que, el 20 de agosto de 2002, el Presidente de la República tuvo una reunión con el Ministro de Salud y la Presidenta de la ACSLCS, en la cual autorizó una partida extraordinaria de 500,000.00 quetzales “para llenar los requerimientos de las personas con VIH/SIDA”. La DGRVC informó que esta partida fue trasladada por el Ministerio de Finanzas al Ministerio de Salud con fecha 2 de septiembre de 2002, para la atención de 80 adultos y 80 niños⁵². Al respecto, el 29 de octubre de 2002, los demandantes expusieron, como alegatos de audiencia, que es cierto que existe voluntad del Presidente de Guatemala para atender los requerimientos realizados en la demanda inicial, en virtud de que se destinaron 500,000.00 quetzales para la atención de personas con VIH/SIDA. Sin embargo, sostuvieron que “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”, por lo cual el Estado no cumplió con su deber constitucional de atender a todas las personas que viven con ese diagnóstico, pues únicamente se proporciona atención a 27 de ellas⁵³.

61. En ese mismo sentido, los accionantes señalaron que el Estado aceptó que no está en la disponibilidad de brindar tratamiento con antirretrovirales a las aproximadamente cuatro mil personas que viven con el virus del VIH o que desarrollen el SIDA, ya que dichos tratamientos cuestan alrededor de ocho mil y diez mil quetzales (entre Q. 8,000.00 y Q. 10,000.00) mensuales, sin contar con los gastos que ocasionan las enfermedades recurrentes, lo que daría como consecuencia que se gastaran alrededor de cuatrocientos ochenta millones de quetzales (Q. 480,000.000.00) anuales en darle tratamiento a estas personas. También solicitaron a la Corte de Constitucionalidad el dictado de un auto para mejor fallar con el fin de comprobar el vínculo existente entre la violación a los derechos humanos reclamados y los peticionarios de amparo, pues todos ellos se encuentran afectados por la carente atención

⁵⁰ Cfr. Acción de amparo presentada ante la Corte de Constitucionalidad el 26 de julio de 2002 (expediente de prueba, folios 39 y 41).

⁵¹ Cfr. Escrito de Alfonso Portillo presentado ante la Corte de Constitucionalidad el 1 de agosto de 2002 (expediente de prueba, folios 44-47).

⁵² La DGRVC informó lo siguiente: 1) se determinó que se atenderán 80 adultos y 80 niños; 2) se hicieron los términos de referencia para la compra de los medicamentos antirretrovirales los cuales tienen que sufrir un proceso de cotización; 3) se depositó los quinientos mil quetzales en el PNUD para agilizar y transparentar el proceso de compra; 4) se está haciendo la contratación de recursos humanos que tendrá la atención para esas personas. Cfr. Escrito de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud de 10 de octubre de 2002 (expediente de prueba, folio 57).

⁵³ Cfr. Escrito de expresión de alegatos de audiencia de los demandantes, de 29 de octubre de 2002 (expediente de prueba, folios 60 y 61).

médica y la falta de tratamiento antirretroviral al ser personas que viven con VIH/SIDA. Finalmente, solicitaron a la Corte de Constitucionalidad que declarara con lugar la acción de amparo y ordenara al Estado dictar políticas públicas que garanticen el derecho difuso de la vida a las personas que viven con VIH/SIDA y la distribución de medicamentos antirretrovirales sin discriminación alguna, en los centros hospitalarios y de salud del país⁵⁴.

62. La Corte de Constitucionalidad, mediante resolución de 29 de enero de 2003, consideró que los accionantes aceptaron que el Presidente Constitucional de la República de Guatemala, en reunión de 20 de agosto de 2002, atendió a los representantes de los accionantes en donde ordenó la inmediata transferencia de una partida extraordinaria de quinientos mil quetzales (Q. 500,000.00) para atender el tratamiento de las personas con VIH/SIDA necesitadas, por lo menos para el último trimestre del año, en tanto se tomaba una política seria y comprometida del Estado con respecto a la situación futura de los presentados y que dicha transferencia efectivamente fue trasladada por el Ministerio de Finanzas Públicas al Ministerio de Salud Pública el 2 de septiembre de 2002. En virtud de ello, argumentó que el agravio que le reclamaron cesó, por lo que la acción intentada quedó sin materia sobre la cual resolver, lo que hizo que la declarara simplemente improcedente⁵⁵.

VIII. FONDO

63. La Corte recuerda que el presente caso se refiere a 49 personas que viven o vivieron con el VIH en Guatemala y sus familiares. De estas personas, 15 ya fallecieron, 34 siguen con vida, y algunos de sus familiares fueron considerados como presuntas víctimas por la Comisión en su Informe de Fondo. Es un hecho probado que las 49 presuntas víctimas fueron diagnosticadas con el VIH al menos entre los años 1992 y 2004, y que la mayoría de ellas no recibió atención médica estatal previo al año 2004. Asimismo, ha quedado demostrado que algunas de ellas tenían una o varias de las siguientes condiciones: contrajeron enfermedades oportunistas y en algunos casos fallecieron por causa de estas enfermedades, eran personas de escasos recursos, eran madres o padres que eran el sustento económico y/o moral de sus familias, contaban con baja escolaridad, los efectos de su condición como personas que viven con el VIH no les permitió realizar la misma actividad previa a su contagio, vivían en zonas alejadas de las clínicas donde debían recibir atención médica, y eran mujeres embarazadas. En consideración a esto, el Tribunal analizará y resolverá el fondo de la controversia.

64. En consecuencia, la Corte procederá a analizar si el Estado es responsable i) por la violación al derecho a la salud derivado de la atención médica –o la falta de ella– brindada por el Estado a las 49 presuntas víctimas como personas que viven con el VIH, así como ii) si violó el principio de progresividad por las alegadas medidas regresivas que el Estado habría adoptado en detrimento de la plena efectividad del derecho a la salud en Guatemala. Asimismo, la Corte evaluará si el Estado iii) violó los derechos a la integridad personal y a la vida de las 49 presuntas víctimas; y iv) si violó el derecho a las garantías judiciales y a la protección judicial efectiva debido a un fallo de la Corte de Constitucionalidad en perjuicio de 13 presuntas víctimas. Finalmente, v) el Tribunal determinará si el Estado violó el derecho a la integridad personal de los familiares de las presuntas víctimas como resultado de los sufrimientos que pudo producir la atención médica recibida por sus familiares.

⁵⁴ Cfr. Escrito de expresión de alegatos de audiencia de los demandantes de 29 de octubre de 2002 (expediente de prueba, folios 61-66).

⁵⁵ Cfr. Resolución de la Corte de Constitucionalidad de 29 de enero de 2003 (expediente de prueba, folio 82).

VIII-1

DERECHO A LA SALUD, A LA INTEGRIDAD PERSONAL Y A LA VIDA EN RELACIÓN CON LAS OBLIGACIONES DE RESPETAR Y GARANTIZAR LOS DERECHOS (ARTÍCULOS 26⁵⁶, 4⁵⁷, 5⁵⁸ Y 1.1⁵⁹ DE LA CONVENCIÓN AMERICANA)

A. Alegatos de la Comisión y de las partes

65. La **Comisión** realizó su análisis de fondo en dos momentos distintos: en un primer momento, respecto a la situación previa a los años 2006 y 2007, en donde alegó que el Estado no prestó ningún tipo de atención médica a las presuntas víctimas, no efectuó los exámenes requeridos, ni entregó medicamentos antirretrovirales, lo cual tuvo un grave impacto en su situación de salud y, en consecuencia, derivó en la afectación a su derecho a la vida, en algunos casos en sus dos dimensiones (artículo 4.1 en relación con el artículo 1.1), y a la integridad personal (artículo 5.1 en relación con el artículo 1.1). Al respecto, la Comisión alegó la responsabilidad del Estado por la violación al derecho a la vida (artículo 4.1 en relación con el artículo 1.1), pues algunas presuntas víctimas habrían fallecido debido a enfermedades oportunistas como consecuencia de la falta de atención integral al VIH que padecían, y la responsabilidad por la violación al derecho a la integridad personal (artículo 5.1 en relación con el artículo 1.1), por los sufrimientos que vivieron las presuntas víctimas.

66. En un segundo momento, la Comisión analizó la situación posterior a los años 2006 y 2007, concluyendo que si bien el Estado implementó algún tratamiento en el sector público para personas que viven con el VIH, dicha atención no habría logrado

⁵⁶ El artículo 26 de la Convención establece: "Desarrollo Progresivo. Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados".

⁵⁷ El artículo 4 de la Convención establece: "Derecho a la Vida. 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. 2. En los países que no han abolido la pena de muerte, ésta sólo podrá imponerse por los delitos más graves, en cumplimiento de sentencia ejecutoriada de tribunal competente y de conformidad con una ley que establezca tal pena, dictada con anterioridad a la comisión del delito. Tampoco se extenderá su aplicación a delitos a los cuales no se la aplique actualmente. 3. No se restablecerá la pena de muerte en los Estados que la han abolido. 4. En ningún caso se puede aplicar la pena de muerte por delitos políticos ni comunes conexos con los políticos. 5. No se impondrá la pena de muerte a personas que, en el momento de la comisión del delito, tuvieren menos de dieciocho años de edad o más de setenta, ni se le aplicará a las mujeres en estado de gravidez. 6. Toda persona condenada a muerte tiene derecho a solicitar la amnistía, el indulto o la conmutación de la pena, los cuales podrán ser concedidos en todos los casos. No se puede aplicar la pena de muerte mientras la solicitud esté pendiente de decisión ante autoridad competente".

⁵⁸ El artículo 5 de la Convención establece: "Derecho a la Integridad Personal. 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral. 2. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano. 3. La pena no puede trascender de la persona del delincuente. 4. Los procesados deben estar separados de los condenados, salvo en circunstancias excepcionales, y serán sometidos a un tratamiento adecuado a su condición de personas no condenadas. 5. Cuando los menores puedan ser procesados, deben ser separados de los adultos y llevados ante tribunales especializados, con la mayor celeridad posible, para su tratamiento. 6. Las penas privativas de la libertad tendrán como finalidad esencial la reforma y la readaptación social de los condenados".

⁵⁹ El artículo 1.1 de la Convención establece: "[l]os Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social".

satisfacer los estándares mínimos para ser considerada integral y adecuada, lo cual implicó periodos de desabastecimiento de medicamentos, falta de exámenes de carga viral CD4, problemas de accesibilidad por la poca cantidad de centros públicos que prestaran el servicio, desabastecimiento de los implementos necesarios para la realización de exámenes, falta de estudios de genotipaje, falta de diagnóstico oportuno, y falta de apoyo psicológico, continuando así la violación a los derechos a la vida (artículo 4.1 en relación con el artículo 1.1) y a la integridad personal (artículo 5.1 en relación con el artículo 1.1) en perjuicio de las presuntas víctimas sobrevivientes. Adicionalmente, la Comisión tomó en cuenta que el Estado no dispuso medidas diferenciadas de tratamiento para las mujeres en edad reproductiva, ni adoptó las medidas necesarias para eliminar las barreras propias de la situación de pobreza y pobreza extrema de las presuntas víctimas, ni de la población indígena o con orientación sexual diversa.

67. En relación con el artículo 26, la Comisión consideró que las alegadas violaciones a los derechos humanos en el presente caso deben analizarse en el marco de la evolución que ha habido en las sentencias de Acevedo Buendía y otros, Lagos del Campo y Trabajadores Cesados de Petroperú y otros, lo que implicaría analizar el derecho a la salud en el marco del artículo 26.

68. Los **representantes** consideraron que el análisis de las alegadas violaciones del presente caso debe realizarse de manera conjunta, dada la interdependencia e indivisibilidad de los derechos en juego, así como en consideración a la particular situación de vulnerabilidad en la que se encontraban las presuntas víctimas. En ese sentido, sostuvieron que la Corte deberá considerar el derecho a la salud como un derecho autónomo, lo que le permitirá definir las medidas que debe adoptar el Estado para garantizar el desarrollo progresivo de dicho derecho. Los representantes sostuvieron que el reconocimiento de las obligaciones del Estado en relación con el derecho a la salud tiene como punto de partida lo ya reconocido a la luz de las obligaciones en materia de derecho a la vida y a la integridad personal. Asimismo, reiteraron que en el análisis de las violaciones del presente caso la Corte debe considerar la existencia de obligaciones reforzadas de respeto y garantía a partir de la existencia de una situación de discriminación estructural e interseccional de las presuntas víctimas, que surge por su condición de personas que viven con el VIH, en situación de pobreza y pobreza extrema, género y otros factores.

69. En relación con lo anterior, los representantes alegaron que el Estado vulneró los derechos a la vida, vida digna, integridad y salud (Artículos 4, 5 y 26 en relación con los artículos 1.1 y 2 de dicho instrumento) al no haber adoptado medidas positivas y concretas para proporcionar atención médica integral, accesible, aceptable y de calidad a las víctimas, teniendo en cuenta que conocía de su condición como personas que viven con el VIH. En relación con el derecho a la vida, alegaron que el Estado es responsable por el fallecimiento de 13 personas debido a la falta de atención médica adecuada, incluida la falta de acceso a medicamentos antirretrovirales y las pruebas necesarias para monitorear la evolución de la infección, además de otros componentes de la atención integral. En relación con el derecho a la integridad personal, y a la vida digna, los representantes alegaron que el Estado es responsable por el detrimento a las condiciones de salud física y psicológica que habrían sufrido las presuntas víctimas en el tiempo en que no recibieron ningún tratamiento médico o que el tratamiento médico fue inadecuado. Adicionalmente, manifestaron que el Estado discriminó a las presuntas víctimas al no garantizarles atención médica integral tomando en cuenta sus diversos factores de vulnerabilidad sumados a su condición seropositiva. Asimismo, alegaron que el Estado es responsable por no haber implementado las medidas para evitar el contagio vertical en el caso de mujeres embarazadas.

70. En relación con el artículo 26, los representantes alegaron que el Estado es responsable por la violación al derecho a la salud de las víctimas, pues a pesar de tener conocimiento de la existencia de una epidemia de VIH en su territorio, adoptó medidas regresivas y no dispuso el máximo de los recursos disponibles para prevenir la propagación del virus y garantizar el derecho a la salud; estas medidas incluyeron barreras legales en materia de patentes que han impedido el abastecimiento permanente en el sistema de salud de medicamentos de bajo costo, al no permitirle al Estado disponer de forma efectiva de sus recursos económicos. Específicamente, sostuvieron que Guatemala adoptó normas que no permiten acceder de manera permanente a los medicamentos necesarios para personas que viven con el VIH, lo que ha impactado de forma directa a las presuntas víctimas. En ese sentido, la Ley de Propiedad Industrial estableció una limitación al comercio legítimo de medicamentos genéricos, impactando el acceso a tratamientos para personas que viven con el VIH. De igual forma, alegaron que dichas medidas han estado acompañadas por prácticas y normativa en materia de contratación administrativa que han impedido una disposición adecuada de los recursos disponibles para acceder a medicamentos. Asimismo, los representantes alegaron que la corrupción ha sido un obstáculo para disponer de forma efectiva de los recursos disponibles y con ello garantizar el derecho a la salud.

71. El **Estado** manifestó que adoptó todas las medidas a su alcance, incluyendo la advertencia al paciente de lo que debe y no debe hacer, por lo que no puede acreditarse responsabilidad en sentido estricto, si el paciente no respetó las recomendaciones realizadas. El Estado señaló que, sin perjuicio de la eventual responsabilidad que podría atribuirse por la falta de medicamentos, debe ponderarse los efectos psicológicos o hábitos de la persona que vive con el VIH, que coadyuvaría al Estado a cumplir sus obligaciones internacionales. En relación con los alegatos relacionados con el artículo 26, el Estado comparte la decisión adoptada por la CIDH, al considerar que en cuanto se trata del derecho a la salud hay una obligación de cumplimiento progresivo, y esto se refiere al derecho a la salud en general, tanto curativa como preventiva, y cuya atención es debida a toda la población. No obstante, alegaron que la realización de los derechos sociales y económicos depende de la situación de cada Estado, y sobre todo de su situación económica, y por tanto no podrá lograrse en un breve período.

B. Consideraciones de la Corte

72. En vista de las posiciones de las partes, y de los hechos probados, el Tribunal advierte que en el presente caso la controversia central se refiere a si el Estado es responsable por: i) la violación al artículo 26 de la Convención Americana, por la afectación al derecho a la salud de las presuntas víctimas como personas que viven con el VIH; ii) la violación a los artículos 4 y 5 de la Convención, por el impacto que la atención médica –o la falta de ella– pudo tener en la integridad personal y la vida de las presuntas víctimas; iii) la violación al principio de no discriminación, en caso de no haberle garantizado a las presuntas víctimas una atención médica integral que tomara en cuenta sus diversos factores de vulnerabilidad como personas que viven con el VIH, especialmente en el caso de mujeres embarazadas; y iv) la violación al principio de progresividad contenido en el artículo 26 de la Convención Americana, por las alegadas medidas regresivas adoptadas en detrimento de la plena efectividad del derecho a la salud para personas que viven con el VIH en Guatemala.

73. Al respecto, la Corte advierte que el principal problema jurídico planteado por las partes en el presente caso se relaciona con los alcances del derecho a la salud entendido como un derecho autónomo que deriva del artículo 26 de la Convención Americana, y con la competencia de este Tribunal para pronunciarse por violaciones a este derecho sobre la base

de los artículos 62⁶⁰ y 63⁶¹ de la Convención. En este sentido, los alegatos de la Comisión y de los representantes siguen la aproximación adoptada por este Tribunal desde el caso *Lagos del Campo Vs. Perú*⁶², y que ha sido continuada en decisiones posteriores⁶³. En efecto, esta aproximación representó un cambio en la jurisprudencia de la Corte respecto a casos previos donde la Comisión o los representantes alegaban violaciones a los DESCAs, los cuales eran analizados por conexidad con algún derecho civil o político⁶⁴. Al respecto, la Corte recuerda que ya en el caso *Poblete Vilches y otros Vs. Chile* señaló lo siguiente:

Así, resulta claro interpretar que la Convención Americana incorporó en su catálogo de derechos protegidos los denominados derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA), a través de una derivación de las normas reconocidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos (OEA), así como de las normas de interpretación dispuestas en el propio artículo 29 de la Convención; particularmente, que impide limitar o excluir el goce de los derechos establecidos en la Declaración Americana e inclusive los reconocidos en materia interna. Asimismo, de conformidad con una interpretación sistemática, teleológica y evolutiva, la Corte ha recurrido al corpus iuris internacional y nacional en la materia para dar contenido específico al alcance de los derechos tutelados por la Convención, a fin de derivar el alcance de las obligaciones específicas de cada derecho⁶⁵.

⁶⁰ El artículo 62 de la Convención establece: "1. Todo Estado parte puede, en el momento del depósito de su instrumento de ratificación o adhesión de esta Convención, o en cualquier momento posterior, declarar que reconoce como obligatoria de pleno derecho y sin convención especial, la competencia de la Corte sobre todos los casos relativos a la interpretación o aplicación de esta Convención. 2. La declaración puede ser hecha incondicionalmente, o bajo condición de reciprocidad, por un plazo determinado o para casos específicos. Deberá ser presentada al Secretario General de la Organización, quien transmitirá copias de la misma a los otros Estados miembros de la Organización y al Secretario de la Corte. 3. La Corte tiene competencia para conocer de cualquier caso relativo a la interpretación y aplicación de las disposiciones de esta Convención que le sea sometido, siempre que los Estados Partes en el caso hayan reconocido o reconozcan dicha competencia, ora por declaración especial, como se indica en los incisos anteriores, ora por convención especial".

⁶¹ El artículo 63 de la Convención establece: "1. Cuando decida que hubo violación de un derecho o libertad protegidos en esta Convención, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcados. Dispondrá asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada. 2. En casos de extrema gravedad y urgencia, y cuando se haga necesario evitar daños irreparables a las personas, la Corte, en los asuntos que esté conociendo, podrá tomar las medidas provisionales que considere pertinentes. Si se tratare de asuntos que aún no estén sometidos a su conocimiento, podrá actuar a solicitud de la Comisión".

⁶² Cfr. *Caso Lagos del Campo Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 31 de agosto de 2017. Serie C No. 340, párrs. 141–150 y 154.

⁶³ Cfr. *Medio ambiente y derechos humanos (obligaciones estatales en relación con el medio ambiente en el marco de la protección y garantía de los derechos a la vida y a la integridad personal - interpretación y alcance de los artículos 4.1 y 5.1, en relación con los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos)*. Opinión Consultiva OC-23/17 de 15 de noviembre de 2017. Serie A No. 23, párr. 57; *Caso Trabajadores Cesados de Petroperú y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 23 de noviembre de 2017. Serie C No. 344, párr. 192; *Caso San Miguel Sosa y otras Vs. Venezuela. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de febrero de 2018. Serie C No. 348, párr. 220, y *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 100.

⁶⁴ Cfr. *Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador. Fondo Reparaciones y Costas*. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171, párr. 117; *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; *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 Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 171.

⁶⁵ Cfr. *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 103.

74. En atención a lo anteriormente señalado, y debido a la importancia que esta cuestión tiene para la seguridad jurídica en el Sistema Interamericano, la Corte considera pertinente precisar el cambio jurisprudencial en la materia a través de una interpretación del artículo 26 de la Convención y de su relación con los artículos 1.1, 2, 62 y 63 del mismo instrumento. En consecuencia, en el presente apartado la Corte se pronunciará en el siguiente orden: a) la justiciabilidad de los DESCAs, b) el derecho a la salud como derecho autónomo y justiciable, c) la afectación del derecho a la salud en el presente caso, y d) la afectación de los derechos a la integridad personal y a la vida en el presente caso.

B.1. La justiciabilidad de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales

75. La Corte procederá a interpretar el artículo 26 de la Convención y su relación con los artículos 1.1, 2, 62 y 63 de la Convención Americana, para así determinar lo siguiente: i) si el artículo 26 reconoce derechos, ii) cuál es el alcance de las obligaciones para los Estados en relación con esos derechos, y iii) si la Corte tiene competencia para analizar violaciones a dichos derechos. Para ello, el Tribunal recurrirá a la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados (en adelante también “Convención de Viena”), la cual recoge la regla general y consuetudinaria de interpretación de los tratados internacionales, que implica la aplicación simultánea y conjunta de la buena fe, el sentido corriente de los términos empleados en el tratado de que se trate, el objeto de estos y el objeto y fin de aquel. Por ello, como es su jurisprudencia constante, la Corte hará uso de los métodos de interpretación estipulados en los artículos 31 y 32 de la Convención de Viena para llevar a cabo dicha interpretación⁶⁶. Asimismo, la Corte utilizará, en lo pertinente, las normas de interpretación que se desprenden del artículo 29 de la Convención Americana⁶⁷.

B.1.1. Interpretación literal

76. En primer lugar, corresponde realizar una interpretación basada en el sentido corriente de los términos previstos por artículo 26 de la Convención, el cual señala lo siguiente:

Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas

⁶⁶ Cfr. *Identidad de género, e igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo. Obligaciones estatales en relación con el cambio de nombre, la identidad de género, y los derechos derivados de un vínculo entre parejas del mismo sexo (interpretación y alcance de los artículos 1.1, 3, 7, 11.2, 13, 17, 18 y 24, en relación con el artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos)*. Opinión Consultiva OC-24/17 de 24 de noviembre de 2017. Serie A No. 24, párr. 55; *Medio ambiente y derechos humanos (obligaciones estatales en relación con el medio ambiente en el marco de la protección y garantía de los derechos a la vida y a la integridad personal - interpretación y alcance de los artículos 4.1 y 5.1, en relación con los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos)*. Opinión Consultiva OC-23/17 de 15 de noviembre de 2017. Serie A No. 23, párr. 40; *Caso Trabajadores de la Hacienda Brasil Verde Vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 20 de octubre de 2016. Serie C No. 318, párr. 246; *Caso Artavia Murillo y otros (“Fecundación in vitro”) Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 28 noviembre de 2012. Serie C No. 257, párr. 173, y *Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No. 205, párr. 32.

⁶⁷ El artículo 29 de la Convención establece: “Normas de interpretación: Ninguna disposición de la presente Convención puede ser interpretada en el sentido de: a) permitir a alguno de los Estados Partes, grupo o persona, suprimir el goce y ejercicio de los derechos y libertades reconocidos en la Convención o limitarlos en mayor medida que la prevista en ella; b) limitar el goce y ejercicio de cualquier derecho o libertad que pueda estar reconocido de acuerdo con las leyes de cualquiera de los Estados Partes o de acuerdo con otra convención en que sea parte uno de dichos Estados; c) excluir otros derechos y garantías que son inherentes al ser humano o que se derivan de la forma democrática representativa de gobierno, y d) excluir o limitar el efecto que puedan producir la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y otros actos internacionales de la misma naturaleza.”

económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.

77. La Corte recuerda que, de conformidad con la Convención de Viena, los tratados deben interpretarse “de buena fe conforme al sentido corriente que haya que atribuirse a los términos del tratado en el contexto de estos y teniendo en cuenta su objeto y fin”⁶⁸. De igual forma, el Tribunal ha establecido que éste método de interpretación se acoge al principio de la primacía del texto, es decir, a aplicar criterios objetivos de interpretación⁶⁹. En ese sentido, al tratarse de un texto de derechos humanos, resulta idónea la interpretación basada en criterios objetivos, vinculados a los textos mismos, frente a los subjetivos, relativos a la sola intención de las partes, ya que tales tratados no son tratados multilaterales del tipo tradicional, concluidos en función de un intercambio recíproco de derechos, para el beneficio de las partes contratantes, sino que su objeto y fin son la protección de los derechos humanos tanto frente al Estado como frente a otros Estados⁷⁰.

78. Sobre el particular, la Corte considera que el sentido corriente que ha de atribuirse a la norma prevista en el artículo 26 de la Convención es que los Estados se comprometieron a hacer efectivos “derechos” que derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura contenidas en la Carta de la Organización de Estados Americanos (en adelante “la Carta de la OEA”). En ese sentido, este Tribunal advierte que si bien la Carta de la OEA consagra “principios” y “metas” tendientes al desarrollo integral, también se refiere a ciertos “derechos”, tanto de manera explícita como implícita. De esta forma, de una interpretación literal del texto del artículo 26 es posible afirmar que se refiere precisamente al deber de los Estados de lograr la efectividad de los “derechos” que sea posible derivar de la Carta de la OEA. El texto de la norma debe ser interpretado de forma tal que sus términos adquieran sentido y un significado específico, lo que en el caso del artículo 26 implica entender que los Estados acordaron adoptar medidas con el objetivo de dar plena efectividad a los “derechos” reconocidos en la Carta de la OEA.

79. Asimismo, la Corte considera que la mención del artículo 26 que se refiere a los Estados se comprometen a “adoptar providencias”, “para lograr progresivamente la plena efectividad” de los derechos que se derivan de la Carta de la OEA debe ser entendido como una formulación acerca de la naturaleza de la obligación que emana de dicha norma, y no acerca de la falta de existencia de obligaciones en sentido estricto para los Estados. La Corte recuerda que existen obligaciones formuladas en términos similares al artículo 26 reconocidos en otros artículos de la Convención, sin que exista controversia respecto a que éstos imponen obligaciones exigibles en el plano internacional. En particular, el Tribunal recuerda que el artículo 2 de la Convención reconoce la existencia del compromiso programáticos de los Estados de adoptar “medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos” los derechos y libertades reconocidos por la Convención, lo cual ha dado lugar a

⁶⁸ Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, artículo 31.1.

⁶⁹ Cfr. *Restricciones a la pena de muerte (Arts. 4.2 y 4.4 Convención Americana sobre Derechos Humanos)*. Opinión Consultiva OC-3/83 de 8 de septiembre de 1983. Serie A No. 3, párr. 50.

⁷⁰ Cfr. *Caso Ivcher Bronstein Vs. Perú. Competencia. Sentencia de 24 de septiembre de 1999*. Serie C No. 54, párr. 42, y *Caso de la Masacre de Mapiripán Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 15 de septiembre de 2005*. Serie C No. 134, párr. 104.

que la Corte evalúe en su jurisprudencia si el Estado ha cumplido con la adopción de dichas “medidas”⁷¹.

80. Al respecto, la Corte coincide con la interpretación realizada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante “CDESC”) sobre el alcance y naturaleza del artículo 2.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante “PIDESC”). Dicho artículo establece el compromiso de los Estados “a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos”⁷². El CDESC ha interpretado que si bien el PIDESC contempla una realización paulatina de los derechos reconocidos por dicho tratado, y que tiene en cuenta las restricciones de la limitación de los recursos con que se cuenta, también impone varias obligaciones con efecto inmediato⁷³. De igual forma, el mismo Comité estableció que el concepto de “progresiva efectividad” constituye un reconocimiento de que la efectividad de dichos derechos se logrará con el paso del tiempo, sin embargo también señaló que:

el hecho de que la efectividad a lo largo del tiempo, o en otras palabras progresivamente, se prevea en relación con el Pacto no se ha de interpretar equivocadamente como que priva a la obligación de todo contenido significativo. Por una parte, se requiere un dispositivo de flexibilidad necesaria que refleje las realidades del mundo real y las dificultades que implica para cada país el asegurar la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales⁷⁴.

81. La Corte reitera lo ya establecido en su jurisprudencia⁷⁵, en el sentido que la flexibilidad en cuanto a plazo y modalidades de cumplimiento de sus obligaciones de progresividad conforme al artículo 26 implica, esencialmente, aunque no exclusivamente, una obligación de hacer, es decir, de adoptar providencias y brindar los medios y elementos necesarios para responder a las exigencias de efectividad de los derechos involucrados, siempre en la medida de los recursos económicos y financieros de que disponga para el cumplimiento del respectivo compromiso internacional adquirido. Así, la implementación progresiva de dichas medidas podrá ser objeto de rendición de cuentas y, de ser el caso, el cumplimiento del respectivo compromiso adquirido por el Estado podrá ser exigido ante las instancias llamadas a resolver eventuales violaciones a los derechos humanos⁷⁶.

B.1.2. Contexto interno – interpretación sistemática

⁷¹ Cfr. *Caso "La Última Tentación de Cristo" (Olmedo Bustos y otros) Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 5 de febrero de 2001. Serie C No. 73, párr. 90, y *Caso Tarazona Arrieta y otros Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 15 de octubre de 2014. Serie C No. 286, párr. 169.

⁷² Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Artículo 2.1.

⁷³ Cfr. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto), 14 de diciembre de 1990, U.N. Doc. E/1991/23, párr. 1.

⁷⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto), 14 de diciembre de 1990, U.N. Doc. E/1991/23, párr. 9.

⁷⁵ Cfr. *Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de julio de 2009. Serie C No. 198, párr. 102, y *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 104.

⁷⁶ Cfr. *Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de julio de 2009. Serie C No. 198, párr. 102.

82. En segundo lugar, la Corte considera pertinente referirse al contexto en que se ubica el artículo 26 de la Convención. Al respecto, el Tribunal resalta que, según el criterio sistemático, las normas deben ser interpretadas como parte de un todo cuyo significado y alcance deben fijarse en función del sistema jurídico al cual pertenecen⁷⁷. En este sentido, la Corte ha considerado que al dar interpretación a un tratado no sólo se toman en cuenta los acuerdos e instrumentos formalmente relacionados con éste (inciso segundo del artículo 31 de la Convención de Viena), sino también el sistema dentro del cual se inscribe (inciso tercero del artículo 31), esto es, el sistema interamericano de protección de los derechos humanos⁷⁸. En el marco de una interpretación sistemática de la Convención se deben tener en cuenta todas las disposiciones que la integran y los acuerdos e instrumentos formalmente relacionados con ella, como por ejemplo, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (en adelante también "Declaración Americana"), por cuanto permiten verificar si la interpretación dada a una norma o término en concreto es coherente con el sentido de las demás disposiciones⁷⁹.

83. En este sentido, la Corte destaca que los alcances de los derechos que se derivan del artículo 26 de la Convención deben ser entendidos en relación con el resto de las cláusulas de la Convención Americana y de otros instrumentos relevantes para su interpretación. Al respecto, la Corte ha observado que si bien el artículo 26 se encuentra en el Capítulo III de la Convención, titulado "Derechos Económicos, Sociales y Culturales", se ubica, también, en la Parte I de dicho instrumento, titulado "Deberes de los Estados y Derechos Protegidos" y, por ende, está sujeto a las obligaciones generales contenidas en los artículos 1.1 y 2 señalados en el capítulo I (titulado "Enumeración de Deberes"), así como lo están los artículos 3 al 25 señalados en el capítulo II (titulado "Derechos Civiles y Políticos"). De esta forma, la Corte considera que las obligaciones generales de "respeto" y "garantía", conjuntamente con la obligación de "adecuación" del artículo 2 de la propia Convención, aplican a todos los derechos, sean civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales⁸⁰.

84. En consecuencia, al existir una obligación de los Estados de respetar y garantizar los derechos contemplados por el artículo 26, en los términos del artículo 1.1 de la Convención, la Corte tiene competencia para calificar si existió una violación a un derecho derivado del artículo 26 en los términos previstos por los artículos 62 y 63 de la Convención. Este último artículo prevé que cuando exista una violación de un derecho o libertad protegido por la Convención, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o

⁷⁷ Cfr. *Caso González y otras ("Campo Algodonero") Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009*. Serie C No. 205, párr. 43; e *Identidad de género, e igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo. Obligaciones estatales en relación con el cambio de nombre, la identidad de género, y los derechos derivados de un vínculo entre parejas del mismo sexo (interpretación y alcance de los artículos 1.1, 3, 7, 11.2, 13, 17, 18 y 24, en relación con el artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos)*. Opinión Consultiva OC-24/17 de 24 de noviembre de 2017. Serie A No. 24, párr. 59.

⁷⁸ Cfr. *El Derecho a la Información sobre la Asistencia Consular en el marco de las Garantías del Debido Proceso Legal. Opinión Consultiva OC-16/99 de 1 de octubre de 1999*. Serie A No. 16, párr. 113, y *Titularidad de derechos de las personas jurídicas en el sistema interamericano de derechos humanos (Interpretación y alcance del artículo 1.2, en relación con los artículos 1.1, 8, 11.2, 13, 16, 21, 24, 25, 29, 30, 44, 46, y 62.3 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, así como del artículo 8.1 A y B del Protocolo de San Salvador)*. Opinión Consultiva OC-22/16 de 26 de febrero de 2016. Serie A No. 22, párr. 44.

⁷⁹ Cfr. *Titularidad de derechos de las personas jurídicas en el sistema interamericano de derechos humanos (Interpretación y alcance del artículo 1.2, en relación con los artículos 1.1, 8, 11.2, 13, 16, 21, 24, 25, 29, 30, 44, 46, y 62.3 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, así como del artículo 8.1 A y B del Protocolo de San Salvador)*. Opinión Consultiva OC-22/16 de 26 de febrero de 2016. Serie A No. 22, párr. 45.

⁸⁰ Cfr. *Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de julio de 2009*. Serie C No. 198, párr. 100, y *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018*. Serie C No. 349, párr. 100.

libertad conculcado, y dispondrá que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de un derecho. Asimismo, la Corte ha señalado en reiteradas ocasiones que, en virtud del artículo 1.1, todo menoscabo a los derechos humanos reconocidos en la Convención que pueda ser atribuido, según las reglas del Derecho Internacional, a la acción u omisión de cualquier autoridad pública, constituye un hecho imputable al Estado que compromete su responsabilidad en los términos establecidos en la Convención⁸¹. Así, la Corte considera que ahí donde sea posible identificar una acción u omisión atribuible al Estado, que vulnere un derecho protegido por el artículo 26, la Corte podrá determinar la responsabilidad del Estado por dicho acto y establecer una reparación adecuada.

85. El Tribunal advierte que el hecho de que los derechos derivados del artículo 26 estén sujetos a las obligaciones generales de la Convención Americana no sólo es resultado de cuestiones formales, sino que resulta de la interdependencia e indivisibilidad recíproca existente entre los derechos civiles y políticos y los económicos, sociales, culturales y ambientales⁸². Al respecto, la Corte ha reconocido que ambas categorías de derechos deben ser entendidas integralmente y de forma conglobada como derechos humanos, sin jerarquía entre sí y exigibles en todos los casos ante aquellas autoridades que resulten competentes para ello⁸³. De igual forma, el Tribunal advierte que el Preámbulo de la Convención⁸⁴, así como diversas cláusulas de la Declaración Americana, muestran que tanto los derechos civiles y políticos, como los DESCA, fueron reconocidos por los Estados de la región como derechos esenciales de la persona humana. En ese mismo sentido, el Preámbulo del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador” (en adelante también “Protocolo de San Salvador”) reconoce:

la estrecha relación que existe entre la vigencia de los derechos económicos, sociales y culturales y la de los derechos civiles y políticos, por cuanto las diferentes categorías de derechos constituyen un todo indisoluble que encuentra su base en el reconocimiento de la dignidad de la persona humana, por lo cual exigen una tutela y promoción permanente con el objeto de lograr su vigencia plena, sin que jamás pueda justificarse la violación de unos en aras de la realización de otros.

⁸¹ Cfr. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Fondo*. Sentencia de 29 de julio de 1988. Serie C No. 4, párr. 164, y *Caso Vereda La Esperanza Vs. Colombia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 31 de agosto de 2017. Serie C No. 341, párr. 18.

⁸² Cfr. *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, y *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 100; *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 131, y *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 172.

⁸³ Cfr. *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; y, *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 100.

⁸⁴ El Preámbulo de la Convención establece: “Reafirmando su propósito de consolidar en este Continente, dentro del cuadro de las instituciones democráticas, un régimen de libertad personal y de justicia social, fundado en el respeto de los derechos esenciales del hombre; [...] Reiterando que, con arreglo a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, sólo puede realizarse el ideal del ser humano libre, exento del temor y de la miseria, si se crean condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos, y Considerando que la Tercera Conferencia Interamericana Extraordinaria (Buenos Aires, 1967) aprobó la incorporación a la propia Carta de la Organización de normas más amplias sobre derechos económicos, sociales y educacionales y resolvió que una convención interamericana sobre derechos humanos determinara la estructura, competencia y procedimiento de los órganos encargados de esa materia”.

86. Para este Tribunal, la interdependencia e indivisibilidad de los derechos reconocidos por la Convención Americana niega cualquier separación, categorización o jerarquía entre derechos para efectos de su respeto, protección y garantía. Esta condición atañe no sólo al reconocimiento de los DESCAs como derechos humanos protegidos por el artículo 26, sino también a los aspectos de competencia de este Tribunal para conocer sobre violaciones a los mismos sobre la base de dicho artículo. Al respecto, la Corte recuerda que ejerce jurisdicción plena sobre todos sus artículos y disposiciones sobre la base de los artículos 62 y 63 de la Convención, entre los que se encuentra el artículo 26. Asimismo, de manera complementaria, la Corte recuerda que, como cualquier otro órgano con funciones jurisdiccionales, este Tribunal tiene el poder inherente de determinar el alcance de su propia competencia (*compétence de la compétence*) y, por otra parte, “que la Corte debe tener en cuenta que los instrumentos de reconocimiento de la cláusula facultativa de la jurisdicción obligatoria (artículo 62.1 de la Convención) presuponen la admisión, por los Estados que la presentan, de resolver cualquier controversia relativa a su jurisdicción”⁸⁵.

87. Sin perjuicio de lo anterior, la Corte reconoce que una interpretación sistemática del artículo 26 de la Convención implica tomar seriamente en consideración los límites de la competencia de la Corte en relación con otros instrumentos del Sistema Interamericano que se refieran a los DESCAs. En ese sentido, el Tribunal advierte la tensión que puede existir en relación con la competencia de la Corte para conocer sobre violaciones a los derechos derivados de la Carta de la OEA, a través de una aplicación de los artículos 26, 1.1, 2, 62 y 63 de la Convención, y la competencia que reconoce el artículo 19.6 del Protocolo de San Salvador⁸⁶. En efecto, éste último instrumento prevé que en caso de que los derechos establecidos en el párrafo a) del artículo 8 y en el artículo 13 del Protocolo fuesen violados por una acción imputable a un Estado Parte, tal situación podría dar lugar a la aplicación del sistema de peticiones individuales regulado por los artículos 44 a 51 y 61 a 69 de la Convención Americana. No queda duda que la voluntad de los Estados sobre la competencia de la Corte para pronunciarse sobre violaciones al Protocolo de San Salvador encuentra sus límites en los derechos sindicales y el derecho a la educación.

88. Sin embargo, la Corte considera que el hecho de que el artículo 19.6 del Protocolo de San Salvador establezca límites sobre la competencia de este Tribunal para conocer exclusivamente sobre violaciones a determinados derechos a través del sistema de peticiones individuales, no debe ser interpretado como un precepto que limite el alcance de los derechos protegidos por la Convención, ni sobre la posibilidad de la Corte para conocer sobre violaciones a estos derechos. Por el contrario, el Tribunal advierte que una interpretación sistemática y de buena fe de ambos tratados lleva a la conclusión de que, al no existir una restricción expresa en el Protocolo de San Salvador, que limite la competencia de la Corte para conocer sobre violaciones a la Convención, ésta limitación no debe ser asumida por este Tribunal. Asimismo, la Corte recuerda que el hecho de que los Estados adopten protocolos o tratados relacionados con materias específicas, y definan la competencia de este Tribunal para conocer sobre aspectos definidos de dichos tratados, no implica una limitación a la competencia de este Tribunal para conocer sobre violaciones a la Convención Americana sobre aspectos

⁸⁵ *Caso Ivcher Bronstein Vs. Perú. Competencia*. Sentencia de 24 de septiembre de 1999. Serie C No. 54, párrs. 32 y 34, y *Caso García Prieto y otros Vs. El Salvador. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 20 de noviembre de 2007. Serie C No. 168, párr. 38.

⁸⁶ El artículo 19.6. del Protocolo de San Salvador establece: “[e]n el caso de que los derechos establecidos en el párrafo a) del artículo 8 y en el artículo 13 fuesen violados por una acción imputable directamente a un Estado parte del presente Protocolo, tal situación podría dar lugar, mediante la participación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, y cuando proceda de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, a la aplicación del sistema de peticiones individuales regulado por los artículos 44 a 51 y 61 a 69 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos”.

sustantivos que se regulan en ambos tratados⁸⁷. En ese sentido, la Corte recuerda que el artículo 77 de la Convención prevé la posibilidad de que cualquier Estado parte o la Comisión sometan a consideración proyectos de protocolo adicionales con la finalidad de “incluir progresivamente en el régimen de protección de la misma otros derechos y libertades”.

89. De esta forma, la Corte considera que no existen elementos para considerar que, con la adopción del Protocolo de San Salvador, los Estados buscaron limitar la competencia del Tribunal para conocer sobre violaciones al artículo 26 de la Convención Americana. Al respecto, la Corte advierte que si la Convención Americana no está siendo modificada expresamente con un acto posterior de los Estados, la interpretación que corresponde debe ser la menos restrictiva respecto a sus alcances en materia de protección de los derechos humanos. Asimismo, el Tribunal recuerda que la propia Convención Americana prevé en su artículo 76 un procedimiento específico para realizar enmiendas a la misma, el cual requiere una aprobación de dos terceras partes de los Estados parte de la Convención. De esta forma, sería contradictorio considerar que la adopción de un Protocolo adicional, que no requiere un margen de aceptación tan elevado como una enmienda a la Convención Americana, puede modificar el contenido y alcance de los efectos de la misma. En consecuencia, la Corte considera que la mera existencia del artículo 19.6 del Protocolo de San Salvador no permite inferir conclusiones con consecuencias limitativas respecto a la relación entre los artículos 26, 1.1, 2, 62 y 63 de la Convención.

B.1.3. Interpretación teleológica

90. En tercer lugar, corresponde realizar una interpretación teleológica del artículo 26 de la Convención. La Corte recuerda que en una interpretación teleológica se analiza el propósito de las normas involucradas, para lo cual es pertinente analizar el objeto y fin del tratado mismo y, de ser pertinente, los propósitos del sistema regional de protección⁸⁸.

