



The University of Texas at Austin  
Dell Medical School



HUMAN RIGHTS CLINIC  
THE UNIVERSITY of TEXAS SCHOOL of LAW

**ESCRITO DE AMICUS CURIAE PRESENTADO  
A LA  
CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS  
HUMANOS  
EN EL CASO DE  
LUIS ROLANDO CUSCUL PIVARAL Y OTRAS  
PERSONAS CON VIH/SIDA  
V. GUATEMALA**

**16 de febrero de 2018**

Ariel Dulitzky  
*Clinical Professor of Law and Director, Human Rights Clinic*  
*Director, Latin America Initiative*  
University of Texas at Austin School of Law  
727 E. Dean Keeton  
Austin, TX 78705, USA  
1-512-232-1256  
[adulitzky@law.utexas.edu](mailto:adulitzky@law.utexas.edu)

Alejandro Moreno  
*Assistant Dean of Clinical Integration*  
*Associate Professor of Medicine*  
Department of Medical Education, Dell Medical School  
Department of Medicine, Dell Medical School  
1501 Red River St Stop Z0100  
Austin, TX 78712  
1-512-495-5211  
[alejandro.moreno@austin.utexas.edu](mailto:alejandro.moreno@austin.utexas.edu)



## ÍNDICE

1. Introducción
2. Interés de los *Amici Curiae*
3. Consideraciones previas
4. El artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos
  - a. Derechos protegidos
  - b. Deberes estatales en relación con los derechos protegidos
  - c. Justiciabilidad directa de los derechos protegidos en el marco del sistema de peticiones individuales y comunicaciones interestatales
5. El derecho a la salud como derecho protegido en el artículo 26 de la Convención Americana
  - a. Contenido y alcance del derecho a la salud de las personas con VIH/SIDA
  - b. Políticas públicas en materia de derecho a la salud de personas con VIH/SIDA
    - i. Breve reseña histórica del VIH/SIDA
    - ii. El VIH/SIDA y su diagnóstico
    - iii. Epidemiología y estadísticas del VIH/SIDA
    - iv. Tratamiento y monitoreo de pacientes con VIH/SIDA
    - v. Políticas de salud pública con enfoque en VIH/SIDA
6. Conclusión
7. Petitorio



## 1. Introducción

Por medio del presente escrito, la Clínica de Derechos Humanos de la Escuela de Derecho de la Universidad de Texas en Austin (la Clínica) y la Escuela de Medicina Dell de la misma Universidad (Dell) respetuosamente comparecen ante la honorable Corte Interamericana de Derechos Humanos en carácter de *Amici Curiae* a efectos de que amplíe y elabore con mayor detalle su jurisprudencia respecto a los derechos económicos, sociales y culturales -específicamente, al derecho a la salud de las personas con VIH/SIDA- y ordene en este caso, de corresponder, todas aquellas medidas tendientes a reparar la situación de las víctimas en la mayor medida posible.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha remitido el caso *Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA*<sup>1</sup> ante esta Corte en virtud de las violaciones que considera Guatemala ha cometido a los derechos que la Convención Americana sobre Derechos Humanos reconoce a las víctimas en sus artículos 4, 5 y 25 en relación con el artículo 1.1 del mismo cuerpo normativo. Las víctimas han denunciado ante la Corte violaciones a sus derechos a la vida, a la integridad personal y a la protección judicial, y han alegado también violaciones al derecho a la salud contenido en el artículo 26, también en relación con el artículo 1.1.

De resolver la Corte que Guatemala efectivamente ha violado la Convención, las víctimas han de ser reparadas en los términos del artículo 63.1 de la misma, es decir,

---

<sup>1</sup> CIDH. Informe No. 2/16, Caso 12.484, Fondo, *Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA*, Guatemala, 13 de abril de 2016.

independientemente de las modificaciones que se hayan dado en la materia en la jurisprudencia de su Corte Constitucional.