91. El Preámbulo de la Convención Americana hace varias referencias que permiten establecer el objeto y fin del tratado:

Reafirmando su propósito de consolidar en este Continente, dentro del cuadro de las instituciones democráticas, un régimen de libertad personal y de justicia social, fundado en el respeto de los derechos esenciales del hombre;

Reconociendo que los derechos esenciales del hombre no nacen del hecho de ser nacional de determinado Estado, sino que tienen como fundamento los atributos de la persona humana, razón por la cual justifican una protección internacional, de naturaleza convencional coadyuvante o complementaria de la que ofrece el derecho interno de los Estados americanos; [...]

Reiterando que, con arreglo a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, sólo puede realizarse el ideal del ser humano libre, exento del temor y de la miseria, si se crean condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos,

⁸⁷ *Mutatis mutandi*, Caso del Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2006. Serie C No. 160, párr. 276, y Caso González y otras ("Campo Algodonero") Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No. 205, párr. 225.

⁸⁸ *Cfr. Caso González y otras ("Campo Algodonero") Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No. 205, párr. 59, y *Titularidad de derechos de las personas jurídicas en el sistema interamericano de derechos humanos (Interpretación y alcance del artículo 1.2, en relación con los artículos 1.1, 8, 11.2, 13, 16, 21, 24, 25, 29, 30, 44, 46, y 62.3 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, así como del artículo 8.1 A y B del Protocolo de San Salvador).* Opinión Consultiva OC-22/16 de 26 de febrero de 2016. Serie A No. 22, párr. 40.

sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos.

Considerando que la Tercera Conferencia Interamericana Extraordinaria (Buenos Aires, 1967) aprobó la incorporación a la propia Carta de la Organización de normas más amplias sobre derechos económicos, sociales y educacionales y resolvió que una convención interamericana sobre derechos humanos determinara la estructura, competencia y procedimiento de los órganos encargados de esa materia (subrayado fuera del texto).

92. Teniendo en cuenta lo anterior, la Corte ha afirmado que el objeto y fin de la Convención es “la protección de los derechos fundamentales de los seres humanos”⁸⁹. En este sentido, la Convención Americana prevé expresamente determinadas pautas de interpretación en su artículo 29, entre las que alberga el principio pro persona, que implican que ninguna disposición de dicho tratado puede ser interpretada en el sentido de limitar el goce y ejercicio de cualquier derecho o libertad que pueda estar reconocido de acuerdo con las leyes de cualquiera de los Estados Parte o de acuerdo con otra convención en que sea parte uno de dichos Estados, o bien de excluir o limitar el efecto que puedan producir la Declaración Americana y otros instrumentos internacionales de la misma naturaleza⁹⁰.

93. Como se indicó, el objeto y fin de tratado es “la protección de los derechos fundamentales de los seres humanos”. Una interpretación teleológica de la norma sería conforme con la conclusión a la cual se arribó por medio de la interpretación literal y sistemática, en el sentido que el artículo 26 reconoce la existencia de “derechos” que deben ser garantizados por el Estado a todas las personas sujetas a su jurisdicción en los términos previstos por la Convención Americana. El reconocimiento de estos derechos y de la competencia de la Corte para resolver controversias en relación con ellos tienen el objetivo de consolidar un régimen de libertad personal y justicia social fundado en el respeto de los derechos esenciales del hombre reconocidos en la Carta de la OEA, lo cual es claramente compatible con el objeto y fin de la Convención Americana.

B.1.4. Métodos complementarios de interpretación

94. En cuarto lugar, la Corte recuerda que, según el artículo 32 de la Convención de Viena, los medios complementarios de interpretación, en especial los trabajos preparatorios del tratado, son utilizables para confirmar el sentido resultante de la interpretación realizada de conformidad con los métodos señalados en el artículo 31. Lo anterior implica que son utilizados de forma subsidiaria.

95. Al respecto, el Tribunal recuerda que el contenido del artículo 26 de la Convención fue objeto de un intenso debate en los trabajos preparatorios de ésta, nacido del interés de los Estados por consignar una “mención directa” a los “derechos” económicos, sociales y culturales; “una disposición que establezca cierta obligatoriedad jurídica [...] en su cumplimiento y aplicación”; así como “los [respectivos] mecanismos [para su] promoción y protección”, ya que el Anteproyecto de tratado elaborado por la Comisión Interamericana

⁸⁹ Cfr. *El Efecto de las Reservas sobre la Entrada en Vigencia de la Convención Americana sobre Derechos Humanos*. Opinión Consultiva OC-2/82 del 24 de septiembre de 1982. Serie A No. 2, párr. 29, y *La institución del asilo y su reconocimiento como derecho humano en el sistema interamericano de protección (interpretación y alcance de los artículos 5, 22.7 y 22.8, en relación con el artículo 1.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos)*. Opinión Consultiva OC-25/18 de 30 de mayo de 2018. Serie A No. 25, párr. 58.

⁹⁰ Cfr. *Titularidad de derechos de las personas jurídicas en el sistema interamericano de derechos humanos (Interpretación y alcance del artículo 1.2, en relación con los artículos 1.1, 8, 11.2, 13, 16, 21, 24, 25, 29, 30, 44, 46, y 62.3 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, así como del artículo 8.1 A y B del Protocolo de San Salvador)*. Opinión Consultiva OC-22/16 de 26 de febrero de 2016. Serie A No. 22, párr. 42.

hacía referencia a aquellos en dos artículos que, de acuerdo con algunos Estados, sólo “recog[ían] en un texto meramente declarativo, conclusiones establecidas en la Conferencia de Buenos Aires”⁹¹.

96. La revisión de dichos trabajos preparatorios de la Convención demuestra también que las principales observaciones sobre la base de las cuales ésta fue aprobada pusieron especial énfasis en “dar a los derechos económicos, sociales y culturales la máxima protección compatible con las condiciones peculiares a la gran mayoría de los Estados Americanos”. Así, como parte del debate en los trabajos preparatorios, también se propuso “hac[er] posible [la] ejecución [de dichos derechos] mediante la acción de los tribunales”. La Corte considera que dichas manifestaciones de los Estados no contradicen la tesis acerca de que el artículo 26 en efecto reconoce “derechos”, que están sujetos a las obligaciones generales que los Estados tienen en virtud de los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana y que, por ende, son justiciables.

B.1.5. Conclusión

97. La Corte advierte que una interpretación literal, sistemática y teleológica permite concluir que el artículo 26 de la Convención Americana protege aquellos derechos que derivan de las normas económicas, sociales y de educación, ciencia y cultura contenidas en la Carta de la OEA. Los alcances de estos derechos deben ser entendidos en relación con el resto de las demás cláusulas de la Convención Americana, por lo que están sujetos a las obligaciones generales contenidas en los artículos 1.1 y 2 de la Convención y pueden ser sujetos de supervisión por parte de este Tribunal en términos de los artículos 62 y 63 del mismo instrumento. Esta conclusión se fundamenta no sólo en cuestiones formales, sino que resulta de la interdependencia e indivisibilidad de los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, así como de su compatibilidad con el objeto y fin de la Convención, que es la protección de los derechos fundamentales de los seres humanos. Corresponderá, en cada caso concreto que requiera un análisis de DESCAs, determinar si de la Carta de la OEA se deriva explícita o implícitamente un derecho humano protegido por el artículo 26 de la Convención Americana, así como los alcances de dicha protección.

B.2. El derecho a la salud como un derecho autónomo y justiciable

98. La Corte reitera que de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura contenidas en la Carta de la OEA se deriva el derecho a la salud⁹². La Corte reitera la naturaleza y alcance de las obligaciones que derivan de la protección de este derecho, tanto en lo que respecta a aquellos aspectos que tienen una exigibilidad inmediata, como aquellos que tienen un carácter progresivo⁹³. Al respecto, la Corte recuerda que, en relación con las primeras (obligaciones de exigibilidad inmediata), los Estados deberán adoptar medidas eficaces a fin de garantizar el acceso sin discriminación a las prestaciones reconocidas para el derecho a la salud⁹⁴. Respecto a las segundas (obligaciones de carácter progresivo), la

⁹¹ Cfr. *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. 99, y *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 101.

⁹² Cfr. *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 106.

⁹³ Cfr. *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 104.

⁹⁴ Cfr. *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 104; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Comité de Derechos Económicos,

realización progresiva significa que los Estados partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena efectividad de dicho derecho⁹⁵, en la medida de sus recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados⁹⁶.

99. En razón de lo anterior, en primer lugar, la Corte advierte que el artículo 34.i⁹⁷ y 34.l⁹⁸ de la Carta de la OEA establece, entre los objetivos básicos del desarrollo integral, el de la “[d]efensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica”, así como de las “[c]ondiciones que hagan posible una vida sana, productiva y digna”. Por su parte, el artículo 45.h⁹⁹ destaca que “el hombre sólo puede alcanzar la plena realización de sus aspiraciones dentro de un orden social justo”, por lo que los Estados convienen en dedicar esfuerzos a la aplicación de principios, entre ellos el: “h) Desarrollo de una política eficiente de seguridad social”. La Corte advierte la existencia de una interrelación entre el compromiso de los Estados de garantizar una política eficiente de seguridad social y su deber de garantizar la atención de la salud, más aún en el contexto de las enfermedades endémicas¹⁰⁰. De esta forma, la Corte reitera que existe una referencia con el suficiente grado de especificidad para derivar la existencia del derecho a la salud reconocido implícitamente por la Carta de la OEA¹⁰¹.

Sociales y Culturales, Observación General No. 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto), 14 de diciembre de 1990, U.N. Doc. E/1991/23, párr. 3, y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4, párr. 30.

⁹⁵ Cfr. *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 104, y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto), 14 de diciembre de 1990, U.N. Doc. E/1991/23, párr. 9.

⁹⁶ El artículo 26 de la Convención establece: “Artículo 26. Desarrollo Progresivo. Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados”.

⁹⁷ El artículo 34.i de la Carta de la OEA establece: “[l]os Estados miembros convienen en que la igualdad de oportunidades, la eliminación de la pobreza crítica y la distribución equitativa de la riqueza y del ingreso, así como la plena participación de sus pueblos en las decisiones relativas a su propio desarrollo, son, entre otros, objetivos básicos del desarrollo integral. Para lograrlos, convienen asimismo en dedicar sus máximos esfuerzos a la consecución de las siguientes metas básicas: [...] i) Defensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica”.

⁹⁸ El artículo 34.l de la Carta de la OEA establece: “[l]os Estados miembros convienen en que la igualdad de oportunidades, la eliminación de la pobreza crítica y la distribución equitativa de la riqueza y del ingreso, así como la plena participación de sus pueblos en las decisiones relativas a su propio desarrollo, son, entre otros, objetivos básicos del desarrollo integral. Para lograrlos, convienen asimismo en dedicar sus máximos esfuerzos a la consecución de las siguientes metas básicas: [...] l) Condiciones urbanas que hagan posible una vida sana, productiva y digna”.

⁹⁹ El artículo 45.h de la Carta de la OEA establece: “[l]os Estados miembros, convencidos de que el hombre sólo puede alcanzar la plena realización de sus aspiraciones dentro de un orden social justo, acompañado de desarrollo económico y verdadera paz, convienen en dedicar sus máximos esfuerzos a la aplicación de los siguientes principios y mecanismos: h) Desarrollo de una política eficiente de seguridad social”.

¹⁰⁰ Cfr. O Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 19: El derecho a la seguridad social (artículo 9), 23 de noviembre de 2007, U.N. Doc. E/C.12/GC/19, párr. 13.

¹⁰¹ La Corte considera que el derecho a la salud es un componente esencial del derecho a la seguridad social, pues la protección de la salud es de importancia fundamental para garantizar a todas las personas su dignidad humana cuando hacen frente a circunstancias que les privan de su capacidad para ejercer plenamente sus derechos. En ese sentido, la Observación General No. 19 del Comité DESC señala que “[l]os Estados Partes tienen la obligación de garantizar que se establezcan sistemas de salud que prevean un acceso adecuado de todas las personas a los servicios de salud”. Asimismo, señala que “la especial importancia del derecho a la seguridad social en el contexto de las enfermedades endémicas, como el VIH/SIDA [...]”. Adicionalmente, el Comité señaló que los Estados Partes

100. En segundo lugar, corresponde a este Tribunal determinar los alcances del derecho a la salud a la luz del corpus juris internacional en la materia. La Corte recuerda que las obligaciones contenidas en los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana constituyen, en definitiva, la base para la determinación de responsabilidad internacional a un Estado por violaciones a los derechos reconocidos en la Convención¹⁰², incluidos aquellos reconocidos en virtud del artículo 26. Sin embargo, la misma Convención hace expresa referencia a las normas del Derecho Internacional general para su interpretación y aplicación, específicamente a través del artículo 29, el cual prevé el principio pro persona¹⁰³. De esta forma, como ha sido la práctica constante de este Tribunal¹⁰⁴, al determinar la compatibilidad de las acciones y omisiones del Estado, o de sus normas, con la propia Convención u otros tratados respecto de los cuales tiene competencia, la Corte puede interpretar las obligaciones y derechos en ellos contenidos a la luz de otros tratados y normas pertinentes.

101. De esta forma, la Corte utilizará las fuentes, principios y criterios del corpus juris internacional como normativa especial aplicable en la determinación del contenido del derecho a la salud¹⁰⁵. Este Tribunal señala que la utilización de la normativa antes mencionada para la determinación del derecho a la salud, y de los derechos correlativos para personas que viven con el VIH, se utilizará en forma complementaria a la normativa convencional. Al respecto, la Corte afirma que no está asumiendo competencias sobre tratados sobre los que no la tiene, ni tampoco está otorgando jerarquía convencional a normas contenidas en otros instrumentos nacionales o internacionales relacionados con los DESC¹⁰⁶. Por el contrario, la Corte realizará una interpretación de conformidad con las pautas previstas por el artículo 29, y conforme a su práctica jurisprudencial, que permita actualizar el sentido de los derechos derivados de la Carta de la OEA que se encuentran reconocidos por el artículo 26 de la Convención. La determinación del derecho a la salud dará un especial énfasis a la Declaración Americana, pues tal y como lo estableció este Tribunal:

[...] [L]os Estados Miembros han entendido que la Declaración contiene y define aquellos derechos humanos esenciales a los que la Carta se refiere, de manera que

deberán “segurar el acceso a un sistema de seguridad social que ofrezca a todas las personas y familias un nivel mínimo indispensable de prestaciones que les permita obtener por lo menos atención de salud esencial”. Cfr. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 19: El derecho a la seguridad social (artículo 9), 23 de noviembre de 2007, U.N. Doc. E/C.12/GC/19, párr.13 y 59 a).

¹⁰² Cfr. *Caso de la "Masacre de Mapiripán" Vs. Colombia*. Sentencia de 15 de septiembre de 2005. Serie C No. 134, párr. 107, y *Caso familia Pacheco Tineo Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de noviembre de 2013. Serie C No. 272, párr. 143.

¹⁰³ Cfr. *Caso familia Pacheco Tineo Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de noviembre de 2013. Serie C No. 272, párr. 143, y *Caso Liakat Ali Alibux Vs. Surinam. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 30 de enero de 2014. Serie C No. 276, párr. 26.

¹⁰⁴ Cfr. *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 103; *Caso Lagos del Campo Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 31 de agosto de 2017. Serie C No. 340, párr. 145; *Caso I.V. Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 329, párr. 168; *Caso familia Pacheco Tineo Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de noviembre de 2013. Serie C No. 272, párr. 129; *Caso Atala Riffo y niñas Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 24 de febrero de 2012. Serie C No. 239, párr. 83, y *Caso Gelman Vs. Uruguay. Fondo y Reparaciones*. Sentencia de 24 de febrero de 2011. Serie C No. 221, párr. 78 y 121.

¹⁰⁵ Cfr. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párrs. 131 y 135, y *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 114.

¹⁰⁶ Cfr. *Caso familia Pacheco Tineo Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de noviembre de 2013. Serie C No. 272, párr.143.

no se puede interpretar y aplicar la Carta de la Organización en materia de derechos humanos, sin integrar las normas pertinentes de ella con las correspondientes disposiciones de la Declaración, como resulta de la práctica seguida por los órganos de la OEA¹⁰⁷.

102. En el mismo sentido, este Tribunal ha señalado en otras oportunidades que los tratados de derechos humanos son instrumentos vivos, cuya interpretación tiene que acompañar la evolución de los tiempos y las condiciones de vida actuales. Tal interpretación evolutiva es consecuente con las reglas generales de interpretación establecidas en el artículo 29 de la Convención Americana, así como con la Convención de Viena¹⁰⁸. Además, el párrafo tercero del artículo 31 de la Convención de Viena autoriza la utilización de medios interpretativos tales como los acuerdos o la práctica o reglas relevantes del derecho internacional que los Estados hayan manifestado sobre la materia del tratado, los cuales son algunos de los métodos que se relacionan con una visión evolutiva del Tratado. De esta forma, con el objetivo de determinar el alcance del derecho a la salud para personas que viven con el VIH, tal y como se deriva de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura de la Carta de la OEA, el Tribunal hará referencia a los instrumentos relevantes del corpus juris internacional.

B.3. El contenido del derecho a la salud

103. En razón de lo anterior, la Corte advierte, en primer término, que la Declaración Americana reconoce en su Artículo XI que toda persona tiene el derecho “a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a [...] la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”. En el mismo sentido, el artículo 10 del Protocolo de San Salvador establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, e indica que la salud es un bien público¹⁰⁹. El mismo artículo establece que, entre las medidas para garantizar el derecho a la salud, los Estados deben impulsar “la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas”, “la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole”, y “la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”.

104. En sentido similar a las obligaciones previstas por la Carta de la OEA, la Declaración Americana, y el Protocolo de San Salvador, en el ámbito universal el PIDESC entiende el derecho a la salud como “el disfrute más alto de bienestar social, físico y mental”, y reconoce la obligación estatal de adoptar medidas para “[l]a prevención y el tratamiento de las

¹⁰⁷ Cfr. *Interpretación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en el marco del artículo 64 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Opinión Consultiva OC-10/89 de 14 de julio de 1989*. Serie A No. 10. párr. 43, y *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 107.

¹⁰⁸ Cfr. *El Derecho a la Información sobre la Asistencia Consular en el Marco de las Garantías del Debido Proceso Legal*. Opinión Consultiva OC-16/99 de 1 de octubre de 1999. Serie A No. 16, párr. 114, y *La institución del asilo y su reconocimiento como derecho humano en el sistema interamericano de protección (interpretación y alcance de los artículos 5, 22.7 y 22.8, en relación con el artículo 1.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos)*. Opinión Consultiva OC-25/18 de 30 de mayo de 2018. Serie A No. 25, párr. 137.

¹⁰⁹ El artículo 10.1 del Protocolo de San Salvador establece: “[t]oda 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; [y] b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado”.

enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas”¹¹⁰.

105. Al respecto, esta Corte ya ha reconocido que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos, y que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente, entendida la salud no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral. El Tribunal ha precisado que la obligación general de protección a la salud se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población¹¹¹.

106. En el mismo sentido, el Tribunal ha establecido que la operatividad de dicha obligación comienza con el deber de regulación, por lo que ha indicado que los Estados son responsables de regular con carácter permanente la prestación de servicios (tanto públicos como privados) y la ejecución de programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de calidad¹¹². La Corte ha tomado en cuenta la Observación General No. 14 del Comité DESC sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud¹¹³. En particular, en dicha Observación destacó que el derecho abarca la atención de salud oportuna y apropiada, así como los siguientes elementos esenciales e interrelacionados de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en cada estado:

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. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, 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

¹¹⁰ Cfr. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Artículo 12, adoptado por la Asamblea General de la ONU mediante la Resolución 2200A (XXI), de 16 de diciembre de 1966 y en vigor desde el 3 de enero de 1976.

¹¹¹ Cfr. *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 118.

¹¹² Cfr. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261., párr. 134, y *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 119.

¹¹³ Cfr. *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 118, y Observación General No. 14: “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, 11 de agosto de 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4, párr. 1.

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 minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

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 adecuadas¹¹⁴.

107. En relación con lo anterior, la Corte concluye que el derecho a la salud se refiere al derecho de toda persona a gozar del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Este derecho abarca la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. El cumplimiento de la obligación del Estado de respetar y garantizar este derecho deberá dar especial cuidado a los grupos vulnerables y marginados, y deberá realizarse de conformidad con los recursos disponibles de manera progresiva y de la legislación nacional aplicable. A continuación, el Tribunal se

¹¹⁴ Cfr. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 152; *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párrs. 120 y 121, y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4, párr. 12.

referirá a las obligaciones específicas que surgen para la atención a la salud para personas que viven con el VIH.

B.3.1. Estándares sobre el derecho a la salud aplicables a personas que viven con el VIH

108. El acceso a medicamentos forma parte indispensable del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud¹¹⁵. Al respecto, la Corte ha retomado el criterio sobre que el acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las de VIH, tuberculosis y paludismo es uno de los elementos fundamentales para alcanzar gradualmente el ejercicio pleno del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental¹¹⁶. En el mismo sentido, el Tribunal ha considerado que los Estados deben adoptar medidas dirigidas a regular el acceso a los bienes, servicios e información relacionados con el VIH, de modo que haya suficientes prestaciones y servicios de prevención y atención de los casos de VIH. También ha señalado que los Estados deben tomar las medidas necesarias para asegurar a todas las personas el suministro de y la accesibilidad a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH, 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 conexas¹¹⁷.

109. En este sentido, la Corte advierte que la Asamblea General de la ONU en la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (en adelante también “Agenda 2030”) previó el objetivo de lograr una vida sana y promover el bienestar universal de las personas en todas las edades, contemplando las condiciones de vulnerabilidad que presentan diferentes personas como aquellas que viven con VIH/SIDA. De esta forma, los Estados, incluido Guatemala, acordaron realizar las acciones necesarias para que para el año 2030 se ponga fin a epidemias como el SIDA y a otras enfermedades transmisibles como el VIH. Además, los Estados se comprometieron a lograr la cobertura sanitaria universal, la cual incluye el acceso a medicamentos y a vacunas para todos¹¹⁸.

110. La Corte también ha señalado que una respuesta eficaz al VIH requiere un enfoque integral que comprende una secuencia continua de prevención, tratamiento, atención y

¹¹⁵ Cfr. *Caso Duque Vs. Colombia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 26 de febrero de 2016. Serie C No. 310, párr. 174, y *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 194. En el mismo sentido, de acuerdo con la Observación General No. 14 del Comité DESC, el derecho al más alto nivel de salud genera obligaciones mínimas, que incluyen “facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS”. Cfr. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4, párr. 41 d).

¹¹⁶ Cfr. *Caso Duque Vs. Colombia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 26 de febrero de 2016. Serie C No. 310, párr. 174, y *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 169.

¹¹⁷ Cfr. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 195, y 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.

¹¹⁸ ONU, Resolución de la Asamblea General “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” A/70/L.1 aprobada el 25 de septiembre de 2015, párrs. 23, 55 y 66, objetivo 3, 3.3 y 3.8, disponible en <https://undocs.org/es/A/RES/70/1>

apoyo¹¹⁹. En primer lugar, esta obligación requiere la disponibilidad en cantidades suficientes de antirretrovirales y otros productos farmacéuticos para tratar el VIH o las enfermedades oportunistas. En ese sentido, el perito Ricardo Boza Cordero explicó que el tratamiento antirretroviral permite controlar el virus en los diferentes fluidos del organismo, pero que no lo elimina. Por esta razón, el tratamiento antirretroviral debe ser estrictamente vigilado y darse por toda la vida después de que la enfermedad haya sido diagnosticada, pues de suspenderse el virus sale de las células y se divide con gran rapidez, con el agravante de que las cepas virales serán resistentes a los fármacos que un paciente esté tomando¹²⁰. En consecuencia, el tratamiento antirretroviral debe ser permanente y constante de acuerdo con el estado de salud del paciente y con sus requerimientos médicos y clínicos.

111. En segundo lugar, la Corte recuerda que la obligación del Estado de garantizar el derecho a la salud de personas que viven con el VIH requiere la realización de pruebas diagnósticas para la atención de la infección, así como el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oportunistas y conexas que puedan surgir¹²¹. La realización de pruebas de laboratorio que permiten la cuantificación de linfocitos TCD4+ y TCD8+ en sangre periférica, así como de la cantidad del VIH en el plasma, es fundamental para el adecuado tratamiento antirretroviral¹²². De esta forma, los exámenes CD4 y de carga viral deben ser realizados cada 6 meses o un año a todos los pacientes que viven con el VIH¹²³, y los exámenes de genotipo deberán ser realizados en tanto un paciente tenga un tratamiento con medicamentos para conocer la posible resistencia a medicamentos antirretrovirales¹²⁴. Adicionalmente, el tratamiento se debe extender a aquellas enfermedades oportunistas y conexas¹²⁵, las cuales aparecen cuando las defensas de un paciente están muy bajas¹²⁶.

112. En tercer lugar, la Corte reitera que la atención para personas que viven con el VIH incluye la buena alimentación y apoyo social y psicológico, así como atención familiar, comunitaria y domiciliaria¹²⁷. En efecto, la atención y apoyo a personas que viven con el VIH no se limita a los medicamentos y los sistemas formales de atención sanitaria, y en cambio

¹¹⁹ Cfr. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 196, y *Caso Duque Vs. Colombia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 26 de febrero de 2016. Serie C No. 310, párr. 176.

¹²⁰ Cfr. Peritaje rendido por Ricardo Boza Cordero en la audiencia pública celebrada ante esta Corte e informe escrito sobre dicho peritaje (expediente de fondo, folio 1467).

¹²¹ Cfr. 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, párr. 24.

¹²² Cfr. Peritaje rendido por Ricardo Boza Cordero en la audiencia pública celebrada ante esta Corte e informe escrito sobre dicho peritaje (expediente de fondo, folio 1468).

¹²³ Cfr. Peritaje rendido por Ricardo Boza Cordero en la audiencia pública celebrada ante esta Corte e informe escrito sobre dicho peritaje (expediente de fondo, folio 1473).

¹²⁴ Cfr. Peritaje rendido por Ricardo Boza Cordero en la audiencia pública celebrada ante esta Corte e informe escrito sobre dicho peritaje (expediente de fondo, folio 1473).

¹²⁵ Cfr. 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, párr. 24.

¹²⁶ Cfr. Peritaje rendido por Ricardo Boza Cordero en la audiencia pública celebrada ante esta Corte e informe escrito sobre dicho peritaje (expediente de fondo, folio 1460).

¹²⁷ Cfr. 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, párr. 26.

exigen tener en cuenta las distintas necesidades de las personas que viven con el VIH¹²⁸. En particular, el apoyo social, que incluye las actividades para el suministro de alimento, el apoyo emocional, y el asesoramiento psicosocial, mejora el cumplimiento de la terapia antirretroviral y mejora la calidad de vida de las personas que viven con el VIH¹²⁹. En el mismo sentido, el apoyo nutricional contribuye para mantener el sistema inmunitario, gestionar las infecciones relacionadas con el VIH, mejorar el tratamiento para el VIH, sostener niveles de actividad física, y prestar apoyo a una calidad de vida óptima¹³⁰.

113. Asimismo, el Tribunal ha reiterado que las tecnologías de prevención del VIH abarcan los preservativos, lubricantes, material de inyección estéril, fármacos antirretrovíricos (por ej., para revenir 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 todos¹³¹. De igual forma, la Corte considera que el acceso a un tratamiento médico debe tener en consideración a los avances técnicos de la ciencia médica.

114. De esta forma, y en relación con lo anteriormente mencionado, el derecho a la salud de las personas que viven con el VIH incluye el acceso a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo de la infección, incluida 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 enfermedades oportunistas y de las enfermedades conexas, así como el apoyo social y psicológico, la atención familiar y comunitaria, y el acceso a las tecnologías de prevención.

115. Así, la primera obligación que se desprende del deber de garantizar el derecho a la salud es la obligación de regular la protección al derecho a la salud para las personas que viven con el VIH. En ese sentido, la Corte constata que la Constitución de Guatemala reconoce que el goce a la salud es un derecho fundamental del ser humano, y que el Estado tiene el deber de velar por la salud y la asistencia social de todos sus habitantes (*supra* párr. 41). Asimismo, el Tribunal constata que el Código de Salud establece la obligación del Estado, a través del Ministerio de Salud Pública, de realizar acciones a fin de velar por la prestación del servicio de salud a los guatemaltecos en forma gratuita, y prevé que el Estado deberá asignar los recursos necesarios para el financiamiento público de los servicios de salud (*supra* párr. 43). En relación con el tratamiento a de enfermedades de transmisión sexual y el SIDA, la Corte constata que el Código de Salud establece que el Ministerio de Salud apoyará el desarrollo específico de programas de educación, detección, prevención y control de ETS, VIH/SIDA (*supra* párr. 43).

116. De manera específica, la Corte advierte que la Ley General para el Combate al VIH/SIDA (*supra* párr. 45) reconoce la infección del VIH como un problema social de urgencia nacional. Esta misma Ley prevé que “[t]oda persona con diagnóstico de VIH/SIDA deberá

¹²⁸ Cfr. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). HIV atención y apoyo. Atención y apoyo al VIH teniendo en cuenta las directrices unificadas de 2016 de la OMS, pág. 12.

¹²⁹ Cfr. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). HIV atención y apoyo. Atención y apoyo al VIH teniendo en cuenta las directrices unificadas de 2016 de la OMS, pág. 22.

¹³⁰ Cfr. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). HIV atención y apoyo. Atención y apoyo al VIH teniendo en cuenta las directrices unificadas de 2016 de la OMS, pág. 26.

¹³¹ Cfr. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 195, y *Caso Duque Vs. Colombia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 26 de febrero de 2016. Serie C No. 310, párr. 176.

recibir atención integral de inmediato”, y que el Ministerio de Salud Pública deberá proveer los servicios de atención a las personas que viven con el VIH, la cual deberá atender sus necesidades físicas, psicológicas y sociales. Asimismo, dicha ley prevé que el Ministerio de Economía y Finanzas implementará un programa que permita el acceso a medicamentos antirretrovirales de calidad, a precios accesibles a personas que viven con el VIH. En el mismo sentido, el Tribunal advierte que el Reglamento de la Ley General para el combate al VIH/SIDA (*supra* párr. 46) establece que el Ministerio de Salud deberá contar con el equipo básico y los insumos necesarios que permitan una atención integral de calidad, lo cual requiere que dicho Ministerio proporcione en las unidades atención integral de calidad, incluyendo el acceso a medicamentos antirretrovirales de acuerdo a los Protocolos nacionales de tratamientos de VIH/SIDA (*supra* párr. 46).

117. En consideración de lo anterior, esta Corte observa que la normativa citada instituía, desde al menos el año 1985, el derecho a la salud como un derecho constitucionalmente protegido, y desde el año 1997 el Código de Salud establecía la obligación del Estado de proveer servicios de educación, detección, prevención y control del VIH. Asimismo, la Corte advierte que, desde el año 2000, fue adoptada una normativa específica para la atención y el seguimiento al VIH/SIDA. En razón de lo anterior, la Corte considera que el Estado reguló adecuadamente la protección al derecho a la salud para personas que viven con el VIH en Guatemala. Corresponde a la Corte verificar si el Estado cumplió con su deber de garantía del derecho a la salud para las presuntas víctimas del caso, para lo cual dividirá su análisis en dos momentos: i) antes del año 2004, y ii) con posterioridad a ese año.

B.4. La afectación del derecho a la salud

B.4.1. Análisis respecto al tratamiento médico recibido por las presuntas víctimas antes del año 2004

118. La controversia en este acápite se centra en si el Estado es internacionalmente responsable por la violación al derecho a la salud como resultado de la atención médica –o la falta de ella– brindada a las presuntas víctimas como personas que viven con el VIH. Asimismo, se refiere a si el Estado debió adoptar medidas diferenciadas de tratamiento para personas que se encontraban en una situación de vulnerabilidad o de riesgo. Finalmente, se refiere a si el Estado es responsable por la violación al principio de progresividad del derecho a la salud. La Corte analizará los hechos del presente caso a la luz de las obligaciones del Estado de garantizar el derecho a la salud de las presuntas víctimas. Para ello, el Tribunal estima necesario diferenciar dos momentos en la atención médica brindada a las presuntas víctimas y de las consecuencias jurídicas que derivan de dicha atención: i) antes del año 2004, y ii) después del año 2004.

119. Al respecto, el Estado ratificó en su escrito de contestación de demanda ante este Tribunal su posición asumida durante el trámite ante la Comisión¹³². En ese sentido, el Estado indicó que antes del año 2004 la mayor parte del tratamiento médico en Guatemala fue asumido por la organización Médicos sin Frontera Suiza y que el Estado sólo financió el tratamiento de 373 personas¹³³. Asimismo, ofreció implementar acciones para asumir en hospitales estatales la atención de las presuntas víctimas a cargo de Médicos sin Fronteras¹³⁴.

¹³² Cfr. Escrito de contestación del Estado (expediente de fondo, folio 853).

¹³³ Cfr. Informe de acciones tomadas por el Estado para el seguimiento y cumplimiento de las medidas cautelares ordenadas (expediente de prueba, folio 231).

¹³⁴ Cfr. Observaciones del Estado de Guatemala sobre las observaciones al informe de admisibilidad No. 32/05 (expediente de prueba, folios 347 y 348).

En ese sentido, la Corte constata que 48 de las presuntas víctimas de este caso no habrían recibido tratamiento médico estatal previo al año 2004¹³⁵. Por lo tanto, la Corte tiene por probado que, antes del año 2004, las presuntas víctimas antes señaladas no recibieron ningún tipo de tratamiento médico estatal o que este fue deficiente para atender su condición como personas que viven con el VIH. Por su parte, el señor Cabrera Morales fue diagnosticado en octubre de 2001 y comenzó a recibir tratamiento antirretroviral proporcionado por el IGSS a partir de diciembre de 2001. No obstante, la Corte constata que tuvo acceso irregular a antirretrovirales y pruebas de CD4 y carga viral, que no le fueron realizados exámenes de genotipo y fenotipo, y que no ha recibido apoyo social ni psicológico, ni atención familiar, comunitaria y domiciliaria de conformidad con los estándares establecidos en esta Sentencia (*supra* párrs. 103 a 114), por lo tanto el tratamiento médico recibido con anterioridad al año 2004 careció de los elementos de disponibilidad, accesibilidad y calidad de la atención en salud. En consecuencia, el Tribunal concluye que el Estado es responsable por la violación al deber de garantía del derecho a la salud, de conformidad con el artículo 26 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento, en perjuicio de las 49 personas señaladas como víctimas en el Anexo 2 de la presente Sentencia.

120. El Tribunal procederá a analizar si el tratamiento médico recibido con posterioridad al año 2004 fue adecuado conforme a los estándares relacionados con el derecho a la salud.

B.4.2. Análisis respecto al tratamiento médico recibido por las presuntas víctimas con posterioridad al año 2004

121. En el presente caso, en primer lugar, la Corte recuerda que el tratamiento médico para personas con VIH requiere la disponibilidad de cantidades suficientes de antirretrovirales y otros productos farmacéuticos para el tratamiento de enfermedades oportunistas. Al respecto, del acervo probatorio, se desprende que 31 de las presuntas víctimas tuvieron acceso irregular, nulo o inadecuado a antirretrovirales por parte del Estado. En ese sentido, el Tribunal constata lo siguiente: i) algunas presuntas víctimas carecieron de acceso a antirretrovirales, ya sea por el prolongado tiempo transcurrido entre el primer diagnóstico de VIH y el inicio del tratamiento, o porque el tratamiento fue insuficiente una vez que tuvieron acceso a él¹³⁶; ii) en otros casos, los pacientes sufrieron desabastecimiento o falta de periodicidad en el suministro de sus medicamentos¹³⁷; iii) por último, en relación a algunas personas se detectaron fallas terapéuticas debido a que el tratamiento antirretroviral causó resistencia, o se probó que las presuntas víctimas requerían un cambio de esquema en su tratamiento, mismo que no fue proporcionado¹³⁸. En relación con el resto de las presuntas

¹³⁵ En este supuesto se encuentran las personas señaladas como víctimas en el anexo 2 de la presente Sentencia, con excepción del señor Felix de Jesús Cabrera Morales.

¹³⁶ En este supuesto se encuentran las siguientes personas: José Cupertino Ramírez, Sebastián Emilio Dueñas, Julia Aguilar, Luis Rubén Isabel Alvarez Flores, Saira Elisa Barrios, Felix de Jesús Cabrera Morales, César Noé Cancinos Gómez, Aracely Cinto, Luis Rolando Cuscul Pivaral, María Felipe Pérez, Mardo Luis Hernández y Hernández, Luis Armando Linares Ruano, Darinel López Montes de Oca, Audencio Rodas Rodríguez, Zoila Marina Pérez Ruíz, Santiago Francisco Valdéz Aguilar, Karen Judith Samayoa Vásquez, Francisco Sop Quiej, Miguel Lucas Vaíl, Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, Petrona López Robledo, Juana Aguilar, Ismerai Olibia García Castañón, Dora Marina Martínez Sofoifa, Teresa Magdalena Ramírez Castro e Iris Carolina Vicente Barillas.

¹³⁷ En este supuesto se encuentran las siguientes personas: Guadalupe Herminia Cayaxon García, Juana Aguilar, Felix de Jesús Cabrera Morales, César Noé Cancinos Gómez, Pascuala de Jesús Mérida Rodríguez, Dora Marina Martínez Sofoifa, Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, Luis Armando Linares Ruano, Marta Alicia Maldonado Paz, Zoila Marina Pérez Ruíz, Miguel Lucas Vaíl y Silvia Mirtala Alvarez Villatoro.

¹³⁸ En este supuesto se encuentran las siguientes personas: José Rubén Delgado López, Guadalupe Herminia Cayaxon García y Silvia Mirtala Alvarez Villatoro.

víctimas, el Tribunal carece de información suficiente para determinar su situación respecto al tratamiento antirretroviral.

122. En segundo lugar, el Tribunal recuerda que la obligación del Estado de garantizar el derecho a la salud para personas que viven con el VIH requiere la realización de pruebas diagnósticas para la atención de la infección y de enfermedades oportunistas, las cuales son fundamentales para prescribir el tratamiento antirretroviral adecuado. De la misma forma, la falta de pruebas periódicas genera un riesgo de que el paciente reciba un tratamiento inadecuado o bien que el virus cause resistencia a los medicamentos antirretrovirales aumentando así el riesgo de contagio de enfermedades oportunistas. En relación con el presente caso, el Tribunal advierte que 39 de las presuntas víctimas no tuvieron acceso a pruebas periódicas de CD4, carga viral, fenotipo y genotipo, y en algunos casos los pacientes carecieron de la realización de todas las pruebas¹³⁹. Específicamente, la Corte constata que en algunos casos no fueron practicadas pruebas de CD4 y/o carga viral¹⁴⁰, en otros casos no se les ha practicado exámenes de genotipo y/o fenotipo¹⁴¹, y la mayoría de las víctimas ha carecido de la realización periódica de exámenes¹⁴² en conformidad con los estándares establecidos para la adecuada atención y seguimiento del tratamiento médico integral para las personas que viven con el VIH, o bien en algún momento ha tenido que cubrir el costo de los mismos¹⁴³. Adicionalmente, la Corte constata que, como consecuencia de lo anterior, numerosas víctimas adquirieron enfermedades oportunistas que tampoco fueron atendidas (*infra*, párrs. 159 y 164).

123. En tercer lugar, el Tribunal recuerda que la atención de personas que viven con el VIH incluye la buena alimentación, el apoyo social y psicológico, así como la atención social y comunitaria y domiciliaria. En ese sentido, en el presente caso, la Corte constata que 22 de las presuntas víctimas no recibieron apoyo social durante su tratamiento o este fue insuficiente,¹⁴⁴ o sólo fue brindado por alguna Organización No Gubernamental o grupo de

¹³⁹ En este supuesto se encuentran Rita Mariana Dubón Orozco y Petrona López Robledo, quienes no tuvieron acceso a ningún tipo de examen médico y ya fallecieron.

¹⁴⁰ En este supuesto se encuentran las siguientes personas: Elsa Miriam Estrada Ruiz y Sebastián Emilio Dueñas, a quienes no les han sido practicados los exámenes de Carga Viral y/o CD4.

¹⁴¹ En este supuesto se encuentran las siguientes personas: Luis Edwin Cruz Gramajo, Felipe Tebalan Ordoñez, Felix de Jesus Cabrera Morales, César Noé Cancinos Gómez, Luis Rolando Cuscul Pivaral, María Felipe Pérez, Mardo Luis Hernández y Hernández, Pascuala de Jesús Mérida Rodríguez, Ismerai Olibia García Castañon y al señor Audencio Rodas Rodríguez, a quienes no les fueron practicados los exámenes de genotipo y/o fenotipo.

¹⁴² En este supuesto se encuentran las siguientes personas: María Blanca Vail López, José Rubén Delgado López, Silvia Mirtala Alvarez Villatoro, Melvin Yovani Ajtun Escobar, José Cupertino Ramírez, Julia Aguilar, Felipe Tebalan Ordoñez, Luis Rubén Isabel Alvarez Flores, Felix de Jesús Cabrera Morales, César Noé Cancinos Gómez, Aracely Cinto, María Felipe Pérez, Santos Isacar Vázquez Barrios, Luis Armando Linares Ruano, Marta Alicia Maldonado Paz, Dora Marina Martínez Sofoifa, Pascuala de Jesús Mérida Rodríguez, Darinel López Montes de Oca, Israel Pérez Charal, Audencio Rodas Rodríguez, Zoila Marina Pérez Ruíz, Santiago Francisco Valdéz Aguilar, Teresa Magdalena Ramírez Castro, Karen Judith Samayoa Vásquez, Francisco Sop Quiej, Jorge Armando Tavares Barreno, Miguel Lucas Vail, Santos Vásquez Oliveros, Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, Guadalupe Herminia Cayaxon García y Martina Candelaria Álvarez Estrada, quienes sufrieron de acceso deficiente o irregular a exámenes ya sea de carga viral, CD4, genotipo o fenotipo, o bien manifestaron haber tenido que cubrir el costo de los mismos.

¹⁴³ Respecto a Ingrid Janeth Barillas Martínez, Olga Marina Castillo, Juana Aguilar, Iris Carolina Vicente Barillas y Saira Elisa Barrios, esta Corte no cuenta con información suficiente para determinar su situación frente al acceso a las mencionadas pruebas. En cambio, respecto a Corina Dianeth Robledo Alvarado, este Tribunal constata que la mencionada manifestó haber recibido de manera periódica los exámenes enunciados.

¹⁴⁴ En este supuesto se encuentran las siguientes personas: Melvin Yovani Ajtun Escobar, Julia Aguilar, Felipe Tebalan Ordoñez, Saira Elisa Barrios, César Noé Cancinos Gómez, Luis Rolando Cuscul Pivaral, María Felipe Pérez, Ismerai Olibia García Castañon, Santos Isacar Vázquez Barrios, Luis Armando Linares Ruano, Pascuala de Jesús Mérida Rodríguez, Darinel López Montes de Oca, Corina Dianeth Robledo Alvarado, Audencio Rodas Rodríguez, Francisco Sop Quiej y Santos Vásquez Oliveros.

apoyo¹⁴⁵. Esto incluyó deficiencias en materia de apoyo nutricional, psicológico y atención comunitaria y domiciliaria. En relación con el resto de las presuntas víctimas, el Tribunal carece de información suficiente para determinar su situación respecto al apoyo social recibido.