## 2. Interés de los *Amici Curiae*

La Clínica está compuesta por un grupo interdisciplinario de estudiantes de derecho y de posgrado que participan en proyectos sobre diversos asuntos de derechos humanos, bajo la supervisión y dirección del profesor Ariel E. Dulitzky. Los/las estudiantes colaboran con organizaciones de derechos humanos de todo el mundo ofreciendo apoyo tanto en foros internacionales como nacionales, investigando y documentando violaciones de derechos humanos, desarrollando y participando en iniciativas para la defensa de los derechos humanos ante las Naciones Unidas y organismos de derechos humanos regionales y nacionales. La extensa gama de proyectos en los que la Clínica participa denota la amplitud de la práctica de los derechos humanos, la cual incluye investigación, redacción de informes y otras actividades de promoción pública. En oportunidades anteriores, la Clínica se ha dedicado a cuestiones relacionadas con el desarrollo del derecho internacional de los derechos humanos y, en particular, con el funcionamiento y fortalecimiento del Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos.

Por su parte, la recientemente fundada Dell se erige como pionera en el desarrollo de un nuevo tipo de escuela de medicina interesado en repensar el rol que han de cumplir hoy en día los estudios de la disciplina en la mejora de la salud. Permeado por una fuerte conexión con las necesidades de la comunidad de Austin, el programa de enseñanza se enfoca en el cuidado centrado en la persona, el rediseño de la provisión del servicio de salud, la inversión en innovación tecnológica y la formulación y análisis de políticas en salud pública.

Tanto la Clínica como Dell consideran que el *Caso Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA Vs. Guatemala* representa una oportunidad única para promover la justiciabilidad directa de los derechos económicos, sociales, y culturales bajo el artículo 26 de la Convención Americana, desarrollar las obligaciones del Estado respecto al derecho a la salud de las personas con VIH/SIDA en el marco de dicho artículo y examinar las implicaciones de la política pública en materia de salud en relación con el VIH/SIDA.

Este amicus brief fue redactado por Ruth Sanchez y Sam Baldazo de la Escuela de Medicina Dell y Patrick Aana y Lucia Belen Araque de la Escuela de Derecho, con la supervisión, participación y edición de los Profesores Alejandro Moreno de la Escuela Dell y Ariel Dulitzky de la Escuela de Derecho.

### 3. Consideraciones previas

Sin perjuicio de que el objeto de este escrito es impulsar la justiciabilidad directa de los derechos económicos, sociales y culturales bajo el artículo 26 de la Convención Americana y desarrollar, en este marco, el contenido y alcance del derecho a la salud respecto de las personas con VIH/SIDA en relación con el *Caso Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA Vs. Guatemala*, es importante, a los fines de contribuir a un mejor funcionamiento del Sistema Interamericano, expedirse sobre una cuestión procesal que antecede nuestro análisis: los efectos de las decisiones de admisibilidad de la Comisión Interamericana.

Si bien conforme el artículo 33 de la Convención Americana tanto la Comisión como la Corte Interamericanas “[s]on competentes para conocer de los asuntos relacionados con el cumplimiento de los compromisos contraídos por los Estados Partes”, ambos órganos de protección tienen atribuciones diferentes y bien definidas bajo dicho instrumento internacional.

La Comisión posee facultades, por un lado, de promoción de los derechos humanos,<sup>2</sup> recogidas en el artículo 41 y, por otro, cuasi-jurisdiccionales, cristalizadas en los artículos 44 a 51,<sup>3</sup> cuyo ejercicio consiste en dar trámite a peticiones individuales y comunicaciones interestatales en las que se aleguen violaciones a los derechos humanos consagrados en la Convención Americana. Este mecanismo de protección consta de dos

---

<sup>2</sup> Sobre la importancia de contar con estos mecanismos, ver Melish, T., “The Inter-American Commission on Human Rights. Defending social rights through case-based petitions”, en Langford, M. (Ed.), *Social rights jurisprudence: emerging trends in comparative and international law*, New York: Cambridge University Press, 2008, pp. 339 y 340.