124. En cuarto lugar, la Corte recuerda que el derecho a la salud tiene como uno de sus elementos que los sectores más vulnerables o marginados de la población tengan acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud, los cuales deben estar al alcance geográfico y económico (*supra* párr. 106). En el presente caso, la Corte constata i) que la señora Corina Dianeth Robledo Alvarado tuvo que endeudarse debido a los gastos que generó el traslado de cinco horas de su domicilio a la clínica Roosevelt; ii) la señora Dora Marina Martínez Sofoifa tuvo que acudir a sus citas en la madrugada y esperar junto a la sala de emergencias debido a la distancia, costo y peligros de la zona donde vive hasta la clínica a la cual debe acudir; iii) que el señor Francisco Sop Quiej declaró que ha debido recurrir a préstamos con familiares y amigos para cubrir su traslado a la clínica puesto que demora dos horas de camino, gasta 60 quetzales por viaje y no siempre puede costearlo; iv) que Zoila Marina Pérez Ruíz tiene que viajar 5 horas para atenderse, razón por la cual dejó de asistir a las terapias por falta de recursos económicos; y v) que el señor Miguel Lucas Vaíl debe realizar un gasto de 150 quetzales para acudir a la clínica y además demora 5 horas en llegar.

125. La Corte considera que la distancia entre el centro de salud y la precaria condición económica de 5 presuntas víctimas constituyó un obstáculo para desplazarse a los centros de salud, lo cual impactó su posibilidad para recibir atención médica, y por lo tanto sus posibilidades de iniciar o continuar su tratamiento de manera adecuada. En este sentido, el Tribunal advierte que la condición económica en que viven las presuntas víctimas fue un factor determinante en su posibilidad de acceder a los establecimientos, bienes y servicios de salud, y que el Estado no realizó ninguna acción destinada a mitigar este impacto. En consecuencia, la Corte considera que las señoras Corina Dianeth Robledo Alvarado, Dora Marina Martínez Sofoifa y Zoila Marina Pérez Ruíz, así como los señores Francisco Sop Quiej y Miguel Lucas Vaíl no tuvieron un acceso adecuado a la atención médica debido a su posición económica y la lejanía de su residencia. En relación con el resto de las presuntas víctimas, el Tribunal carece de información suficiente para determinar si su situación económica o la ubicación geográfica de su domicilio constituyeron obstáculos para recibir atención médica.

126. Al respecto, la Corte considera que al haber sido acreditado el acceso irregular, nulo e inadecuado a antirretrovirales (*supra* párr. 121), la falta de acceso a pruebas periódicas de CD4, carga viral, fenotipo y genotipo (*supra* párr. 122), el inadecuado o nulo apoyo social (*supra* párr. 123), y la imposibilidad de acceso a los centros de salud por razones económicas o de ubicación de los domicilios de algunas de las presuntas víctimas del caso (*supra* párr. 125), el Estado incumplió con su deber de garantía del derecho a la salud en tanto sus omisiones son incompatibles con los elementos de disponibilidad, accesibilidad y calidad de la atención a la salud. Los elementos de disponibilidad y calidad requieren que exista un número suficiente de bienes, servicios y medicamentos necesarios para la atención a la salud, los cuales además deben ser apropiados desde el punto de vista médico y de buena calidad, lo cual no ocurrió en el presente caso. El elemento de accesibilidad requiere que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles de hecho y de derecho para los sectores más vulnerables y marginados, y que estén a una distancia geográfica razonable, situación que tampoco ocurrió en el presente caso.

¹⁴⁵ En este supuesto se encuentran las siguientes personas: María Blanca Vaíl López, Silvia Mirtala Alvarez Villatoro, Sebastián Emilio Dueñas, Luis Rubén Isabel Alvarez Flores, Santiago Francisco Valdéz Aguilar y Zoila Marina Pérez Ruíz.

127. En consecuencia, la Corte concluye que el Estado no garantizó el derecho a la salud de Rita Mariana Dubón Orozco, Luis Edwin Cruz Gramajo, Petrona López Robledo, Maria Blanca Vaíl López, Guadalupe Herminia Cayaxon García, José Rubén Delgado López, Elsa Miriam Estrada Ruíz, Silvia Mirtala Álvarez Villatoro, Juana Aguilar, Melvin Yovani Ajtun Escobar, José Cupertino Ramírez, Sebastián Emilio Dueñas, Julia Aguilar, Felipe Tebalan Ordoñez, Martina Candelaria Alvarez Estrada, Luis Rubén Isabel Alvarez Flores, Saira Elisa Barrios, Felix de Jesús Cabrera Morales, César Noé Cancinos Gómez, Aracely Cinto, Luis Rolando Cuscul Pivaral, María Felipe Pérez, Ismerai Olibia García Castañon, Santos Isacar Vásquez Barrios, Mardo Luis Hernández y Hernández, Luis Armando Linares Ruano, Marta Alicia Maldonado Paz, Dora Marina Martínez Sofoifa, Pascuala de Jesús Mérida Rodríguez, Darinel López Montes de Oca, Israel Perez Charal, Corina Dianeth Robledo Alvarado, Audencio Rodas Rodríguez, Zoila Marina Pérez Ruíz, Santiago Francisco Valdéz Aguilar, Teresa Magdalena Ramírez Castro, Karen Judith Samayoa Vásquez, Francisco Sop Quiej, Jorge Armando Tavares Barreno, Miguel Lucas Vaíl, Santos Vásquez Oliveros, Iris Carolina Vicente Barillas y Sandra Lisbeth Zepeda Herrera. Por tanto, el Estado es responsable por la violación al deber de garantía del derecho a la salud, de conformidad con el artículo 26 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento.

B.4.3. Análisis respecto a los alcances de la discriminación ocurrida en el presente caso

128. Los representantes alegaron que el Estado discriminó a las presuntas víctimas del caso al no garantizarles una atención integral, accesible, aceptable y de calidad, tomando en cuenta las diversas situaciones de vulnerabilidad que enfrentaron. Asimismo, alegaron que el Estado no adoptó medidas de atención integral para las presuntas víctimas que tomaran en cuenta los diversos factores de vulnerabilidad que confluyeron y generaron una forma específica de discriminación resultante en la intersección de dichos factores. En razón de ello, la Corte analizará si existió discriminación en el presente caso. De la misma forma, teniendo en cuenta que en este caso se alega que varias personas fueron víctimas de discriminación por motivos coincidentes, este Tribunal realizará, en lo pertinente, un análisis de cada uno de los motivos presuntamente discriminatorios de manera separada. Lo anterior sin perjuicio de que la Corte comprende que la confluencia de factores de discriminación de manera interseccional resulta en una experiencia discriminatoria que se diferencia de la simple acumulación, en contra de una persona, de distintas causas discriminación¹⁴⁶.

129. Al respecto, la Corte recuerda que, como condición transversal de la accesibilidad a los servicios de salud¹⁴⁷, el Estado está obligado a garantizar un trato igualitario a todas las personas. De esta forma, de conformidad con el artículo 1.1 de la Convención Americana no son permitidos tratos discriminatorios¹⁴⁸, "por motivos de raza, color, sexo, [...] posición

¹⁴⁶ Cfr. *Caso Ramírez Escobar y otros Vs. Guatemala. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 9 de marzo de 2018. Serie C No. 351, párr. 277.

¹⁴⁷ Cfr. *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 122. Cfr. Observación General No. 14: "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", 11 de agosto de 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4, párr. 12. Al respecto, se expresa en la Observación General que la accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas, una de ellas es la no discriminación, la cual consiste en que 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.

¹⁴⁸ Cfr. *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 122.

económica, nacimiento o cualquier otra condición social”¹⁴⁹. El Tribunal recuerda que los criterios específicos en virtud de los cuales está prohibido discriminar, según el artículo 1.1 de la Convención Americana, no son un listado taxativo o limitativo sino meramente enunciativo. Por el contrario, la redacción de dicho artículo deja abiertos los criterios con la inclusión del término “otra condición social” para incorporar así a otras categorías que no hubiesen sido explícitamente indicadas¹⁵⁰.

130. En ese sentido, la Corte señala que, en la esfera de protección de la Convención, el VIH es un motivo por el cual está prohibida la discriminación en el marco del término “otra condición social” establecido en el artículo 1.1 de la Convención¹⁵¹. La Corte resalta que el derecho a la igualdad y no discriminación abarca dos concepciones: una negativa relacionada con la prohibición de diferencias de trato arbitrarias, y una positiva relacionada con la obligación de los Estados de crear condiciones de igualdad real frente a grupos que han sido históricamente excluidos o que se encuentran en mayor riesgo de ser discriminados¹⁵², como es el caso de las personas que viven con el VIH¹⁵³. La adopción de medidas positivas se acentúa en relación con la protección de personas en situación de vulnerabilidad o en situación de riesgo, quienes deben tener garantizado el acceso a los servicios médicos de salud en vía de igualdad¹⁵⁴.

131. De esta forma, la obligación de los Estados en el respeto y garantía del derecho a la salud adquiere una dimensión especial en materia de protección a personas en situación de vulnerabilidad. La Corte reconoce que las personas que viven en una situación de pobreza a menudo tienen un acceso inequitativo a los servicios e información en materia de salud, lo que los expone a un mayor riesgo de infección y de recibir una atención médica inadecuada o incompleta¹⁵⁵. El Tribunal también advierte la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran mujeres que viven con el VIH, sobre todo aquellas que se encuentran en edad reproductiva.

132. Por otro lado, el Tribunal ha señalado que la extrema pobreza y la falta adecuada de atención médica a mujeres en estado de embarazo o post-embarazo son causas de alta mortalidad y morbilidad materna, por lo que los Estados deben brindar políticas de salud adecuadas que permitan ofrecer asistencia con personal entrenado adecuadamente para la atención de los nacimientos, políticas de prevención de la mortalidad materna a través de controles pre-natales y post-parto adecuados, e instrumentos legales y administrativos en políticas de salud que permitan documentar adecuadamente los casos de mortalidad

¹⁴⁹ Cfr. *Caso Veliz Franco y Otros Vs. Guatemala. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 19 de mayo de 2014. Serie C No. 277, párr. 204, y *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 122.

¹⁵⁰ Cfr. *Caso Atala Riffo y niñas Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 24 de febrero de 2012. Serie C No. 239 párr. 85, y *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 122.

¹⁵¹ Cfr. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 255.

¹⁵² Cfr. *Caso Furlan y familiares Vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Serie C No. 246, párr. 267, y *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 123.

¹⁵³ Cfr. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 236.

¹⁵⁴ Cfr. *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 123.

¹⁵⁵ *Mutatis mutandi*, *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214, párr. 233.

materna¹⁵⁶. Asimismo, la Corte ha reconocido que, en virtud del artículo 19 de la Convención, el Estado debe asumir una posición especial de garante con mayor cuidado y responsabilidad, y debe tomar medidas especiales orientadas en el principio del interés superior del niño¹⁵⁷.

133. En el mismo sentido, el Tribunal advierte que el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer recomendó que en los programas de lucha contra el SIDA se preste especial atención a los derechos y necesidades de las mujeres y los niños y a los factores que se relacionan con la función de reproducción de la mujer y su posición subordinada en algunas sociedades, lo que la hace especialmente vulnerable al contagio del VIH¹⁵⁸. Asimismo, el Comité DESC ha señalado que los Estados deben tener como objetivo asegurar el acceso universal sin discriminación a todas las personas, entre ellas a las que pertenezcan a grupos desfavorecidos y marginados, a toda una serie de servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la atención de la salud materna y la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA¹⁵⁹.

134. De igual forma, la Corte advierte que OACNUDH y ONUSIDA han señalado en la octava directriz internacional sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos que los Estados deben fomentar un entorno protector y habilitante para las mujeres, los niños y otros grupos vulnerables, combatiendo los prejuicios y desigualdades causantes de esa vulnerabilidad¹⁶⁰. Esta directriz ha sido interpretada en el sentido que los Estados deben apoyar los servicios adecuados, accesibles y eficaces para la prevención y atención en materia de VIH, diseñados por y para las poblaciones de mayor riesgo, así como que deben velar porque todas las mujeres en edad fecunda tengan acceso a la información y asesoramiento preciso y amplio sobre la prevención de la transmisión del VIH y el riesgo de transmisión vertical de éste, así como los recursos disponibles para minimizar ese riesgo¹⁶¹.

135. En relación con lo anterior, la Corte advierte que 25 de las presuntas víctimas de este caso son mujeres, de las cuales 5 estaban embarazadas al momento de ser diagnosticadas con el VIH, o estuvieron embarazadas con posterioridad a su diagnóstico¹⁶².

136. Al respecto, la Corte constata lo siguiente: i) que la señora Sandra Lisbeth Zepeda Herrera fue diagnosticada con VIH cuando tenía 7 meses de embarazo, sin embargo no recibió tratamiento adecuado para evitar la transmisión vertical del virus, lo cual efectivamente

¹⁵⁶ Cfr. *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214, párr. 233.

¹⁵⁷ Cfr. *Caso de la "Masacre de Mapiripán" Vs. Colombia*. Sentencia de 15 de septiembre de 2005. Serie C No. 134, párr. 152 y *Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 29 de marzo de 2006. Serie C No. 146, párr. 177.

¹⁵⁸ Cfr. Naciones Unidas. Comité Para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer. Recomendación General No. 15: Necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), 9º período de sesiones, 1990, U.N. Doc. A/45/38, apartado b).

¹⁵⁹ Cfr. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 22: relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto), 2 de mayo de 2016, U.N. Doc. EC.12/GC/22, párr. 45.

¹⁶⁰ Cfr. 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, octava directriz.

¹⁶¹ Cfr. 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, octava directriz, págs. 52-54.

¹⁶² En este supuesto se encuentran: Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, Pascuala de Jesús Mérida, Saira Elisa Barrios, Corina Dianeth Robledo y Dora Marina Martínez.

ocurrió¹⁶³; ii) que la señora Pascuala de Jesús Mérida Rodríguez tenía 5 meses de embarazo cuando fue diagnosticada con el VIH, y que aun cuando recibió tratamiento antirretroviral por parte de MSF durante su embarazo, el personal médico del hospital donde dio a luz a su hijo se negó a practicarle una cesárea programada, lo cual puso en riesgo de transmisión vertical a su hijo¹⁶⁴; y iii) que en lo que respecta a la atención recibida por las señoras Saira Elisa Barrios, Corina Dianeth Robledo Alvarado y Dora Marina Martínez Sofoifa, la Corte no cuenta con suficientes elementos que permitan determinar acciones u omisiones estatales relacionadas con su atención como mujeres embarazadas que viven con el VIH.

137. En consecuencia, el Tribunal considera que no otorgar tratamiento antirretroviral a la señora Zepeda Herrera cuando estaba embarazada, y no haber practicado un parto por cesárea a la señora Jesús Mérida, cuando esta estaba programada como una medida preventiva, constituyó una forma de discriminación basada en género, pues el Estado omitió brindar una adecuada atención médica a mujeres que viven con el VIH en estado de embarazo, lo cual tuvo un impacto diferenciado y generó un riesgo de transmisión vertical del VIH a sus hijos. La Corte advierte que, según información presentada ante este Tribunal por el perito Oscar Cabrera, la transmisión del VIH materno-infantil es una prioridad para eliminar el VIH en los niños, pues más del 90% de los niños con VIH se infectan a través de su madre durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y la lactancia, y que sin intervención más de la mitad de los niños con VIH morirán en los primeros dos años de vida¹⁶⁵.

138. Además, el Tribunal considera que las condiciones de mujeres que viven con el VIH, y en situación de embarazo, confluyeron de manera interseccional en las señoras Zepeda Herrera y Jesús Mérida, quienes por sus condiciones formaban parte de un grupo vulnerable por lo que su discriminación fue el producto de varios factores que interseccionaron y que se condicionaron entre sí. En ese sentido, la Corte recuerda que la discriminación interseccional es resultado de la confluencia de distintos factores de vulnerabilidad o fuentes de discriminación asociados a ciertas condiciones de una persona. En ese sentido, tal y como lo ha señalado el Tribunal, la discriminación de la mujer por motivos de sexo y género está unida de manera indivisible a otros factores que afectan a la mujer, y que este tipo de discriminación puede afectar a las mujeres de algunos grupos de diferente medida o forma que a los hombres. De esta forma, los Estados deben reconocer y prohibir en sus instrumentos jurídicos estas formas entrecruzadas de discriminación y su impacto negativo combinado en las mujeres afectadas, así como aprobar y poner en práctica políticas y programas para eliminar estas situaciones¹⁶⁶.

139. En consecuencia, la Corte concluye que el Estado es responsable por la violación de la prohibición de discriminación en relación con la obligación de garantizar el derecho a la salud, consagrado en el artículo 26 de la Convención, en relación con el artículo 1.1, en perjuicio de las señoras Sandra Lisbeth Zepeda Herrera y de Pascuala de Jesús Mérida Rodríguez.

B.4.4. La violación al principio de progresividad en materia de derecho a la salud

¹⁶³ Cfr. Declaración rendida por Sandra Lisbeth Zepeda Herrera ante fedatario público de 15 de diciembre de 2016 (expediente de prueba, folio 11544).

¹⁶⁴ Cfr. Declaración rendida por Pascuala De Jesús Mérida Rodríguez de Maldonado ante fedatario público de 11 de enero de 2017 (expediente de prueba, folio 11763).

¹⁶⁵ Cfr. Peritaje rendido por Oscar Cabrera de 6 de marzo de 2018 (expediente de fondo, folio 1707).

¹⁶⁶ Cfr. *Caso Ramírez Escobar y otros Vs. Guatemala. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 9 de marzo de 2018. Serie C No. 351., párr. 276, y Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer, Recomendación General No. 28 relativa al artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 16 de diciembre de 2010, U.N. Doc. CEDAW/C/GC/28, párr. 18.

140. La Corte recuerda que una de las controversias del presente caso se refiere a si el Estado violó el principio de progresividad contenido en el artículo 26 de la Convención, por las alegadas medidas regresivas que habría adoptado en detrimento a la plena realización del derecho a la salud para personas que viven con el VIH en Guatemala. En ese sentido, los representantes sostuvieron que el Estado, a pesar de tener conocimiento de la existencia de una epidemia de VIH en su territorio, adoptó medidas regresivas y no dispuso del máximo de sus recursos disponibles para prevenir la propagación del virus y garantizar el derecho a la salud. Específicamente, los representantes se refirieron a las barreras legales en materia de patentes que han impedido el abastecimiento permanente de medicamentos de bajo costo por parte del sistema de salud público. De igual forma, los representantes se refirieron a obstáculos en materia de contratación administrativa y a actos de corrupción.

B.4.1.1. Estándares sobre el derecho a la salud aplicable en relación con el principio de progresividad

141. La Corte considera pertinente reiterar lo señalado anteriormente, en el sentido que, en virtud del artículo 26 de la Convención, este Tribunal es plenamente competente para analizar violaciones a los derechos que derivan de las normas económicas, sociales y de educación, ciencia y cultura contenidas en la Carta de la OEA (*supra* párr. 97). Asimismo, el Tribunal reitera que existen dos tipos de obligaciones que derivan de dichas normas: aquellas de exigibilidad inmediata, y aquellas de carácter progresivo. Respecto a las segundas, la Corte considera que el desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales no podrá lograrse en un breve periodo de tiempo y que, en esa medida, “requiere un dispositivo de flexibilidad necesaria que refleje las realidades del mundo y las dificultades que implica para cada país el asegurar dicha efectividad”¹⁶⁷.

142. El Tribunal también ha determinado que en el marco de dicha flexibilidad en cuanto al plazo y modalidades de realización, el Estado tendrá esencialmente, aunque no exclusivamente, una obligación de hacer, es decir, de adoptar providencias y brindar los medios y elementos necesarios para responder a las exigencias de efectividad de los derechos involucrados, siempre en la medida de los recursos económicos y financieros de que disponga para el cumplimiento del respectivo compromiso internacional adquirido¹⁶⁸. Así, la implementación progresiva de dichas medidas podrá ser objeto de rendición de cuentas y, de ser el caso, el cumplimiento del respectivo compromiso adquirido por el Estado podrá ser exigido ante las instancias llamadas a resolver eventuales violaciones a los derechos humanos¹⁶⁹.

143. Como correlato de lo anterior, la Corte ha considerado que se desprende un deber – si bien condicionado – de no regresividad, que no siempre deberá ser entendido como una prohibición de medidas que restrinjan el ejercicio de un derecho. Al respecto, el Tribunal ha retomado lo señalado por el CDESC en el sentido que “las medidas de carácter

¹⁶⁷ Cfr. *Caso Acevedo Buendía y otros (“Cesantes y Jubilados de la Contraloría”) Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de julio de 2009. Serie C No. 198, párr. 102, y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto), 14 de diciembre de 1990, U.N. Doc. E/1991/23, párr. 9.

¹⁶⁸ Cfr. *Caso Acevedo Buendía y otros (“Cesantes y Jubilados de la Contraloría”) Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de julio de 2009. Serie C No. 198, párr. 102, y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Declaración sobre la “Evaluación de la obligación de adoptar medidas hasta el ‘máximo de los recursos de que disponga’ de conformidad con un protocolo facultativo del Pacto”, 21 de septiembre de 2007, U.N. Doc. E/C.12/2007/1, párrs. 8 y 9.

¹⁶⁹ Cfr. *Caso Acevedo Buendía y otros (“Cesantes y Jubilados de la Contraloría”) Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de julio de 2009. Serie C No. 198, párr. 102.

deliberadamente re[gresivo] en este aspecto requerirán la consideración más cuidadosa y deberán justificarse plenamente por referencia a la totalidad de los derechos previstos en el Pacto [Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales] y en el contexto del aprovechamiento pleno del máximo de los recursos de que [el Estado] disponga”¹⁷⁰. En la misma línea, la Comisión Interamericana ha considerado que para evaluar si una medida regresiva es compatible con la Convención Americana, se deberá “determinar si se encuentra justificada por razones de suficiente peso”¹⁷¹. Por todo lo expuesto, cabe afirmar que esta faceta del principio de progresividad resulta justiciable cuando de derechos económicos, sociales, culturales y ambientales se trate.

B.4.1.2. Análisis respecto al cumplimiento de las obligaciones de progresividad con anterioridad al año 2004

144. Este Tribunal ya consideró, en la presente sentencia (*supra* párrs. 118 a 127), que el Estado violó el derecho a la salud de 49 víctimas al no garantizarles un adecuado tratamiento médico como personas que viven con el VIH. En cambio, a continuación la Corte abordará el alegato relacionado con que el Estado violó el compromiso establecido en el artículo 26 en relación con el cumplimiento de sus obligaciones de progresividad. Esta obligación consiste en la adopción de providencias, especialmente económicas y técnicas –en la medida de los recursos disponibles, sea por vía legislativa u otros medios apropiados- para lograr progresivamente la plena efectividad de ciertos derechos económicos, sociales, culturales y ambientales. Asimismo, el Tribunal recuerda que la realización progresiva de los DESCAs significa que los Estados partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena efectividad de los DESCAs¹⁷². En ese sentido, la Corte reitera que la obligación de progresividad:

(...) no debe interpretarse en el sentido que, durante su periodo de implementación, dichas obligaciones se priven de contenido específico, lo cual tampoco implica que los Estados puedan aplazar indefinidamente la adopción de medidas para hacer efectivos

¹⁷⁰ Cfr. *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. 103; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto), 14 de diciembre de 1990, U.N. Doc. E/1991/23. De acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “[e]n caso de que un Estado Parte aduzca ‘limitaciones de recursos’ para explicar cualquier medida regresiva que haya adoptado, [...] examinará esa información en función de las circunstancias concretas del país de que se trate y con arreglo a los siguientes criterios objetivos: a) [e]l nivel de desarrollo del país; b) [l]a gravedad de la presunta infracción, teniendo particularmente en cuenta si la situación afecta al disfrute de los derechos básicos enunciados en el Pacto; c) [l]a situación económica del país en ese momento, teniendo particularmente en cuenta si el país atraviesa un período de recesión económica; d) [l]a existencia de otras necesidades importantes que el Estado Parte deba satisfacer con los recursos limitados de que dispone; por ejemplo, debido a un reciente desastre natural o a un reciente conflicto armado interno o internacional; e) [s]i el Estado Parte trató de encontrar opciones de bajo costo[,] y f) [s]i el Estado Parte recabó cooperación y asistencia de la comunidad internacional o rechazó sin motivos suficientes los recursos ofrecidos por la comunidad internacional para la aplicación de lo dispuesto en el Pacto”. Cfr. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Declaración sobre la “Evaluación de la obligación de adoptar medidas hasta el ‘máximo de los recursos de que disponga’ de conformidad con un protocolo facultativo del Pacto”, 21 de septiembre de 2007, U.N. Doc. E/C.12/2007/1, párr. 10.

¹⁷¹ Cfr. *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. 103, Informe de Admisibilidad y Fondo No. 38/09, Caso 12.670, Asociación Nacional de Ex Servidores del Instituto Peruano de Seguridad Social y Otras Vs. Perú, emitido por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 27 de marzo de 2009, párrs. 140 a 147.

¹⁷² Cfr. *Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 104 y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14: “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, 11 de agosto de 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4, párr. 31.

los derechos en cuestión, máxime luego de casi cuarenta años de la entrada en vigor del tratado interamericano. Asimismo, se impone por tanto, la obligación de no regresividad frente a la realización de los derechos alcanzados”¹⁷³.

145. Teniendo en cuenta que lo que está bajo análisis se refiere a las medidas específicas que, en concepto de la Comisión y de los representantes, habrían sido regresivas para prevenir y combatir el virus del VIH en Guatemala, la Corte aclara que en el presente caso no corresponde evaluar si la actual política pública estatal en materia de combate al VIH es insuficiente en relación con las obligaciones previstas por el artículo 26 de la Convención. De hecho, la Corte advierte que el Estado ha impulsado un conjunto de acciones para combatir la epidemia del VIH en Guatemala. Estas acciones fueron expresadas por el Estado en diversas ocasiones ante esta Corte, e incluyen la promulgación de leyes y decretos, acuerdos gubernativos, protocolos de atención, convenios de cooperación y manuales (*supra* párrs. 41 a 54). Asimismo, la Corte advierte que el Estado ha aumentado progresivamente el presupuesto asignado para el combate al VIH desde el año 2004 hasta el año 2017, y que ha adoptado otras medidas de política pública encaminadas a lograr una mayor protección de la población.

146. Sin perjuicio de lo anterior, el Tribunal reitera que las obligaciones de realización progresiva de los DESCAs requiere la continua realización de acciones para la consecución del pleno goce de estos derechos. De esta forma, la dimensión progresiva de protección de los DESCAs, si bien reconoce una cierta gradualidad para su realización, también incluye un sentido de progreso, que requiere la mejora efectiva de las condiciones de goce y ejercicio de estos derechos, de forma tal que se corrijan las desigualdades sociales y se facilite la inclusión de grupos vulnerables. En esta lógica, la obligación de realización progresiva prohíbe la inactividad del Estado en su tarea de implementar acciones para lograr la protección integral de los derechos, sobre todo en aquellas materias donde la ausencia total de protección estatal coloca a las personas ante la inminencia de sufrir un daño a su vida o su integridad personal. Este riesgo ocurre en relación con personas que viven con el VIH que no reciben atención médica adecuada. Por ende, la Corte considera que el Estado incumple sus obligaciones convencionales de realización progresiva al no contar con políticas públicas o programas que *de facto* –y no sólo *de jure*– le permitan avanzar en el cumplimiento de su obligación de lograr la plena efectividad del derecho a la salud.

147. En efecto, la determinación sobre cuándo el Estado ha incumplido con este deber deberá realizarse atendiendo las circunstancias particulares de la legislación de un Estado y los recursos disponibles. Sin embargo, la Corte reconoce que el margen con el que gozan los Estados para la realización efectiva de los DESCAs no justifica la inacción en su protección. En este sentido, en el presente caso, el Tribunal recuerda que ha quedado demostrado que el Estado, a pesar de contar con una serie de leyes y programas diseñados para la atención de personas que viven con el VIH, no proveyó tratamiento médico antes del año 2004 para garantizar el derecho a la salud de dichas personas, salvo para atender a un número limitado de personas, confiando esta tarea en la acción de organizaciones no gubernamentales. El Estado reconoció esta situación en diversos momentos ante el Tribunal y buscó justificar la falta de atención médica progresiva antes del año 2004, a pesar de la existencia de legislación interna que establecía una obligación de protección para diversas autoridades. De esta forma, la Corte considera que la inacción por parte del Estado, antes del año 2004, constituyó un incumplimiento de las obligaciones estatales en materia de protección progresiva del derecho a la salud, en violación al artículo 26 de la Convención Americana.

¹⁷³ Cfr. *Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 104.

148. En consecuencia, debido a la inacción estatal en materia de protección al derecho a la salud de la población de personas que viven con el VIH, a pesar de la existencia de una obligación internacional y de una regulación estatal, la Corte concluye que el Estado es responsable por la violación al principio de progresividad contenido en el artículo 26 de la Convención, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento.

B.4.1.3. Análisis respecto al cumplimiento de las obligaciones de progresividad en relación con las alegadas barreras legales en materia de propiedad intelectual y contratación administrativa

149. Por otro lado, la Corte advierte que la solicitud de los representantes se refiere específicamente a las barreras legales en materia de propiedad intelectual y a algunas prácticas en la contratación administrativa que habrían constituido medidas regresivas al haber impedido el abastecimiento permanente en el sistema de salud de medicamentos antirretrovirales. En opinión de los representantes, estas barreras le habrían impedido al Estado disponer del máximo de sus recursos para prevenir la propagación del virus y de garantizar el derecho a la salud. Al respecto, en primer lugar, la Corte advierte que la Comisión no hizo referencia directa a la Ley de Propiedad Industrial en su Informe de Fondo como un obstáculo al cumplimiento de las obligaciones estatales para la atención al VIH, sino que mencionó algunos compromisos asumidos por el gobierno en el marco de una reunión sostenida entre el Presidente de Guatemala, el Ministerio de Salud Pública, la Directora Ejecutiva de la Fundación Preventiva del SIDA y el Director de Salud Integral – ASI¹⁷⁴. Esta reunión tuvo lugar con posterioridad a la decisión de la Corte de Constitucionalidad de 29 de enero de 2003.

150. La Corte considera que los hechos contenidos en el Informe de Fondo relativos a los compromisos asumidos por el Presidente tras la decisión de la Corte de Constitucionalidad, a saber, aquellos relacionados con la adopción de distintas medidas para i) la derogación del Decreto No. 9-2003, ii) la promulgación del Decreto No. 34-2004, y iii) la promulgación del Decreto 30-2005, tiene una naturaleza contextual para efectos del presente caso. Es decir, estos hechos son relevantes para “situar los hechos alegados como violatorios de [derechos humanos] en el marco de las circunstancias específicas en que ocurrieron”¹⁷⁵. De este modo, los hechos mencionados por la Comisión como parte de los compromisos asumidos por el gobierno de Guatemala tras la sentencia de la Corte de Constitucionalidad serán considerados, en lo pertinente, para precisar el alcance de las obligaciones estatales de garantizar el acceso a recursos judiciales efectivos a las presuntas víctimas del presente caso.

151. En el mismo sentido, el Tribunal advierte que la Comisión tampoco hizo referencia en su Informe de Fondo a la práctica y la normativa en materia de contratación administrativa o de actos de corrupción que constituyeran un obstáculo para disponer de forma efectiva de los recursos disponibles.

152. En relación con lo anterior, la Corte recuerda que el marco fáctico del proceso ante ella se encuentra constituido por los hechos contenidos en el Informe de Fondo. En consecuencia, no es admisible que las partes aleguen nuevos hechos distintos a los contenidos en dicho Informe, sin perjuicio de exponer aquellos que permitan explicar, aclarar o desestimar los que hayan sido sometidos a la consideración de la Corte. La excepción a este principio son los

¹⁷⁴ Cfr. CIDH, Informe de Fondo No. 2/16, *Luis Ronaldo Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA*, Guatemala, 13 de abril de 2016 (expediente de fondo, folio 30).

¹⁷⁵ Cfr. *Caso J. Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 27 de noviembre de 2013. Serie C No. 275, párr. 53, y *Caso Trabajadores Cesados de Petroperú y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 23 de noviembre de 2017. Serie C No. 344, párr. 67.

hechos que se califican como supervinientes o cuando se tenga conocimiento de hechos o acceso a las pruebas sobre los mismos con posterioridad, siempre que se encuentren ligados a los hechos del proceso¹⁷⁶. Estas consideraciones incluyen el contexto presentado por la Comisión en su Informe de Fondo, el cual forma parte del marco fáctico de un caso ante este Tribunal¹⁷⁷. En definitiva, corresponde a la Corte decidir en cada caso acerca de la procedencia de alegatos relativos al marco fáctico, en resguardo del equilibrio procesal de las partes¹⁷⁸.

153. Teniendo en cuenta que los hechos objeto de la controversia, en lo que respecta a aquellos presuntamente constitutivos de una violación del principio de progresividad por las alegadas barreras legales en materia de propiedad intelectual, y la normativa y práctica sobre contratación administrativa y de alegados factores de corrupción, no están contemplados en el marco fáctico sometido por la Comisión, la Corte considera que en el presente caso no es procedente pronunciarse sobre si estos constituyeron la base de una violación al principio de progresividad contenido en el artículo 26 de la Convención.

B.5. La afectación del derecho a la vida y a la integridad personal

154. El Tribunal recuerda que una de las controversias del presente caso gira en torno a si el Estado es responsable por los efectos que la atención médica por parte del Estado –o la falta de ella– pudo tener en la integridad personal y la vida de las presuntas víctimas del caso. En ese sentido, la Comisión alegó que la falta de atención médica integral y adecuada tuvo un grave impacto en su integridad personal y en su vida, en violación a los artículos 5.1 y 4.1 de la Convención. Los representantes alegaron que el Estado vulneró los derechos a la vida, a la vida digna y a la integridad personal debido al fallecimiento de 13 personas como resultado de enfermedades oportunistas, así como por el detrimento de la salud física y psicológica que habrían sufrido las presuntas víctimas con motivo del tratamiento médico inadecuado, en violación a los artículos 5.1 y 4.1 de la Convención. La Corte procederá a analizar ambos alegatos.

B.5.1. Análisis respecto al derecho a la vida

155. Esta Corte ha establecido que el derecho a la vida juega un papel fundamental en la Convención Americana, por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos¹⁷⁹. La observancia 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 adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva), conforme al deber de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos de todas las personas bajo su

¹⁷⁶ Cfr. *Caso "Cinco Pensionistas" Vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 28 de febrero de 2003. Serie C No. 98, párr. 153, y *Caso Amrhein y otros vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 148.

¹⁷⁷ Cfr. *Caso García Ibarra y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 17 de noviembre de 2015. Serie C No. 306., párr. 48, y *Caso Trabajadores Cesados de Petroperú y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 23 de noviembre de 2017. Serie C No. 344, párr. 65.

¹⁷⁸ Cfr. *Caso de la "Masacre de Mapiripán" Vs. Colombia. Sentencia de 15 de septiembre de 2005*. Serie C No. 134, párr. 59, y *Caso Amrhein y otros vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 148.

¹⁷⁹ Cfr. *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 *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 145.

jurisdicción¹⁸⁰. En consecuencia, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho inalienable y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra el mismo¹⁸¹.

156. El Tribunal ha señalado que, para efectos de determinar la responsabilidad internacional del Estado en casos de muerte en el contexto médico, es preciso acreditar los siguientes elementos: a) cuando por actos u omisiones se niegue a un paciente el acceso a la salud en situaciones de urgencia médica o tratamientos médicos esenciales, a pesar de ser previsible el riesgo que implica dicha denegación para la vida del paciente; o bien, b) se acredite una negligencia médica grave¹⁸², y c) la existencia de un nexo causal, entre el acto acreditado y el daño sufrido por el paciente¹⁸³. Cuando la atribución de responsabilidad proviene de una omisión, se requiere verificar la probabilidad de que la conducta omitida hubiese interrumpido el proceso causal que desembocó en el resultado dañoso. Dichas verificaciones deberán tomar en consideración la posible situación de especial vulnerabilidad del afectado¹⁸⁴, y frente a ello las medidas adoptadas para garantizar su situación¹⁸⁵.

157. En el presente caso, en primer lugar, la Corte advierte que del total de 49 presuntas víctimas, 12 han fallecido por enfermedades oportunistas. La Corte recuerda que las enfermedades oportunistas son aquellas infecciones o neoplasias que aprovechan la oportunidad que les brinda un sistema inmunológico debilitado, las cuales pueden provocar la muerte de la persona que las adquiere. Tal y como fue mencionado anteriormente (*supra* párr. 37), la terapia antirretroviral ofrece la mejor oportunidad para la supresión viral eficaz, la recuperación inmunitaria y el beneficio clínico. En ese sentido, el perito Boza Cordero manifestó que cuando un paciente está tomando adecuadamente los medicamentos antirretrovirales, las enfermedades oportunistas no tienen por qué aparecer, por lo que si aparece una enfermedad oportunista es porque el paciente no está tomando los medicamentos necesarios, lo cual constituye una falla terapéutica¹⁸⁶.

158. El Tribunal verificó distintas omisiones en la atención médica brindada a las presuntas víctimas fallecidas. Específicamente, el Estado incumplió en su deber de asegurar una terapia antirretroviral, realizar las pruebas diagnósticas para la atención y tratamiento del VIH y de enfermedades oportunistas, y en proveer apoyo social. Estas omisiones constituyeron fallas terapéuticas que de no haber ocurrido hubiera reducido las probabilidades de que se

¹⁸⁰ Cfr. *Caso Juan Humberto Sánchez Vs. Honduras. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 7 de junio de 2003. Serie C No. 99, párr. 110, y *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 146.

¹⁸¹ Cfr. *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 *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 148.

¹⁸² Cfr. *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*, Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párrs. 120-122, 146 y 150, y *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 148.

¹⁸³ *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 148.

¹⁸⁴ Cfr. *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214, párr. 227, y *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 148.

¹⁸⁵ Cfr. *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 125, y *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 148.

¹⁸⁶ Peritaje rendido por Ricardo Boza Cordero en la audiencia pública celebrada ante esta Corte e informe escrito sobre dicho peritaje (expediente de fondo, folio 1458).

desarrollaran enfermedades oportunistas, las cuales causaron la muerte de las presuntas víctimas. En ese sentido, la Corte considera acreditada la existencia de un nexo causal en estos casos.

159. En relación con lo anterior, la Corte constata i) que el señor Facundo Gómez Reyes murió a causa de tuberculosis, ii) que la señora Reina López Mujica falleció por tuberculosis y anemia, iii) que las señoras Petrona López Robledo y iv) Rita Mariana Dubón Orozco, así como v) el señor Alberto Quiché Cuxeve, fallecieron a causa de neumonía, vi) que la señora Silvia Mirtala Alvarez Villatoro falleció por meningitis bacteriana, que vii) el señor Ismar Ramírez Chajón falleció por micosis diseminada. Asimismo, el Tribunal constata viii) que la señora Guadalupe Herminia Cayaxon García falleció y que sufrió, entre otras enfermedades y padecimientos, herpes, hepatomegalia e hiperactividad bronqueal, ix) que la señora Elsa Miriam Estrada Ruíz falleció y padeció candidiasis oral, herpes zoster y neuropatía, x) que la señora Juana Aguilar falleció y padeció, entre otras enfermedades, herpes zoster y sarcopiosis, xi) que la señora María Blanca Vaíl López falleció y padeció, entre otras enfermedades, herpes y candidiasis, y xii) que el señor José Rubén Delgado López falleció y padeció, entre otras enfermedades, candidiasis, criptococo, sarcopiosis y herpes. En consecuencia, en lo que respecta a las personas referidas en este párrafo, el Estado es responsable por la violación al deber de garantía del derecho a la vida contenido en el artículo 4.1 de la Convención Americana en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento. Por otro lado, el Tribunal no cuenta con elementos suficientes para determinar la causa de la muerte de xiii) Luis Edwin Cruz Gramajo, por lo que, en lo que se refiere a esta persona, el Estado no es responsable por la violación al deber de garantía del derecho a la vida contenido en el artículo 4.1 de la Convención Americana en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento.

160. En segundo lugar, la Corte advierte que los alegatos de los representantes respecto a la violación al derecho a la vida digna se refieren al incumplimiento del Estado de su obligación de adoptar medidas positivas para garantizar una atención médica integral, accesible y aceptable de las presuntas víctimas. Al respecto, el Tribunal advierte que estos alegatos ya han sido analizados en el apartado relacionado con el derecho a la salud, por lo que no procederá a analizarlos en el presente apartado.

B.5.2. Análisis respecto al derecho a la integridad personal

161. Por otro lado, la Convención Americana reconoce expresamente el derecho a la integridad personal, física y psíquica, cuya infracción “es una clase de violación que tiene diversas connotaciones de grado y [...] cuyas secuelas físicas y psíquicas varían de intensidad según los factores endógenos y exógenos que deberán ser demostrados en cada situación concreta”¹⁸⁷. La Corte ha establecido que la integridad personal se halla directa e inmediatamente vinculada con la atención a la salud humana¹⁸⁸, y que la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración del artículo 5.1 de la Convención¹⁸⁹. En este sentido, la Corte ha sostenido que la protección del derecho a la integridad personal supone

¹⁸⁷ Cfr. *Caso Loayza Tamayo Vs. Perú. Fondo. Sentencia de 17 de septiembre de 1997*. Serie C No. 33, párr. 57, y *Caso Pueblo Indígena Xucuru y sus miembros Vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 5 de febrero de 2018*. Serie C No. 346, párr. 171.

¹⁸⁸ Cfr. *Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007*. Serie C No. 171, párr. 117, y *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018*. Serie C No. 349, párr. 152.

¹⁸⁹ Cfr. *Caso Tibi Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 7 de septiembre de 2004*. Serie C No. 114, párr. 156 y 157, y *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018*. Serie C No. 349, párr. 152.

la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación¹⁹⁰.

162. En relación con el presente caso, la Corte advierte que los pacientes que viven con el VIH pueden experimentar graves sufrimientos, los cuales se producen como resultado de las secuelas físicas y psíquicas que conllevan las enfermedades oportunistas, y de factores sociales que resultan de su condición. Tal y como fue mencionado anteriormente, un adecuado tratamiento médico y apoyo social puede mitigar estos sufrimientos, tanto en su aspecto físico como psicológico. Al respecto, la Perito Olga Alicia Paz Bailey explicó que las enfermedades provocadas por el VIH/SIDA provocan dolor físico e impiden realizar actividades diarias, lo que hace a la persona ser estigmatizada y objeto de prejuicios sociales¹⁹¹. De esta forma:

Los padecimientos físicos experimentados por el individuo: adormecimiento en brazos y piernas, calambres, los miembros afectados no responde cuando los desea mover, náuseas, dolor de cabeza, fiebre, diarrea, cansancio, falta de fuerza física y el conjunto de enfermedades oportunistas que aprovechan el cuadro clínico se constituyen en signos de un cuerpo enfermo, que el paciente hará esfuerzos por ocultar, pues el estigma que pesa sobre el VIH Sida le condena a marginación, exclusión y discriminación; a esta altura, el sufrimiento somático se torna también psicológico: angustia, depresión, culpa, culposidad, vergüenza¹⁹².

163. En relación con lo anterior, la Corte tiene por acreditado que 46 presuntas víctimas sufrieron secuelas físicas y psíquicas como resultado de su condición como personas que viven con VIH. De esta forma, por las mismas razones que fueron mencionadas en el acápite anterior (*supra* párrs. 119 y 126), el Tribunal advierte la existencia de un nexo causal entre la falta de un adecuado tratamiento médico de las presuntas víctimas, y las secuelas físicas y psíquicas que sufrieron como personas que viven con el VIH. En efecto, el Estado, al no asegurar una terapia antirretroviral, realizar las pruebas diagnósticas correspondientes, y proveer apoyo social, lo cual habrían permitido a las presuntas víctimas mitigar o eliminar los factores endógenos y exógenos que fueron causa de sufrimientos físicos y psíquicos derivados de su condición como personas que viven con el VIH, es responsable por la vulneración a su derecho a la integridad personal. En consecuencia, el Estado es responsable por la violación al deber de garantía del derecho a la integridad personal contenido en el artículo 5.1 de la Convención Americana en perjuicio de 46 presuntas víctimas del caso¹⁹³. Respecto al resto de

¹⁹⁰ Cfr. *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Sentencia de 4 de julio de 2006*. Serie C No. 149, párrs. 89 y 90, y *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018*. Serie C No. 349, párr. 152.