<sup>3</sup> Corte IDH. *Control de legalidad en el ejercicio de las atribuciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (arts. 41 y 44 a 51 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos)*, Opinión Consultiva OC-19/05 de 28 de noviembre de 2005, párr. 2 de la parte resolutive.

etapas: admisibilidad y fondo, siendo la primera el presupuesto indispensable de la segunda. Supuesta la admisibilidad por encontrarse cumplidos los requisitos de los artículos 46 y 47 y sin perjuicio de las actuaciones previas contempladas en los artículos 48 y 49, la Comisión, conforme lo establecido en el artículo 50, elabora un informe preliminar sobre el fondo. De no cumplir el Estado con las recomendaciones allí formuladas, la Comisión, en virtud de lo dispuesto por el artículo 51, está facultada para elaborar un informe definitivo sobre el fondo o someter el caso a la Corte por medio de la demanda respectiva, decisión que debe basarse en la alternativa más favorable para la tutela de los derechos en juego.<sup>4</sup>

Tal como indica el artículo 61.2 y como surge de lo descrito *supra*, la Corte sólo tiene jurisdicción para entender en un asunto cuando se han llevado a cabo los procedimientos previstos en los artículos 48 a 50. La posibilidad de llegada de un caso a la Corte depende entonces primeramente de la decisión de la Comisión sobre su admisibilidad, que es determinante en cuanto al acceso al Sistema. Así, “...no es posible disociar el proceso adjudicatorio ante la Comisión del proceso judicial ante la Corte ya que el primero constituye la vía obligada de acceso al segundo”;<sup>5</sup> en palabras del ex Juez Cançado Trindade, “[l]a cuestión preliminar (procesal) de admisibilidad es una e indivisible.”<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> Corte IDH. *Ciertas atribuciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (arts. 41, 42, 44, 46, 47, 50 y 51 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos)*, Opinión Consultiva OC-13/93 de 16 de julio de 1993, párrs. 41 y 48-53; *Caso de los 19 comerciantes Vs. Colombia*. Excepciones preliminares. Sentencia de 12 de junio de 2002. Serie C No. 93, párrs. 31 y 33.

<sup>5</sup> Gómez, V., “Seguridad jurídica e igualdad procesal ante los órganos”, en Cox, F. y Méndez, J. E. (Eds.), *El futuro del Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos*, San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 1998, p. 215.

<sup>6</sup> Corte IDH. *Caso Gangaram Panday Vs. Surinam*. Excepciones Preliminares. Sentencia de 4 de diciembre de 1991. Serie C No. 12. Voto razonado del Juez Cançado Trindade, párr. 6.

La Comisión en esta etapa puede declarar que la petición o comunicación sometida a su consideración es a) totalmente inadmisibile, impidiendo así cualquier pronunciamiento sobre el fondo del asunto, sea por parte de la propia Comisión como de la Corte;<sup>7</sup> b) totalmente admisible, dando lugar a un pronunciamiento sobre el fondo del asunto por parte de la Comisión y, eventualmente, de la Corte;<sup>8</sup> o c) parcialmente admisible en cuanto a ciertos hechos y/o derechos y parcialmente inadmisibile en cuanto a ciertos hechos y/o derechos.<sup>9</sup> Este último supuesto, que es el del presente caso, también da lugar a un pronunciamiento sobre el fondo del asunto pero la decisión parcial de inadmisibilidat afecta necesariamente el marco de su discusión, ante la propia Comisión y, de llegar, ante la Corte.