¹⁹¹ Cfr. Peritaje de la Dra. Olga Alicia Paz Bailey rendido el 17 de diciembre de 2017 (expediente de fondo, folios 1412 y 1419).

¹⁹² Peritaje de la Dra. Olga Alicia Paz Bailey rendido el 17 de diciembre de 2017 (expediente de fondo, folio 1436).

¹⁹³ En referido supuesto se encuentran: i) Ismar Ramírez Chajón, ii) José Cupertino Ramírez, iii) Sebastián Emilio Dueñas, iv) Julia Aguilar, v) Luis Rubén Isabel Alvarez Flores, vi) Saira Elisa Barrios, vii) Felix de Jesús Cabrera Morales, viii) César Noé Cancinos Gómez, ix) Aracely Cinto, x) Luis Rolando Cuscul Pivaral, xi) María Felipe Pérez, xii) Mardo Luis Hernández y Hernández, xiii) Luis Armando Linares Ruano, xiv) Pascuala de Jesús Mérida Rodríguez, xv) Darinel López Montes de Oca, xvi) Audencio Rodas Rodríguez, xvii) Zoila Marina Pérez Ruíz, xviii) Santiago Francisco Valdéz Aguilar, xix) Karen Judith Samayoa Vásquez, xx) Francisco Sop Quiej, xxi) Miguel Lucas Vaíl, xxii) Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, xxiii) Petrona López Robledo, xxiv) Rita Mariana Dubón Orozco, xxv) María Blanca Vail López, xxvi) José Rubén Delgado López, xxvii) Elsa Miriam Estrada Ruíz, xxviii) Guadalupe Herminia Cayaxon García, xxix) Juana Aguilar, xxx) Melvin Yovani Ajtun Escobar, xxxi) Felipe Tebalan Ordoñez, xxxii) Martina Candelaria Álvarez Estrada, xxxiii) Ismerai Olibia García Castañón, xxxiv) Santos Isacar Vásquez Barrios, xxxv) Marta Alicia Maldonado Paz, xxxvi) Dora Marina Martínez Sofoifa, xxxvii) Israel Pérez Charal, xxxviii) Teresa Magdalena Ramírez Castro, xxxix) Jorge Armando Tavares Barreno, xl) Santos Vásquez Oliveros xli) Iris Carolina Vicente Barillas, xlii) Facundo Gómez Reyes, xliii) Reina López Mujica, xliv) Alberto Quiché Cuxeva, xlv) Silvia Mirtala Álvarez Villatoro y xlii) Corina Dianeth Robledo Alvarado.

las presuntas víctimas, la Corte carece de elementos para determinar si sufrieron secuelas físicas o psíquicas como personas que viven con el VIH¹⁹⁴.

164. En consecuencia, el Estado es responsable por la violación al deber de garantía del derecho a la integridad personal contenido en el artículo 5.1 de la Convención Americana en perjuicio de Ismar Ramírez Chajón, José Cupertino Ramírez, Sebastián Emilio Dueñas, Julia Aguilar, Luis Rubén Isabel Alvarez Flores, Saira Elisa Barrios, Felix de Jesús Cabrera Morales, César Noé Cancinos Gómez, Aracely Cinto, Luis Rolando Cuscul Pivaral, María Felipe Pérez, Mardo Luis Hernández y Hernández, Luis Armando Linares Ruano, Pascuala de Jesús Mérida Rodríguez, Darinel López Montes de Oca, Audencio Rodas Rodríguez, Zoila Marina Pérez Ruíz, Santiago Francisco Valdéz Aguilar, Karen Judith Samayoa Vásquez, Francisco Sop Quiej, Miguel Lucas Vaíl, Sandra Lisbeth Zepeda Herrera, Petrona López Robledo, Rita Mariana Dubón Orozco, María Blanca Vaíl López, José Rubén Delgado López, Elsa Miriam Estrada Ruíz, Guadalupe Herminia Cayaxon García, Juana Aguilar, Melvin Yovani Ajtun Escobar, Felipe Tebalan Ordoñez, Martina Candelaria Alvarez Estrada, Ismerai Olibia García Castañon, Santos Isacar Vásquez Barrios, Marta Alicia Maldonado Paz, Dora Marina Martínez Sofoifa, Israel Perez Charal, Teresa Magdalena Ramírez Castro, Jorge Armando Tavares Barreno, Santos Vásquez Oliveros, Iris Carolina Vicente Barillas, Facundo Gómez Reyes, Reina López Mujica, Alberto Quiché Cuxeva, Silvia Mirtala Alvarez Villatoro y Corina Dianeth Robledo Alvarado.

¹⁹⁴ Respecto a i) Luis Edwin Cruz Gramajo, ii) Ingrid Janeth Barillas Martínez, iii) Olga Marina Castillo esta Corte constata que carece de elementos suficientes para determinar su situación.

VIII-2

DERECHO A LAS GARANTÍAS JUDICIALES Y A LA PROTECCIÓN JUDICIAL EN RELACIÓN CON LAS OBLIGACIONES DE RESPETAR Y GARANTIZAR LOS DERECHOS (ARTÍCULOS 8¹⁹⁵, 25¹⁹⁶ Y 1.1¹⁹⁷ DE LA CONVENCIÓN AMERICANA)

A. Alegatos de la Comisión y de las partes

165. La **Comisión** sostuvo que el resultado del recurso de amparo intentado ante la Corte de Constitucionalidad afectó no sólo a las trece víctimas que lo firmaron, sino a todas las víctimas del presente caso. Adicionalmente, señaló que el Estado Guatemalteco no explicó la demora de seis meses para resolver un recurso que por su propia naturaleza debía ser expedito y en su decisión omitió pronunciarse sobre el fondo del asunto. Asimismo, consideró que el contenido sustantivo de la decisión de la Corte Constitucional no se ajustó a los parámetros del derecho a la tutela judicial, en tanto dicha Corte 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. En virtud de lo anterior, la Comisión concluyó que el Estado 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 con excepción de Alberto Quiché Cuxeva, quien falleció antes de la interposición y resolución del recurso de amparo.

166. Los **representantes** señalaron que la decisión de la Corte de Constitucionalidad trajo como consecuencia dos violaciones distintas a los derechos de las víctimas: por una parte, se violó su derecho a obtener una decisión de un tribunal competente, acerca de sus

¹⁹⁵ El artículo 8 de la Convención establece: "1. Toda persona tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente, independiente e imparcial, establecido con anterioridad por la ley, en la sustanciación de cualquier acusación penal formulada contra ella, o para la determinación de sus derechos y obligaciones de orden civil, laboral, fiscal o de cualquier otro carácter. 2. Toda persona inculpada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se establezca legalmente su culpabilidad. Durante el proceso, toda persona tiene derecho, en plena igualdad, a las siguientes garantías mínimas: a) derecho del inculcado de ser asistido gratuitamente por el traductor o intérprete, si no comprende o no habla el idioma del juzgado o tribunal; b) comunicación previa y detallada al inculcado de la acusación formulada; c) concesión al inculcado del tiempo y de los medios adecuados para la preparación de su defensa; d) derecho del inculcado de defenderse personalmente o de ser asistido por un defensor de su elección y de comunicarse libre y privadamente con su defensor; e) derecho irrenunciable de ser asistido por un defensor proporcionado por el Estado, remunerado o no según la legislación interna, si el inculcado no se defendiere por sí mismo ni nombrare defensor dentro del plazo establecido por la ley; f) derecho de la defensa de interrogar a los testigos presentes en el tribunal y de obtener la comparecencia, como testigos o peritos, de otras personas que puedan arrojar luz sobre los hechos; g) derecho a no ser obligado a declarar contra sí mismo ni a declararse culpable, y h) derecho de recurrir del fallo ante juez o tribunal superior. 3. La confesión del inculcado solamente es válida si es hecha sin coacción de ninguna naturaleza. 4. El inculcado absuelto por una sentencia firme no podrá ser sometido a nuevo juicio por los mismos hechos. 5. El proceso penal debe ser público, salvo en lo que sea necesario para preservar los intereses de la justicia".

¹⁹⁶ El artículo 25 de la Convención 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. 2. Los Estados Partes se comprometen: a) a garantizar que la autoridad competente prevista por el sistema legal del Estado decidirá sobre los derechos de toda persona que interponga tal recurso; b) a desarrollar las posibilidades de recurso judicial, y c) a garantizar el cumplimiento, por las autoridades competentes, de toda decisión en que se haya estimado procedente el recurso".

¹⁹⁷ El artículo 1.1 de la Convención establece: 1. "Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social".

derechos, en un plazo razonable y con diligencia excepcional, pues dicho Tribunal tardó 6 meses en adoptar una decisión, sin que a la fecha el Estado haya justificado esta demora; por otra parte, alegaron que esta decisión trajo como consecuencia que el recurso resultara inefectivo, pues la Corte de Constitucionalidad no se refirió al fondo del asunto, es decir, a la obligación del Estado guatemalteco de adoptar medidas sostenibles para que las personas que viven con el VIH recibieran un tratamiento integral. Por lo anterior, los representantes alegaron que el Estado es responsable por la violación de los derechos contenidos en los artículos 8 y 25 de la Convención, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento.

167. El **Estado** alegó que la resolución del recurso de amparo cumplió con los elementos jurisprudenciales de sencillez, rapidez y efectividad, y se resolvió atendiendo el debido proceso y las pruebas aportadas por las partes. Asimismo, manifestó que en caso que las presuntas víctimas estuvieran disconformes con la resolución de la Corte de Constitucionalidad, debieron recurrir a los remedios procesales pertinentes. En cuanto a la afirmación de que el pronunciamiento de la Corte de Constitucionalidad no decidió sobre el fondo del asunto, alegó que el Estado adoptó una diligencia excepcional asignando una partida extraordinaria al MSPAS para atender el requerimiento de 500,000.00 quetzales. A su vez, el Estado alegó que, según el criterio de la Corte Interamericana, el deber de motivar no exige una respuesta detallada a todos y cada uno de los argumentos de las partes, sino que puede variar según la naturaleza de la decisión, y que corresponde analizar en cada caso si dicha garantía ha sido satisfecha y si el requisito de que la decisión sea razonada, no es equivalente a que haya un análisis sobre el fondo del asunto.

B. Consideraciones de la Corte

168. Este Tribunal ha señalado, en relación con el artículo 25.1 de la Convención, que dicha norma contempla la obligación de los Estados Partes de garantizar, a todas las personas bajo su jurisdicción, un recurso judicial efectivo contra actos violatorios de sus derechos fundamentales¹⁹⁸. Dicha efectividad supone que, además de la existencia formal de los recursos, éstos den resultados o respuestas a las violaciones de derechos contemplados ya sea en la Convención, en la Constitución o en las leyes¹⁹⁹. En ese sentido, no pueden considerarse efectivos aquellos recursos que, por las condiciones generales del país o incluso por las circunstancias particulares de un caso dado, resulten ilusorios²⁰⁰. 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 por cualquier otra situación que configure un cuadro de denegación de justicia²⁰¹. Así, el proceso debe

¹⁹⁸ Cfr. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Excepciones Preliminares*. Sentencia de 26 de junio de 1987. Serie C No. 1, párr. 91, y *Caso Ramírez Escobar y otros Vs. Guatemala. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 9 de marzo de 2018. Serie C No. 351, párr. 251.

¹⁹⁹ Cfr. *Garantías judiciales en estados de emergencia (Arts. 27.2, 25 y 8 Convención Americana sobre Derechos Humanos)*. Opinión Consultiva OC-9/87 de 6 de octubre de 1987. Serie A No. 9., párr. 24, y *Caso Amrhein y otros vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 257.

²⁰⁰ Cfr. *Garantías judiciales en estados de emergencia (Arts. 27.2, 25 y 8 Convención Americana sobre Derechos Humanos)*. Opinión Consultiva OC-9/87 de 6 de octubre de 1987. Serie A No. 9., párr. 24, y *Caso San Miguel Sosa y otras Vs. Venezuela. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de febrero de 2018. Serie C No. 348. párr. 208.

²⁰¹ Cfr. *Garantías judiciales en estados de emergencia (Arts. 27.2, 25 y 8 Convención Americana sobre Derechos Humanos)*. Opinión Consultiva OC-9/87 de 6 de octubre de 1987. Serie A No. 9., párr. 24, y *Caso San Miguel Sosa y otras Vs. Venezuela. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de febrero de 2018. Serie C No. 348. párr. 208.

tender a la materialización de la protección del derecho reconocido en el pronunciamiento judicial mediante la aplicación idónea de dicho pronunciamiento²⁰².

169. La Corte ha establecido que para que exista un recurso efectivo no basta con que éste exista formalmente²⁰³. Esto implica que el recurso debe ser idóneo para combatir la violación y que sea efectiva su aplicación por la autoridad competente²⁰⁴. De igual forma, esta Corte ha establecido que un recurso judicial efectivo implica que el análisis por la autoridad competente de un recurso judicial no puede reducirse a una mera formalidad, sino que debe examinar las razones invocadas por el demandante y manifestarse expresamente sobre ellas²⁰⁵. Lo anterior no implica que se evalúe la efectividad de un recurso en función de que éste produzca un resultado favorable para el demandante²⁰⁶. La Corte ha señalado, en virtud del artículo 25.2.c de la Convención, que la responsabilidad estatal no termina cuando las autoridades competentes emiten una decisión o sentencia, sino que requiere además que el Estado garantice los medios para ejecutar las decisiones definitivas, de manera que se protejan efectivamente los derechos declarados²⁰⁷.

170. Por otro lado, la Corte ha señalado que, a la luz del artículo 8.1 de la Convención, toda persona tiene el derecho a ser oída por un órgano imparcial y competente, con las debidas garantías procesales, las que incluyen la posibilidad de presentar alegatos y aportar pruebas. Este Tribunal ha indicado que esa disposición convencional implica que el Estado garantice que la decisión que se produzca a través del procedimiento satisfaga el fin para el cual fue concebido. Esto último no significa que siempre deba ser acogido, sino que se debe garantizar su capacidad para producir el resultado para el que fue concebido²⁰⁸. Asimismo, la Corte recuerda que el derecho de acceso a la justicia requiere que la solución de una controversia sea resuelta en un plazo razonable, toda vez que una demora prolongada puede llegar a constituir, en ciertos casos, por sí misma, una violación de las garantías judiciales²⁰⁹.

²⁰² Cfr. *Caso Baena Ricardo y otros Vs. Panamá. Competencia*. Sentencia de 28 de noviembre de 2003. Serie C No. 104, párr. 73, y *Caso Trabajadores Cesados de Petroperú y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 23 de noviembre de 2017. Serie C No. 344, párr. 154.

²⁰³ Cfr. *Garantías judiciales en estados de emergencia (Arts. 27.2, 25 y 8 Convención Americana sobre Derechos Humanos)*. Opinión Consultiva OC-9/87 de 6 de octubre de 1987. Serie A No. 9., párr. 24, y *Caso San Miguel Sosa y otras Vs. Venezuela. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de febrero de 2018. Serie C No. 348, párr. 188.

²⁰⁴ Cfr. *Garantías judiciales en estados de emergencia (Arts. 27.2, 25 y 8 Convención Americana sobre Derechos Humanos)*. Opinión Consultiva OC-9/87 de 6 de octubre de 1987. Serie A No. 9., párr. 24, y *Caso Ramírez Escobar y otros Vs. Guatemala. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 9 de marzo de 2018. Serie C No. 351, párrs. 251 y 252.

²⁰⁵ Cfr. *Caso López Álvarez Vs. Honduras. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de febrero de 2006. Serie C No. 141, párr. 96, y *Caso Amrhein y otros Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 267.

²⁰⁶ Cfr. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Fondo*. Sentencia de 29 de julio de 1988. Serie C No. 4, párr. 67, y *Caso Trabajadores Cesados de Petroperú y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 23 de noviembre de 2017. Serie C No. 344, párr. 34.

²⁰⁷ Cfr. *Garantías judiciales en estados de emergencia (Arts. 27.2, 25 y 8 Convención Americana sobre Derechos Humanos)*. Opinión Consultiva OC-9/87 de 6 de octubre de 1987. Serie A No. 9., párr. 24, y *Caso San Miguel Sosa y otras Vs. Venezuela. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de febrero de 2018. Serie C No. 348, párr. 208.

²⁰⁸ Cfr. *Caso Caso Barbani Duarte y otros Vs. Uruguay. Fondo Reparaciones y Costas*. Sentencia de 13 de octubre de 2011. Serie C No. 234, párr. 122, y *Caso Trabajadores Cesados de Petroperú y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 23 de noviembre de 2017. Serie C No. 344, párr. 153.

²⁰⁹ Cfr. *Caso Hilaire, Constantine y Benjamin y otros Vs. Trinidad y Tobago. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 21 de junio de 2002. Serie C No. 94, párr. 145, y *Caso Amrhein y otros Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 421.

171. Asimismo, este Tribunal ha sostenido que el deber de motivación es una de las debidas garantías incluidas en el artículo 8.1 para salvaguardar el derecho al debido proceso²¹⁰. La motivación es la exteriorización de la justificación razonada que permite llegar a una conclusión²¹¹. El deber de motivar las resoluciones es una garantía vinculada a la recta administración de justicia, que le garantiza a los ciudadanos el derecho a ser juzgados por las razones que el derecho otorga, a la vez que brinda credibilidad a las decisiones judiciales en una sociedad democrática²¹². En virtud de lo anterior, las decisiones que adopten los órganos internos de los Estados que puedan afectar derechos humanos deben de estar motivadas, de lo contrario serían decisiones arbitrarias²¹³. La motivación de un fallo debe permitir conocer cuáles son los hechos, motivos y normas en las que se basó el órgano que lo dictó para tomar su decisión de modo que se pueda desechar cualquier indicio de arbitrariedad, a la vez que les demuestra a las partes que estas han sido oídas en el marco del proceso²¹⁴. Además, debe mostrar que han sido debidamente tomados en cuenta los alegatos de las partes y que el conjunto de pruebas ha sido analizado²¹⁵.

172. En referencia al presente caso, la Corte recuerda que la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha Contra el SIDA (ACSLCS), el Procurador de los Derechos Humanos y otras organizaciones que representan a las personas que viven con el VIH/SIDA, en fechas 23 de noviembre de 2001, 27 de mayo y 10 de junio de 2002, remitieron tres cartas en las cuales solicitaron al Estado de Guatemala, a través del Presidente de la República y del Ministerio de Salud, atención médica y tratamiento antirretroviral para todas las personas diagnosticadas con VIH/SIDA, sin recibir respuesta alguna (*supra* párr. 56). En virtud de la falta de respuesta del Presidente y del Ministro de Salud, el 26 de julio de 2002 veintidós personas, incluyendo a trece de las presuntas víctimas, presentaron una acción de amparo ante la Corte de Constitucionalidad (*supra* párr. 57). Los accionantes expusieron que, como consecuencia de dicha negativa u omisión por parte del Presidente, se vulneró el derecho a la protección de la persona, el derecho a la vida, el derecho de petición, los derechos inherentes a la persona humana, y el derecho a la salud, y solicitaron a la Corte de Constitucionalidad que resolviera con toda prontitud la acción de amparo y que el Estado tenía la obligación de garantizarles la vida a través de una política de compra, distribución indiscriminada, sistemática y diaria de

²¹⁰ Cfr. *Caso Apitz Barbera y otros ("Corte Primera de lo Contencioso Administrativo") Vs. Venezuela. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 5 de agosto de 2008. Serie C No. 182, párr. 78, y *Caso Amrhein y otros Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 268.

²¹¹ Cfr. *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. 107, y *Caso Amrhein y otros Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 268.

²¹² Cfr. *Caso Apitz Barbera y otros ("Corte Primera de lo Contencioso Administrativo") Vs. Venezuela. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 5 de agosto de 2008. Serie C No. 182, párr. 77, y *Caso Amrhein y otros Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 268.

²¹³ Cfr. *Caso Yatama Vs. Nicaragua. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 23 de junio de 2005. Serie C No. 127, párr. 152, y *Caso Ramírez Escobar y otros Vs. Guatemala. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 9 de marzo de 2018. Serie C No. 351, párr. 187.

²¹⁴ Cfr. *Caso Claude Reyes y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 19 de septiembre de 2006. Serie C No. 151, párr. 122, y *Caso Trabajadores Cesados de Petroperú y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 23 de noviembre de 2017. Serie C No. 344, párr. 168.

²¹⁵ Cfr. *Caso Apitz Barbera y otros ("Corte Primera de lo Contencioso Administrativo") Vs. Venezuela. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 5 de agosto de 2008. Serie C No. 182, párr. 78, y *Caso Ramírez Escobar y otros Vs. Guatemala. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 9 de marzo de 2018. Serie C No. 351, párr. 187.

los tratamientos antirretrovirales, preferentemente genéricos de calidad disponibles en el mercado.

173. En respuesta a la demanda, el Presidente autorizó una partida extraordinaria de quinientos mil quetzales (Q.500,000.00) para llenar los requerimientos de las personas viviendo con el VIH (*supra* párr. 60). El 29 de octubre de 2002 los demandantes reconocieron la voluntad del Presidente de Guatemala para atender los requerimientos realizados en la demanda inicial, en virtud de que destinó quinientos mil quetzales para la atención de personas que viven con el VIH. Sin embargo, sostuvieron que subsistían las razones que motivaron la presentación de la acción de amparo, ya que no se iniciaron los tratamientos antirretrovirales para todas las personas que viven con ese diagnóstico, pues únicamente se proporcionaba atención a 27 de ellas (*supra* párr. 60). Los accionistas solicitaron a la Corte de Constitucionalidad que, para comprobar el vínculo entre la violación a los derechos humanos reclamados y los peticionarios de amparo, dictara un auto para mejor fallar en el cual se recabara el certificado médico de las personas interponentes, pues todos ellos son portadores de VIH, y que declarara con lugar la acción de amparo ordenando al Estado que dictara políticas públicas que garanticen el derecho difuso de la vida a las personas que viven con el VIH y la distribución de medicamentos antirretrovirales sin discriminación alguna en los centros hospitalarios y de salud del país (*supra* párr. 61).

174. Finalmente, el 29 de enero de 2003 la Corte de Constitucionalidad resolvió que la acción intentada por los accionantes quedó sin materia, pues había cesado la conducta reclamada, por lo que la declaró “simplemente improcedente”. La Corte de Constitucionalidad advirtió que los postulantes, en memorial de 30 de octubre de 2002, manifestaron que la transferencia de recursos que el Presidente ofreció había sido efectivamente realizada (*supra* párr. 62).

175. En consideración de lo anterior, la Corte procederá a calificar si las actuaciones del Tribunal Constitucional constituyeron una violación al derecho a las garantías judiciales y a la protección judicial de las presuntas víctimas. En concreto, el Tribunal determinará si el recurso intentado ante la Corte de Constitucionalidad i) cumplió con los requisitos de idoneidad y efectividad, y ii) si fue resuelto en un plazo razonable.

B.1. Idoneidad y efectividad de la acción de amparo interpuesta

176. En primer lugar, corresponde determinar si la decisión de la Corte de Constitucionalidad cumplió con los requisitos de idoneidad y efectividad conforme a los estándares convencionales. En ese sentido, la Corte recuerda que del derecho a un recurso efectivo se desprende la obligación de la autoridad competente de examinar las razones invocadas por un demandante, de manifestarse expresamente sobre ellas, y de verificar el cumplimiento de sus fallos. Sin embargo, esta obligación no implica que la efectividad de un recurso se mida en función de que éste produzca un resultado favorable para el demandante. La obligación del Estado de garantizar este derecho es una obligación de medios o comportamiento, por lo que, en el presente caso, el hecho de que la Corte de Constitucionalidad no arribara a la conclusión jurídica que deseaban los accionantes, no constituye per se una violación al derecho de acceso a la justicia. Sin perjuicio de ello, la Corte recuerda que, en virtud del artículo 8.1 de la Convención, las autoridades competentes tienen la obligación de motivar sus decisiones (*supra* párr. 171).

177. Este Tribunal constata que, en su sentencia de 29 de enero de 2003, la Corte de Constitucionalidad se limitó a analizar si podría considerarse que el acuerdo de 30 de octubre de 2002 había cesado el acto reclamado, en tanto había constituido una respuesta por parte del Presidente a la solicitud de los accionantes. Al respecto, este Tribunal advierte que la Corte

de Constitucionalidad no tomó en consideración que, aun cuando el acto reclamado por las presuntas víctimas consistió en la conducta omisiva del Presidente respecto a su petición, los accionantes también reclamaron que la falta de tratamiento médico ponía en peligro su derecho a la vida y a la salud por la falta de acceso a antirretrovirales. En ese sentido, este Tribunal advierte la insuficiencia de la respuesta de la Corte de Constitucionalidad, pues no bastaba que se pronunciara respecto a la omisión del Presidente de responder la solicitud de los accionantes, sino que era necesario que se pronunciara sobre el aspecto central que motivó la presentación del amparo, que era el riesgo que existía al derecho a la salud y a la vida de los accionantes por la falta de acceso a tratamiento médico.

178. Asimismo, la Corte advierte que la Corte de Constitucionalidad no exteriorizó la justificación por la cual consideró que la medida tomada por el Presidente de destinar quinientos mil quetzales para la atención médica de las personas que viven con el VIH, era suficiente para considerar que había cesado la cuestión de constitucionalidad planteada en el fondo. Tal y como se mencionó con anterioridad, las presuntas víctimas no sólo se inconformaron con la omisión del Presidente de dar contestación a su carta, sino que en dicha comunicación solicitaron atención médica y tratamiento antirretroviral para las personas diagnosticadas con el VIH, lo cual debió ser materia de estudio por la Corte de Constitucionalidad. En concreto, dicha Corte debió analizar si la medida planteada por el Presidente era efectiva para garantizar los derechos en juego.

179. En relación con lo anterior, la Corte recuerda que el requisito de que una decisión sea razonada no es equivalente a que haya un análisis sobre el fondo del asunto, estudio que no es imprescindible para determinar la efectividad del recurso²¹⁶. Sin embargo, la argumentación de un fallo debe permitir conocer cuáles fueron los hechos, motivos y normas en que se basó la autoridad para tomar su decisión, de manera clara y expresa, a fin de descartar cualquier indicio de arbitrariedad, situación que no ocurrió en el presente caso. El Tribunal Europeo ha considerado que un recurso “es efectivo por contar con una revisión judicial suficiente [...] aun cuando el órgano judicial no estuviere facultado para analizar todos los aspectos de una decisión administrativa, si aquél es capaz de anular dicha decisión bajo distintos supuestos, entre ellos una incorrecta interpretación de los hechos o de la ley”²¹⁷.

B.2. Plazo razonable

180. La Comisión y los representantes alegaron que el Estado habría violado el plazo razonable establecido en el artículo 8.1. Al respecto, este Tribunal ha reiterado que la evaluación del plazo razonable se debe analizar en cada caso concreto, en relación con la duración total del proceso, desde el primer acto procesal hasta que se dicta sentencia definitiva²¹⁸. De esta manera, ha considerado cuatro elementos para analizar si se cumplió con la garantía del plazo razonable, a saber: i) la complejidad del asunto, ii) la actividad procesal del interesado, iii) la conducta de las autoridades judiciales, y iv) la afectación generada en la situación jurídica de la persona involucrada en el proceso. La Corte recuerda

²¹⁶ Cfr. *Caso Castañeda Gutman Vs. México. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 6 de agosto de 2008. Serie C No. 184, párr. 94, y *Caso Trabajadores Cesados de Petroperú y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 23 de noviembre de 2017. Serie C No. 344, párr. 171.

²¹⁷ Cfr. *Caso Barbani Duarte y otros Vs. Uruguay. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 13 de octubre de 2011. Serie C No. 234, párr. 210, y *TEDH, Caso Sigma Radio Television Ltd. Vs. Cyprus*, No. 32181/04 y 35122/05. Sentencia de 21 de julio de 2016, párr. 154.

²¹⁸ Cfr. *Caso Suárez Rosero Vs. Ecuador. Fondo*. Sentencia de 12 de noviembre de 1997. Serie C No. 35, párr. 71, y *Caso Amrhein y otros Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 268.

que corresponde al Estado justificar, con fundamento en los criterios señalados, la razón por la cual ha requerido del tiempo transcurrido para tratar los casos y, en la eventualidad de que éste no lo demuestre, la Corte tiene amplias atribuciones para hacer su propia estimación al respecto²¹⁹.

181. En el presente caso, la Corte constata que la acción de amparo fue presentada el 26 de julio de 2002 y concluyó con la resolución de improcedencia de 29 de enero de 2003, por lo que la duración del proceso fue de aproximadamente seis meses. En vista de lo anterior, la Corte entrará ahora a determinar si el plazo transcurrido es razonable conforme a los criterios establecidos en su jurisprudencia.

182. Este Tribunal ha tenido en cuenta diversos criterios para determinar la complejidad de un proceso. Entre ellos, la complejidad de la prueba, la pluralidad de sujetos procesales o la cantidad de víctimas, el tiempo transcurrido desde la violación, las características del recurso consagradas en la legislación interna y el contexto en el que ocurrió la violación²²⁰. En el presente caso, la Corte observa que, en el marco de la acción de amparo, existía cierto nivel de complejidad respecto a la pluralidad de accionantes y debido al contexto en el que desarrolló dicho recurso, pues se trata de personas que viven con el VIH, por lo que su salud y su vida son derechos que se encontraban de por medio. La Corte considera que esas características complejizan el análisis de fondo del asunto, así como su trámite.

183. Respecto a la actividad procesal de los interesados, la Corte nota que existió un impulso procesal promovido por las presuntas víctimas y que no hay información sobre actividades destinadas a obstaculizar la acción de amparo. Tomando en cuenta lo anterior, no es posible concluir que existió dilación por parte de los accionistas del amparo.

184. En atención a la conducta de las autoridades judiciales, la Corte advierte que la acción de amparo fue interpuesta el 26 de julio de 2002. Con posterioridad, mediante auto de 18 de octubre, la Corte de Constitucionalidad otorgó un término común a las partes por cuarenta y ocho horas para la exposición de sus alegatos de audiencia. Concluido dicho plazo, mediante sentencia, el 29 de enero de 2003, declaró simplemente improcedente la acción de amparo promovida. Al respecto, la Corte advierte que no existe evidencia acerca de inactividad procesal de las autoridades, o de la comisión de actos que podrían haber dilatado el proceso.

185. En referencia al cuarto elemento, la Corte ha dicho que para determinar la razonabilidad del plazo se debe tomar en cuenta la afectación generada por la duración del procedimiento en la situación jurídica de la persona involucrada en el mismo, considerando, entre otros elementos, la materia de la controversia. Así, el Tribunal ha establecido que si el paso del tiempo incide de manera relevante en la situación jurídica del individuo, resultará necesario que el procedimiento se desarrolle con mayor prontitud a fin de que el caso se resuelva en un tiempo breve. En el presente caso, la Corte considera relevante recordar que el amparo intentado por las presuntas víctimas involucraba personas que viven con el VIH que dependían de atención médica para evitar afectaciones a su salud, su integridad personal y a su vida, lo cual implicaba una obligación reforzada de respeto y garantía de sus derechos. La Corte considera que en la resolución del recurso intentado las autoridades tuvieron en

²¹⁹ Cfr. *Caso Anzualdo Castro Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 22 de septiembre de 2009. Serie C No. 202, párr. 156, y *Caso Amrhein y otros Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 422.

²²⁰ Cfr. *Inter alia, Caso Genie Lacayo Vs. Nicaragua. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 29 de enero de 1997. Serie C No. 30, párr. 78, y *Caso Amrhein y otros Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 424.

cuenta la vulnerabilidad y el riesgo de afectación a los derechos en juego para las presuntas víctimas.

186. Teniendo en cuenta lo anterior, la Corte considera que se encuentra suficientemente probado que la prolongación del proceso en este caso, dadas sus características, incidió en la situación jurídica de las personas accionantes, pues derivado del retraso en la resolución del caso también se retrasó la posibilidad de entrega de antirretrovirales lo cual generó un riesgo para sus derechos a la salud, a la integridad personal y a la vida. En consecuencia, en atención a la duración y las características del proceso, así como de la actuación de las presuntas víctimas y de las autoridades, y al hecho de que el paso del tiempo influyó en la situación jurídica de los accionantes, la Corte concluye que el transcurso de aproximadamente 6 meses en la sustanciación de la acción de amparo intentada por las 13 presuntas víctimas constituyó una violación al plazo razonable que plantea el artículo 8.1 de la Convención Americana.

B.3. Conclusión

187. En ese sentido, este Tribunal ha establecido que el análisis por la autoridad competente de un recurso judicial que controvierte derechos constitucionales no puede reducirse a una mera formalidad y omitir argumentos de las partes, ya que debe examinar sus razones y manifestarse sobre ellas conforme a los parámetros establecidos por la Convención Americana²²¹. En el presente caso, la Corte concluye que el Estado violó el derecho a un recurso judicial efectivo por no pronunciarse sobre el fondo de la cuestión planteada por las 13 presuntas víctimas y por no verificar si la medida adoptada por el Presidente fue adecuada para remediar el acto reclamado. Asimismo, la Corte considera que la Corte de Constitucionalidad incumplió su deber de motivar adecuadamente su sentencia. En consecuencia, el Estado es responsable por la violación a los artículos 8.1 y 25 de la Convención, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento, en perjuicio de Luis Rolando Cuscul Pivaral, Luis Armando Linares Ruano, Facundo Gómez Reyes, Marta Alicia Maldonado Paz, Miguel Lucas Vaíl, Ingrid Barillas Martínez, Jorge Armando Tavares Barreno, Melvin Yovani Ajtun Escobar, Mardo Luis Hernández y Hernández, Alberto Quiché Cuxevea, Teresa Magdalena Ramírez Castro, Rita Dubón Orozco y Dora Marina Martínez Sofoifa.

VIII-3

DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL DE LOS FAMILIARES DE LAS VÍCTIMAS (ARTÍCULOS 5 Y 1.1 DE LA CONVENCIÓN AMERICANA)

A. Alegatos de las partes y de la Comisión

188. La **Comisión** señaló que el Estado violó el derecho a la integridad psíquica y moral contenido en el artículo 5.1 de la Convención en perjuicio de los familiares y/o círculo más cercano de las víctimas del presente caso, debido al sufrimiento adicional que han padecido como producto de las circunstancias particulares de las violaciones perpetradas contra sus seres queridos, y a causa de las actuaciones y omisiones de las autoridades estatales frente a estos hechos.

189. Los **representantes** agregaron que los familiares y personas cercanas de las víctimas experimentaron profundos sufrimientos al observar que, en virtud de una falta de atención integral de los pacientes que viven con el VIH por parte del Estado, éstos veían deteriorado su estado de salud, algunos de ellos llegando incluso a perder la vida. También sostuvieron que tanto los familiares como las personas cercanas han experimentado diversas formas de

²²¹ Cfr. *Caso Lagos del Campo Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 31 de agosto de 2017. Serie C No. 340, párr. 184.

discriminación, alteraciones en su proyecto de vida, en sus lazos familiares y en su situación económica, entre otras afectaciones. Asimismo, enfatizaron que, dado el estigma que tradicionalmente ha acompañado a las personas que viven con el VIH, el círculo más cercano de apoyo a las personas que padecen esta enfermedad va más allá de los miembros de la familia biológica de las víctimas. Por lo tanto, concluyeron que el Estado de Guatemala es responsable por la violación del derecho a la integridad personal, contenido en el artículo 5 de la Convención, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento, en perjuicio de los familiares y/o círculo más cercano de las víctimas del presente caso.

190. El **Estado** no contravirtió los alegatos de la Comisión y de los representantes, toda vez que se refirió a las alegadas violaciones al artículo 5 de la Convención en relación con la afectación a las víctimas del caso, no así de los familiares.

B. Consideraciones de la Corte

191. La Corte ha considerado que los familiares de las víctimas de violaciones de derechos humanos pueden ser, a su vez, víctimas²²². En ese sentido, el Tribunal ha considerado violado el derecho a la integridad psíquica y moral de familiares de víctimas con motivo del sufrimiento adicional que éstos han padecido como producto de las circunstancias particulares de las violaciones perpetradas contra sus seres queridos, y a causa de las posteriores actuaciones u omisiones de las autoridades estatales frente a los hechos²²³, tomando en cuenta, entre otros, las gestiones realizadas para obtener justicia y la existencia de un estrecho vínculo familiar²²⁴. También se ha declarado la violación de este derecho por el sufrimiento generado a partir de los hechos perpetrados en contra de sus seres queridos²²⁵. Adicionalmente, este Tribunal ha señalado que la contribución por parte del Estado al crear o agravar la situación de vulnerabilidad de una persona tiene un impacto significativo en la integridad de las personas que le rodean, en especial de familiares cercanos que se ven enfrentados a la incertidumbre e inseguridad generada por la vulneración de su familia nuclear o cercana²²⁶.

192. Al respecto, la Corte advierte que, del acervo probatorio, se desprende que los padecimientos físicos y psicológicos que sufrieron las presuntas víctimas del caso a raíz de su falta de tratamiento médico también impactaron a algunos de los familiares de las víctimas, lo cual se vio agravado por la estigmatización que los familiares de personas que viven con el VIH sufren. En concreto, la Corte constata que los familiares han experimentado sentimientos de dolor, angustia e incertidumbre por la falta de atención médica oportuna, especialmente la falta de acceso a medicamentos, así como sentimientos de frustración e impotencia por no

²²² Cfr. *Caso Castillo Páez Vs. Perú. Fondo*. Sentencia de 3 de noviembre de 1997. Serie C No. 34, punto resolutivo cuarto, y *Caso Herzog y otros Vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 15 de marzo de 2018. Serie C No. 353, párr. 351.

²²³ Cfr. *Caso Blake Vs. Guatemala. Fondo*. Sentencia de 24 de enero de 1998. Serie C No. 36, párr. 114, y *Caso Herzog y otros Vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 15 de marzo de 2018. Serie C No. 353, párr. 351.

²²⁴ Cfr. *Caso Blake Vs. Guatemala. Fondo*. Sentencia de 24 de enero de 1998. Serie C No. 36, párr. 114, y *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 208.

²²⁵ Cfr. *Caso Bámaca Velásquez Vs. Guatemala. Fondo*. Sentencia de 25 de noviembre de 2000. Serie C No. 70, párrs. 162 y 163, y *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 208.

²²⁶ Cfr. *Corte IDH. Caso de las niñas Yean y Bosico Vs. República Dominicana*. Sentencia de 8 de septiembre de 2005. Serie C No. 130, párr. 205, y *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 205.

tener los recursos económicos para proveerle del tratamiento necesario a sus familiares²²⁷. De igual forma, algunos de ellos han sido testigos del deterioro de la salud de sus seres queridos, teniendo algunos incluso que afrontar la muerte de algunos de éstos²²⁸.

193. El Tribunal también observa que la falta de atención médica afectó la dinámica familiar de las víctimas, pues algunos familiares de éstas se vieron obligados a modificar sus horarios laborales²²⁹, abandonar o suspender sus estudios y/o migrar a Estados Unidos para hacerse cargo del apoyo económico²³⁰ y manutención²³¹ de su familiar que vive con el VIH, ocasionando con ello rupturas familiares²³², detrimento a su economía y afectaciones a su proyecto de vida. Asimismo, la Corte destaca la transmisión del VIH a L.A.L., la cual pudo prevenirse de haberse proveído del tratamiento médico adecuado a su madre. En el mismo sentido, la Corte constata el sufrimiento padecido por los familiares de las víctimas derivados de la estigmatización que gira en torno a las personas que viven con el VIH, lo que les generó sentimientos de vergüenza y miedo²³³, así como la exclusión de sus núcleos familiares y la pérdida de sus trabajos²³⁴. En ese sentido, la Corte reitera que el derecho a la salud de las personas que viven con el VIH incluye la atención médica interdisciplinaria, a la cual deben tener acceso también los familiares para abordar esos sentimientos, lo que en el presente caso no sucedió.

²²⁷ María de Jesús Chajón de León, Carlos Fernando Coc Chajón, Cruz García Ramos, Luis Alberto Hernández Estrada, Estuardo Edison Hernández Estrada, Osma Vinicio Hernández Estrada, Karen Herlinda Hernández Estrada, Miriam Lisbeth Hernández Estrada y María Magdalena Rodas Mérida, Victoria Ramírez Ramos, Sandra Judith Pérez Cayaxon, Guadalupe Pérez Cayaxon, Yensi Nohemi Pérez Cayaxon, Braulio Adán Rodas Mérida, Andy Alberto Rodas Mérida, Anibal Leonel Rodas Mérida, Clara Verónica Rodas Mérida, Sonia Maribel Rodas Mérida, Walter Audencio Rodas Mérida, Flor de María Rodas Mérida y Leonel Celestino Mazariegos Cinto.

²²⁸ María Elena Morales Villafuerte, Brandon David Adalberto Gómez Morales, María de Jesús Chacón de León, Carlos Fernando Coc Chajón, Antonio Vail Molina, Lexana Rosbetty Pérez Vail, Cruz García Ramos, Sandra Judith Pérez Cayaxon, Guadalupe Pérez Cayaxon, Yensi Nohemí Pérez Cayaxon, Luis Alberto Hernández Estrada, Estuardo Edison Hernández Estrada, Osma Vinicio Hernández Estrada, Karen Herlinda Hernández Estrada y Miriam Lisbeth Hernández Estrada, Leonel Celestino Mazariegos Cinto, Antonio Miranda Méndez y Victoria Ramírez Ramos.

²²⁹ Aníbal Leonel Rodas Mérida, Clara Verónica Rodas Mérida, Sonia Maribel Rodas Mérida, Braulio Adán Rodas Mérida, Andy Alberto Rodas Mérida, Walter Audencio Rodas Mérida, Flor de María Rodas Mérida y María Magdalena Rodas Mérida.

²³⁰ Lexana Rosbetty Pérez Vail, Sandra Judith Pérez Cayaxon, Guadalupe Pérez Cayaxon, Yensi Nohemí Pérez Cayaxon, Jhony Francisco Valdéz Pérez, Boni Kennedy Valdéz Pérez, Nancy Beatríz Valdéz Pérez, Glendi Betsaida Valdéz Pérez, Mildred Odalis Valdéz Pérez, Zolia Argentina Valdéz Pérez, Nelson Gudiel Valdéz Pérez, Rocaél Gómez Felipe, Jaime Gómez Felipe, Miguel Gómez Felipe, Carlos Gómez Felipe, Francisco Gómez Felipe, Margarita Gómez Felipe, Ana Patricia Gómez Felipe, Carlos Fernando Coc Chajón, Luis Alberto Hernández Estrada, Clara Verónica Rodas Mérida, Sonia Maribel Rodas Mérida, Braulio Adán Rodas Mérida, Andy Alberto Rodas Mérida, Aníbal Leonel Rodas Mérida, Walter Audencio Rodas Mérida, Flor de María Rodas Mérida y María Magdalena Rodas Mérida.

²³¹ María Elena Morales Villafuerte, Brandon David Adalberto Gómez Morales, Antonio Miranda Méndez, Nancy Beatríz Valdéz Pérez, Glendi Betsaida Valdéz Pérez, Mildred Odalis Valdéz Pérez, Zoila Argentina Valdéz Pérez, Jhony Francisco Valdéz Pérez, Nelson Gudiel Valdéz Pérez, Boni Kennedy Valdéz Pérez, Candelaria Ordoñez Álvarez, Argentina Ordoñez Álvarez, Honoria Ordoñez Álvarez, Cecilia Ordoñez Álvarez, Daria Ordoñez Álvarez, Juan Carlos Ordoñez Álvarez, Edilma Evelina Barrios, Darlin Sureima Barrios, Kendi Liserli Barrios, Noret Adali Barrios, Sixto Mérida Mendoza, Hermina Rodríguez Coculista, Alejo Ranferi Maldonado Oxlaj, Ana Castillo López, Aracely Méndez Castillo y Carmen Mérida Coronado.