Conforme una interpretación sistemática de los artículos 37 y 43 del Reglamento de la Comisión a la luz de la Convención Americana, la discusión sobre el fondo del asunto ante ambos órganos de protección se refiere tanto al marco fáctico como jurídico definido en la decisión de admisibilidat de la Comisión. Al encontrar una petición o comunicación admisible bajo ciertos artículos de la Convención Americana pero inadmisibile bajo otros, la Comisión limita el objeto fáctico del caso, es decir, determina cuáles hechos han de ser analizados y cuáles no y, consecuentemente, el tipo de prueba a ser producida tanto por el Estado como por los peticionarios en la etapa de fondo ante ella y en el eventual caso ante la Corte.<sup>10</sup>

---

<sup>7</sup> Corte IDH. OC-13/93, párr. 42. Ver, por ejemplo, CIDH. Informe 19/17, Petición 984-07, Inadmisibilidat, *Carlos Jorge Chávez*, Argentina, 27 de enero de 2017, párrs. 27 y 1 de la parte resolutive.

<sup>8</sup> Ver, por ejemplo, CIDH. Informe No. 30/17, Petición 1118-11, Admisibilidat, *Comunidad maya Q'Eqchi Agua Caliente*, Guatemala, 18 de marzo de 2017, párrs. 4, 53 y 1 de la parte resolutive.

<sup>9</sup> Ver, por ejemplo, CIDH. Informe No. 95/14, Petición 671-05, Admisibilidat, *Matt Shirzad*, Costa Rica, 6 de noviembre de 2014, párr. 4, 41-44, 1 y 2 de la parte resolutive.

<sup>10</sup> Ver artículos 34.a; 36.2; 37.1 y 43.1 del Reglamento de la Comisión.

En el presente caso, la Comisión decidió en su informe de admisibilidad que la petición no era admisible bajo el artículo 26 y solamente lo era bajo los artículos 4 y 25.<sup>11</sup> De modo que las partes, en la etapa de fondo, presentaron prueba y argumentaron jurídicamente en base a esos dos derechos. Tal es así que, al evaluar la evidencia y los alegatos como lo requiere el artículo 43 de su Reglamento, la Comisión únicamente se pronunció sobre los artículos 4, 5<sup>12</sup> y 25. En otras palabras, el artículo 26 fue excluido del marco fáctico y jurídico del procedimiento de fondo ante la Comisión.<sup>13</sup>

Esta situación es diferente a otras, donde la Corte ha permitido que los/as peticionarios/as y/o sus representantes, sobre el marco fáctico presentado por la Comisión, alegaran violaciones a diferentes derechos de los contenidos en la demanda de la Comisión.<sup>14</sup> Dado que la Corte debe, en forma congruente e integral, examinar y resolver sobre los hechos admitidos por la Comisión en el informe de admisibilidad, la incorporación al análisis a ser realizado por la Corte de derechos expresamente excluidos por la Comisión al pronunciarse sobre la admisibilidad de la petición no ha de permitirse, puesto que equivale a alegar nuevos hechos distintos a los comprendidos en el proceso ante la misma, cosa que no es posible bajo los términos de la Convención Americana.<sup>15</sup>

---

<sup>11</sup> CIDH. Informe No. 32/05, Petición 642-03, Admisibilidad, *Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA*, Guatemala, 7 de marzo de 2005, párrs. 38-47 y 1 de la parte resolutive.

<sup>12</sup> A diferencia del artículo 26, la Comisión no se pronunció expresamente sobre la inadmisibilidad del artículo 5 en el informe de admisibilidad, motivo por el cual pudo decretar la violación al mismo en el informe sobre el fondo.

<sup>13</sup> CIDH. Fondo. *Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA*, párr. 160.

<sup>14</sup> Ver, por ejemplo, Corte IDH. *Caso Lagos del Campo Vs. Perú*. Excepciones Preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 31 de agosto de 2017. Serie C No. 340, párrs. 133-14; *Caso "Cinco Pensionistas" Vs. Perú*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de febrero de 2003. Serie C No. 98, párrs. 155 y 157; *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. 189.

<sup>15</sup> Corte IDH. *Caso "Cinco Pensionistas" Vs. Perú*, párr. 153.

Asimismo, no considerar la admisibilidad como etapa única y definitiva no sólo implica ignorar que la evaluación acerca de la admisibilidad de una petición es una competencia exclusiva otorgada a la Comisión por la Convención Americana<sup>16</sup> sino que atenta contra los principios de seguridad jurídica y de igualdad procesal. Respecto de peticiones parcialmente admisibles y parcialmente inadmisibles, como la presente, crea una distinción injusta entre sus reclamantes y aquellos/as reclamantes cuyas peticiones fueron declaradas inadmisibles en su totalidad. Los/as primeros/as, a diferencia de los/as últimos/as, tendrían la oportunidad de esgrimir argumentos ante la Corte en favor de la incorporación al proceso de derechos, y con ellos, hechos, expresamente excluidos por la Comisión.

En síntesis, cuando la Comisión expresamente excluye un artículo de la Convención Americana por considerar la petición inadmisible bajo el mismo, la Corte no debería permitir alegaciones sobre dicho artículo. Como bien indicó el ex Juez Cançado Trindade, “[n]o se trata de 'restringir' los poderes de la Corte [...], sino más bien de fortalecer el sistema de protección *como un todo*, en su actual etapa de evolución histórica, remediando [los] desequilibrio[s], y contribuyendo así a la plena realización del objeto y fin de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.”<sup>17</sup>

No obstante ello, en el presente caso, la Corte podría interpretar que, dado que la Comisión declaró la inadmisibilidad del artículo 26 en los considerandos del informe

---

<sup>16</sup> CADH, arts. 46 y 47.

<sup>17</sup> Corte IDH. *Caso Castillo Páez Vs. Perú*. Excepciones Preliminares. Sentencia de 30 de enero de 1996. Serie C No. 24. Voto razonado del Juez Cançado Trindade, párr. 3.

de admisibilidad mas no en la parte resolutive<sup>18</sup> como lo ha hecho en múltiples casos,<sup>19</sup> todavía se encuentra habilitada la jurisdicción de la Corte para pronunciarse sobre dicho artículo.

---

<sup>18</sup> CIDH. Admisibilidad. *Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA*, párrs. 42-44 y 1 de la parte resolutive.

<sup>19</sup> Ver, por ejemplo, CIDH. Informe No. 25/04, Petición 12.361, Admisibilidad, *Ana Victoria Sánchez Villalobos y otros*, Costa Rica, 11 de marzo de 2004, párrs. 1 y 3 de la parte resolutive; Informe No. 10/09, Petición 4071-02, Admisibilidad, *Mercedes Eladia Farelo*, Argentina, 19 de marzo de 2009, párrs. 1 y 2 de la parte resolutive; Admisibilidad, *Matt Shirzad*, párrs. 1 y 2 de la parte resolutive.

#### 4. El artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos

##### **a. Derechos protegidos**

La Convención Americana está compuesta por un preámbulo y tres partes. La primera, titulada “Deberes de los Estados y Derechos Protegidos”, se divide en cinco capítulos: el primero enuncia las obligaciones estatales, el segundo consagra un amplio y detallado catálogo de derechos civiles y políticos y el tercero, que lleva por nombre “Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, contiene una única disposición:

##### 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.

La indeterminada formulación de la norma requiere un esfuerzo teórico por dotarla de sentido. Así, debe propiciarse una interpretación armónica con el resto de las disposiciones de la Convención Americana, conforme las reglas interpretativas establecidas en su artículo 29 y las generales del derecho internacional establecidas en la Convención de Viena,<sup>20</sup> y los criterios hermenéuticos desarrollados y aplicados por la

---

<sup>20</sup> Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados (1969), arts. 31, 32 y 33.

propia Corte en su jurisprudencia en relación a ellas, tales como: principios a) de interpretación evolutiva,<sup>21</sup> b) de interpretación integral,<sup>22</sup> c) *pro homine*<sup>23</sup> y d) de efectividad o *effet utile*.<sup>24</sup>