²³² Nancy Beatríz Valdéz Pérez, Glendi Betsaida Valdéz Pérez, Mildred Odalis Valdéz Pérez, Zoila Argentina Valdéz Pérez, Jhony Francisco Valdéz Pérez, Nelson Gudiel Valdéz Pérez y Boni Kennedy Valdéz Pérez y Alejo Ranferi Maldonado Oxlaj.

²³³ Lexana Rosbetty Pérez Vail, L.A.L., Rocaél Gómez Felipe, Jaime Gómez Felipe, Miguel Gómez Felipe, Carlos Gómez Felipe, Francisco Gómez Felipe, Margarita Gómez Felipe, Ana Patricia Gómez Felipe, Karla de Jesús Coronado Mérida, Benita del Rosario Soto Mérida, Erick Alexander Maldonado Mérida, Luis Alberto Hernández Estrada, Estuardo Edison Hernández Estrada, Osma Vinicio Hernández Estrada, Karen Herlinda Hernández Estrada, Miriam Lisbeth Hernández Estrada, Nidya Roxana Zapet Gómez y Mardo Kleiber Hernández Zapet.

²³⁴ María Elena Morales Villafuerte, Brandon David Adalberto Gómez Morales y Cruz García Ramos.

194. En relación con los sufrimientos que padecen los familiares de personas que viven con el VIH, del peritaje de Olga Alicia Paz Bailey es posible desprender que las afectaciones que sufren las personas que viven con el VIH trascienden la esfera individual. De esta forma, los miembros de una familia pueden también sufrir afectaciones que se concretan en situaciones en que hijos tengan que asumir el rol de cuidadores o proveedores de los padres, que las abuelas asuman roles de madres o padres, y que se alteren los proyectos personales de vida de los miembros de una familia. En efecto, estas consecuencias son atribuibles al Estado en la medida en que, por sus omisiones en el cumplimiento del deber de garantía del derecho a la salud, las personas que viven con el VIH ven afectadas sus capacidades impactando así la vida de sus familiares.

195. Tanto la Comisión como los representantes alegaron que el estigma que tradicionalmente acompaña al VIH/SIDA afectó no sólo a los familiares sino también al círculo más cercano, por lo cual también debían ser considerados como víctimas. El Estado no formuló alegatos al respecto. La Corte ha reconocido que una persona que no es familiar directo, o que no tenga un parentesco legal, puede ser considerada como víctima de violaciones a su integridad personal por el sufrimiento y dolor que han causado las violaciones a los derechos humanos de sus seres queridos²³⁵. Asimismo, la Corte advierte que los padres y amigos cercanos suelen ser las personas que más apoyo tienen en el cuidado de personas que viven con el VIH, lo cual es además fundamental para su bienestar psicológico y físico²³⁶. En ese sentido, la Corte considera que, en el presente caso, aquellos amigos cercanos que hayan acompañado a las presuntas víctimas, y donde se ha acreditado un sufrimiento a causa de las violaciones en contra de sus seres queridos, pueden ser considerados víctimas.

196. En lo que respecta al presente caso, la Corte advierte que la señora Luz Imelda Lucas de León, quien fue señalada por la Comisión como amiga de la señora Rita Dubón Orozco, acompañó a la señora Dubón en diversos momentos durante su enfermedad hasta su fallecimiento. En particular, la Corte advierte el sufrimiento que experimentó la señora Lucas de León por el estigma y la discriminación que habría sufrido la señora Dubón, y por los efectos en su salud por la falta de medicamentos y de una atención médica integral. Las omisiones del Estado constituyeron la causa de las afectaciones que sufrió la señora Dubón, por lo que el Tribunal concluye que el Estado es responsable por la violación a la integridad personal de la señora Lucas de León. Por otro lado, en lo que respecta a los familiares que ya han sido declarados como víctimas en el caso, la Corte advierte que las afectaciones que pudieron sufrir han quedado subsumidas en el análisis sobre integridad personal por lo que no considera pertinente pronunciarse sobre ellas.

197. En consecuencia, tomando en consideración las circunstancias del presente caso, y que el Estado no controvertió los alegatos ni las pruebas presentadas por la Comisión y los representantes respecto a las afectaciones que sufrieron los familiares de las víctimas, la Corte concluye que el Estado es responsable por la violación al artículo 5.1 de la Convención Americana en relación al artículo 1.1 en perjuicio de los familiares de las víctimas mencionadas en el Anexo 2 de la presente Sentencia.

²³⁵ Cfr. *Caso Servellón García y otros Vs. Honduras*. Sentencia de 21 de septiembre de 2006. Serie C No. 152., párrs. 137 y 138.

²³⁶ World Health Organization, *What is the impact of HIV on families?*, 2005, pág. 13. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/74664/E87762.pdf

**IX.
REPARACIONES
(APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 63.1 DE LA CONVENCIÓN AMERICANA)**

198. Con base en lo dispuesto en el artículo 63.1 de la Convención Americana²³⁷, la Corte ha indicado que toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente²³⁸, y que esa disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado²³⁹.

199. La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional requiere, siempre que sea posible, la plena restitución (*restitutio in integrum*), que consiste en el restablecimiento de la situación anterior. De no ser esto factible, como ocurre en la mayoría de los casos de violaciones a derechos humanos, el Tribunal determinará medidas para garantizar los derechos conculcados y reparar las consecuencias que las infracciones produjeron²⁴⁰. Por tanto, la Corte ha considerado la necesidad de otorgar diversas medidas de reparación, a fin de resarcir los daños de manera integral, por lo que además de las compensaciones pecuniarias, las medidas de restitución, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición tienen especial relevancia por los daños ocasionados²⁴¹.

200. Este Tribunal ha establecido que las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como con las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos. Por lo tanto, la Corte deberá analizar dicha concurrencia para pronunciarse debidamente y conforme a derecho²⁴².

201. En consideración de las violaciones declaradas en los capítulos anteriores, este Tribunal procederá a analizar las pretensiones presentadas por la Comisión y los representantes, así como los argumentos del Estado, a la luz de los criterios fijados en la jurisprudencia de la Corte en relación con la naturaleza y alcance de la obligación de reparar, con el objeto de disponer las medidas dirigidas a reparar los daños ocasionados a las víctimas²⁴³.

²³⁷ El artículo 63.1 de la Convención establece: "Cuando decida que hubo violación de un derecho o libertad protegidos en esta Convención, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcados. Dispondrá asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada".

²³⁸ Cfr. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Reparaciones y Costas*. Sentencia de 21 de julio de 1989. Serie C No. 7, párr. 25, y *Caso Amrhein y otros vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 466.

²³⁹ Cfr. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Reparaciones y Costas*. Sentencia de 21 de julio de 1989. Serie C No. 7, párr. 24, y *Caso Amrhein y otros vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 466.

²⁴⁰ Cfr. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Reparaciones y Costas*. Sentencia de 21 de julio de 1989. Serie C No. 7, párr. 26, y *Caso Amrhein y otros vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 467.

²⁴¹ Cfr. *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. 226, y *Caso Ramírez Escobar y otros Vs. Guatemala. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 9 de marzo de 2018. Serie C No. 351, párr. 266.

²⁴² Cfr. *Caso Ticona Estrada y otros Vs. Bolivia. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 27 de noviembre de 2008. Serie C No. 191, párr. 110, y *Caso Amrhein y otros vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 468.

²⁴³ Cfr. *Caso Andrade Salmón Vs. Bolivia. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de diciembre de 2016. Serie C No. 330, párr. 189, y *Caso Amrhein y otros vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 469.

202. La jurisprudencia internacional y en particular de la Corte, ha establecido reiteradamente que la sentencia constituye por sí misma una forma de reparación²⁴⁴. No obstante, considerando las circunstancias del presente caso y los sufrimientos que las violaciones cometidas causaron a las víctimas, la Corte estima pertinente fijar otras medidas.

A. Parte Lesionada

203. El Tribunal considera parte lesionada, en los términos del artículo 63.1 de la Convención Americana, a quienes han sido declaradas víctimas de la violación de algún derecho reconocido en la misma²⁴⁵. Por tanto, esta Corte considera como “parte lesionada” a las víctimas y a sus familiares²⁴⁶, quienes en su carácter de víctimas de las violaciones declaradas en esta Sentencia, serán consideradas beneficiarias de las reparaciones que la Corte ordene.

B. Medidas de rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición

B.1. Medidas de rehabilitación

B.1.1. Alegatos de la Comisión y de las partes

204. La **Comisión** solicitó que el Estado repare integralmente a las víctimas sobrevivientes y a los familiares y seres queridos de todas las víctimas, adoptando las medidas necesarias para asegurar que cuenten con atención médica integral, según los estándares internacionales, que incluyen, entre otras necesidades: i) la realización de diagnósticos completos y de exámenes de seguimiento periódicos; ii) la provisión permanente e ininterrumpida de los medicamentos antirretrovirales 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. En tal sentido, la Comisión reiteró la importancia de que el Estado asegure 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.

205. Los **representantes** solicitaron que se ordene al Estado garantizar una atención médica integral y accesible a las víctimas que permanecen con vida. En tal sentido, requirieron que Guatemala adopte las medidas necesarias para brindar asistencia médica integral para cualquier padecimiento médico y cualquier otra acción que sea necesaria para restablecer el daño causado a las víctimas, el cual debe incluir el nivel de prevención, tratamiento, atención y apoyo que requieran. Los representantes requirieron que el Estado garantice, a través de sus instituciones públicas de salud y de forma inmediata, oportuna, adecuada, efectiva, gratuita y permanente, el tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico que requieran las víctimas sobrevivientes de este caso, el cual debe incluir el suministro gratuito de medicamentos antirretrovirales y aquellos que sean necesarios para el tratamiento

²⁴⁴ Cfr. *Caso Neira Alegría y otros Vs. Perú. Reparaciones y Costas*. Sentencia de 19 de septiembre de 1996. Serie C No. 29, párr. 56, y *Caso Amrhein y otros vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 474.

²⁴⁵ Cfr. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 233, y *Caso Amrhein y otros vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 470.

²⁴⁶ Tanto las víctimas directas como sus familiares se encuentran mencionadas en el Anexo 2 de la Sentencia.

de enfermedades oportunistas y asociadas al VIH²⁴⁷. Asimismo, solicitaron que la atención médica se preste, en la medida de lo posible, en el centro más cercano a su lugar de residencia y que el Estado asuma los gastos de transporte y alimentación para que las víctimas puedan asistir a las Unidades de Atención Integral, sin que esto les genere gastos adicionales. En tal sentido, destacaron que, cuando sea necesario recurrir a la atención en clínicas privadas, el Estado deberá asumir los gastos necesarios. Además, solicitaron que el Estado garantice a todas las víctimas una buena alimentación y apoyo social, espiritual y psicológico, así como atención familiar, comunitaria y domiciliaria, con un enfoque de género.

206. Los representantes consideraron, además, que el Estado debe proveer de forma permanente y gratuita preservativos, lubricantes, material de inyección estéril, fármacos antirretrovirales y el tratamiento necesario para prevenir la transmisión vertical. Aunado a ello, solicitaron que la atención integral sea culturalmente apropiada para las víctimas del presente caso, en particular para aquellas que hablan alguna lengua indígena. Por último, en lo que respecta a este concepto, alegaron que, dadas las afectaciones que provoca la lipodistrofia en la integridad de las personas, el Estado debe proporcionar de inmediato la atención necesaria para tratar dicha enfermedad a todas las víctimas que la padecen, incluyendo la cirugía requerida en un plazo no menor a los seis meses después de emitida la Sentencia.

207. En segundo lugar, los representantes solicitaron que se ordene al Estado garantizar atención médica y psicológica a los familiares de las víctimas fallecidas y que permanecen con vida. En tal sentido, requirieron que el Estado brinde atención adecuada a los padecimientos físicos y psicológicos sufridos por los familiares de las víctimas, el cual debe ser proporcionado por personal competente y de confianza, y que cubra todos los gastos que genere el tratamiento, incluidos el transporte y otras necesidades que puedan presentarse. En particular, destacaron la importancia de que el Estado brinde, gratuitamente, de forma inmediata y a través de sus instituciones de salud especializadas, dicho tratamiento médico y psicológico requerido por los familiares declarados víctimas.

208. Al respecto, el **Estado** señaló que, en caso que la Corte resuelva que es responsable internacionalmente por no garantizar alguno de los derechos reconocidos en la Convención, se tenga en cuenta que, a excepción de la reparación por daño material e inmaterial, ya se han adoptado las medidas necesarias para asegurar a todas las víctimas sobrevivientes del presente caso, al igual que el resto de las personas infectadas que residen en el país. Asimismo, el Estado señaló que, respecto a la reparación solicitada por los representantes en cuanto a los posibles daños ocasionados por la supuesta violación al artículo 19 de la Convención, no está en condiciones de pronunciarse debido a que el Escrito de Solicitudes, Argumentos y Pruebas de los representantes no presenta argumentos en sus fundamentos de derecho. Por lo tanto, solicitó a la Corte que dicha solicitud de reparación se tenga por no presentada.

B.1.2. Consideraciones de la Corte

209. En la presente Sentencia la Corte declaró que el Estado es responsable por la violación al deber de garantía del derecho a la salud por las omisiones del Estado en el tratamiento médico de las 49 víctimas del caso y por la afectación de la integridad personal de 46 víctimas y 63 de sus familiares. Por ello, la Corte estima que es preciso disponer una medida de

²⁴⁷ En tal sentido, solicitaron que esta medida incluya la realización de pruebas de CD4, Carga Viral, Genotipo y cualquier otra prueba necesaria, así como otras tecnologías relacionadas para la atención del VIH, de las infecciones oportunistas y de otras enfermedades (expediente de fondo, folio 1837).

reparación que brinde una atención médica adecuada conforme a los estándares expresados en esta Sentencia.

210. De este modo, este Tribunal dispone la obligación, a cargo del Estado, de brindar gratuitamente, a través de instituciones de salud públicas especializadas, o personal de salud especializado, y de forma inmediata, oportuna, adecuada y efectiva, el tratamiento médico y psicológico o psiquiátrico a las víctimas directas de violaciones al derecho a la salud y a la integridad personal. Este tratamiento deberá incluir lo siguiente: i) el suministro gratuito y de por vida de los medicamentos que eventualmente se requieran, tanto aquellos necesarios para combatir el VIH, como aquellos necesarios para combatir las enfermedades oportunistas (*supra* párr. 110), ii) la realización de pruebas diagnósticas para la atención del VIH y para el diagnóstico y tratamiento de otras enfermedades que puedan surgir (*supra* párr. 111), iii) el apoyo social, que incluya el suministro de alimentos necesarios para el tratamiento, apoyo emocional, asesoramiento psicosocial y apoyo nutricional (*supra* párr. 112), y iv) los preservativos, lubricantes, material de inyección estéril como tecnologías de prevención del VIH (*supra* párr.113). En el caso de que el Estado careciera de ellas deberá recurrir a instituciones privadas o de la sociedad civil especializadas. Adicionalmente, el Estado deberá otorgar atención médica inmediata a las víctimas que padezcan lipodistrofia, incluyendo la cirugía requerida para el tratamiento de dicha enfermedad.

211. Asimismo, en la presente Sentencia la Corte declaró que el Estado incumplió con su deber de garantía del derecho a la salud en perjuicio de Corina Dianeth Robledo Alvarado, Dora Marina Martínez Sofoifa, Zoila Marina Pérez Ruíz, Francisco Sop Quiej y Miguel Lucas Vaíl al no haber adoptado medidas positivas que permitieran su acceso a los centros de salud. En este sentido, el Tribunal considera oportuno ordenar que el tratamiento médico se otorgue en el centro médico más cercano al lugar de residencia de las víctimas de este caso por el tiempo que sea necesario. El Estado deberá asumir los gastos de transporte y alimentación por el día en que acudan al centro médico.

212. Por otra parte, la Corte observa que, en el marco de la presente Sentencia, se declaró que el derecho a la integridad personal de 63 familiares de las víctimas se vio afectado por los sentimientos de dolor, angustia e incertidumbre por la falta de atención médica oportuna de sus familiares (*supra* párr.192). En consecuencia, el Tribunal dispone la obligación a cargo del Estado de brindar gratuitamente, a través de sus instituciones de salud especializadas, y de forma inmediata, adecuada, integral y efectiva, tratamiento psicológico o psiquiátrico a los familiares de las víctimas que así lo soliciten, previo consentimiento informado, incluyendo el suministro gratuito de los medicamentos que eventualmente se requieran, tomando en consideración los padecimientos de cada uno de ellos. Asimismo, los tratamientos respectivos deberán prestarse, en la medida de lo posible, en los centros más cercanos a sus lugares de residencia por el tiempo que sea necesario. Las víctimas que soliciten esta medida de reparación, o sus representantes legales, disponen de un plazo de seis meses, contado a partir de la notificación de la presente Sentencia, para dar a conocer al Estado su intención de recibir atención psicológica o psiquiátrica.

213. La Corte recuerda la necesidad de que el Estado actúe con especial celeridad en el cumplimiento de las medidas de reparación ordenadas en los párrafos anteriores, pues de su cumplimiento depende la preservación de la salud, la integridad personal y la vida de las víctimas del caso. Corresponderá al Estado acreditar ante este Tribunal el cumplimiento y permanencia de las medidas señaladas en los párrafos anteriores.

B.2 Medidas de satisfacción

B.2.1. Acto público de reconocimiento de responsabilidad internacional

B.2.1.1. Argumentos de la Comisión y de las partes

214. Los **representantes** requirieron que la Corte ordene a Guatemala la celebración de un acto público en el cual el Estado reconozca su responsabilidad internacional por las violaciones de derechos humanos por las que ha sido condenado, y donde se realice una solicitud de perdón público con el fin de desagraviar a las víctimas. En particular, los representantes solicitaron que en dicho acto estén presentes las más altas autoridades del Estado. Por último, requirieron que para la organización de dicho acto el Estado llegue a un consenso con las víctimas o sus representantes sobre las características del mismo, y que se ordene que dicho evento sea difundido a través de los medios de comunicación televisivos o radiales. Ni el **Estado** ni la **Comisión** se refirieron a la solicitud presentada.

B.2.1.2. Consideraciones de la Corte

215. La Corte estima necesario que el Estado realice un acto público de reconocimiento de responsabilidad internacional por los hechos del presente caso, en desagravio de las víctimas. En dicho acto se deberá hacer referencia a las violaciones de derechos humanos declaradas en la presente Sentencia. Asimismo, deberá llevarse a cabo mediante una ceremonia pública en presencia de altos funcionarios del Estado y las víctimas. El Estado y las víctimas y/o sus representantes deberán acordar la modalidad de cumplimiento del acto público de reconocimiento, así como las particularidades que se requieran, tales como el lugar y la fecha para su realización²⁴⁸.

B.2.2. Publicación y difusión de la Sentencia

B.2.2.1. Argumentos de la Comisión y de las partes

216. Los **representantes** requirieron que el Estado realice la publicación de, por lo menos, las secciones de contexto y resumen de hechos probados, así como la parte resolutive de la Sentencia en el diario oficial y en al menos dos diarios de circulación nacional. Solicitaron, además, que dicha publicación sea realizada en las páginas web del MSPAS, el IGSS, y en las distintas UAI, y mantenida en estos espacios hasta el momento en que se cumpla integralmente la Sentencia. Asimismo, los representantes alegaron que, dada la estigmatización asociada al VIH/SIDA, previo a la publicación, el Estado deberá consultar a las víctimas si desean que su nombre sea incluido en esta publicación, o si por el contrario desean que este sea excluido. Ni el **Estado** ni la **Comisión** se refirieron a la solicitud presentada.

B.2.2.2. Consideraciones de la Corte

217. La jurisprudencia internacional ha establecido que la Sentencia constituye *per se* una forma de reparación²⁴⁹. No obstante, la Corte considera pertinente ordenar, como lo ha hecho

²⁴⁸ Cfr. *Caso Radilla Pacheco Vs. México. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 23 de noviembre de 2009. Serie C No. 209, párr. 353, y *Caso Herzog y otros Vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 15 de marzo de 2018. Serie C No. 353, párr. 380.

²⁴⁹ Cfr. *Caso Neira Alegría y otros Vs. Perú. Reparaciones y Costas*. Sentencia de 19 de septiembre de 1996. Serie C No. 29, párr. 56, y *Caso Amrhein y otros vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 474.

en otros casos²⁵⁰, que el Estado, en el plazo de seis meses, contado a partir de la notificación de la presente Sentencia, realice las siguientes publicaciones: i) el resumen oficial de la Sentencia elaborado por la Corte, por una sola vez, en el diario oficial y en un diario de amplia circulación nacional, en un tamaño de letra legible y adecuado, y ii) la presente Sentencia en su integridad, disponible al menos por un período de un año, en el sitio web oficial del Ministerio de Salud Pública y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, de manera accesible al público desde la página de inicio de los referidos sitios web.

218. Las víctimas deberán informar en un plazo de tres meses, contado a partir de la notificación de esta Sentencia, si desean que sus nombres sean incluidos en las publicaciones señaladas en el párrafo anterior. El Estado deberá informar de forma inmediata a esta Corte una vez que proceda a realizar cada una de las publicaciones dispuestas, independientemente del plazo de un año para presentar su primer informe dispuesto en la parte resolutive de esta Sentencia.

B.2.3. Becas de estudio

B.2.3.1. Argumentos de la Comisión y alegatos de las partes

219. Los **representantes** solicitaron que la Corte ordene al Estado que otorgue una beca de estudios a las víctimas que así lo deseen, la cual deberá cubrir todos los gastos hasta la completa finalización de sus estudios. Ni el **Estado** ni la **Comisión** se refirieron a las solicitudes presentadas.

B.2.3.2. Consideraciones de la Corte

220. La Corte ha considerado oportuno ordenar como medida de satisfacción el otorgamiento de becas en instituciones públicas a aquellas víctimas que sufrieron un impacto en su desarrollo personal como resultado de violaciones a sus derechos humanos²⁵¹. En virtud de la situación económica de las víctimas y sus familiares, la Corte considera oportuno ordenar al Estado que otorgue becas para realizar estudios universitarios en un centro de educación pública en Guatemala a las hijas e hijos de las víctimas directas que así lo soliciten. Estas becas además deberán cubrir el pago de los materiales necesarios para la realización de sus estudios. Las víctimas deberán informar en un plazo de tres meses, contado a partir de la notificación de esta Sentencia, si desean acceder a estas becas. Esta medida deberá ser cumplida en el plazo de un año, contado a partir de la notificación de la presente Sentencia.

B.3. Garantías de no repetición

B.3.1. Alegatos de la Comisión y de las partes

221. La **Comisión** solicitó que la Corte ordene al Estado: i) la provisión de tratamiento y atención en salud gratuita, integral e ininterrumpida a las personas que viven con el 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 que viven con el VIH/SIDA

²⁵⁰ Cfr., *inter alia*, *Caso Cantoral Benavides Vs. Perú. Reparaciones y Costas*. Sentencia de 3 diciembre de 2001. Serie C No. 88, párr. 79, y *Caso Herzog y otros Vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 15 de marzo de 2018. Serie C No. 353, párr. 383.

²⁵¹ Cfr. *Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 31 de agosto de 2010. Serie C No. 216, párr. 257, y *Caso V.R.P., V.P.C. y otros Vs. Nicaragua. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 350, párr. 427.

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 Informe de Fondo.

222. Por su parte, los **representantes** solicitaron que se ordene al Estado, en primer lugar, que tome medidas para garantizar la atención integral y adecuada a las personas que viven con el VIH en Guatemala. Estas medidas incluyen: i) la creación de una base de datos y sistema de información único sobre la epidemia de VIH, ii) la elaboración de un diagnóstico sobre las barreras legales y administrativas que impiden el abastecimiento permanente de medicamentos ARV y adoptar medidas con base en ello, y iii) el fortalecimiento de las Unidades de Atención Integral con el fin de que pueda garantizar de manera efectiva el derecho a la salud. Asimismo, solicitaron que se den capacitaciones a los funcionarios de salud en materia de derechos humanos de las personas que viven con el VIH. Finalmente, solicitaron que el Estado garantice de forma efectiva y universal el diagnóstico temprano de todas las mujeres embarazadas a través de los exámenes para prevenir la transmisión de VIH de madre a hijo. Finalmente, solicitaron que se realice una campaña de sensibilización del VIH/SIDA en los departamentos de donde provienen las víctimas.

223. El **Estado** señaló que, en caso que la Corte resuelva que es responsable internacionalmente por no garantizar alguno de los derechos reconocidos en la Convención, se tenga en cuenta que, a excepción de la reparación por daño material e inmaterial, ya se han adoptado las medidas necesarias para asegurar a todas las víctimas sobrevivientes del presente caso, al igual que el resto de las personas infectadas que residen en el país, y que ya se han implementado los mecanismos de no repetición.

B.3.1. Consideraciones de la Corte

224. La Corte toma nota y valora positivamente las medidas legislativas y de política pública que han sido adoptadas por el Estado para combatir la epidemia del VIH en Guatemala. Sin perjuicio de ello, y tomando en consideración las violaciones ocurridas en el presente caso, la información disponible respecto a la falta de tratamiento médico de una parte de la población que vive con el VIH en Guatemala, y los objetivos y metas a los que se comprometieron los Estados en la Agenda 2030 (*supra* párr. 109), el Tribunal considera pertinente ordenar las siguientes medidas de reparación como garantías de no repetición²⁵².

225. En primer lugar, la Corte considera que el Estado debe implementar mecanismos efectivos de fiscalización y supervisión periódica de los hospitales públicos a fin de asegurar que se brinde una atención integral en materia de salud para personas que viven con el VIH, acorde a la legislación interna y a lo establecido en la presente sentencia (*supra* párrs. 103 a 114). Para ello, el Estado deberá instaurar un sistema de información sobre el alcance de la epidemia del VIH en el país, el cual deberá contener información estadística de las personas atendidas por el sistema de salud público, así como información estadística sobre el sexo,

²⁵² La Corte advierte que en la Agenda 2030, la Asamblea General de la ONU adoptó un plan de acción con objetivos y metas a especificar por cada Estado miembro, a fin de combatir las desigualdades entre los países y hacer realidad los derechos humanos de todos los seres humanos del planeta de forma más rápida. Para ello, se planteó que es fundamental garantizar una vida sana y promover el bienestar universal de las personas en todas las edades. Asimismo, que para el logro de los objetivos deben considerarse los diferentes niveles de desarrollo y capacidad de los Estados, así como el establecimiento de acciones y medidas eficaces para empoderar a las personas vulnerables, incluidas aquellas que viven con enfermedades como el VIH/SIDA, aunado al compromiso de poner fin a estas enfermedades para el año 2030. ONU, Resolución de la Asamblea General "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible" A/70/L.1 aprobada el 25 de septiembre de 2015, preámbulo, párrs. 3, 23, 26, 55 y 66, objetivo 3, 3.3 y 3.8. disponible en <https://undocs.org/es/A/RES/70/1>

edad, etnia, lengua y condición socioeconómica de los pacientes. Igualmente debe instaurar un sistema que le permita hacer un diagnóstico de la atención prestada a la población que vive con el VIH, para lo cual deberá establecer el número de establecimientos que atienden a esta población, su ubicación geográfica e infraestructura. Este diagnóstico servirá de base para la elaboración del mecanismo de mejoramiento de accesibilidad, disponibilidad y calidad de las prestaciones en materia de salud para la población que vive con el VIH a que se refiere el párrafo siguiente.

226. El Estado debe diseñar un mecanismo para garantizar la accesibilidad, disponibilidad y calidad de los antirretrovirales, los exámenes diagnósticos y las prestaciones en salud para la población con el VIH. Este mecanismo debe cumplir los siguientes objetivos mínimos, los cuales deberán ser cumplidos por medio de las acciones que establezcan las entidades estatales, y cuyas metas serán medidas de acuerdo con los indicadores que se establezcan en el marco de una política pública participativa: i) aumentar la disponibilidad, accesibilidad y calidad de medicamentos antirretrovirales, de pruebas diagnósticas para la detección del VIH y para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades oportunistas, ii) mejorar los programas de atención a la población que vive con el VIH y aumentar la cobertura de atención, iii) aumentar y mejorar las medidas inmediatas y urgentes en materia de atención en salud a la población con VIH, iv) mejorar la información disponible para la toma de decisiones por todas las autoridades competentes. Asimismo, para que el diseño e implementación de este mecanismo sea efectivo, el Estado deberá convocar la participación de la comunidad médica, de personas que viven con el VIH que sean usuarios del sistema de salud, y de organizaciones que los representen, y de la Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala en lo que respecta a la fijación de prioridades de atención, la adopción de decisiones, la planificación y la evaluación de estrategias para la mejor atención de la salud.

227. En segundo lugar, el Tribunal estima necesario que el Estado implemente un programa de capacitación para funcionarios del sistema de salud, que laboren en hospitales y unidades de atención médica que atiendan personas con VIH en Guatemala, acerca de los estándares internacionales y la legislación nacional en materia de tratamiento integral para personas que viven con el VIH. Estas capacitaciones deberán incluir información acerca de las mejores prácticas de atención, sobre los derechos de los pacientes y las obligaciones de las autoridades. Asimismo, estas capacitaciones deberán ser impartidas, durante un tiempo razonable, por personal médico y jurídico especializado en la materia, y deberán ser realizadas con perspectiva de género.

228. En tercer lugar, el Estado deberá garantizar que las mujeres embarazadas tengan acceso a una prueba de VIH, y que les sea practicada si así lo desean. El Estado deberá dar seguimiento periódico a aquellas mujeres embarazadas que viven con el VIH, y deberá proveer el tratamiento médico adecuado para evitar la transmisión vertical del virus, sin perjuicio de lo establecido en el párrafo 226 de la presente Sentencia. Para este fin, como lo ha hecho en otros casos, la Corte ordena al Estado diseñar una publicación o cartilla en forma sintética, clara y accesible sobre los medios de prevención de la transmisión del VIH y sobre el riesgo de transmisión vertical de éste, así como los recursos disponibles para minimizar ese riesgo. Dicha publicación deberá estar disponible en todos los hospitales públicos y privados de Guatemala, tanto para los pacientes como para el personal médico. Asimismo, debe darse acceso a dicha cartilla o publicación a través de los organismos de la sociedad civil vinculados al tema.

229. En cuarto lugar, como una forma de contribuir a que hechos como los del presente caso no se repitan, la Corte estima conveniente ordenar al Estado la realización de una campaña nacional de concientización y sensibilización, dirigida a personas que viven con el VIH, funcionarios públicos, y la población general, sobre los derechos de las personas que

viven con el VIH, sobre las obligaciones que las autoridades tienen en su atención, y sobre la necesidad de respetar a las personas que viven con esta condición. Esta campaña deberá estar dirigida a combatir el estigma y la falta de información sobre las causas y consecuencias para la salud de las personas que viven con el VIH. Asimismo, la campaña deberá tener perspectiva de género y deberá ser comprensible para toda la población.

230. El Estado deberá informar anualmente sobre los avances de las garantías de no repetición antes mencionadas (*supra* párrs. 225 a 229) por un periodo de tres años. La Corte valorará esta información en su supervisión y se pronunciará al respecto.

C. Indemnizaciones Compensatorias

C.1. Daño material

C.1.1. Alegatos de la Comisión y de las partes

231. La **Comisión** solicitó a la Corte que ordene al Estado reparar integralmente a las víctimas sobrevivientes y a los familiares y seres queridos, incluyendo el aspecto material.

232. Los **representantes** solicitaron que, al ordenar el pago del daño material, la Corte tome en cuenta: i) el tiempo transcurrido desde que las víctimas fueron diagnosticadas, y ii) que la mayoría de ellas se encuentran en una precaria situación económica, por lo que los gastos en que incurrieron significaron importantes erogaciones económicas²⁵³, siendo que en algunos casos las víctimas tuvieron que contraer deudas para poder costearlos y en otros se vieron imposibilitadas de acceder al tratamiento por no contar con los recursos necesarios para ello. Asimismo, alegaron que las mujeres que tuvieron hijos e hijas en esa época incurrieron en el gasto adicional de comprar la leche de fórmula para que sus bebés no resultasen contagiados con la enfermedad, pues esta no fue proporcionada o fue insuficiente para asegurar la alimentación de los recién nacidos. Por último, los representantes señalaron que, debido al transcurso del tiempo, las víctimas no cuentan con los comprobantes de los gastos antes mencionados, por lo que solicitaron a la Corte que determine en equidad la cantidad correspondiente al daño material que deberá ser entregada a cada una de ellas.

233. El **Estado** señaló que, respecto a la reparación por daño material, presentaría una propuesta basada en un estudio actuarial. Sin embargo, la misma no fue presentada a la Corte.

C.1.2. Consideraciones de la Corte

234. Este Tribunal ha desarrollado en su jurisprudencia que el daño material supone “la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos

²⁵³ En tal sentido, los representantes alegaron que, a partir de la falta de atención integral a la salud de las víctimas, estas han tenido que asumir gastos económicos extra. En particular, señalaron que estas debieron realizar contribuciones económicas para comprar los insumos necesarios a fin de realizar los exámenes de CD4, carga viral y genotipo, o adquirir por su cuenta algunos de los medicamentos necesarios para su tratamiento, siendo que al menos 7 de las víctimas tuvieron que costearse su propio tratamiento para las enfermedades vinculadas al VIH/SIDA por las que resultaron afectados. Además, manifestaron que, debido a la distancia de los centros de atención de los domicilios de las víctimas, al menos unas 20 de estas incurrieron en gastos de transporte (expediente de fondo, folio 740).

del caso”²⁵⁴. Al respecto, la Corte observa que, a falta de respaldo probatorio, no puede cuantificar con precisión los montos que las víctimas habrían erogado con motivo de los hechos. No obstante, este Tribunal reconoce que las víctimas han incurrido en diversos gastos por el tratamiento médico y cuidados producto de su condición de salud, por lo que fija en equidad la suma de US \$5,000.00 (cinco mil dólares de los Estados Unidos de América) para cada una de las 49 víctimas directas señaladas en el Anexo 2 de la presente Sentencia, por concepto de daño material.

C.2. Daño inmaterial o moral

C.2.1. Alegatos de la Comisión y de las partes

235. La **Comisión** solicitó a la Corte que ordene al Estado reparar integralmente a las víctimas sobrevivientes y a los familiares y seres queridos, incluyendo el aspecto material. Asimismo, solicitó que la Corte tome en cuenta que: i) las afectaciones ocasionadas a las víctimas alcanzan los proyectos de vida tanto personales como familiares, ii) los hechos de este caso han dejado familias desintegradas, niños y niñas sin padre o madre, proyectos educativos y profesionales truncados, todos ellos producto del grave impacto ocasionado como consecuencia de las acciones y omisiones estatales, y iii) la mayoría de víctimas se mantienen actualmente en condiciones de pobreza y pobreza extrema.

236. Los **representantes** solicitaron a la Corte que, en atención a los elementos de hecho del presente caso, las violaciones cometidas, los sufrimientos ocasionados, la afectación a los proyectos de vida así como las restantes consecuencias de orden inmaterial sufridas por las víctimas del presente caso, ordene al Estado el pago por concepto de daño inmaterial, el cual deberá ser determinado en equidad.

237. El **Estado** señaló que, respecto a la reparación por daño inmaterial, presentaría una propuesta basada en un estudio actuarial. Sin embargo, dicha propuesta no fue presentada a la Corte.

C.2.1. Consideraciones de la Corte

238. La jurisprudencia internacional ha establecido que la sentencia constituye *per se* una forma de reparación²⁵⁵. No obstante, este Tribunal ha desarrollado el concepto de daño inmaterial y ha establecido que este puede comprender tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas directas y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de las víctimas o sus familiares²⁵⁶.

239. Por ello, considerando las circunstancias del presente caso, los sufrimientos que las violaciones cometidas causaron a las víctimas, así como las restantes consecuencias de orden inmaterial que éstas sufrieron, la Corte estima pertinente fijar en equidad, por concepto de

²⁵⁴ *Caso Bámaca Velásquez Vs. Guatemala. Reparaciones y Costas*. Sentencia de 22 de febrero de 2002. Serie C No. 91, párr. 43, y *Caso Amrhein y otros vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 487.

²⁵⁵ *Cfr. Caso Neira Alegría y otros Vs. Perú. Reparaciones y Costas*. Sentencia de 19 de septiembre de 1996. Serie C No. 29, párr. 56, y *Caso Amrhein y otros vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 474.

²⁵⁶ *Cfr. Caso de los "Niños de la Calle" (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Reparaciones y Costas*. Sentencia de 26 de mayo de 2001. Serie C No. 77, párr. 84, y *Caso Amrhein y otros vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de abril de 2018. Serie C No. 354, párr. 482.

daño inmaterial, una indemnización equivalente a US \$60.000 (sesenta mil dólares de los Estados Unidos de América) a favor de cada víctima fallecida, de US \$30.000 (treinta mil dólares de los Estados Unidos de América) a favor de cada víctima sobreviviente, y de US \$10.000 (diez mil dólares de los Estados Unidos de América) a favor de cada uno de los familiares declarados como víctimas en el presente caso.

C.3. Costas y Gastos

C.3.1. Alegatos de la Comisión y de las partes

240. Los **representantes** solicitaron que se pague la cantidad US \$2,794.44 por concepto de los servicios prestados por la Dra. María Cristina Calderón a fin de realizar seguimiento a la situación de las víctimas en el presente caso, cubriendo de esta forma los gastos de los viajes realizados entre diciembre de 2016 a la fecha. A su vez, solicitaron que se determine en equidad el valor de 14 viajes adicionales que realizó la Dra. Calderón desde el año 2000, y los gastos de dos viajes que realizó a la ciudad de Washington D.C durante el trámite ante la Comisión. Por último, señalaron que la Dra. Calderón incurrió en un gasto de US \$327.80 por trámites legales relacionados con el presente caso. Asimismo, requirieron a la Corte que determine en equidad el valor a pagar a la Asociación de Salud Integral, quien ha actuado como representante de las víctimas y ha incurrido en gastos de transporte y alimentación de estas últimas. Finalmente, mencionaron que CEJIL ha actuado como representante de las víctimas en el proceso internacional desde agosto del año 2002 y en el ejercicio de dicha representación solicitaron que el Estado de Guatemala les reconozca la suma de US \$27,170.08, por dichos conceptos y por su salario y gastos notariales. En lo relacionado a los gastos futuros, pidieron que en la Sentencia se prevea un monto para gastos de la etapa de supervisión de cumplimiento.

241. El **Estado** manifestó que deberán ser reembolsables únicamente aquellos que respalden la pretensión en materia de costas y gastos y cumplan con los criterios identificados por la presente Corte, teniendo en cuenta que dichos conceptos sean adecuados y razonables al proceso seguido. Sobre los gastos futuros, indicó que los solicitados por los representantes no son justificables siendo que para su otorgamiento debe ser medible y sostenible anticipadamente, lo cual a su criterio no ocurre en el presente caso por responder a circunstancias condicionantes y sin fundamento que no se enmarcan en los parámetros de la Corte. Por último, Guatemala sostuvo que los gastos futuros atentan contra la certeza jurídica y deben ser proporcionales a los hechos violentados.

C.3.2. Consideraciones de la Corte

242. La Corte reitera que, conforme a su jurisprudencia²⁵⁷, las costas y gastos hacen parte del concepto de reparación, toda vez que las actividades desplegadas por las víctimas con el fin de obtener justicia, tanto a nivel nacional como internacional, implican erogaciones que deben ser compensadas cuando la responsabilidad internacional del Estado es declarada mediante una sentencia condenatoria. En cuanto al reembolso de las costas y gastos, corresponde al Tribunal apreciar prudentemente su alcance, el cual comprende los gastos generados ante las autoridades de la jurisdicción interna, así como los generados en el curso del proceso ante el sistema interamericano, teniendo en cuenta las circunstancias del caso concreto y la naturaleza de la jurisdicción internacional de protección de derechos humanos.

²⁵⁷ Cfr. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Reparaciones y Costas*. Sentencia de 21 de julio de 1989. Serie C No. 7, párr. 42, y *Caso Herzog y otros Vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 15 de marzo de 2018. Serie C No. 353, párr. 401.

Esta apreciación puede ser realizada con base en el principio de equidad y tomando en cuenta los gastos señalados por las partes, siempre que su *quantum* sea razonable²⁵⁸.

243. En el presente caso, no consta en el expediente respaldo probatorio suficiente en relación con las costas y gastos en los cuales incurrieron las víctimas o sus representantes. Sin embargo, los representantes han señalado algunos montos calculados con base en ciertos comprobantes y tablas elaboradas por ellos mismos. Teniendo en cuenta lo anterior, y ante la falta de la totalidad de comprobantes oficiales de gastos incurridos por parte de las víctimas o de sus representantes, el Tribunal fija, en equidad, que el Estado debe pagar la cantidad total de US\$ 3.000 (tres mil dólares de los Estados Unidos de América) por concepto de costas y gastos en el litigio del presente caso para la representante María Cristina Calderón; US\$ 10.000 (diez mil dólares de los Estados Unidos de América) por concepto de costas y gastos en el litigio del presente caso para la Asociación de Salud Integral; y US\$ 25.000 (veinticinco mil dólares de los Estados Unidos de América) por concepto de costas y gastos en el litigio del presente caso para CEJIL. Estos montos deberán ser pagados directamente a cada uno de los representantes de las presuntas víctimas en el presente caso.

D. Reintegro de los gastos al Fondo de Asistencia Legal

244. En el presente caso, mediante Resolución de 24 de julio de 2017, el Presidente de la Corte otorgó, con cargo al Fondo de Asistencia Legal de Víctimas de la Corte, el apoyo económico necesario para la presentación de cinco declaraciones, ya sea en audiencia o por affidavit.

245. En razón de las violaciones declaradas en la presente Sentencia y del cumplimiento de los requisitos para acogerse al Fondo de Asistencia de la Corte, este Tribunal ordena al Estado reintegrar a dicho Fondo la cantidad de US\$ 2.176,36 (dos mil ciento setenta y seis dólares de los Estados Unidos de América con treinta y seis centavos) por los gastos incurridos. Este monto deberá ser reintegrado en el plazo de seis meses, contados a partir de la notificación de la presente Sentencia.

E. Modalidad de cumplimiento de los pagos ordenados

246. El Estado deberá efectuar el pago de las indemnizaciones por concepto de daño material e inmaterial y el reintegro de costas y gastos establecidos en la presente Sentencia directamente a las personas indicadas en la misma, dentro del plazo de un año contado a partir de la notificación de la presente Sentencia.

247. En caso de que los beneficiarios hayan fallecido o fallezcan antes de que les sea entregada la cantidad respectiva, esta se entregará directamente a sus derechohabientes, conforme al derecho interno aplicable.

248. El Estado deberá cumplir con las obligaciones monetarias mediante el pago en dólares de los Estados Unidos de América o su equivalente en moneda nacional, utilizando para el cálculo respectivo el tipo de cambio que se encuentre vigente en la bolsa de Nueva York, Estados Unidos de América, el día anterior al pago.

249. Si por causas atribuibles a los beneficiarios de las indemnizaciones o a sus derechohabientes no fuese posible el pago de las cantidades determinadas dentro del plazo

²⁵⁸ Cfr. *Caso Garrido y Baigorria Vs. Argentina. Reparaciones y Costas*. Sentencia de 27 de agosto de 1998. Serie C No. 39, párr. 82, y *Caso Herzog y otros Vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 15 de marzo de 2018. Serie C No. 353, párr. 401.

indicado, el Estado consignará dichos montos a su favor en una cuenta o certificado de depósito en una institución financiera guatemalteca solvente, en dólares de los Estados Unidos de América, y en las condiciones financieras más favorables que permitan la legislación y la práctica bancaria. Si no se reclama la indemnización correspondiente una vez transcurridos diez años, las cantidades serán devueltas al Estado con los intereses devengados.