Como todo tratado, la Convención Americana debe interpretarse de buena fe, conforme al sentido corriente que haya de atribuirse a sus términos en el contexto de éstos y teniendo en cuenta su objeto y fin. Este método interpretativo reconocido en el artículo 31 de la Convención de Viena otorga primacía al texto, favoreciendo la aplicación de los criterios objetivos de interpretación frente a los subjetivos, relativos a la sola intención de las partes, lo que resulta aún más idóneo considerando el carácter normativo de los tratados de derechos humanos, esto es, su especial naturaleza tutelar que los diferencia de los demás tratados que regulan intereses recíprocos entre las partes.<sup>25</sup>

Siendo que el término empleado en la norma en cuestión es “derechos”, “[s]ería contrario a una interpretación ajustada a [su] texto [...] sostener que, a través de ella, los Estados parte sólo reconocen [...] postulados que no podrían ser catalogados como

---

<sup>21</sup> Corte IDH. *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; *Caso Villagrán Morales y otros (“Niños de la Calle”) Vs. Guatemala*. Fondo. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C No. 63, párr. 193.

<sup>22</sup> Corte IDH. *Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No. 205, párr. 33.

<sup>23</sup> Corte IDH. OC-13, párr. 50; *Caso Herrera Ulloa Vs. Costa Rica*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de julio de 2004. Serie C No. 107, párr. 184.

<sup>24</sup> Corte IDH. *Caso del Tribunal Constitucional Vs. Perú*. Competencia. Sentencia de 24 de septiembre de 1999. Serie C No. 55, párr. 36; *Caso Ivcher Bronstein Vs. Perú*. Competencia. Sentencia de 24 de septiembre de 1999. Serie C No. 54, párr. 37.

<sup>25</sup> Corte IDH. *Restricciones a la pena de muerte (arts. 4.2 y 4.4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos)*. Opinión Consultiva OC-3/83 de 8 de septiembre de 1983, Serie A No. 3, párr. 50.

derechos sino como meras guías de conducta.”<sup>26</sup> También sería contrario a una interpretación sistemática, puesto que debe partirse siempre de la tesis que las partes tuvieron la intención de usar un mismo término en sentido uniforme a lo largo del tratado,<sup>27</sup> por lo que cabría concluir que el término “derechos” en el artículo 26 tiene el mismo significado que el término “derechos” en el resto del tratado.<sup>28</sup> Ello se ve reforzado por la idea de que la presencia de normas que establecen metas u objetivos de política pública es extraña a un tratado celebrado para proteger los derechos fundamentales de las personas sujetas a la jurisdicción de los Estados partes y prever mecanismos de control para garantizar su cumplimiento. Además, si el artículo 26 se limitara a reiterar lo ya establecido en la Carta de la Organización de los Estados Americanos (OEA) se arribaría a la irrazonable conclusión de que no tiene razón de ser alguna, lo cual atenta contra la necesidad de asegurar el efecto propio de las disposiciones de la Convención Americana. Resulta claro entonces que el artículo 26 consagra derechos.

Si bien la disposición no individualiza concretamente los derechos protegidos, establece que han de identificarse a partir de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura contenidas en dos niveles de la Carta de la OEA: uno más general, vinculado a la naturaleza y propósitos de la Organización (capítulo I) y a los principios reafirmados por los Estados miembros (capítulo II) y otro, más detallado,

---

<sup>26</sup> Abramovich, V. y Rossi, J. “La tutela de los derechos económicos, sociales y culturales en el artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos”, en *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, abril, vol. 9, número especial, Bogotá: Universidad del Rosario, 2007, p. 39.

<sup>27</sup> Corte Internacional de Justicia (CIJ). *Caso relativo a la controversia sobre derechos de navegación y derechos conexos (Costa Rica Vs. Nicaragua)*. Fondo. Sentencia de 13 de julio de 2009, párr. 54.