250. Las cantidades asignadas en la presente Sentencia como indemnización por daños materiales e inmateriales, y como reintegro de costas y gastos, deberán ser entregadas a las personas indicadas en forma íntegra, conforme a lo establecido en esta Sentencia, sin reducciones derivadas de eventuales cargas fiscales.

251. En caso de que el Estado incurriera en mora, incluyendo en el reintegro de los gastos al Fondo de Asistencia Legal de Víctimas, deberá pagar un interés sobre la cantidad adeudada correspondiente al interés bancario moratorio en la República de Guatemala.

**X.
PUNTOS RESOLUTIVOS**

Por tanto,

LA CORTE

DECIDE,

Por cuatro votos a favor y uno en contra, que:

1. El Estado es responsable por la violación del derecho a la salud, de conformidad con el artículo 26 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 de la misma, en perjuicio de las 49 personas listadas como víctimas en el Anexo 2 adjuntado a la presente sentencia, en los términos de los párrafos 75 a 119 de la presente Sentencia.
2. El Estado es responsable por la violación del derecho a la salud, de conformidad con el artículo 26 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 de la misma, en perjuicio de 43 personas listadas como víctimas en el Anexo 2 adjuntado a la presente Sentencia, en los términos de los párrafos 75 a 117 y 120 a 127 de la presente Sentencia.
3. El Estado es responsable por la violación de la prohibición de discriminación en relación con la obligación de garantizar el derecho a la salud, reconocido en el artículo 26 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento, en perjuicio de 2 personas listadas como víctimas en el Anexo 2 adjuntado a la presente Sentencia, en los términos de los párrafos 128 a 139 de esta Sentencia.
4. El Estado es responsable por la violación al principio de progresividad, de conformidad con el artículo 26 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 de la misma, en los términos de los párrafos 140 a 148 de la presente Sentencia.

Por unanimidad, que:

5. El Estado es responsable por la violación del derecho a la vida, reconocido en el artículo 4 de la Convención Americana, en relación con los artículos 26 y 1.1 de la misma, en perjuicio de 12 personas listadas como víctimas en el Anexo 2 adjuntado a la presente Sentencia, en los términos de los párrafos 155 a 159 de esta Sentencia.
6. El Estado es responsable por la violación del derecho a la integridad personal, reconocido en el artículo 5 de la Convención Americana, en relación con los artículos 26 y 1.1 de la misma, en perjuicio de 46 personas listadas como víctimas en el Anexo 2 adjuntado a la presente Sentencia, en los términos de los párrafos 161 a 164 de esta Sentencia.

Por cuatro votos a favor y uno en contra, que:

7. El Estado es responsable por la violación de los derechos a las garantías judiciales y protección judicial, reconocidos en los artículos 8.1 y 25.1 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 de la misma, en perjuicio de 13 personas listadas como víctimas en el Anexo 2 adjuntado a la presente Sentencia, en los términos de los párrafos 168 a 179 y 187 de la presente Sentencia.
8. El Estado es responsable por la violación a la garantía del plazo razonable, reconocida en el artículo 8 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 de la misma, en perjuicio de 13 personas listadas como víctimas en el Anexo 2 adjuntado a la presente

Sentencia, en los términos de los párrafos 180 a 187 de la presente Sentencia.

Por unanimidad, que:

9. El Estado es responsable por la violación a la integridad personal, reconocida en el artículo 5.1 de la Convención Americana, en perjuicio de los familiares de las víctimas listados como familiares en el Anexo 2 adjuntado a la presente Sentencia, en los términos de los párrafos 191 a 197 de la presente Sentencia.

Y DISPONE:

Por unanimidad, que:

10. Esta Sentencia constituye, por sí misma, una forma de reparación.

11. El Estado debe, dentro del plazo de seis meses contado a partir de la notificación de esta Sentencia, realizar las publicaciones indicadas en los párrafos 217 y 218 de la presente Sentencia y, dentro del plazo de un año a partir de la notificación de esta Sentencia, realizar el acto público de reconocimiento de responsabilidad internacional y otorgar las becas de estudio en los términos fijados en los párrafos 215 y 220 de la presente Sentencia.

12. El Estado debe brindar, a través de sus instituciones de salud, la atención médica psicológica de manera gratuita e inmediata a las víctimas y sus familiares, en el modo y plazo fijado en los párrafos 210, 212 y 213 de la presente Sentencia.

13. El Estado debe garantizar, a través de sus instituciones de salud, que la atención médica se otorgue en la clínica más cercana al lugar de residencia de las víctimas, y que asuma los costos de traslado de aquellas que se encuentren alejadas, en los términos fijados en el párrafo 211 de la presente Sentencia.

14. El Estado debe implementar mecanismos de fiscalización y supervisión de los servicios de salud, mejorar la accesibilidad, disponibilidad y calidad de las prestaciones de salud para personas que viven con el VIH, garantizar la provisión de antirretrovirales y la demás medicación indicada a toda persona afectada, ofrecer a la población las pruebas diagnósticas para detección del VIH, implementar un programa de capacitación para funcionarios del sistema de salud, garantizar tratamiento médico adecuado a mujeres embarazadas que viven con el VIH, y realizar una campaña nacional de concientización y sensibilización en los términos fijados en los párrafos 225 a 230 de la Sentencia.

15. El Estado debe pagar las cantidades fijadas en los párrafos 234, 239 y 243 de la presente Sentencia, por concepto de compensación por daño material e inmaterial y por el reintegro de costas y gastos.

16. El Estado debe reintegrar al Fondo de Asistencia Legal de Víctimas de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la cantidad erogada durante la tramitación del presente caso, en los términos del párrafo 245 de esta Sentencia.

17. El Estado debe, dentro del plazo de un año contado a partir de la notificación de esta Sentencia, rendir al Tribunal un informe sobre las medidas adoptadas para cumplir con la misma.

18. La Corte supervisará el cumplimiento íntegro de esta Sentencia, en ejercicio de sus atribuciones y en cumplimiento de sus deberes conforme a la Convención Americana sobre

Derechos Humanos, y dará por concluido el presente caso una vez que el Estado haya dado cabal cumplimiento a lo dispuesto en la misma.

El Juez Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot dio a conocer a la Corte su voto individual concurrente, al que se adhieron la Jueza Elizabeth Odio Benito y el Juez Patricio Pazmiño Freire. El Juez Humberto Antonio Sierra Porto dio a conocer a la Corte su voto individual parcialmente disidente.

Emitida en español en San José, Costa Rica, el 23 de agosto de 2018.

ANEXO 1. LISTADO DE PRESUNTAS VÍCTIMAS REMITIDO POR LA CIDH

A. PRESUNTAS VÍCTIMAS FALLECIDAS			
Nº	PRESUNTA VÍCTIMA	Nº	FAMILIARES
1	Facundo Gómez Reyes	1	María Elena Morales Villafuerte (Esposa)
		2	Brandon David Adalberto Gómez Morales (Hijo)
2	Reina López Mujica		No hay información disponible.
3	Ismar Ramírez Chajón	1	María de Jesús Chajón de León (Madre)
		2	Edna Yolanda Ramírez Chajón (Hermana)
		3	Carlos Fernando Coc Chajón (Hermano)
		4	Ariel Coc Chajón (Hermano)
		5	Abner Antonio Ramírez Mejía (Sobrino)
		6	Karla Susely Ramírez Mejía (Sobrina)
		7	Luis Rolando Cuscul Pivaral (Pareja)
4	Petrona López Robledo	1	Marelyn Damaisa Xum López (Hija)
		2	Juana Sugeidi Xum López (Hija)
		3	Marcela Xum Basilio (Tía)
5	Rita Mariana Dubón Orozco	1	Rina Haydeé Landaverde (Amiga)
		2	Luz Imelda Lucas de León (Amiga)
		3	Gladys Minerba Chávez Juárez (Amiga)
6	Luis Edwin Cruz Gramajo		No hay información disponible.
7	María Blanca Vaíl López	1	Javier Pérez (Esposo)
		2	Antonio Vaíl Molina (Padre)
		3	Lexana Rosbety Pérez Vaíl (Hija)
		4	Alba Azucena Vaíl López (Hermana)
		5	América Leticia Vaíl López (Hermana)
		6	Marvin Antonio Vaíl López (Hermano)
		7	Krizia Vanessa Vaíl Aguilar (Sobrina)
8	Alberto Quiché Cuxeva	1	Marisela Quiché Gualip (Hija)
		2	Víctor Quiché Ramírez (Padre)
		3	Manuela Cuxeva García (Madre)
		4	Lucía Quiché Cuxeva (Hermana)
B. PRESUNTAS VÍCTIMAS CON VIDA			
Nº	PRESUNTA VÍCTIMA	Nº	FAMILIARES
9	Guadalupe Herminia Cayaxon García	1	Rafael de León (fallecido por VIH)
		2	Sandra Judith Pérez Cayaxon (Hija)
		3	Guadalupe Pérez Cayaxon (Hija)
		4	Yensi Pérez Cayaxon (Hija)
		5	Neftalí Cayaxon Pérez (Padre)
		6	Cruz García Ramos (Madre)
10	José Rubén Delgado López	1	Antonio Miranda Méndez (Hermano)
		2	Magdalena López de Miranda (Cuñada)
		3	Héctor Delgado Pérez (Hijo)
		4	Francisco Delgado Pérez (Hijo)
		5	Lidia Mirtala Miranda López (Sobrina)
11	Elsa Miriam Estrada Ruíz	1	José Luis Hernández (Esposo fallecido)
		2	María Herlinda Ruíz (Madre)
		3	Luis Alberto Hernández Estrada (Hermano)
		4	Estuardo Edison Hernández Estrada (Hermano)
		5	Osma Vinicio Hernández Estrada (Hermano)
		6	Karen Herlinda Hernández Estrada (Hermana)
		7	Miriam Lisbeth Hernández Estrada (Hermana)
12	Silvia Mirtala Alvarez Villatoro	1	Mayra Aideé Mejía Martínez (Pareja)
		2	María José Mejía Martínez (Hija)
		3	Layonel Ismar Josué Mejía Martínez (Hijo)
		4	Lilián Janethe Alvarez Villatoro (Hermana)
		5	Víctor Manuel Alvarez Alvisures (Padre)
		6	Nibia Matilde Villatoro García de Alvarez (Madre fallecida)
13	Juana Aguilar Gómez	1	Felipe de Jesús Hernández (Pareja, fallecido)
		2	Jessenia Carolina Guzmán (Hija)

		3	Julio César Guzmán Aguilar (Hijo)
		4	Felipe Guillermo Guzmán Aguilar (Hijo)
		5	Julián Cabrera Aguilar (Padre)
		6	Gerber Gudiel Guzmán Aguilar (Nieto)
		7	Andi Enrique Sales Guzmán (Nieto)
14	Melvin Yovani Ajtun Escobar	1	Heidy Mariela Lucas González (Esposa)
		2	Elías Emmanuel Ajtun Lucas (Hijo)
		3	Marvin Josué Lucas González (Hijo, fallecido)
		4	Bertha Luz Escobar (Madre)
15	José Cupertino Ramírez	1	Victoria Ramírez Sabat (Prima hermana)
		2	Valvino Ramírez Sabat (Primo hermano)
		3	Valvino Ramírez Ramos (Tío)
16	Sebastián Emilio Dueñas	1	Julia Aguilar (Esposa)
		2	Fredy Dueñas Aguilar (Hijo)
		3	Lucrecia Isabel Dueñas Aguilar (Hija)
		4	Eva Dueñas Aguilar (Hija)
17	Julia Aguilar	1	Sebastián Emilio Dueñas (Esposo)
		2	María Dueñas Aguilar (Madre)
		3	Fredy Dueñas Aguilar (Hijo)
		4	Lucrecia Isabel Dueñas Aguilar (Hija)
		5	Eva Dueñas Aguilar (Hija)
18	Felipe Tebalan Ordoñez	1	Martina Candelaria Alvarez Estrada (Esposa)
		2	Candelaria Ordoñez Alvarez (Hija)
		3	Argentina Ordoñez Alvarez (Hija)
		4	Honorio Ordoñez Alvarez (Hija)
		5	Cecilia Ordoñez Alvarez (Hija)
		6	Daria Ordoñez Alvarez (Hija)
		7	Juan Carlos Ordoñez Alvarez (Hijo)
		8	Luis Emiliano Ordoñez Alvarez (Nieto)
		9	Martín Gildardo Ordoñez Alvarez (Nieto)
		10	Ivan Juárez Ordoñez (Nieto)
		11	Lauris Ernestina Juárez Ordoñez (Nieta)
		12	Yeslin Janeth Juárez Ordoñez (Nieta)
19	Martina Candelaria Alvarez Estrada	1	Felipe Tebalan Ordoñez (Esposo)
		2	Candelaria Ordoñez Alvarez (Hija)
		3	Argentina Ordoñez Alvarez (Hija)
		4	Honorio Ordoñez Alvarez (Hija)
		5	Cecilia Ordoñez Alvarez (Hija)
		6	Daria Ordoñez Alvarez (Hija)
		7	Juan Carlos Ordoñez Alvarez (Hijo)
		8	Luis Emiliano Ordoñez Alvarez (Nieto)
		9	Martín Gildardo Ordoñez Alvarez (Nieto)
		10	Lauris Ernestina Juárez Ordoñez (Nieta)
		11	Yeslin Janeth Juárez Ordoñez (Nieta)
		12	Ivan Juárez Ordoñez (Nieto)
20	Luis Rubén Isabel Alvarez Flores	1	Julio Rubén Alvarez Chinchila (Padre)
		2	Margarita Flores Cuiza (Madre, fallecida)
		3	Atilio Sabas Alvarez Flores (Hermano)
		4	Lileana Alvarez Flores (hermana)
		5	Victoriano Estanislao Alvarez Flores (Hermano)
		6	Julio Antonio Alvarez Flores (Hermano)
		7	Samuel Gonzalo Alvarez Flores (Hermano)
21	Ingrid Janeth Barillas Martínez		No hay información disponible
22	Saira Elisa Barrios	1	Guillermo Donis (Esposo actual)
		2	Erick Jonás Sánchez (Padre de sus hijas, fallecido)
		3	Moisés Israel Rodas López (Padre)
		4	Eiselda de Jesús Mazariegos de Rodas (Madre)
		5	Edilma Evelina Barrios (Hija)
		6	Darlin Sureima Barrios (Hija)
		7	Kendi Liserli Barrios (Hija)
		8	Noret Adali Barrios (Hija)
23	Felix de Jesús Cabrera Morales	1	Mavilla Ester Morales Agustín (Madre)
		2	Juan Pablo Cabrera Gatica (Padre)

		3	Jesús Alberto González Cabrera (Hijo)
24	César Noé Cancinos Gómez	1	Irma Leticia Vicente Morales (Esposa)
		2	César Antonio Cancinos Vicente (Hijo)
		3	Leticia Yamilet Cancinos Vicente (Hija)
		4	Demecio Rogelio Cancinos Díaz (Padre)
		5	Macedonia Gómez Oxlaj (Madre)
25	Aracely Cinto	1	María Teresa de Maldonado Cinto (Madre)
		2	Leonel Celestino Mazariegos Cinto (Hijo)
		3	Gladys Francisca Mazariegos Cinto (Hija, fallecida)
		4	Edwin Amílcar Maldonado Cinto (Hijo)
26	Luis Rolando Cuscul Pivaral	1	María de la Cruz Mundo Zelaya (Madre adoptiva)
		2	Pareja sentimental (Persona fallecida)
		3	Isaías Cuscul Mundo (Hermano)
		4	Raúl Cuscul Mundo (Hermano)
		5	Manuel Antonio Cuscul Mundo (Hermano)
		6	Adolfo Cuscul Mundo (Hermano)
		7	Etelvina Cuscul Mundo (Hermana)
		8	Eduardo Isaías Cuscul Antonio (Sobrino)
		9	Patricia Judith Cuscul Antonio (Sobrino)
		10	Luis Pablo Cuscul Antonio (Sobrino)
		11	Bryan Alexander Adolfo Cuscul Quiñonez (Sobrino)
		12	Andy Joe Cuscul Quiñonez (Sobrino)
		13	Manuel Cuscul Álvarez (Sobrino)
		14	Kevin Raúl Cuscul Flores (Sobrino)
		15	Andrea Etelvina Sánchez Cuscul (Sobrino)
		16	Roxana Pamela Sánchez Cuscul (Sobrino)
		17	Marlon Daniel Cuscul Flores (Sobrino)
		18	Ángel Gabriel Cuscul Flores (Sobrino)
27	Olga Marina Castillo		No hay información disponible.
28	María Felipe Pérez	1	Rocael Gómez Felipe (Hijo)
		2	Jaime Gómez Felipe (Hijo)
		3	Miguel Gómez Felipe (Hijo)
		4	Carlos Gómez Felipe (Hijo)
		5	Francisco Gómez Felipe (Hijo)
		6	Margarita Gómez Felipe (Hija)
		7	Ana Patricia Gómez Felipe (Hija)
		8	Roberto Gómez García (Padre de sus hijos fallecido)
29	Ismerai Olibia García Castañon	1	Leonidas Alberto Cifuentes García (Hijo)
		2	Guillermo Neemias Cifuentes García (Hijo)
		3	Elder Neftali Cifuentes García (Hijo)
		4	Ingrid Olivia Cifuentes García (Hija)
		5	Juan Antonio Cifuentes García (Hijo fallecido)
		6	Juan Guillermo Cifuentes Orozco (Padre de sus hijos)
		7	Leodora Castañon Cruz (Madre)
		8	Santos Isacar Vásquez Barrios (Pareja actual)
30	Santos Isacar Vásquez Barrios	1	Ismerai Olibia García Castañon (Pareja)
		2	Irma Noelia Vásquez Barrios (Hija)
		3	Juana de Jesús Vásquez (Abuela)
		4	Rogelio Saturnino Vásquez (Padre)
		5	Margarita Barrios Hernández (Madre)
31	Mardo Luis Hernández y Hernández	1	Nidya Roxana Zapet Gómez (Esposa)
		2	Mardo Kleiber Hernández Zapet (Hijo)
		3	Irma Erminia Hernández Mérida (Madre)
		4	Francisco Luis Hernández Ramírez (Padre)
		5	Menfil Elsidio Hernández Hernández (Hermano)
		6	Jessica Isenia Hernández Hernández (Hermana)
32	Luis Armando Linares Ruano		No hay información disponible
33	Marta Alicia Maldonado Paz	1	Carlos Humberto Vásquez Pérez (Esposo)
		2	Telma Maldonado Andrade (Hermana)
		3	Delia Marlenee Pérez Maldonado (Hija)
		4	Adela Nohemí Pérez Maldonado (Hija fallecida)
34	Dora Marina Martinez Sofoifa		No hay información disponible
35		1	Sixto Mérida Mendoza (Padre. fallecido 5 años atrás)

	Pascuala de Jesús Mérida Rodríguez	2	Herminia Rodríguez Coculista (Madre)
		3	Karla de Jesús Coronado Mérida (Hija)
		4	Benita del Rosario Soto Mérida (Hija)
		5	Erick Alexander Maldonado Mérida (Hijo)
		6	Alejo Ranferí Maldonado Oxlaj (Pareja actual)
		7	Mercedes Patricia Mérida Rodríguez (Hermana)
		8	Baudillo Soto de León (Padre de sus hijos, fallecido)
36	Darinel López Montes de Oca	1	Ana Castillo López (Prima)
37	Israel Perez Charal	2	Aracely Méndez Castillo (Sobrina)
38	Corina Dianeth Robledo Alvarado	No hay información disponible	
		1	Luis de León (Espos)
		2	L.A.L. ²⁵⁹
		3	Virgilio Ladislao Robledo Rodríguez (Padre)
		4	Katarina Alvarado Mazariegos (Madre fallecida)
		5	Osvaldo Romeo Robledo Alvarado (Hermano)
		6	Bertha Luz Robledo Alvarado (Hermana)
		7	Gelber Manuel Robledo Alvarado (Hermano)
		8	Leticia Robledo Alvarado (Hermana)
		9	Kener Guilfredo Robledo Alvarado (Hermano)
		10	Boanerges Onelio Robledo Alvarado (Hermano)
39	Audencio Rodas Rodríguez	11	Edvin Otoniel Gómez Robledo Alvarado (Sobrino)
		1	Carmen Mérida Coronado (Esposa)
		2	Aníbal Leonel Rodas Mérida (Hijo)
		3	Clara Verónica Rodas Mérida (Hija)
		4	Sonia Maribel Rodas Mérida (Hija)
		5	Braulio Adán Rodas Mérida (Hijo)
		6	Andy Alberto Rodas Mérida (Hijo)
		7	Walter Audencio Rodas Mérida (Hijo)
		8	Flor de María Rodas Mérida (Hija)
		9	María Magdalena Rodas Mérida (Hija)
		10	Abni Eliezer Barrios Rodas (Nieta)
		11	Cecia Verónica Barrios Rodas (Nieta)
		12	Christian Obdulio Barrios Rodas (Nieta)
		13	Susely Berenice Rodas Mérida (Nieta)
		14	Brandon Isaac Rodas Mus (Nieta)
		15	Nehemias Audencio Rodas Chilel (Nieta)
		16	Tania Briseidy Velasco Rodas (Nieta)
40	Zoila Marina Pérez Ruíz	17	Esdras Avisai Rodas Chilel (Nieta)
		1	Santiago Francisco Valdéz Aguilar (Espos)
		2	Jhony Francisco Valdéz Pérez (Hijo)
		3	Boni Kennedy Valdéz Pérez (Hija)
		4	Nancy Beatríz Valdéz Pérez (Hija)
		5	Glendi Betsaida Valdéz Pérez (Hija)
		6	Mildred Odalis Valdéz Pérez (Hija)
		7	Zolia Argentina Valdéz Pérez (Hija)
		8	Nelson Gudiel Valdéz Pérez (Hijo)
		9	Rosario Ruiz (Madre)
41	Santiago Francisco Valdéz Aguilar	10	Edgar Gilberto Pérez Ruiz (Hermano)
		1	Jhony Francisco Valdéz Pérez
		2	Boni Kennedy Valdéz Pérez (Hija)
		3	Nancy Beatríz Valdéz Pérez (Hija)
		4	Glendi Betsaida Valdéz Pérez (Hija)
		5	Mildred Odalis Valdéz Pérez (Hija)
42	Teresa Magdalena Ramírez Castro	6	Zolia Argentina Valdéz Pérez (Hija)
		1	Sayda Analy Paz Ramírez (Hija)
		2	Oscar Oswaldo Paz Ramírez (Hijo)
		3	Lucrecia Paola Paz Ramírez (Hija)
		4	Fredy Ramírez Castro (Hijo)
		5	Evelyn Gabriela Paz Ramírez (Nieta)

²⁵⁹ Por solicitud expresa se mantiene en reserva el nombre de la presunta víctima, utilizándose las siglas L.A.L. para referirse a la misma.

		6	Carlos Timoteo Paz Ramírez (Nieto)
		7	Alfonso Ramírez (Padre)
		8	Justa Rufina Castro (Madre)
		9	Luis Alfonso Ramírez Castro (Hermano)
		10	Mardoqueo Ramírez Castro (Hermano)
		11	César Augusto Ramírez Castro (Hermano)
		12	Carlos Isaías Martínez (Pareja)
43	Karen Judith Samayoa Vásquez		No hay información disponible
44	Francisco Sop Quiej	1	Paula Quiej (Madre)
		2	Antonio Sop Quiej (Hermano)
		3	Dominga Sop Quiej (Hermana)
		4	Rony Sixta Sop (Sobrino)
45	Jorge Armando Tavares Barreno	1	Brenda Magaly Cardona Rodríguez (Esposa)
		2	Jimmy Armando Tavares Cardona (Hijo)
		3	Loidy Nohemí Tavares Cardona (Hija)
		4	Sara Barreno Arrango (Madre)
		5	Francisco Tavares García (Padre)
		6	Rosaura Tavares de León (Hermana)
		7	Clarisa Eberatriz Rodríguez (Suegra)
		8	Mario Eduardo Tavares de León (Hermano)
		9	Jose Francisco Tavares de León (Hermano)
46	Miguel Lucas Vaíl	1	María Dominga Miranda Bámac (Esposa fallecida)
		2	Ramón Lucas Miranda (Hijo)
		3	Romeo Lucas Miranda (Hijo)
		4	Mario Romeo Lucas Miranda (Hijo)
		5	Miguel Lucas Miranda (Hijo)
		6	Silvia Marleny Lucas Miranda (Hija)
		7	Jorge Luis Lucas Miranda (Hijo)
		8	Adán Lucas Miranda (Hijo)
		9	Juan Carlos Lucas Miranda (Hijo)
		10	Ana Patricia Lucas Miranda (Hija)
		11	María Dominga Lucas Miranda (Nieta)
		12	Uri Miguel Lucas Miranda (Nieta)
47	Santos Vásquez Oliveros	1	María Elena Moreno (Esposa)
		2	Viviana Mercedes Vásquez Moreno (Hija)
		3	María Elena Vásquez Moreno (Hija)
		4	Rafael Vásquez Gómez (Padre)
		5	Francisca Oliveros de Vásquez (Madre)
		6	Josefina Izabel Miranda (Suegra)
48	Iris Carolina Vicente Barillas	1	Christian Alexander Chij Vicente (Hijo)
		2	Emma Elizabeth Chij Vicente (Hija)
		3	Iris Carolina Chij Vicente (Hija)
		4	Olivia Barillas de Sánchez (Tía materna)
		5	Olivia Aguilar Ambrosio de Barillas (Abuela)
		6	Balbino Barillas Barreno (Abuelo)
		7	Héctor Barillas (Tío)
49	Sandra Lisbeth Zepeda Herrera		No hay información disponible

ANEXO 2. LISTADO DE VÍCTIMAS Y SUS FAMILIARES

A. VÍCTIMAS FALLECIDAS			
Nº	VÍCTIMAS	Nº	FAMILIARES
1	Facundo Gómez Reyes	1	María Elena Morales Villafuerte (Compañera)
		2	Brandon David Adalberto Gómez Morales (Hijo)
2	Reina López Mujica		
3	Ismar Ramírez Chajón	3	María de Jesús Chajón de León (Madre)
		4	Carlos Fernando Coc Chajón (Hermano)
4	Petrona López Robledo		
5	Rita Mariana Dubón Orozco	5	Luz Imelda Lucas de León
6	Luis Edwin Cruz Gramajo		
7	María Blanca Vaíl López	6	Lexana Rosbetty Pérez Vaíl
		7	Antonio Vaíl Molina
8	Guadalupe Herminia Cayaxon García	8	Sandra Judith Pérez Cayaxon (Hija)
		9	Guadalupe Pérez Cayaxon (Hija)
		10	Yensi Nohemí Pérez Cayaxon (Hija)
		11	Cruz García Ramos (Madre)
9	José Rubén Delgado López	12	Antonio Miranda Méndez (Hermano)
10	Elsa Miriam Estrada Ruíz	13	Luis Alberto Hernández Estrada (Hijo)
		14	Estuardo Edison Hernández Estrada (Hijo)
		15	Osma Vinicio Hernández Estrada (Hijo)
		16	Karen Herlinda Hernández Estrada (Hija)
		17	Miriam Lisbeth Hernández Estrada (Hija)
11	Alberto Quiché Cuxeva		
12	Silvia Mirtala Alvarez Villatoro		
13	Juana Aguilar		
14	Melvin Yovani Ajtun Escobar		
15	José Cupertino Ramírez	18	Victoria Ramírez Ramos (Prima hermana)
B. VÍCTIMAS CON VIDA			
	VÍCTIMAS		FAMILIARES
16	Sebastián Emilio Dueñas		
17	Julia Aguilar		
18	Felipe Tebalan Ordoñez	19	Candelaria Ordoñez Alvarez (Hija)
		20	Argentina Ordoñez Alvarez (Hija)
		21	Honorio Ordoñez Alvarez (Hija)
		22	Cecilia Ordoñez Alvarez (Hija)
		23	Daria Ordoñez Alvarez (Hija)
		24	Juan Carlos Ordoñez Alvarez (Hijo)
19	Martina Candelaria Alvarez Estrada		
20	Luis Rubén Isabel Alvarez Flores		
21	Ingrid Janeth Barillas Martínez		
22	Saira Elisa Barrios	25	Edilma Evelina Barrios (Hija)
		26	Darlin Sureima Barrios (Hija)
		27	Kendi Liserli Barrios (Hija)
		28	Noret Adali Barrios (Hija)
23	Felix de Jesús Cabrera Morales		
24	César Noé Cancinos Gómez		
25	Aracely Cinto	29	Leonel Celestino Mazariegos Cinto (Hijo)
26	Luis Rolando Cuscul Pivaral		
27	Olga Marina Castillo		
28	María Felipe Pérez	30	Rocael Gómez Felipe (Hijo)
		31	Jaime Gómez Felipe (Hijo)
		32	Miguel Gómez Felipe (Hijo)
		33	Carlos Gómez Felipe (Hijo)
		34	Francisco Gómez Felipe (Hijo)
		35	Margarita Gómez Felipe (Hija)
		36	Ana Patricia Gómez Felipe (Hija)
29	Ismerai Olibia García Castañon		
30	Santos Isacar Vásquez Barrios		
31	Mardo Luis Hernández y Hernández	37	Nidya Roxana Zapet Gómez (Esposa)

		38	Mardo Kleiber Hernández Zapet (Hijo)
32	Luis Armando Linares Ruano		
33	Marta Alicia Maldonado Paz		
34	Dora Marina Martínez Sofoifa		
35	Pascuala de Jesús Mérida Rodríguez	39	Sixto Mérida Mendoza (Padre)
		40	Hermína Rodríguez Coculista (Madre)
		41	Karla de Jesús Coronado Mérida (Hija)
		42	Benita del Rosario Soto Mérida (Hija)
		43	Erick Alexander Maldonado Mérida (Hijo)
		44	Alejo Ranferí Maldonado Oxlaí (Esposó)
36	Darinel López Montes de Oca	45	Ana Castillo López (Prima)
		46	Aracely Méndez Castillo (Sobrina)
37	Israel Perez Charal		
38	Corina Dianeth Robledo Alvarado	47	L.A.L.
39	Audencio Rodas Rodríguez	48	Carmen Mérida Coronado (Esposa)
		49	Aníbal Leonel Rodas Mérida (Hijo)
		50	Clara Verónica Rodas Mérida (Hija)
		51	Sonia Maribel Rodas Mérida (Hija)
		52	Braulio Adán Rodas Mérida (Hijo)
		53	Andy Alberto Rodas Mérida (Hijo)
		54	Walter Audencio Rodas Mérida (Hijo)
		55	Flor de María Rodas Mérida (Hija)
		56	María Magdalena Rodas Mérida (Hija)
40	Zoila Marina Pérez Ruíz	57	Jhony Francisco Valdéz Pérez (Hijo)
		58	Boni Kennedy Valdéz Pérez (Hija)
		59	Zoila Argentina Valdéz Pérez (Hija)
		60	Nelson Gudiel Valdéz Pérez (Hijo)
		61	Nancy Beatriz Valdéz Pérez (Hija)
		62	Glendi Betsaida Valdéz Pérez (Hija)
		63	Mildred Odalis Valdéz Pérez (Hija)
41	Santiago Francisco Valdéz Aguilar		
42	Teresa Magdalena Ramírez Castro		
43	Karen Judith Samayoa Vásquez		
44	Francisco Sop Quiej		
45	Jorge Armando Tavares Barreno		
46	Miguel Lucas Vaíl		
47	Santos Vásquez Oliveros		
48	Iris Carolina Vicente Barillas		
49	Sandra Lisbeth Zepeda Herrera		

ANEXO 3. INDIVIDUALIZACIÓN DE LAS VÍCTIMAS Y SUS FAMILIARES

A. Personas Fallecidas

A.1. Facundo Gómez Reyes

1. El señor Gómez Reyes nació el 27 de noviembre de 1975. Fue diagnosticado con VIH en abril de 2002, en “Proyecto Vida” de la Organización No Gubernamental “Médicos Sin Fronteras” (en adelante “MSF”). Se dedicaba a la albañilería y no sabía leer ni escribir. Residía en el Municipio de Retalhuleu, Departamento de Retalhuleu, Guatemala. El señor Gómez Reyes no tuvo acceso a tratamiento antirretroviral oportuno, ni a exámenes de carga viral, CD4, genotipo y fenotipo. Como resultado de su condición padeció tuberculosis ganglionar multidrogoresistente. Su última consulta fue el 18 de febrero de 2003. Falleció el 27 de febrero del año 2003, a causa de tuberculosis²⁶⁰.

2. Su núcleo familiar estaba formado por su compañera, María Elena Morales Villafuerte (diagnosticada con VIH), y sus hijos Brandon David Adalberto y Gerson Facundo, ambos de apellidos Gómez Morales²⁶¹.

A.2. Reina López Mujica

3. La señora López Mujica nació en el año 1962. Residía en el Municipio de Coatepeque, Departamento de Quetzaltenango, Guatemala. No contaba con estudios, era ama de casa y dependía económicamente del trabajo de jornalero de su esposo. Fue diagnosticada el 15 de abril de 2002, en el Hospital Nacional de Coatepeque. Empezó a recibir tratamiento antirretroviral en junio de 2003 por medio del Proyecto Vida de MSF. No se le practicaron exámenes de genotipo y fenotipo, ni un monitoreo para determinar su estado de salud. Padeció de tuberculosis y anemia aguda. Falleció el 6 de noviembre de 2003, por tuberculosis y anemia producida²⁶².

A.3. Ismar Ramírez Chajón

4. El señor Ramírez Chajón residía en el Municipio de Villanueva, Departamento de Guatemala, Guatemala. Fue diagnosticado a los 22 años de edad en un sanatorio privado al cual ingresó debido a que se encontraba delicado de salud. Tras su diagnóstico, fue atendido

²⁶⁰ Notificación obligatoria de caso de sida No. 005454 de 27 de febrero de 2003 suscrita por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, correspondiente a Facundo Gómez Reyes (expediente de prueba, folio 112089); acción de amparo de 26 de julio de 2002 (expediente de prueba, folio 13); informe del Estado de Guatemala a la CIDH de 26 de agosto de 2010 (expediente de prueba, folio 1461); declaración rendida por María Elena Morales Villafuerte ante fedatario público de 17 de enero de 2017 (expediente de prueba, folios 11715 y 11716); petición inicial de 14 de agosto de 2003 (expediente de prueba, folio 466); escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folio 818), y escrito de los peticionarios de 10 de diciembre de 2010, en el que expusieron datos recabados por la Doctora Cristina Calderón (copeticionaria) derivados de fichas médicas de las presuntas víctimas y de entrevistas realizadas (expediente de prueba, folio 1399).

²⁶¹ Declaración rendida por María Elena Morales Villafuerte ante fedatario público de 10 de febrero de 2017 (expediente de prueba, folios 11719 y 11721), y escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011, que contiene un listado de los familiares o personas cercanas de cada uno de ellos (expediente de prueba, folio 1360).

²⁶² Hoja confidencial de datos de pacientes con VIH de 22 de abril de 2002, suscrito por Proyecto Vida correspondiente a Reina López Mujica (expediente de prueba, folio 11188); escrito de los peticionarios de 2 de abril de 2004, en el cual informan sobre el fallecimiento de la señora Reina López Mujica, y escrito de los peticionarios de 10 de diciembre de 2010, en el que expusieron datos recabados por la Doctora Cristina Calderón (copeticionaria) derivados de fichas médicas de las presuntas víctimas y de entrevistas realizadas (expediente de prueba, folio 1399).

en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (en adelante IGSS). Fue transferido al Hospital Roosevelt, donde le cambiaron los medicamentos y desarrolló resistencia a los mismos. No le realizaron exámenes de fenotipo y genotipo. Padeció tuberculosis, herpes y papiloma humano. Perdió la visión y presentaba llagas. Estuvo internado en el hospicio San José por 22 días en donde falleció el 5 de diciembre de 2003 con motivo de un paro cardiorespiratorio, micosis diseminada, y SIDA²⁶³.

5. El núcleo familiar de Ismar Ramírez Chajón se integraba por su madre, María de Jesús Chajón de León, su hermana Edna Yolanda Ramírez de Roche, sus hermanos Carlos Fernando y Ariel, ambos de apellidos Coc Chajón, su sobrino Abner Antonio y su sobrina Karla Susely, ambos de apellidos Ramírez Mejía, y su pareja sentimental²⁶⁴.

A.4. Petrona López Robledo²⁶⁵

6. La señora López Robledo nació el 20 de marzo 1980. No contaba con estudios y su ocupación era lavandera. Residía en el Departamento de Suchitepéquez, en Guatemala, con su pareja, Miguel Álvarez, quien también era una persona que vivía con el VIH. Fue diagnosticada el 26 de febrero de 2001, en el Hospital de Mazatenango. Recibía seguimiento médico en el Centro de Salud Pública de San Bernardino, Departamento de Suchitepéquez. No obstante, no recibía tratamiento para combatir el VIH, ni tuvo acceso a exámenes CD4 y de carga viral, para iniciar el tratamiento antirretroviral. Inició el tratamiento antirretroviral a mediados de 2003. Falleció en enero de 2004 debido a una neumonía²⁶⁶.

7. Su núcleo familiar se integraba por sus dos hijas menores de edad Marelyn Damaisa y Juana Sugeidi, ambas de apellido Xum López, mismas que quedaron al cuidado de su tía, Marcela Xum Basilio²⁶⁷.

A.5. Rita Mariana Dubón Orozco

8. La señora Dubón Orozco nació el 29 de marzo de 1979. Comenzó a recibir atención en 2002, en el Hospital Nacional de Coatepeque. Recibió tratamiento antirretroviral por parte de MSF desde mediados del año 2003. No contó con exámenes de CD4, carga viral, genotipo y fenotipo que le permitieran tratar a tiempo sus enfermedades. Padeció sepsis generalizada,

²⁶³ Declaración rendida por María de Jesús Chajón De León ante fedatario público de 5 de enero de 2017 (expediente de prueba, folio 11712); escrito de los peticionarios de 10 de diciembre de 2010, en el que expusieron datos recabados por la Doctora Cristina Calderón (copeticionaria) derivados de fichas medicas de las presuntas víctimas y de entrevistas realizadas (expediente de prueba, folio 1401), y certificado de defunción de Ismar Ramírez Chajón de 15 de diciembre de 2003 (expediente de prueba, folio 12762).

²⁶⁴ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1360), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12766).

²⁶⁵ Aclaración realizada por los peticionarios en el escrito sobre medidas cautelares de 16 de agosto de 2004 (expediente de prueba, folio 11111), e informe estatal de 18 de junio de 2004 sobre la aclaración del nombre de la señora Petrona López Robledo (expediente de prueba, folio 11134).

²⁶⁶ Hoja confidencial de datos de pacientes con VIH de 8 de marzo de 2001, suscrita por Proyecto Vida correspondiente a Petrona López Robledo (expediente de prueba, folio 11189), y escrito de los peticionarios de 10 de diciembre de 2010, en el que expusieron datos recabados por la Doctora Cristina Calderón (copeticionaria) derivados de fichas médicas de las presuntas víctimas y de entrevistas realizadas (expediente de prueba, folios 1400 y 1401).

²⁶⁷ Escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folio 818); escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1360), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12766).

diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica y neumonía. Falleció 27 de junio de 2006²⁶⁸.

9. Rita Mariana tenía como personas cercanas a sus amigas, Luz Imelda Lucas de León, Rina Haydée Landaverde y Gladys Minerva Chávez Juárez²⁶⁹.

A.6. Luis Edwin Cruz Gramajo

10. El señor Cruz Gramajo nació el 29 de julio de 1961. Residía en Ciudad de Guatemala. Comenzó a recibir tratamiento antirretroviral a partir del año 2002 por parte de MSF. Este tratamiento duró hasta 2004. Con posterioridad le brindó atención la Fundación Marco Antonio. No tuvo acceso a exámenes de fenotipo ni de genotipo. Falleció el 29 de enero de 2008 por un paro respiratorio²⁷⁰.

11. Su núcleo familiar se integraba por su hermana María del Rosario Cruz Gramajo y su sobrino José Andrés Cruz Gramajo, así como su hermano Carlos Cruz Gramajo²⁷¹.

A.7. María Blanca Vaíl López

12. La señora Vaíl López nació el 20 de mayo de 1974. Hablaba mam y español. Residía en Sector Colmena, Aldea Sibaná, El Municipio de El Asintal, Departamento de Retalhuleu, Guatemala. Era atendida en el Hospital de Coatepeque. Fue diagnosticada con VIH el 20 de noviembre de 2001, en el programa Proyecto Vida de MSF. Inició tratamiento con esta organización en 2003, donde recibió tratamiento profiláctico y apoyo nutricional. A partir del año 2004 fue atendida por MSF, en el Hospital Nacional de Coatepeque, donde recibió tratamiento antirretroviral. Tuvo acceso irregular a exámenes de CD4 (4 veces) y carga viral (1 vez). Padeció herpes genital, candidiasis vaginal, dermatitis, otitis e histoplasmosis. No tenía recursos económicos. Falleció el 27 de marzo de 2011, por un paro cardíaco respiratorio y por deshidratación.²⁷²

13. Su núcleo familiar se encontraba integrado por su esposo Javier Pérez (fallecido), su hija Lexana Rosbetty Pérez Vaíl, sus hermanas Alba Azucena y América Leticia, ambas de

²⁶⁸ Escrito de los peticionarios de 10 de diciembre de 2010, en el que expusieron datos recabados por la Doctora Cristina Calderón (copeticionaria) derivados de fichas médicas de las presuntas víctimas y de entrevistas realizadas (expediente de prueba, folios 1401 y 1402); informe del Estado de Guatemala de 1 de octubre de 2010 (expediente de prueba, folio 1433), y cuadro de información actualizada recabada por la Doctora Cristina Calderón, como anexo al escrito de los peticionarios de 27 de junio de 2008 (expediente de prueba, folio 12777), y declaración rendida por Luz Imelda Lucas de León ante fedatario público de 21 de diciembre de 2016 (expediente de prueba, folio 22702).

²⁶⁹ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1359), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12766).

²⁷⁰ Petición inicial de 14 de agosto de 2003 (expediente de prueba, folio 464); escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009, en el que aportaron información de algunas de las víctimas (expediente de prueba, folio 818); escrito de los peticionarios de 10 de diciembre de 2010, en el que expusieron datos recabados por la Doctora Cristina Calderón (copeticionaria) derivados de fichas médicas de las presuntas víctimas y de entrevistas realizadas (expediente de prueba, folio 1399).

²⁷¹ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1360); listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12766), y escrito de los representantes de 20 de octubre de 2011 (expediente de prueba, folio 1358).

²⁷² Información de 30 de mayo de 2003 proporcionada por Proyecto Vida, Coatepeque, sobre la actualización de datos de las personas que demandaron a Guatemala ante la Corte (expediente de prueba, folio 11218); escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009, en el que aportaron información de algunas de las víctimas (expediente de prueba, folio 830), y escrito de los peticionarios de 10 de diciembre de 2010, en el que expusieron datos recabados por la Doctora Cristina Calderón (copeticionaria) derivados de fichas médicas de las presuntas víctimas y de entrevistas realizadas (expediente de prueba, folio 1411).

apellidos Vaíl López, su hermano Marvin Antonio Vaíl López, su padre Antonio Vaíl Molina y su sobrina Krizia Vanessa Vaíl Aguilar²⁷³.

A.8. Guadalupe Herminia Cayaxon García

14. La señora Cayaxon García nació el 12 de diciembre de 1976. Residía en Retalhuleu, República de Guatemala. Cursó hasta tercero de primaria. Fue diagnosticada con VIH en 2002 en el Hospital de Retalhuleu. Su tratamiento comenzó en mayo del 2002 en el Hospital Nacional de Coatepeque con la atención de MSF, donde inició su tratamiento antirretroviral en noviembre de ese año. No tuvo acceso de forma periódica a los exámenes de CD4 y carga viral, ni se le proporcionaron medicamentos de forma periódica. La falta de medicamentos le habría ocasionado una resistencia al tratamiento antirretroviral, lo que permitió que sufriera diversas enfermedades oportunistas. Padeció hepatomegalia, herpes, ciatiza severa, hiperactividad bronqueal y faringitis. Falleció el 9 de octubre de 2012 por insuficiencia renal crónica.²⁷⁴

15. Su núcleo familiar se encontraba compuesto por su pareja, Rafael de León (fallecido), sus hijas Sandra Judith, Guadalupe y Yensi Nohemí, todas de apellidos Pérez Cayaxon; su padre Neftalí Cayaxon Pérez y su madre Cruz García Ramos²⁷⁵.

A.9. José Rubén Delgado López

16. El señor Delgado López nació el 21 de julio de 1956, en la Aldea Xab, en el Departamento de Retalhuleu, Guatemala. Se dedicaba a la siembra. Lo diagnosticaron en el año 2002, en una clínica privada. En el mismo año fue atendido por MSF y después en el Hospital Nacional de Coatepeque, e inició en 2003 su tratamiento antirretroviral. Le practicaron exámenes de manera irregular, CD4 (6 veces) y carga viral (3 veces), sin que le dieran a conocer sus resultados. Asimismo, para el año 2008 el Estado reportó que el señor Delgado López tenía infecciones en tracto respiratorio y candidiasis oral. Padeció criptococo en la piel, sarcopiosis, trauma ocular, erupción papalar pruriginosa, herpes, desnutrición grado II, lipotomía, diarrea, mareos, otitis y cefalea. Le realizaron estudios de resistencia a los antirretrovirales con resultados de falla terapéutica por resistencia a la lamivudina, efavirenz y nevirapina. Debido a su enfermedad ya no pudo trabajar. Falleció el 14 de mayo de 2010. Durante los quince días anteriores a su muerte había estado de gravedad sin poder comer ni orinar y con vómitos²⁷⁶.

²⁷³ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1360), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12766).

²⁷⁴ Declaraciones rendidas por Noelia Elizabeth Cayaxón García y de Cruz García Ramos de 13 de enero y 11 de febrero de 2017 (expediente de prueba, folio 11754); escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folios 830 y 831); informe del director administrativo del Hospital de Coatepeque de 5 de febrero de 2008, sobre la atención médica de la señora Guadalupe Cayaxon (expediente de prueba, folio 1079), y declaraciones rendidas por Cruz García Ramos de 11 de enero y 11 de febrero de 2017 (expediente de prueba, folio 11597).

²⁷⁵ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1365), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12766).

²⁷⁶ Declaración rendida por Antonio Miranda Méndez ante fedatario público de 12 de febrero de 2017 (expediente de prueba, folio 11557); escrito de los peticionarios de 10 de diciembre de 2010, en el que expusieron datos recabados por la Doctora Cristina Calderón (copeticionaria) derivados de fichas médicas de las presuntas víctimas y de entrevistas realizadas (expediente de prueba, folios 1405 y 1406); escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folio 825), e Informe rendido por el Director Administrativo del Hospital de Coatepeque de 5 de febrero de 2008, sobre la atención médica brindada a Rubén Delgado (expediente de prueba, folio 1071).

17. Su núcleo familiar se conformaba por su hermano Antonio Miranda Méndez, su cuñada Magdalena López de Miranda, sus hijos Héctor y Francisco, ambos de apellidos Delgado Pérez, así como su sobrina Lidia Mirtala Miranda López²⁷⁷.

A.10. Elsa Miriam Estrada Ruíz

18. La señora Estrada Ruíz nació el 2 de marzo de 1948, cursó hasta tercero de primaria y era ama de casa. Fue diagnosticada con VIH en el año 2001. Fue atendida por MSF en el año 2001 pero comenzó su tratamiento antirretroviral hasta el año 2006. No le practicaron exámenes de CD4 y carga viral. Padeció de candidiasis oral, herpes zoster y neuropatía. Se encontraba inscrita en el Hospital Nacional de Coatepeque. Falleció el 26 de julio de 2016 en el Hospital Nacional de Coatepeque, por enfermedad común²⁷⁸.

19. Su núcleo familiar se integraba por su marido José Luis Hernández (fallecido), su madre María Herlinda Ruíz, sus hijos José Luis Alberto, Estuardo Edison y Osma Vinicio, todos de apellidos Hernández Estrada, y sus hermanas, Karen Herlinda y Miriam Lisbeth, ambas de apellidos Hernández Estrada²⁷⁹.

A.11. Alberto Quiché Cuxeva

20. El señor Quiché Cuxeva residía en el Municipio de Retalhuleu, Departamento de Retalhuleu, Guatemala. Se encontraba bajo el seguimiento del Hospital Roosevelt. El señor Quiché no tuvo acceso a exámenes de CD4 ni de carga viral que permitieran determinar si el esquema del tratamiento que recibió era el adecuado. Falleció el 4 de enero de 2001, a causa de neumonía.²⁸⁰

21. El núcleo familiar de Alberto Quiché Cuxeva estaba formado por su hija Marisela Quiché Gualip, su padre Víctor Quiché Ramírez, su madre Manuela Cuxeva García y su hermana, Lucía Quiché Cuxeva²⁸¹.

A.12. Silvia Mirtala Alvarez Villatoro

22. La señora Alvarez Villatoro es originaria del Municipio de Guatemala, Departamento de Guatemala, Guatemala. Nació el 13 de octubre de 1978. Fue diagnosticada con VIH en 1989, en psiquiatría del IGGS, año en el que inició su tratamiento antirretroviral de forma irregular.

²⁷⁷ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1362), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12768).

²⁷⁸ Cuadro de información actualizada, recabada por la Doctora Cristina Calderón, como anexo al escrito de los peticionarios de 27 de junio de 2008 (expediente de prueba, folio 12776); cuadro sobre información actualizada recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas de noviembre de 2010 (expediente de prueba, folios 12803 y 12804); escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folio 831), e Informe del Estado de 26 de agosto de 2010 (expediente de prueba, folio 1460).

²⁷⁹ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1365), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12770).

²⁸⁰ Cuadro de información actualizada, recabada por la Doctora Cristina Calderón, como anexo al escrito de los peticionarios de 27 de junio de 2008 (expediente de prueba, folio 12777); escrito de los peticionarios de 10 de diciembre de 2010, en el que expusieron datos recabados por la Doctora Cristina Calderón (copeticionaria) derivados de fichas médicas de las presuntas víctimas y de entrevistas realizadas (expediente de prueba, folio 1401), y escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folio 818).

²⁸¹ Escrito de los representantes de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1359); listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12766), y cuadro de información actualizada de 10 de diciembre de 2010 suscrito por la Doctora Cristina Calderón (expediente de prueba, folio 12801).

Le realizaron exámenes de CD4 y de carga viral, aunque de forma irregular. Padebió de hongos. No recibió apoyo psicológico ni nutricional, únicamente a través de ONG recibió pláticas para la buena adherencia y sobre el uso de preservativo. Antes de ser diagnosticada trabajaba en una imprenta y fue despedida debido a su situación de salud. Demora una hora y quince minutos en trasladarse de su domicilio al hospital. Falleció el 13 de marzo de 2016 por meningitis bacteriana y resistencia a los medicamentos²⁸².

23. Su núcleo familiar se encontraba formado por su pareja Mayra Aidee Mejía Martínez, su hija María José Mejía Martínez, y su hijo Layonel Ismar Josué Mejía Martínez, su hermana Lilián Janethe Alvarez Villatoro, su padre Víctor Manuel Alvarez Alvisures, y su madre Nibia Matilde Villatoro Galicia de Alvarez (fallecida)²⁸³.

A.13. Juana Aguilar

24. La señora Aguilar es originaria del Municipio de Génova, Departamento de Quetzaltenango, Guatemala. Nació el 13 de julio de 1967. Residía en el Caserío Guadalupe, Génova, Costa Cuca, Guatemala. Fue diagnosticada con VIH el 18 de enero de 2000, en la Cruz Roja del Puesto de Salud de Guadalupe. En marzo del año 2002 comenzó a recibir atención de MSF. Inició su tratamiento antirretroviral en noviembre de 2005. Padebió de herpes zoster, infecciones recurrentes del tracto respiratorio, amigdalitis viral, infecciones severas y sarcopiosis. Su última cita fue el 30 de abril de 2014. Según información allegada por la doctora Calderón, la señora Aguilar ya falleció. No obstante, debido a la falta de comunicación con sus familiares se ignoran los datos precisos.²⁸⁴

25. Su núcleo familiar se encontraba integrado por su pareja Felipe de Jesús Hernández (fallecido), su hija Jessenia Carolina y sus hijos Julio César y Felipe Guillermo, todos de apellidos Guzmán Aguilar, su padre Julián Cabrera Aguilar, y sus nietos Gerber Gudiel Guzmán Aguilar y Andi Enrique Sales Guzmán²⁸⁵.

A.14. Melvin Yovani Ajtun Escobar

26. El señor Ajtun Escobar nació el 31 de julio de 1981. Fue diagnosticado en 2001 en el Hospital Retalhieu. Comenzó su tratamiento en 2004, a través de MSF. No se le practicaron los estudios de CD4 y de carga viral de manera regular. Padebió dermatomicosis, fiebres constantes por más de un mes, manifestaciones mico cutáneas, neumonía atípica, candidiasis oral, faringitis, papilomatosis oral y leucoplasia oral vellosa. No contaba con recursos económicos para adquirir los medicamentos. Antes de ser diagnosticado, trabajó en un taller de soldadura. Para el año 2006 asistía a la Clínica 12 del Hospital Nacional de Coatepeque, donde también recibía antirretrovirales. Recibió pláticas de uso del preservativo y de

²⁸² Certificado de nacimiento de Silvia Mirtala Alvarez Villatoro (expediente de prueba, folio 12870), y cuadro sobre información actualizada recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas de noviembre de 2010 (expediente de prueba, folio 12801).

²⁸³ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1363), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12769).

²⁸⁴ Información proporcionada por Proyecto Vida, Coatepeque, sobre la actualización de datos de las personas que demandaron a Guatemala ante la Corte (expediente de prueba, folio 11215); escrito de los peticionarios de 2 de abril de 2004 (expediente de prueba, folio 455); escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folios 830 y 831); cuadro sobre información recabada por la Doctora Cristina Calderón, a través de entrevistas de noviembre de 2010 (expediente de prueba, folio 12788), e informe sobre la atención médica brindada a Juana Aguilar de 5 de febrero de 2008, suscrito por el Director Administrativo del Hospital de Coatepeque (expediente de prueba, folio 168).

²⁸⁵ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folios 1364 y 1365), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12782).

prevención de reinfección. Falleció el 17 de junio de 2016, por causas no relacionadas con VIH.²⁸⁶

27. Su núcleo familiar se encontraba integrado por su esposa Heidy Mariela Lucas González, sus hijos Elías Emmanuel Ajtun Lucas y Marvin Josué Lucas González (fallecido) y su madre Bertha Luz Escobar²⁸⁷.

A.15. José Cupertino Ramírez

28. El señor Cupertino Ramírez nació el 6 de abril de 1970 en Suchitepequez, Guatemala. Residía en el Sector Buena Vista. Era agricultor y no sabía leer ni escribir. Fue diagnosticado en el año 2003, en el Hospital de Mazatenango. Se encontraba adscrito al Hospital Nacional de Coatepeque, con el proyecto de MSF, con quienes comenzó a recibir tratamiento antirretroviral el 9 de junio de 2004. Padeció anorexia, faringitis, micosis, sífilis y herpes genital. Los exámenes de CD4 no fueron regulares y no le realizaron los de carga viral. Debido a su enfermedad lo abandonó su pareja, sus cuatro hijos también se fueron y en las calles le decían “sidoso”. Falleció el 8 de enero de 2013 por asfixia por sumersión²⁸⁸.

29. Su núcleo familiar se conformaba por su prima hermana Victoria Ramírez Ramos, su primo hermano Valvino Ramírez Sabat y su tío Valvino Ramírez Ramos²⁸⁹.

B. Presuntas víctimas con vida

B.1. Sebastián Emilio Dueñas

30. El señor Dueñas es originario del Municipio de Retalhuleu, Departamento de Retalhuleu, Guatemala. Nació el 18 de enero de 1955. Reside en Aldea el Xab del Asintal, Retalhuleu. Cursó hasta tercero de primaria. Fue diagnosticado con VIH en el año 2002 por un laboratorio privado. Antes de su diagnóstico era agricultor y ahora es comerciante. Comenzó su tratamiento antirretroviral en el Proyecto Vida de MSF el 12 de diciembre de 2002. Con posterioridad fue transferido a la Clínica 12 del Hospital de Coatepeque. No ha tenido acceso regular a exámenes de CD4, carga viral, ni tratamiento para enfermedades oportunistas, lo cual se evidenció en relación con su infección por hongos en la boca. Ha padecido de candidiasis oral recurrente, infección respiratoria superior y diarrea²⁹⁰. Manifestó

²⁸⁶ Escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folios 825 y 826); cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010 (expediente de prueba, folios 12782, 12795 y 12796), y certificado de nacimiento de Melvin Yovani Ajtun Escobar (expediente de prueba, folio 12898).

²⁸⁷ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folios 1359 – 1366), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folios 12765 – 12771).

²⁸⁸ Cuadro de información actualizada recabada por la Doctora Cristina Calderón, como anexo al escrito de los peticionarios de 27 de junio de 2008 (expediente de prueba, folio 12776); escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folio 829); cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010 (expediente de prueba, folio 12786), y declaración rendida por Victoria Ramírez Ramos ante fedatario público de 11 de febrero de 2017 (expediente de prueba, folio 11812).

²⁸⁹ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1363), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12769).

²⁹⁰ Certificado de nacimiento de Sebastián Emilio Dueñas (expediente de prueba, folio 12866); declaración rendida por Julia Aguilar ante fedatario público de 20 de diciembre de 2016 (expediente de prueba, folio 11648); escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folio 823); cuadro sobre información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas de noviembre de 2010 (expediente de prueba, folio 12791), y declaración rendida por Sebastián Emilio Dueñas ante fedatario público de 9 de febrero de 2017 (expediente de prueba, folio 11809).

haber sido señalado por personas que asisten a la Clínica 12, quienes se han referido a las personas que viven con el VIH como “ahí están los del sida”. Recibe apoyo psicológico cada tres meses, también de un grupo de autoayuda en cuestiones de adherencia y pláticas para evitar reinfecciones, utilizando preservativo²⁹¹.

31. Su núcleo familiar se compone por su esposa Julia Aguilar, sus hijas Lucrecia Izabel y Eva, ambas de apellidos Dueñas Aguilar y su hijo Fredy Dueñas Aguilar o José Alfredo Ramón Aguilar²⁹².

B.2. Julia Aguilar

32. La señora Aguilar es originaria del Municipio de El Asintal, Departamento de Retalhuleu, Guatemala. Nació el 28 de julio de 1955. Reside en Aldea el Xab del Asintal, Retalhuleu, Guatemala. Habla mam y español, y no tiene estudios ni sabe leer ni escribir. Es comerciante. Fue diagnosticada con VIH en el año 2002, en un laboratorio privado. Comenzó su tratamiento antirretroviral con MSF y después con el Fondo Mundial. Fue transferida a la Clínica 12 del Hospital Nacional de Coatepeque, en el año 2006, donde comenzó su tratamiento antirretroviral el 26 de abril de 2007 por parte de MSF. Tras la salida de MSF continuó recibiendo tratamiento médico en dicho hospital. Le han realizado de manera irregular exámenes de CD4 y carga viral y no ha podido acceder a todos los medicamentos que le recetaron por su elevado costo. Tampoco se le han realizado exámenes de genotipo y fenotipo. Ha padecido de amigdalitis aguda, parásitos, faringitis, sarcoidosis, neuropatía, cervicitis moderada, infección urinaria, sinusitis, diarrea, espoleón del coleoneo, enfermedad péptica, neuropatía post empáticas y obesidad. No recibe apoyo psicológico ni nutricional, solo medicamentos. Tampoco recibe atención familiar ni comunitaria. De su residencia a la clínica tarda una hora de traslado y el pasaje les cuesta entre 8 y 15 quetzales a cada uno²⁹³.

33. Al igual que su esposo, el señor Sebastián Emilio Dueñas, la señora Aguilar ha manifestado ser objeto de señalamientos por su condición como persona con VIH, en particular por parte de sus vecinos que la han identificado a ella y a su esposo como “los sidosos”, lo cual, manifestó que le hace sentir lastimada, así como comentarios que le han hecho en el Hospital Nacional de Coatepeque.²⁹⁴

34. Su núcleo familiar se compone por su esposo Sebastián Emilio Dueñas, sus hijas Lucrecia Izabel y Eva, ambas de apellidos Dueñas Aguilar, su hijo Fredy Dueñas Aguilar o José Alfredo Ramón Aguilar, y su madre María Dueñas Aguilar²⁹⁵.

B.3. Felipe Tebalan Ordoñez

²⁹¹ Declaración rendida por Sebastián Emilio Dueñas ante fedatario público de 9 de febrero de 2017 (expediente de prueba, folios 11807 a 11809), y cuadro sobre información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas de noviembre de 2010 (expediente de prueba, folio 12791).

²⁹² Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1361), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12767).

²⁹³ Declaraciones de Julia Aguilar, de 20 de diciembre de 2016 y 11 de febrero de 2017 (expediente de prueba, folios 11648, 11649 y 11651), y escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folios 824 y 825).

²⁹⁴ Certificado de nacimiento de Julia Aguilar (expediente de prueba, folio 12868), y declaraciones rendidas por Julia Aguilar de 20 de diciembre de 2016 y 11 de febrero de 2017 (expediente de prueba, folios 11648 – 11650).

²⁹⁵ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1361), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12767).

35. El señor Tebalan Ordoñez es originario del Municipio de Coatepeque, Departamento de Quetzaltenango, Guatemala. Nació el 23 de agosto de 1942. Reside en la Comunidad agraria Multicultural San Vicente Champerico, Retalhuleu, Guatemala. Cursó primero de primaria y estuvo tres años en el ejército. Habla k'iche y español. Antes del contagio se dedicaba a la siembra y cosecha de maíz, sin embargo tuvo que vender su parcela pues debido a su enfermedad no pudo continuar. Una vez en tratamiento vendió pollo y posteriormente, por consejo de sus hijos, dejó de trabajar.²⁹⁶ Fue diagnosticado con VIH en el año 2002, en el Proyecto Vida de MSF. A partir de junio de 2003 comenzó su tratamiento antirretroviral en MSF, y aproximadamente en el año 2004 fue trasladado a la clínica 12 del Hospital Nacional de Coatepeque, donde se le han realizado pruebas hepáticas y, de manera irregular, exámenes de CD4 (4) y carga viral (1). No se le han practicado exámenes de genotipo y fenotipo, y se le han entregado los medicamentos que son recetados. Ha padecido de problemas de hígado, sordera leve, desnutrición grado II, diarrea aguda, alergias y granos en la boca. No recibe apoyo nutricional, social, ni atención familiar, comunitaria y domiciliaria. Asiste una vez al año al psicólogo y le han entregado condones²⁹⁷.

36. Su núcleo familiar se conforma por su pareja Martina Candelaria Alvarez Estrada, sus hijas Candelaria, Argentina, Honoria, Cecilia, Daria y su hijo Juan Carlos, todos de apellidos Ordoñez Alvarez, sus nietos Luis Emiliano Ordoñez Álvarez, Martín Gildardo Ordoñez Álvarez, Ivan Juárez Ordoñez y sus nietas Lauris Ernestina y Yeslin Janeth, ambas de apellidos Juárez Ordoñez²⁹⁸.

B.4. Martina Candelaria Alvarez Estrada

37. La señora Alvarez Estrada nació el 20 de agosto de 1947 en el Municipio de Coatepeque, Departamento de Quetzaltenango, Guatemala. Reside en la Comunidad agraria Multicultural San Vicente Champerico, Retalhuleu. No estudió y no sabe leer ni escribir. Fue diagnosticada con VIH en el 2001 en el Proyecto Vida de MSF. Comenzó su tratamiento antirretroviral en dicha organización. Posteriormente fue trasladada a la Clínica 12 del Hospital Nacional de Coatepeque. Le han realizado exámenes de CD4 (4) y de carga viral (2). Ha padecido de neuropatía, artralgia, diarrea, mucho calor en la lengua y cansancio. Tiene dificultades para trasladarse al hospital, pues al igual que su esposo, el señor Felipe Tebalan Ordoñez, este se encuentra retirado de su domicilio y no tienen recursos económicos para hacerlo²⁹⁹.

38. Su núcleo familiar está formado por su esposo Felipe Tebalan Ordoñez, sus hijas Candelaria, Argentina, Honoria, Cecilia, Daria y su hijo Juan Carlos, todos de apellidos Ordoñez Alvarez, sus nietos Luis Emiliano Ordoñez Álvarez, Martín Gildardo Ordoñez Alvarez,

²⁹⁶ Declaraciones rendidas por Felipe Tebalan Ordoñez de 11 de enero y 9 de febrero de 2017 (expediente de prueba, folios 11618, 11621, 11622, 11623 y 11624).

²⁹⁷ Certificado de nacimiento de Felipe Tebalan Ordoñez (expediente de prueba, folio 12828); declaraciones rendidas por Felipe Tebalan Ordoñez de 11 de enero y 9 de febrero de 2017 (expediente de prueba, folios 11618, 11619, 11620, 11621 y 11624), y escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folio 823).

²⁹⁸ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1361), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12767).

²⁹⁹ Certificado de nacimiento de Martina Candelaria Álvarez Estrada (expediente de prueba, folio 12896); declaraciones rendidas por Martina Candelaria Álvarez Estrada ante fedatario público de 25 de marzo de 2017 (expediente de prueba, folio 11734), y escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folio 824).

Iván Juárez Ordoñez y sus nietas Lauris Ernestina y Yeslin Janeth, ambas de apellidos Juárez Ordoñez³⁰⁰.

B.5 Luis Rubén Isabel Alvarez Flores

39. El señor Alvarez Flores nació el 19 de noviembre de 1962 en el Municipio de Mixco, Departamento de Guatemala, Guatemala. Reside en Mixco, Guatemala. Es perito en mercadotecnia y publicidad y maestro en enseñanza media, especializado en pedagogía. Estudió magisterio y trabajaba en un colegio en el año 2001. Fue diagnosticado con VIH el 18 de octubre de 2002, en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, como resultado de una enfermedad oportunista llamada neumonía por hongo. Después lo transfirieron al Hospicio San José. Posteriormente, lo transfirieron a MSF donde comenzó su tratamiento antirretroviral en febrero de 2003. Luego lo atendió la fundación Marco Antonio, donde recibió atención psicológica y nutricional, y fue asistido por una trabajadora social. Desde el año 2008 recibió atención médica en un hospital público de la Ciudad de Antigua. Dicha atención médica fue interrumpida de 2011 a 2013 debido a que estuvo en Honduras, incorporándose al tratamiento con posterioridad. Actualmente recibe tratamiento en el Hospital de Antigua, donde recibe antirretrovirales y le han realizado exámenes de CD4, carga viral y genotipo, aunque hay estudios que ha pagado por su propia cuenta. No se le ha cambiado el esquema de tratamiento y no ha recibido atención nutricional, ni familiar, ni comunitaria, pero sí recibió atención psicológica cada tres meses³⁰¹.

40. El señor Alvarez Flores manifestó haber tenido que renunciar a su trabajo cuando fue diagnosticado y luego enfrentó obstáculos para insertarse en el mercado laboral por su condición como persona con VIH; asimismo, afirmó haber tenido que realizar gastos de alrededor de 2000 quetzales al año para trasladarse a la clínica. No se encuentra laborando pero cuenta con el apoyo de sus hermanos, aunque sus padres no saben de su padecimiento.³⁰²

41. Su núcleo familiar está conformado por su padre Julio Ruben Alvarez Chinchila, su madre Margarita Flores Cuiza (Fallecida), su hermana Lileana, y sus hermanos Atilio Sabas, Victoriano Estanislao, Julio Antonio y Samuel Gonzalo, todos de apellidos Alvarez Flores³⁰³.

B.6. Ingrid Janeth Barillas Martínez

42. La señora Barillas Martínez nació el 18 de marzo de 1973 en el Municipio de Tiquisate, Departamento de Escuintla, Guatemala. Su estado civil es soltera y su ocupación es realizar oficios domésticos. Reside en el Municipio de Tecún Umán, Departamento de San Marcos, Guatemala, y se encuentra adscrita al Hospital Nacional de Coatepeque³⁰⁴.

³⁰⁰ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1361), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12767).

³⁰¹ Certificado de nacimiento de Luis Rubén Isabel Alvarez Flores (expediente de prueba, folio 12884), y declaraciones rendidas por Luis Rubén Isabel Alvarez Flores ante fedatario público de 29 de marzo de 2017 (expediente de prueba, folios 11690, 11691 y 11696).

³⁰² Declaraciones rendidas por Luis Rubén Isabel Alvarez Flores ante fedatario público de 29 de marzo de 2017 (expediente de prueba, folios 11690 y 11692).

³⁰³ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1361), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folios 12770 y 12771).

³⁰⁴ Acción de amparo nueva presentada ante la Corte de Constitucionalidad de 26 de julio de 2002 (expediente de prueba, folio 14), y cuadro de información actualizada de 2008 respecto de cada una de las víctimas, recabada por la Doctora Cristina Calderón, que fue adjuntado al escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de los peticionarios (expediente de prueba, folio 12777).

B.7. Saira Elisa Barrios

43. La señora Barrios nació el 30 de agosto de 1972 en el Municipio de Nuevo San Carlos, Departamento de Retalhuleu, Guatemala, donde reside actualmente. Estudió hasta quinto de primaria. Fue diagnosticada con VIH en el año 2002, cuando tenía siete meses de embarazo. Comenzó su tratamiento antirretroviral en ese mismo año, en el Proyecto Vida de MSF. Con posterioridad fue transferida al Hospital Nacional de Coatepeque y, a petición suya, fue transferida al Hospital Retalhuleu, en donde recibió un tratamiento irregular por lo que respecta a los exámenes de CD4 y carga viral. Ha padecido de diversas enfermedades oportunistas, tales como parásitos intestinales, manifestaciones muco cutáneas, infecciones respiratorias e infección bacteriana severa. No ha recibido apoyo nutricional, social, ni atención familiar, comunitaria y domiciliaria. Sin embargo, cada tres meses recibe apoyo psicológico y le proporcionan preservativos. Sólo recibe medicamentos para el VIH, pero no para las enfermedades conexas u oportunistas. La señora Barrios manifestó que antes de ser diagnosticada con VIH se desempeñaba trabajando en limpieza de casas, cocinando, lavando y planchando, actividades que tuvo que suspender por los padecimientos físicos que sufrió con motivo del deterioro de salud. Asimismo, afirmó que demora una hora y treinta minutos en arribar de su domicilio al Hospital Retalhuleu³⁰⁵.

44. Su núcleo familiar se integraba por el padre de sus hijas Erick Jonás Sánchez (fallecido), su actual esposo Guillermo Donis, sus hijas Edilma Evelina, Darlin Sureima, Kendi Liserli y Noret Adali, todas de apellido Barrios, su padre Moisés Israel Rodas López, y su madre Eiselda de Jesús Mazariegos de Rodas³⁰⁶.

B.8. Felix de Jesús Cabrera Morales

45. El señor Cabrera Morales nació el 20 de noviembre de 1978 en el Municipio de Rio Hondo, Departamento de Zacapa, Guatemala. Tiene estudios inconclusos. Fue diagnosticado en octubre de 2001 en el laboratorio Casa Central. Comenzó su tratamiento antirretroviral en diciembre de 2001 en el IGSS, donde no había abastecimiento de medicamentos. Le han realizado de manera irregular exámenes de CD4 y carga viral, no le han realizado exámenes de genotipo y fenotipo, a pesar de haberle cambiado el tratamiento en varias ocasiones, y no ha tenido acceso regular a medicamentos debido al desabastecimiento de los mismos, ni atención integral. En relación con el desabastecimiento de los medicamentos, el señor Cabrera Morales ha manifestado su angustia provocada específicamente por el temor de contraer enfermedades oportunistas y a generar resistencia a los medicamentos³⁰⁷.

46. El señor Cabrera Morales sufrió consecuencias cuando se tuvo conocimiento de su condición de persona que vive con el VIH, pues fue señalado por sus compañeros y despedido de su lugar de trabajo. Con motivo de su despido presentó una demanda a su empleador, en la cual se acreditó la discriminación laboral. Se desempeña como actor y no recibe un salario fijo. Intentó suicidarse con pastillas y acudió a emergencias del IGSS. No recibe atención

³⁰⁵ Declaraciones rendidas por Saira Elisa Barrios de 16 de enero y 9 de febrero del 2017 (expediente de prueba, folios 11772, 11773, 11774 y 11777); certificado de nacimiento de Saira Elisa Barrios (expediente de prueba, folio 12858), y escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folios 823, 824 y 825).

³⁰⁶ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1362), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12767).

³⁰⁷ Certificado de nacimiento de Felix de Jesús Cabrera Morales (expediente de prueba, folio 12872); declaraciones rendidas por Felix de Jesús Cabrera Morales ante fedatario público de 28 de marzo de 2017 (expediente de prueba, folios 11627, 11629 y 11636); escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folio 831), y declaración rendida por Felix de Jesús Cabrera Morales en la audiencia pública celebrada ante esta Corte.

médica por enfermedades que no derivan del VIH, ni recibe atención de enfermedades oportunistas porque no las ha presentado³⁰⁸.

47. Su núcleo familiar se integra por su madre Mavilla Ester Morales Agustín, su padre Juan Pablo Cabrera Gatica, y su hijo Jesús Alberto González Cabrera³⁰⁹.

B.9. César Noé Cancinos Gómez

48. El señor Cancinos Gómez nació el 21 de junio de 1980 en el Municipio de Coatepeque, Departamento de Quetzaltenango, Guatemala. Reside en la Aldea San Rafael Pacaya, Quetzaltenango. Estudió hasta sexto de primaria. Fue diagnosticado con VIH el 18 de junio de 2002, y el 12 de junio de 2003 comenzó el tratamiento antirretroviral en el programa Proyecto Vida de MSF. Posteriormente fue transferido a la Clínica 12 del Hospital Nacional de Coatepeque, donde le fueron realizados algunos exámenes de CD4 y de carga viral. Actualmente le han realizado de manera regular exámenes de CD4 y carga viral, aunque en las últimas ocasiones le solicitaron una “colaboración” económica de 10 o 5 quetzales. No ha padecido enfermedades oportunistas, ni le han realizado exámenes de genotipo y fenotipo. No recibe apoyo nutricional. Tardaba una hora en trasladarse de su domicilio a Coatepeque. En ocasiones no hay suficiente medicamento para tres meses y le entregan únicamente para un mes. Trabajaba en una fábrica en la Capital, pero dejó de hacerlo debido al deterioro físico que sufrió por la enfermedad, y con posterioridad regresó a Coatepeque y se dedicó a la agricultura.³¹⁰

49. Su núcleo familiar se integra por su esposa Irma Leticia Vicente Morales, su hija Leticia Yamilet Cancinos Vicente, su hijo César Antonio Cancinos Vicente, su padre Demecio Rogelio Cancinos Díaz, y su madre Macedonia Gómez Oxla³¹¹.

B.10. Aracely Cinto

50. La señora Cinto nació el 31 de marzo de 1970 en el Municipio de Pajapita, Departamento de San Marcos, Guatemala, donde también reside. Estudió primero de primaria. Fue diagnosticada con VIH en 1994 en el Centro de Salud de Tecún Umán, Departamento de San Marcos, pero le confirmaron su condición como persona con VIH en Coatepeque. Desde 1994 hasta 2005 fue atendida en la Cruz Roja. Después le prestó atención médica el Proyecto Vida de MSF, y finalmente fue transferida a la Clínica 12 del Hospital Nacional de Coatepeque, donde comenzó a recibir tratamiento antirretroviral en el año 2009. En ese entonces había abastecimiento de medicamentos. Le han realizado de manera irregular exámenes de CD4 (3) y de carga viral, de los cuales no ha recibido resultados. La señora Cinto manifestó no haber padecido ninguna enfermedad oportunista. Trabaja lavando ropa y vendiendo helados, asiste a grupos de auto apoyo. La señora Cinto manifestó que debido a

³⁰⁸ Declaración rendida por Felix de Jesús Cabrera Morales ante fedatario público de 28 de marzo de 2017 (expediente de prueba, folios 11627, 11628 y 11631), y declaración rendida por Felix de Jesús Cabrera Morales en la audiencia pública celebrada ante esta Corte.

³⁰⁹ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1365), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12770).

³¹⁰ Certificado de nacimiento de César Noé Cancinos Gómez (expediente de prueba, folio 12816); declaración rendida por César Noé Cancinos Gómez ante fedatario público de 25 de marzo de 2017 (expediente de prueba, folios 11581, 11582 y 11583), y escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folio 827).

³¹¹ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1363), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folios 12768 y 12769).

que la clínica a la que acude es muy pequeña permite que todas las personas que asisten los señalen y se refieran a ellos como “los sidosos”, lo cual le genera desconfianza³¹².

51. Su núcleo familiar se integra por su madre María Teresa de Maldonado Cinto, sus hijos Leonel Celestino Mazariegos Cinto y Edwin Amílcar Maldonado Cinto, y su hija Gladys Francisca Mazariegos Cinto (fallecida)³¹³.

B.11. Luis Rolando Cuscul Pivaral

52. El señor Cuscul Pivaral nació el 12 de enero de 1968 en el Municipio de Guatemala, Departamento de Guatemala, Guatemala. Es residente en Villa Canales, Departamento de Guatemala. Fue diagnosticado el 31 de octubre de 1993, en el IGSS, donde manifestó haber sido objeto de señalamientos y burlas por parte del personal médico donde fue atendido y se le puso un señalamiento que indicaba que era “paciente con SIDA”. Comenzó su tratamiento antirretroviral en el Proyecto Vida de MSF, en el Hospital Roosevelt, en septiembre del 2000. Le han realizado exámenes de CD4, carga viral, triglicéridos, riñones e hígado. Ha padecido de lipodistrofia, en virtud de haber sido sometido a un tratamiento experimental antes de comenzar el tratamiento antirretroviral. No ha padecido enfermedades oportunistas o conexas. No le han practicado exámenes de genotipo. Cuando se enteró de su diagnóstico tuvo sentimientos de depresión y perdió el interés en todo, e intentó suicidarse en varias ocasiones. No ha recibido atención social, familiar, comunitaria y domiciliaria.³¹⁴

53. Su núcleo familiar se integra por su madre adoptiva María de la Cruz Mundo Zelaya, sus hermanos Isaías, Manuel Antonio, Adolfo y Raúl, todos de apellidos Cuscul Mundo, su hermana Etelvina Cuscul Mundo, sus sobrinos y sobrinas Eduardo Isaías Cuscul Antonio, Patricia Judith Cuscul Antonio, Luis Pablo Cuscul Antonio, Bryan Alexander Adolfo Cuscul Quiñonez, Andy Joe Cuscul Quiñonez, Manuel Cuscul Álvarez, Kevin Raul Cuscul Flores, Marlon Daniel Cuscul Flores, Ángel Gabriel Cuscul Flores, Andrea Etelvina Sanchez Cuscul, Roxana Pamela Sanchez Cuscul, y su pareja sentimental³¹⁵.

B.12. Olga Marina Castillo

54. La señora Marina Castillo nació el 27 de octubre de 1976 en el Municipio de Guatemala, Departamento de Guatemala, Guatemala. En el año 2003 recibía tratamiento antirretroviral de MSF³¹⁶.

B.13. María Felipe Pérez

55. La señora Felipe Pérez nació el 20 de agosto de 1964 en el Municipio de San Ildefonso Ixtahuacán, Departamento de Huehuetenango, Guatemala. Reside en Aldea Monte Cristo, Sector Santa Rosa, Champerico, Retalhuleu, Guatemala. Habla mam y español. Estudió hasta

³¹² Certificado de nacimiento de Aracely Cinto (expediente de prueba, folio 12806); Declaración rendida por Aracely Cinto ante fedatario público de 25 de marzo de 2017 (expediente de prueba, folios 11562, 11564, 11566, 11567 y 11569), y escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folio 828).

³¹³ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1363); y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12769).

³¹⁴ Certificado de nacimiento de Luis Rolando Cuscul Pivaral (expediente de prueba, folio 1880); declaraciones rendidas por Luis Rolando Cuscul Pivaral ante fedatario público de 29 de marzo de 2017 (expediente de prueba, folios 11676, 11677, 11678, 11679, 11684, 11685 y 11686).

³¹⁵ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folios 1360 y 1361), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12766).

³¹⁶ Petición inicial de 14 de agosto de 2003 dirigido a la CIDH (expediente de prueba, folio 463).

segundo de primaria. Fue diagnosticada en 1999, en Proyecto Vida de MSF. Comenzó su tratamiento en 2001. Fue transferida al Hospital Nacional de Coatepeque, pero debido a la lejanía y a su posibilidad económica, se trasladó al Hospital de Retalhuleu. Le han realizado exámenes de CD4 (6) y carga viral (2), de manera irregular. No le han practicado estudios de genotipo ni de fenotipo. Manifestó que no ha recibido tratamiento para enfermedades relacionadas al VIH. No trabaja. Sus hijos la apoyan económicamente, porque no tiene recursos. No ha recibido apoyo nutricional, social, ni atención familiar, comunitaria y domiciliaria. Recibe apoyo psicológico y preservativos. La señora Felipe Pérez manifestó que sus hijos recibían comentarios por personas en la calle y por amigos de sus hijos, quienes les decían que “tienen SIDA ustedes porque su mamá tiene SIDA”. Vendió algunos terrenos para ayudarse económicamente³¹⁷.

56. Su núcleo familiar se integraba por el padre de sus hijos, Roberto Gómez García (fallecido), sus hijas Margarita y Ana Patricia, de apellidos Gómez Felipe, y sus hijos Rocaël, Jaime, Miguel, Carlos y Francisco, de apellidos Gómez Felipe³¹⁸.

B.14. Ismerai Olibia García Castañon

57. La señora García Castañon nació el 14 de enero de 1964 en el Municipio de Pajapita, Departamento de San Marcos, Guatemala. Reside en Cantón de la Ceiba, Pajapita, San Marcos. Fue diagnosticada en 2003 por Proyecto Vida de MSF, comenzó a recibir atención médica por MSF ese mismo año. Fue transferida a la Clínica 12 del Hospital Nacional de Coatepeque, e inició su tratamiento antirretroviral en el año 2007. No le han realizado regularmente exámenes de CD4 y carga viral. Ha padecido de enfermedades oportunistas como candidiasis vulvovaginal y diarrea crónica. Recibe pláticas en dicho centro hospitalario, así como información sobre preservativos y reinfección³¹⁹.

58. Su núcleo familiar se integraba por el padre de sus hijos Juan Guillermo Cifuentes Orozco, sus hijos Leonidas Alberto, Guillermo Neemias, Elder Neftalí y Juan Antonio (fallecido), de apellidos Cifuentes García, y su hija Ingrid Olivia Cifuentes García, su madre Leodora Castañon Castañon, y su entonces pareja Santos Isacar Vásquez Barrios³²⁰.

B.15. Santos Isacar Vásquez Barrios

59. El señor Vásquez Barrios nació el 3 de noviembre de 1968 en el Municipio de Ocos, Departamento de San Marcos, Guatemala. Reside en Tecum, Guatemala. Estudió hasta el segundo año de primaria y sabe leer y escribir. Trabaja recolectando y vendiendo cocos. Fue diagnosticado con VIH en el año 2003 en el Proyecto Vida de MSF, donde se le brindó un tratamiento de Trimetropin por un periodo aproximado de nueve meses, y después le dieron duovín y efaviren. Después fue transferido a la Clínica 12 del Hospital Nacional de Coatepeque,

³¹⁷ Certificado de nacimiento de María Felipe Pérez (expediente de prueba, folio 12892); declaraciones rendidas por María Felipe Pérez ante fedatario público de 25 de marzo de 2017 (expediente de prueba, folios 11726, 11727, 11728 y 11730), y escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folio 827).

³¹⁸ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1364), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12769).

³¹⁹ Certificado de nacimiento de Ismerai Olibia García Castañon (expediente de prueba, folio 12848); cuadro sobre información recabada por la Doctora Cristina Calderón, a través de entrevistas y revisión de expedientes de los peticionarios en noviembre de 2010, que fue adjuntado al escrito de solicitudes, argumentos y pruebas (expediente de prueba, folios 12795 y 12796), y escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folio 825).

³²⁰ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1362), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12768).

la cual se encuentra aproximadamente a 40 minutos de su hogar y gasta aproximadamente 45 quetzales para poder ir y venir en días de consulta. Comenzó su tratamiento antirretroviral en el año 2004. Le han practicado exámenes de CD4 (4) y carga viral (1). Ha padecido de sífilis, neurosífilis, herpes zoster, micosis cutánea recurrente, parásitos, fiebre, diarrea con sangre, vómitos con flema blanca, afonía leve y faringitis. Ha recibido pláticas de adherencia, apoyo nutricional y psicológico en el Proyecto Vida. En la Clínica 12 ha recibido atención psicológica³²¹.

60. Su núcleo familiar se integra por su hija Irma Noelia Vásquez Barrios, su madre Margarita Barrios Hernández, su padre Rogelio Saturnino Vásquez, su abuela Juana de Jesús Vásquez, y su entonces pareja Ismerai Olibia García Castañón³²².

B.16. Mardo Luis Hernández y Hernández

61. El señor Hernández y Hernández nació el 3 de julio de 1983 en el Municipio de Ocos, Departamento de San Marcos, Guatemala. Es residente de la Colonia San Julián, Municipio La Blanca San Marcos, Guatemala. Estudió hasta tercero básico. Trabajaba como parcelero, actividad que tuvo que abandonar por la debilidad producida por la enfermedad. En la actualidad trabaja en una empacadora. Fue diagnosticado con VIH en 2001, en el Proyecto Vida de MSF. Con posterioridad fue transferido a la Clínica 12, del Hospital Nacional de Coatepeque, pero finalmente fue atendido en Malacatán. Le han realizado exámenes de CD4 y carga viral, pero no le han realizado exámenes de genotipo y fenotipo. Ha padecido de neumonía, tuberculosis y criptococos. No recibe apoyo nutricional ni social. Su hijo fue señalado como una persona que vive con el VIH por una enfermera a pesar de que no tiene la infección, lo cual generó sentimientos de culpa en el señor Hernández Hernández³²³.

62. Su núcleo familiar se conforma por su esposa, Nidya Roxana Zapet Gómez, su hijo Mardo Kleiber Hernández Zapet, su madre Erminia Hernández Mérida, su padre Francisco Luis Hernández Ramírez, su hermano Menfil Elsidio Hernández Hernández, y su hermana Jessica Isenia Hernández Hernández³²⁴.