<sup>28</sup> Ruiz-Chiriboga, O. “The American Convention and the Protocol of San Salvador: two intertwined treaties. Non-enforceability of economic, social and cultural rights in the Inter-American System”, en *Netherlands Quarterly of Human Rights*, vol. 31/02, Utrecht: The Netherlands Institute of Human Rights - University of Utrecht, 2013, pp. 165-166.

referido al “desarrollo integral” (capítulo VII, artículos 30 a 52 y capítulo XIII).<sup>29</sup> Así, los derechos económicos, sociales y culturales a los que refiere el artículo 26 son tanto los mencionados directamente en esas normas como los que de ellas “se derivan”.

Siendo que la Carta no tiene por objeto consagrar derechos para los individuos sino constituir una organización internacional, pocos son los reconocidos expresamente en sus disposiciones: a la educación,<sup>30</sup> al bienestar material y desarrollo espiritual<sup>31</sup> y los derechos laborales.<sup>32</sup> Sobre éstos últimos (en particular, sobre los derechos a la estabilidad laboral, de asociación para fines laborales y a la representación laboral<sup>33</sup>) se pronunció recientemente la Corte en el *Caso Lagos del Campo Vs. Perú*, reconociendo por primera vez que se trata de derechos tutelados por el artículo 26 de la Convención Americana por encontrarse directamente mencionados en la Carta. La Corte sostuvo específicamente:

Respecto a los derechos laborales específicos protegidos por el artículo 26 de la Convención Americana, la Corte observa que los términos del mismo indican que son aquellos derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura contenidas en la Carta de la OEA. Ahora bien, los artículos 45.b y c, 46 y 34.g de la Carta establecen que “[e]l trabajo es un derecho y

---

<sup>29</sup> Curtis, C., “La protección de los derechos económicos, sociales y culturales a través del artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en Ferrer Mac-Gregor, E. y Zaldívar Lelo de Larrea, A. (Coords.), *La ciencia del Derecho Procesal Constitucional. Estudios en homenaje a Héctor Fix-Zamudio en sus cincuenta años como investigador del derecho. Tomo IX. Derechos Humanos y Tribunales Internacionales*, México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México – Instituto Mexicano de Derecho Procesal Constitucional Marcial Pons, 2008, pp. 365 y 366.

<sup>30</sup> Carta de la Organización de Estados Americanos (1951), reformada por los Protocolos de Buenos Aires (1967), Cartagena de Indias (1985), Washington (1992) y Managua (1993), art. 49.

<sup>31</sup> Carta de la OEA, art. 45. a).

<sup>32</sup> Carta de la OEA, art. 45. b) y c).

<sup>33</sup> Corte IDH. *Caso Lagos del Campo Vs. Perú*, párr. 166.

un deber social” y que ese debe prestarse con “salarios justos, oportunidades de empleo y condiciones de trabajo aceptables para todos”. Asimismo, señalan el derecho de los trabajadores y trabajadoras a “asociarse libremente para la defensa y promoción de sus intereses”. Además, indican que los Estados deben “armonizar la legislación social” para la protección de tales derechos.<sup>34</sup>

La Corte reiteró esta postura al resolver su aún más reciente *Caso Trabajadores cesados de Petroperú y otros Vs. Perú*.<sup>35</sup>

La mayoría de las normas de la Carta, en cambio, “...está redactada en términos de principios, objetivos y medidas de política pública que los Estados miembros [...] se comprometen a adoptar”<sup>36</sup> para llevar a cabo los fines de la Organización. Ello requiere entonces la realización de una tarea de reconstrucción de los derechos a partir de esos principios, objetivos y medidas de política pública. A los fines de esta tarea se debe contar siempre con una base textual suficiente en la Carta de la OEA ya que cuantos más y más claros sean “...los índices a partir de los cuales se haga [la] inferencia, mayor certeza habrá respecto de su validez.”<sup>37</sup> Así, puede entenderse que de la Carta se derivan, entre otros, los siguientes derechos: a la vivienda, a la seguridad social, a la alimentación, a la salud<sup>38</sup> y los derechos culturales. Ello ya ha sido reconocido por la

---

<sup>34</sup> Ídem, párr. 143.

<sup>35</sup> Corte IDH. *Caso Trabajadores cesados de Petroperú y otros Vs. Perú*, párr. 192.