B.17. Luis Armando Linares Ruano

63. El señor Linares Ruano nació el 10 de noviembre de 1969 en el Municipio de Jalpatagua, Departamento de Jutiapa, Guatemala. Reside en la Ciudad de Guatemala, Guatemala. Fue diagnosticado en el año 1984, en la Asociación Guatemalteca de Atención Sexual. Estuvo aproximadamente 14 años sin recibir tratamiento médico, el cual obtuvo por primera vez en el Hospital San Juan de Dios, posteriormente en el Hospital Roosevelt y finalmente en el IGSS. Con su tratamiento recibió antirretrovirales. Le han realizado exámenes de CD4 y de carga

³²¹ Certificado de nacimiento de Santos Isacar Vásquez Barrios (expediente de prueba, folio 12840); declaración rendida por Santos Isacar Vásquez Barrios de 12 de febrero de 2017 (expediente de prueba, folios 11802, 11803 y 11804); cuadro sobre información recabada por la Doctora Cristina Calderón, a través de entrevistas y revisión de expedientes de los peticionarios en noviembre de 2010, que fue adjuntado al escrito de solicitudes, argumentos y pruebas (expediente de prueba, folio 12797), y escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folio 827).

³²² Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1362), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12768).

³²³ Certificado de nacimiento de Mardo Luis Hernández y Hernández (expediente de prueba, folio 12886), y declaraciones rendidas por Mardo Luis Hernández y Hernández ante fedatario público de 25 de marzo de 2017 (expediente de prueba, folios 11705 – 11709).

³²⁴ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1365), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12777).

viral. En una ocasión, en el Hospital Roosevelt, le hicieron examen de genotipo. Ha padecido neumonía así como otros padecimientos como debilidad, diarreas, dolores de cabeza muy intensos, mareo y lipomas en diversas partes del cuerpo (brazos, piernas y cintura). No ha recibido apoyo nutricional, social, psicológico o atención familiar, comunitaria y domiciliaria. Sí recibe preservativos a libre demanda. El señor Linares Ruano afirmó que no ha podido conseguir varios trabajos con motivo de su orientación sexual y porque tiene que hacerse exámenes³²⁵.

B.18. Marta Alicia Maldonado Paz

64. La señora Maldonado Paz nació el 27 de abril de 1980. Fue diagnosticada el 4 de diciembre de 2001, por el Proyecto Vida de MSF. Inició tratamiento antirretroviral en 2003, en dicha organización. Con posterioridad fue transferida a la Clínica 12 del Hospital Nacional de Coatepeque. Le han practicado algunos exámenes de CD4 y de carga viral. Ha padecido de papilomatosis vulvar y anal, candidiasis oral y vaginal, papilomatosis oral, tinia pedis, desnutrición grado II e histoplasmosis. Trabajaba en un almacén antes de ser diagnosticada y con posterioridad fue recepcionista de Proyecto Vida³²⁶.

65. Su núcleo familiar se encontraba formado por su esposo Carlos Humberto Vásquez Pérez, sus hijas Delia Marlenee y Adela Nohemí (fallecida), ambas de apellidos Pérez Maldonado, y su hermana Telma Maldonado Andrade³²⁷.

B.19. Dora Marina Martínez Sofoifa

66. La señora Martínez Sofoifa nació el 10 de septiembre de 1971 en el Municipio de Ocos, Departamento de San Marcos, Guatemala. Reside en el Caserío Silencio, Municipio de Coatepeque, Departamento de Quetzaltenango, Guatemala. Se dedica a las labores domésticas. Fue diagnosticada en 1998 en el Hospital Nacional de Coatepeque, donde acudió porque tenía fiebre y desnutrición. No recibió tratamiento médico por VIH durante los primeros años tras su diagnóstico debido a que en el hospital le explicaron que no habían los medicamentos necesarios para su tratamiento. En el año 2004 fue atendida por MSF, donde le hicieron exámenes de CD4 y le indicaron el tratamiento antirretroviral. En 2010 fue transferida nuevamente al Hospital Nacional de Coatepeque. Los exámenes de CD4 y de carga viral son irregulares. En 2014 se quedaron varios meses sin antirretrovirales. Ha padecido de colesterol y lipodistrofia³²⁸.

67. La señora Martínez Sofoifa manifestó que el trato del personal del hospital fue diferente después de saber el diagnóstico. Señaló también que la clínica donde es atendida se encuentra

³²⁵ Certificado de nacimiento de Luis Armando Linares Ruano (expediente de prueba, folio 12876), y declaración rendida por Luis Armando Linares Ruano ante fedatario público de 28 de marzo de 2017 (expediente de prueba, folios 11672, 11673 y 11674).

³²⁶ Cuadro de información actualizada de 2008 respecto de cada una de las víctimas, realizado por la Doctora Cristina Calderón, que fue adjuntado al escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de los peticionarios (expediente de prueba, folio 12774); Hoja de diagnóstico de la señora Marta Alicia Maldonado Paz (expediente de prueba, folio 11193); escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folio 826), y cuadro sobre información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas y revisión de expedientes de los peticionarios en noviembre de 2010, que fue adjuntado al escrito de solicitudes, argumentos y pruebas (expediente de prueba, folios 12795 y 12796).

³²⁷ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1363), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12768).

³²⁸ Certificado de nacimiento de Dora Marina Martínez Sofoifa (expediente de prueba, folio 12874), y declaración rendida por Dora Marina Martínez Sofoifa rendida ante fedatario público de 16 de diciembre de 2016 (expediente de prueba, folios 11522 y 11523).

a 4 kilómetros de su hogar, y que debido a la distancia, al costo del traslado y a los peligros de la zona donde vive, tiene que irse a su cita en la madrugada y esperar al lado de la sala de emergencias para ser atendida³²⁹.

B.20. Pascuala de Jesús Mérida Rodríguez

68. La señora Mérida Rodríguez nació el 25 de abril de 1975 en el Municipio de San Sebastián, Departamento de Retalhuleu, Guatemala. Reside en Aldea Granados, Sector 2, Nuevo San Carlos, Retalhuleu, Guatemala. Estudió hasta el tercer grado de primaria. Cuando fue diagnosticada con VIH no desempeñaba ninguna labor. Fue diagnosticada en 2001 en Proyecto Vida de MSF, cuando tenía 5 meses de embarazo. En MSF le proveyeron con trimetropin y recibió TARV por 4 meses hasta que su hijo nació. Le han practicado exámenes de CD4 y de carga viral de manera irregular. Fue transferida al Hospital Nacional de Coatepeque, y posteriormente al hospital de Retalhuleu. No le han practicado exámenes de genotipo. Ha padecido de diarreas y cefalea. Manifestó que existía desabasto de antirretrovirales y en ocasiones le entregaron medicamentos para niños. Cuando fue atendida por MSF recibió apoyo nutricional y asiste a un grupo de auto apoyo, donde le dan condones para prevenir. No recibe apoyo social, psicológico, ni atención familiar, comunitaria y domiciliaria. Manifestó que su suegra la “sacó” de la casa en la que vivía con sus hijos y su esposo (antes de que éste falleciera). Sus hijas sufrieron señalamientos en la escuela primaria, porque les decían que “ellas también tenían SIDA”, hasta que fue a hablar con la directora³³⁰.

69. Su núcleo familiar se componía por el padre de sus hijos Baudillo Soto de León (fallecido), sus hijas Karla de Jesús Coronado Mérida y Benita del Rosario Soto Mérida y su hijo Erick Alexander Maldonado Mérida, su padre Sixto Mérida Mendoza (fallecido 5 años atrás), su madre Herminia Rodríguez Coculista, su hermana Mercedes Patricia Mérida Rodríguez, y su pareja actual Alejo Ranferí Maldonado Oxla^j³³¹.

B.21. Darinel López Montes de Oca

70. El señor López Montes de Oca nació el 14 de julio de 1964 en el Municipio de Ocos, Departamento de San Marcos, Guatemala. Reside en la Aldea Dolores Ocos San Marcos, Guatemala. Estudió hasta quinto de Magisterio. Antes de su diagnóstico se dedicaba a la venta de plátanos, y ahora se dedica a la venta de calzado, ropa, perfumería, antojitos, y comida social. Fue diagnosticado en 2002 por el Proyecto Vida de MSF, y comenzó tratamiento antirretroviral en el año 2004. Después fue transferido al Hospital Nacional de Coatepeque y remitido a Proyecto Vida de MSF, donde recibió tratamiento. Manifestó que en el hospital de Coatepeque no había suficientes medicamentos y los exámenes de CD4, carga viral y genotipo fueron practicados de forma irregular, lo que produjo enfermedades oportunistas. Padeció de alergias en la piel, desnutrición crónica, anemia por el consumo de antirretrovirales y meningitis por criptococo. Ha recibido atención psicológica. Solo recibió apoyo nutricional en MSF. No le han proporcionado apoyo social, ni atención familiar, comunitaria y domiciliaria. Sí le dan condones. El señor Montes de Oca afirma que se ha sentido señalado por su familia,

³²⁹ Declaración rendida por Dora Marina Martínez Sofoifa ante fedatario público de 16 de diciembre de 2016 (expediente de prueba, folios 11523 y 11524).

³³⁰ Certificado de nacimiento de Pascuala de Jesús Mérida Rodríguez (expediente de prueba, folio 12902); declaración rendida por Pascuala De Jesús Mérida Rodríguez de Maldonado ante fedatario público de 25 de marzo de 2017 (expediente de prueba, folios 11760, 11761, 11762, 11763, 11764 y 11769), y escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folio 828).

³³¹ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1363), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12769).

sus amigos y por la sociedad, y que tiene que salir a otras poblaciones a vender comida porque si la gente sabe que es una persona que vive con el VIH no le compra³³².

71. Su núcleo familiar se encuentra integrado por su prima Ana Castillo López y su sobrina Aracely Méndez Castillo³³³.

B.22. Israel Perez Charal

72. El señor Pérez Charal es originario del Municipio de San Juan Alotenango, Departamento de Sacatepéquez, Guatemala. Nació el 23 de enero de 1953. Reside en Antigua Guatemala, Departamento Sacatepéquez, Guatemala. Estudió en Bachiller Madurez. Es piloto de transporte pesado. Fue diagnosticado en el año 2002, en el Hospital San Juan de Dios, en virtud de que iba a donar sangre y le dijeron que era portador de VIH. Después lo refirieron a MSF. En el año 2003 comenzó el tratamiento antirretroviral. En los años 2004 y 2005 acudió a la Asociación de Salud Integral, Clínica Familiar Luis Ángel García (en adelante “Clínica Luis Ángel García”) donde le practicaron exámenes y recibió medicamentos. Luego, por cuestiones laborales, solicitó su traslado en los años 2006 y 2010 al IGSS. Sufrió herpes, pero no lo trataron. En los años 2010 a 2016 acudió de nuevo a la Clínica Luis Ángel García, en donde actualmente recibe atención médica. Le han practicado exámenes de CD4 y carga viral, aunque de manera irregular. Ha padecido de obesidad y herpes. Manifestó que no había medicamentos suficientes para todas las personas. Manifestó ser rechazado por la familia de su expareja, Karen Judith Samayoa Vásquez³³⁴.

B.23. Corina Dianeth Robledo Alvarado

73. La señora Robledo Alvarado es originaria y residente del Municipio de Pajapita, Departamento de San Marcos, Guatemala. Nació el 4 de noviembre de 1973. Es maestra de educación primaria en la Aldea de San Antonio Las Flores, Pajapita. Fue contagiada por vía de transmisión sexual por su esposo y, a su vez, su hijo L.A.L. fue contagiado vía transmisión vertical, siendo diagnosticado con VIH a los 3 años. La señora Robledo Álvarez fue diagnosticada en 2001 en el Hospital de Malacatán. Recibió atención por primera vez por parte del Proyecto Vida de MSF. Con posterioridad fue transferida a la Clínica 12 del Hospital Nacional de Coatepeque. Ha tenido acceso a tratamiento antirretroviral de manera estable y permanente y le han practicado exámenes de CD4 y carga viral. No recibió atención nutricional ni psicológica. La señora Robledo y su hijo L.A.L. fueron señalados por las personas que transitan por fuera de la Clínica 12 por considerar que ese centro de salud es para “sidosos”. De su domicilio a la Clínica Roosevelt demoraba cinco horas, lo que le generó gastos que la obligaron a endeudarse³³⁵.

³³² Certificado de nacimiento de Darinel López Montes de Oca (expediente de prueba, folio 12822); declaración rendida por Darinel López Montes de Oca de 11 de enero de 2017 (expediente de prueba, folios 11606, 11607, 11608 y 11609); escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folio 823); cuadro sobre información recabada por la Doctora Cristina Calderón, a través de entrevistas y revisión de expedientes de los peticionarios en noviembre de 2010, que fue adjuntado al escrito de solicitudes, argumentos y pruebas (expediente de prueba, folio 12791), y peritaje rendido por Ricardo Boza Cordero en la audiencia celebrada ante esta Corte e informe escrito sobre dicho peritaje (expediente de fondo, folio 1471).

³³³ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1361), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12767).

³³⁴ Cédula de vecindad de Israel Pérez Charal (expediente de prueba, folios 12387 y 12388), y declaración rendida por Israel Pérez Charal ante fedatario público de 16 de diciembre de 2016 (expediente de prueba, folios 11528, 11529, 11530 y 11531).

³³⁵ Certificado de nacimiento de Corina Dianeth Robledo Alvarado (expediente de prueba, folio 12818), y declaración rendida por Corina Dianeth Robledo Alvarado ante fedatario público de 12 de febrero de 2017 (expediente de prueba, folios 11585, 11586 y 11587).

74. Su núcleo familiar se compone por su esposo Luis de León, su hijo L.A.L., su padre Virgilio Ladislao Robledo Rodríguez y su madre Katarina Alvarado Mazariegos (fallecida), sus hermanos Osvaldo Romeo, Gelber Manuel, Kener Guilfredo, Boanerges Onelio, y sus hermanas Bertha Luz y Leticia, todos de apellidos Robledo Alvarado, y su sobrino Edwin Otoniel Gómez Robledo Alvarado³³⁶.

B.24. Audencio Rodas Rodríguez

75. El señor Rodas Rodríguez es originario y residente del Municipio de Malacatán, Departamento de San Marcos, Guatemala. Nació el 22 de mayo de 1942. Cursó estudios hasta el nivel primero de primaria. Trabajaba en albañilería. Fue diagnosticado con VIH en el año de 1998. Con motivo de las diarreas, fiebres y hongos producidos por la infección abandonó su trabajo. En 2001 comenzó su tratamiento en Proyecto Vida de MSF, donde le proporcionaron tratamiento antirretroviral, medicamentos para los hongos y exámenes de CD4, no así de carga viral. Después fue transferido a la Clínica 12 del Hospital Nacional de Coatepeque, y finalmente al Hospital de Malacatán. Le han practicado exámenes de CD4 y carga viral de manera irregular. No le han realizado exámenes de genotipo ni de fenotipo. Ha padecido leucoplasia oral vellosa, neumonía bacteriana severa, herpes zoster y diarrea. No le han dado apoyo nutricional ni psicológico, atención familiar, comunitaria y domiciliaria. Le suministran condones y lubricantes. Como resultado del deterioro de la salud del señor Rodas Rodríguez su esposa y sus hijas se vieron obligadas a trabajar para mantener a la familia, lo cual le provocó, en palabras del señor Rodas Rodríguez: “mucha tristeza y preocupación, porque tuvimos que cambiar nuestra forma de vida, ya no pude darles estudio a mis hijas pequeñas ellas y mi esposa tuvieron que trabajar para mantener la casa”³³⁷.

76. Su núcleo familiar se conforma por su esposa Carmen Mérida Coronado, sus hijas Flor de María, Clara Verónica, Sonia Maribel y Maria Magdalena, así como sus hijos Aníbal Leonel, Braulio Adán, Andy Alberto y Walter Audencio, todos de apellidos Rodas Mérida, sus nietas Cecilia Verónica Barrios Rodas, Susely Berenice Rodas Mérida, Tania Briseidy Velasco Rodas, y sus nietos Abni Eliezer Barrios Rodas, Christian Obdulio Barrios Rodas, Brandon Isaac Rodas Mus, Nehemias Audencio Rodas Chilel y Esdras Avisai Rodas Chile³³⁸.

B.25. Zoila Marina Pérez Ruíz

77. La señora Pérez Ruíz es originaria del Municipio de El Quetzal, Departamento de San Marcos, Guatemala. Nació el 20 de octubre de 1960. Reside en la Aldea Cintaná, del Municipio El Quetzal, Departamento de San Marcos, Guatemala. Carece de estudios, no sabe leer ni escribir y es ama de casa. Antes de ser diagnosticada trabajaba vendiendo frutas. Fue diagnosticada con VIH en el año 2002, pero recibió tratamiento médico hasta el año 2004, aunque no tuvo acceso a exámenes CD4 ni de carga viral. Inicialmente recibía atención médica por MSF, posteriormente fue transferida al Hospital Nacional de Coatepeque. Para el año 2009 había tenido acceso a exámenes de CD4 en 4 ocasiones y en 2 al de carga viral. Para el año 2015 se le habían realizado 5 conteos más de carga viral y 5 más de CD4.

³³⁶ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1365), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12770).

³³⁷ Certificado de nacimiento de Audencio Rodas Rodríguez (expediente de prueba, folio 12812); declaración rendida por Audencio Rodas Rodríguez ante fedatario público de 26 de diciembre de 2017 (expediente de prueba, folios 11573, 11574, 11575 y 11576), y escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folios 823 y 824).

³³⁸ Escrito de los peticionarios de 30 de septiembre de 2011 (expediente de prueba, folio 1362), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folios 12767 y 12768).

Asimismo, ha sufrido las siguientes enfermedades oportunistas: adenopatía cervical, candidiasis vaginal, sarcopiosis, tuberculosis diseminada, amigdalitis, dolor de giba, herpes, neumonía, neuropatía periférica, mada en cuello y micosis en ambos pies. Ha recibido pláticas sobre VIH/SIDA por parte de Proyecto Vida de MSF que la han ayudado a salir adelante³³⁹.

78. La señora Pérez Ruíz manifestó ser señalada en el Hospital Roosevelt pues las enfermeras evitaban acercarse a ella cuando le dejaban la comida, pues decían que “era una enfermedad contagiosa y que ellos no se querían contaminar”. Su situación económica es precaria, por lo que dos de sus hijos abandonaron sus estudios para conseguir trabajo y así poder ayudarle con sus tratamientos y con los estudios de sus hermanos menores. Manifestó que el traslado de su residencia al hospital le costaba aproximadamente 500 quetzales por viaje, pues debía llevar a su hijo consigo, razón por la que no dio seguimiento a la cirugía plástica que requería para corregir la lipodistrofia que padece en el cuello.³⁴⁰

79. Su núcleo familiar se compone por su esposo, Santiago Francisco Valdéz Aguilar, sus hijos e hijas, Jhony Francisco, Boni Kennedy, Nancy Beatriz, Glendi Betsaida, Mildred Odalis, Zoila Argentina y Nelson Gudiel, todos de apellidos Valdéz Pérez, su madre Rosario Ruíz, y su hermano Edgar Gilberto Pérez Ruíz³⁴¹.

B.26. Santiago Francisco Valdéz Aguilar

80. El señor Valdéz Aguilar es originario del Municipio de El Quetzal, Departamento de San Marcos, Guatemala. Nació el 25 de julio de 1961. Es esposo de la señora Zoila Marina Pérez Ruíz. Reside en la Aldea Sintamá, del Municipio El Quetzal, Departamento de San Marcos, Guatemala. Estudió hasta sexto de primaria. Fue diagnosticado con VIH en el 2001 en el Hospital Nacional de Coatepeque. Inició tratamiento antirretroviral en diciembre del 2002 con MSF. Se le han realizado exámenes de CD4 (6-8) y de carga viral (2-4) de forma irregular. Inicialmente recibía atención médica por MSF, después fue transferido al Hospital Nacional de Coatepeque en el año 2002. Como enfermedades oportunistas ha padecido candidiasis oral, dermatomicosis y manifestaciones micocutáneas menores. En algunas ocasiones ha tenido que comprar él mismo los tratamientos para las infecciones oportunistas. No ha recibido apoyo nutricional, psicológico ni social, pero sí ha recibido apoyo a través de grupos de auto apoyo. Antes del diagnóstico se dedicaba a la agricultura, sin embargo, a raíz del deterioro en su salud, tuvo que dejar de trabajar pues no podía exponerse al sol. A raíz de ello dos de sus hijos se fueron a Estados Unidos para apoyarlo económicamente a él y a su esposa³⁴².

³³⁹ Certificado de nacimiento de Zoila Marina Pérez Ruíz (expediente de prueba, folio 12862); declaración rendida por Zoila Marina Pérez Ruíz en la audiencia pública celebrada ante esta Corte; declaración rendida por Zoila Marina Pérez Ruíz ante fedatario público de 9 de febrero de 2017 (expediente de prueba, folios 11548 y 11554); cuadro de información recabada por la Doctora Cristina Calderón, como anexo al escrito de los peticionarios de 27 de junio de 2008 (expediente de prueba, folio 12774); informe del Estado del 23 de marzo del 2009 (expediente de prueba, folio 917); cuadro sobre información recabada por la Doctora Cristina Calderón, a través de entrevistas de noviembre de 2010 (expediente de prueba, folios 12787 y 12801); peritaje rendido por Ricardo Boza Cordero en la audiencia pública celebrada ante esta Corte e informe escrito sobre dicho peritaje (expediente de fondo, folio 1490), y escrito de observaciones de los peticionarios del 7 de agosto del 2009 (expediente de prueba, folio 829).

³⁴⁰ Declaración rendida por Zoila Marina Pérez Ruíz en la audiencia pública celebrada ante esta Corte, y declaración rendida por Zoila Marina Pérez Ruíz ante fedatario público de 9 de febrero de 2017 (expediente de prueba, folios 11549, 11550 y 11552).

³⁴¹ Listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12769).

³⁴² Certificado de nacimiento de Santiago Francisco Valdéz Aguilar (expediente de prueba, folio 12860); declaración rendida por Santiago Francisco Valdéz Aguilar ante fedatario público de 21 de diciembre del 2016 (expediente de prueba, folios 11790, 11791 y 11792); cuadro de información recabada por la Doctora Cristina Calderón, como anexo al escrito de los peticionarios de 27 de junio de 2008 (expediente de prueba, folio 12774); cuadro sobre información recabada por la Doctora Cristina Calderón, a través de entrevistas de noviembre de 2010 (expediente de prueba, folios 12789 y 12803); informe del director administrativo del Hospital de Coatepeque de 5

81. Conformen su núcleo familiar su esposa Zoila Marina Pérez Ruíz, sus hijos e hijas Jhony Francisco, Boni Kennedy, Nancy Beatriz, Glendi Betsaida, Mildred Odalis, Zoila Argentina y Nelson Gudiel, todos de apellidos Valdéz Pérez³⁴³.

B.27. Teresa Magdalena Ramírez Castro

82. La señora Ramírez Castro nació el 10 de noviembre de 1974. Reside en Campo Santo Magnolia, Guatemala. Fue diagnosticada con VIH en el año 2002 por el Proyecto Vida de MSF. Inició tratamiento antirretroviral el 17 de febrero del 2004. Inicialmente recibía atención médica por MSF, y posteriormente fue transferida al Hospital Nacional de Coatepeque. Se le han practicado exámenes CD4 (5-9) y de carga viral (4) de manera irregular. Como enfermedades oportunistas ha presentado criptococo, toxoplasmosis, fibromatosis e hiperglicemia. Se dedica a los oficios domésticos³⁴⁴.

83. Su núcleo familiar lo componen su pareja Carlos Isaías Martínez, sus cuatro hijos e hijas Sayda Analy, Oscar Oswaldo y Lucrecia Paola, de apellidos Paz Ramírez, y Fredy Ramírez Castro, su nieta Evelyn Gabriela y su nieto Carlos Timoteo, de apellidos Paz Ramírez, su padre Alfonso Ramírez, su madre Justa Rufina Castro y sus hermanos Luis Alfonso, Mardoqueo y César Augusto, de apellidos Ramírez Castro³⁴⁵.

B.28. Karen Judith Samayoa Vásquez

84. La señora Samayoa Vásquez es originaria del Municipio de Guatemala, Departamento de Guatemala, Guatemala. Nació el 6 de mayo de 1974. Reside en la Ciudad de Guatemala. Es secretaria comercial. Fue diagnosticada con VIH en el año 2002 en el Hospital San Juan de Dios e inmediatamente fue referida a MSF. No recibió tratamiento médico en ese momento pues había escasez de tratamiento, y sólo se le proporcionaba a las personas que se encontraban en la etapa final. Inició su tratamiento antirretroviral desde el año 2005, pues debido a su embarazo fue necesario administrarle los medicamentos necesarios para evitar la transmisión vertical hacia su hija. La atención médica y el tratamiento antirretroviral fueron proporcionados por la Clínica Luis Ángel García, a donde acude actualmente. Esta clínica se encuentra aproximadamente a 5 kilómetros de distancia de su lugar de residencia. La señora Samayoa Vásquez manifestó que cuando le preguntaron si quería ser trasladada al IGSS, pues tenía ese beneficio por su ex pareja, ella se negó pues "la atención es mala". Como problemas de salud derivados del VIH ha presentado problemas en los ganglios y depresión. A partir del diagnóstico su situación laboral ha variado. Hasta el año 2016 se desempeñaba

de febrero de 2008 sobre la atención médica del señor Santiago Francisco Valdez (expediente de prueba, folio 1075); peritaje rendido por Ricardo Boza Cordero en la audiencia pública celebrada ante esta Corte e informe escrito sobre dicho peritaje (expediente de fondo, folios 1491 y 1492), y escrito de petición inicial de 25 de agosto de 2003 (expediente de prueba, folio 465).

³⁴³ Declaración rendida por Santiago Francisco Valdéz Aguilar ante fedatario público de 21 de diciembre del 2016 (expediente de prueba, folio 11790), y listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12769).

³⁴⁴ Cuadro de información recabada por la Doctora Cristina Calderón, como anexo al escrito de los peticionarios de 27 de junio de 2008 (expediente de prueba, folio 12777); cuadro sobre información recabada por la Doctora Cristina Calderón, a través de entrevistas de noviembre de 2010 (expediente de prueba, folios 12787 12801); peritaje rendido por Ricardo Boza Cordero en la audiencia pública celebrada ante esta Corte e informe escrito sobre dicho peritaje (expediente de fondo, folio 1504), y poder de representación otorgado por las víctimas a los representantes mediante escrito de 23 de enero de 2017 (expediente de fondo, folio 111).

³⁴⁵ Listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folios 12769 y 12770).

como recepcionista en un restaurante. También recibe apoyo económico de su expareja para sufragar los gastos de estudios de su hija³⁴⁶.

85. Su núcleo familiar se compone de sus hijas Beverly Analucía Samayoa Vásquez y Karen Gabriela Perez Samayoa, y su expareja Israel Pérez Charal³⁴⁷.

B.29. Francisco Sop Quiej

86. El señor Sop Quiej es originario del Municipio de Pueblo Nuevo, Departamento de Suchitepéquez, Guatemala. Nació el 4 de octubre de 1962. Reside en el Departamento de Suchitepéquez, Guatemala. Tiene título de Bachiller en Ciencias y Letras. Habla español y quiché. Actualmente se desempeña como agricultor. Fue diagnosticado con VIH en agosto del 2000 en el Centro Médico Militar. Recibió atención médica inicialmente en el Hospital Militar y en MSF, y posteriormente fue transferido al Hospital Nacional de Coatepeque aproximadamente en el 2005. Se le han realizado los exámenes de CD4 y de carga viral de manera irregular y se le practicó al menos una vez un examen de genotipo. En algunas ocasiones tuvo que sufragar el costo de los exámenes de CD4 y carga viral. No recibió apoyo nutricional, ni social, ni atención familiar, pero sí le entregaron preservativos como método de prevención. Como enfermedad oportunista tuvo moniliasis. Antes del diagnóstico trabajaba en el Ejército Nacional de Guatemala. Posteriormente, y con motivo de los señalamientos que sufrió por parte de algunos de sus compañeros de trabajo y oficiales, se retiró del ejército y se dedicó al cultivo de hoja de maxán con banano y café en un terreno propiedad de su madre. Manifestó que de su residencia a Coatepeque hace dos horas de camino aproximadamente, y que gasta 60 quetzales por viaje. Estos gastos no siempre los puede costear, así que debe recurrir a préstamos con familiares y amigos³⁴⁸.

87. Forman parte de su núcleo familiar su madre Paula Quiej, su hermano Antonio, su hermana Dominga, ambos de apellidos Sop Quiej, y su sobrino Rony Sixta Sop³⁴⁹.

B.30. Jorge Armando Tavares Barreno

88. El señor Tavares Barreno es originario y residente del Municipio de Coatepeque, Departamento de Quetzaltenango, Guatemala. Nació el 6 de noviembre de 1980. Fue diagnosticado con VIH en el año 2001 en la clínica 12 del Hospital Nacional de Coatepeque. Antes de ser diagnosticado trabajaba en una carpintería, y posteriormente trabajó a cuenta propia. Inició tratamiento antirretroviral en el 2002 a través de MSF, y posteriormente fue

³⁴⁶ Certificado de nacimiento de Karen Judith Samayoa Vásquez (expediente de prueba, folio 12908); declaración rendida por Karen Judith Samayoa Vásquez ante fedatario público de 19 de diciembre del 2016 (expediente de prueba, folios 11536, 11537 y 11538); peritaje rendido por Ricardo Boza Cordero en la audiencia pública celebrada ante esta Corte e informe escrito sobre dicho peritaje (expediente de fondo, folios 1480 y 1481); e informe del Estado del 1 de octubre del 2010 (expediente de prueba, folio 1430).

³⁴⁷ Declaración rendida por Karen Judith Samayoa Vásquez ante fedatario público de 19 de diciembre del 2016 (expediente de prueba, folio 11536).

³⁴⁸ Certificado de nacimiento de Francisco Sop Quiej (expediente de prueba, folio 12830); declaraciones rendidas por Francisco Sop Quiej ante fedatario público de 11 de enero y 11 de febrero de 2017 (expediente de prueba, folios 11639, 11640, 11641, 11643, 11644 y 11645); cuadro de información recabada por la Doctora Cristina Calderón como anexo al escrito de los peticionarios de 27 de junio de 2008 (expediente de prueba, folio 12775); cuadro sobre información recabada por la Doctora Cristina Calderón, a través de entrevistas de noviembre de 2010 (expediente de prueba, folios 12803 y 12804); informe del Estado del 14 de febrero del 2012 (expediente de prueba, folio 1323), y peritaje rendido por Ricardo Boza Cordero en la audiencia pública celebrada ante esta Corte e informe escrito sobre dicho peritaje (expediente de fondo, folio 1474).

³⁴⁹ Certificado de nacimiento de Francisco Sop Quiej (expediente de prueba, folio 12830), y declaración rendida por Francisco Sop Quiej ante fedatario público de 11 de enero del 2017 (expediente de prueba, folio 11639).

transferido al Hospital Nacional Coatepeque. Se le ha practicado un examen de CD4 y uno de carga viral. Ha padecido enfermedades oportunistas como meningitis por criptococo, tuberculosis pulmonar, visión borrosa, candidiasis oral, síndrome de desgaste agudo, leucoplasia oral vellosa, úlcera genital, neumonía por pneumocystis, herpes, DCA, paludismo, neuropatía periférica e impotencia sexual. Ha recibido pláticas sobre el uso del preservativo para evitar reinfecciones, así como para tener una buena adherencia³⁵⁰.

89. Su núcleo familiar está compuesto por su esposa Brenda Magaly Cardona Rodríguez, sus dos hijos Jimmy Armando y Loidy Nohemí, de apellidos Tavares Cardona, su madre Sara Barreno Arrango, su padre Francisco Tavares García, su hermana Rosaura, sus hermanos Mario Eduardo y José Francisco, todos de apellidos Tavares de León, y su suegra Clarisa Eberatriz Rodríguez³⁵¹.

B.31. Miguel Lucas Vaíl

90. El señor Lucas Vaíl es originario del Municipio de Huitán, Departamento de Quetzaltenango. Nació el 23 de septiembre de 1946. Reside en el Departamento de Quetzaltenango, Guatemala. No asistió a la escuela y no sabe leer ni escribir. Fue diagnosticado con VIH en 2001 en una clínica privada en la Ciudad de Guatemala. Durante un año acudió al Hospital General San Juan de Dios, toda vez que su fuente de trabajo se encontraba en la capital. No recibió tratamiento antirretroviral. En el 2004 comenzó el tratamiento antirretroviral a través de MSF, y posteriormente fue transferido a la Clínica 12 del Hospital Nacional de Coatepeque. Inicialmente tampoco recibió tratamiento antirretroviral por el desabasto. De su residencia actual al hospital hace 30 minutos de camino. Los exámenes de CD4 (5) y carga viral (1) le han sido practicados de forma irregular. Ha padecido de candidiasis oral, infecciones en el tracto respiratorio superior y diarrea. Ha recibido pláticas sobre cómo usar el condón y sobre adherencia en la Clínica 12 del Hospital Nacional de Coatepeque. Antes y después de su diagnóstico se desempeñaba como jardinero. En ocasiones ha tenido que pagar el costo de algunos exámenes o trasladarse al hospital. Dicho traslado tiene un costo de 150 quetzales y se demora 5 horas en llegar, pero usualmente recibe ayuda de sus patrones para afrontar esos gastos³⁵².

91. Su núcleo familiar se compone de sus hijos e hijas, Ramón, Romeo, Mario Romeo, Miguel, Silvia Marleny, Adán, Ana Patricia y Juan Carlos, todos de apellidos Lucas Miranda, y su nieta María Dominga y su nieto Uri Miguel, de apellidos Lucas Miranda. Vive con su hija Ana Patricia Lucas Miranda y sus dos nietos. Tiene un tercer nieto, al cual reconoció como

³⁵⁰ Certificado de nacimiento de Jorge Armando Tavares Barreno (expediente de prueba, folio 12846); poder de representación otorgado por las víctimas a los representantes mediante escrito de 23 de enero de 2017 (expediente de fondo, folios 111 y 169); cuadro sobre información recabada por la Doctora Cristina Calderón, a través de entrevistas de noviembre de 2010 (expediente de prueba, folios 12783, 12797 y 12798); escrito de observaciones de los peticionarios del 7 de agosto del 2009 (expediente de prueba, folio 826); informe del Estado del 1 de octubre del 2010 (expediente de prueba, folio 1431); cuadro de información recabada por la Doctora Cristina Calderón, como anexo al escrito de los peticionarios de 27 de junio de 2008 (expediente de prueba, folio 12777), e informe del Estado del 23 de marzo del 2009 (expediente de prueba, folio 917).

³⁵¹ Listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12768).

³⁵² Certificado de nacimiento de Miguel Lucas Vail (expediente de prueba, folio 12900); declaración rendida por Miguel Lucas Vail ante fedatario público de 14 de febrero del 2017 (expediente de prueba, folios 11742, 11743, 11745 y 11746); cuadro de información recabada por la Doctora Cristina Calderón, como anexo al escrito de los peticionarios de 27 de junio de 2008 (expediente de prueba, folio 12777); escrito de observaciones de los peticionarios de 7 de agosto del 2009 (expediente de prueba, folio 826); informe del Estado del 23 de marzo del 2009 (expediente de prueba, folio 918); informe del Estado del 1 de octubre del 2010 (expediente de prueba, folio 1432), y cuadro sobre información recabada por la Doctora Cristina Calderón, a través de entrevistas de noviembre de 2010 (expediente de prueba, folios 12797 y 12798).

hijo. Su esposa, María Dominga Miranda, falleció el 29 de noviembre del 2001 por causas relacionadas con su condición como persona que vivía con VIH³⁵³.

B.32. Santos Vásquez Oliveros

92. El señor Vásquez Oliveros reside en Parcelamiento el Pital, Municipio de Coatepeque, Departamento de Quetzaltenango, Guatemala. Fue diagnosticado con VIH en el año 2002 en una clínica particular. Inició tratamiento antirretroviral en el año 2003 con MSF, y actualmente se le proporciona la Clínica 12 del Hospital Nacional de Coatepeque. Se le han realizado exámenes CD4 y de carga viral de manera irregular. Ha presentado como enfermedades oportunistas candidiasis oral, desnutrición grado I, lumbalgia y amigdalitis. Ha recibido pláticas sobre adherencia y sobre el uso del preservativo para evitar la reinfección por parte de proyecto vida y psicólogos de la Clínica 12. Antes de recibir el diagnóstico estaba desempleado, posterior a éste se desempeñó como jornalero. Para trasladarse a la Clínica gasta 25 quetzales y se demora una hora para llegar³⁵⁴.

93. Su núcleo familiar lo conforman su esposa María Elena Moreno, sus dos hijas Viviana Mercedes y María Elena, ambas de apellidos Vásquez Moreno, su padre Rafael Vásquez Gómez, su madre Francisca Oliveros de Vásquez y su suegra Josefina Izabel Miranda³⁵⁵.

B.33. Iris Carolina Vicente Barillas

94. La señora Vicente Barillas nació el 19 de diciembre de 1981. Residió en el Departamento de Retalhuleu, Guatemala. Fue diagnosticada con VIH en el año 2003. Inicialmente recibió atención médica en MSF, y posteriormente fue trasladada al Hospital Nacional de Coatepeque. Inició el tratamiento antirretroviral en noviembre del 2006. En el 2007 se fue a vivir a Estados Unidos. Ha padecido de diversas enfermedades oportunistas como faringitis, rash cutáneo, sarcoptiosis, neumonía bacteriana, dolor lumbar, candidiasis vaginal, conjuntivitis, flujo vaginal, osteopenia, colitis, insomnio, neuropatía periférica, cervicitis moderada y enfermedad péptica³⁵⁶.

95. Su núcleo familiar se compone por su hijo e hijas Christian Alexander, Emma Elizabeth e Iris Carolina, todos de apellidos Chij Vicente, su abuela Olivia Aguilar Ambrosio de Barillas

³⁵³ Declaración rendida por Miguel Lucas Vail ante fedatario público de 14 de febrero de 2017 (expediente de prueba, folios 11742 y 11745).

³⁵⁴ Información proporcionada por Proyecto Vida, Coatepeque, sobre la actualización de datos de las personas que demandaron a Guatemala ante la Corte (expediente de prueba, folio 11215); cuadro de información recabada por la Doctora Cristina Calderón, como anexo al escrito de los peticionarios de 27 de junio de 2008 (expediente de prueba, folio 12776); cuadro sobre información recabada por la Doctora Cristina Calderón, a través de entrevistas de noviembre de 2010 (expediente de prueba, folios 12791 y 12792); escrito de petición inicial de 25 de agosto de 2003 (expediente de prueba, folio 465); informe del director administrativo del Hospital de Coatepeque de 5 de febrero de 2008, sobre la atención médica del señor Santos Vásquez (expediente de prueba, folio 1081); informe del Estado del 1 de octubre del 2010 (expediente de prueba, folio 1431), y escrito de los peticionarios de 7 de agosto de 2009 (expediente de prueba, folio 822).

³⁵⁵ Listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12767).

³⁵⁶ Cuadro de información recabada por la Doctora Cristina Calderón como anexo al escrito de los peticionarios de 27 de junio de 2008 (expediente de prueba, folio 12774); información proporcionada por Proyecto Vida, Coatepeque, sobre la actualización de datos de las personas que demandaron a Guatemala ante la Corte (expediente de prueba, folio 11216); escrito de petición inicial de 25 de agosto de 2003 (expediente de prueba, folio 465); informe del Estado del 23 de marzo del 2009 (expediente de prueba, folio 912); informe del Estado del 1 de octubre del 2010 (expediente de prueba, folio 1433); cuadro sobre la información recabada por la Doctora Cristina Calderón a través de entrevistas en noviembre de 2010 (expediente de prueba, folio 12786), e informe del Estado del 14 de febrero del 2012 (expediente de prueba, folio 1325).

y su abuelo Balbino Barillas Barreno, su tío Héctor Barrillas y su tía materna Olivia Barillas de Sánchez³⁵⁷.

B.34. Sandra Lisbeth Zepeda Herrera

96. La señora Zepeda Herrera reside en el Municipio de Guatemala, Departamento de Guatemala, Guatemala. Nació el 30 de septiembre de 1968. Su nivel de estudios es segundo básico. Trabaja como vendedora ambulante en los mercados. Fue diagnosticada el 6 de enero de 2000, en el Hospital General San Juan de Dios, teniendo siete meses de embarazo. Hubo transmisión vertical del virus del VIH a su hija. En el 2002 fue referida a MSF, donde le dieron seguimiento, pero había desabastecimiento de antirretrovirales y no le fueron practicados exámenes de CD4. El 13 de mayo del 2004, a través de la clínica Yaloc de MSF, reinició tratamiento antirretroviral y se le realizaron exámenes de manera periódica de CD4 y carga viral. En el 2007 fue referida a la Fundación Marco Antonio, donde continuó recibiendo tratamiento antirretroviral. En el 2009 fue transferida a la Clínica Luis Ángel García, donde continuó recibiendo, tanto ella como su hija, tratamiento antirretroviral y se le han practicado exámenes de CD4 y carga viral, aunque en ocasiones no se han podido realizar éstos ni se le han proporcionado medicamentos para otras enfermedades. Como enfermedad oportunista ha padecido lipodistrofia³⁵⁸.

97. La señora Zepeda Herrera manifestó que el trato recibido en el Hospital San Juan de Dios recibió por parte del personal de salud fue poco cordial, y que a veces no había medicamentos, por lo que debía comprarlos. Manifestó que en la Clínica Luis Ángel García el personal médico mostraba interés por su salud y le brindaba un trato adecuado. Antes de ser diagnosticada trabajaba como empleada en la maquila "Fábrica Fashion", pero fue despedida al informar a de su diagnóstico. Actualmente, le resulta difícil conseguir empleo dado que le requieren exámenes y la tarjeta de salud, además necesita pedir permisos para acudir a sus chequeos médicos y eso se le dificulta pues las empresas "cuestionan mucho, hasta llegar a hostigar". Por esta razón se dedica a la venta ambulante de diversos productos en los mercados de la Ciudad de Guatemala. También sufrió rechazo por parte de su familia, por lo que ha carecido de apoyo económico, de manera que no pudo proporcionarle estudios a su hija, quien ha tenido que trabajar con ella para poder comer³⁵⁹.

98. Su núcleo familiar se compone por sus hijos Jorge Eduardo, Josué David, Brandon y Antonio, todos de apellido Zepeda, así como su hija Katherine Alejandra Girón Zepeda y su pareja José Luis Girón (fallecido)³⁶⁰.

³⁵⁷ Listado anexo al informe de fondo de la CIDH de 13 de abril de 2016 (expediente de prueba, folio 12771).

³⁵⁸ Declaración rendida por Sandra Lisbeth Zepeda Herrera ante fedatario público de 15 de diciembre de 2016 (expediente de prueba, folios 11543 y 11544); poder de representación otorgado por las víctimas a los representantes mediante escrito de 23 de enero de 2017 (expediente de fondo, folio 225); peritaje rendido por Ricardo Boza Cordero en la audiencia pública celebrada ante esta Corte e informe escrito sobre dicho peritaje (expediente de fondo, folios 1486 y 1487); expediente de medidas cautelares ante la CIDH (expediente de prueba, folio 11219); informe del Dr. Mario García, de la Fundación Marco Antonio, de 29 de enero de 2008, sobre la atención médica de la señora Sandra Elizabeth Herrera Zepeda (expediente de prueba, folio 1063), e informe del Estado del 23 de marzo del 2009 (expediente de prueba, folio 915).

³⁵⁹ Declaración rendida por Sandra Lisbeth Zepeda Herrera ante fedatario público de 15 de diciembre de 2016 (expediente de prueba, folios 11543, 11544, 11545 y 11546).

³⁶⁰ Declaración rendida por Sandra Lisbeth Zepeda Herrera ante fedatario público de 15 de diciembre de 2016 (expediente de prueba, folio 11543).



Corte IDH. Caso Cuscúl Pivaral y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de agosto de 2018.

Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot
Presidente

Humberto A. Sierra Porto

Elizabeth Odio Benito

Eugenio Raúl Zaffaroni

L. Patricio Pazmiño Freire

Pablo Saavedra Alessandri
Secretario

Comuníquese y ejecútese,

Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot
Presidente

Pablo Saavedra Alessandri
Secretario