<sup>36</sup> Courtis, C. Óp. cit., pp. 365 y 366.

<sup>37</sup> Ídem, p. 370.

<sup>38</sup> Sobre el reconocimiento de este derecho y la determinación de su alcance y contenido en el marco del artículo 26 de la Convención Americana, con especial referencia a las personas con VIH/SIDA, ver apartado 5 de este escrito.

Jueza Macaulay en el *Caso Furlán y familiares Vs. Argentina*<sup>39</sup> -respecto de los derechos a la seguridad social y a la salud- y por el Juez Ferrer Mac-Gregor en los *Casos Suárez Peralta Vs. Ecuador y Gonzales Lluy Vs. Ecuador*<sup>40</sup> -nuevamente en relación con el derecho a la salud- y en los Casos *Yarce y otras Vs. Colombia* y *Vereda La Esperanza Vs. Colombia*<sup>41</sup> -acerca del derecho a la vivienda-.

Una interpretación acorde con el artículo 29.b y .d de la Convención Americana requiere considerar que ninguna de sus disposiciones puede interpretarse en el sentido de restringir el ejercicio de derechos reconocidos en otros tratados o excluir o limitar el efecto que puedan producir la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y otros actos de la misma naturaleza.

En este sentido, la propia Corte sostuvo que “...a manera de interpretación autorizada, los Estados miembros han entendido que la Declaración [Americana] contiene y define aquellos derechos humanos esenciales a los que la Carta se refiere, de manera que no se puede interpretar y aplicar la Carta [...] en materia de derechos humanos sin integrar las normas pertinentes de ella con las correspondientes disposiciones de la Declaración [Americana], como resulta de la práctica seguida por los órganos de la OEA.”<sup>42</sup> La Declaración Americana consagra los siguientes derechos

---

<sup>39</sup> Corte IDH. *Caso Furlán y familiares Vs. Argentina*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Serie C No. 246. Voto concurrente de la Jueza Macaulay.

<sup>40</sup> Corte IDH. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261. Voto concurrente del Juez Ferrer Mac-Gregor; *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298. Voto concurrente del Juez Ferrer Mac-Gregor.

<sup>41</sup> Corte IDH. *Caso Yarce y otras Vs. Colombia*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2016. Serie C No. 325. Voto concurrente del Juez Ferrer Mac-Gregor; *Caso Vereda La Esperanza Vs. Colombia*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2017. Serie C No. 341. Voto concurrente del Juez Ferrer Mac-Gregor.

<sup>42</sup> Corte IDH. *Interpretación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en el marco del artículo 64 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos*. Opinión Consultiva OC-10/89 de 14 de julio de 1989. Serie A No. 10, párr. 43.

económicos, sociales y culturales: a la preservación de la salud y al bienestar (artículo XI), a la educación (artículo XII), a los beneficios de la cultura (artículo XIII), al trabajo y a una justa retribución (artículo XIV), al descanso y a su aprovechamiento (artículo XV) y a la seguridad social (XVI). La Corte ya ha identificado a la luz de este instrumento el derecho a la salud -aunque en el marco de artículos de la Convención Americana que consagran derechos civiles y políticos- en los *Casos Suárez Peralta vs. Ecuador, Gonzales Lluy Vs. Ecuador y Duque Vs. Colombia*.<sup>43</sup> De igual forma la Comisión ha reconocido -esta vez en el marco del artículo 26- los derechos laborales y el derecho a la seguridad social en los *Casos García Fajardo y otros y Naranjo Cárdenas y otros*, respectivamente.<sup>44</sup>

Pero como bien indica Courtis, “[l]a identificación de un derecho por vía de inferencia no agota necesariamente el problema de la determinación de [su] contenido [y] [...] la base textual ofrecida indirectamente por la Carta de la OEA es en la mayoría de los casos insuficiente [a estos fines], por lo que [es] menester, como en la operación de identificación del derecho, acudir a otras fuentes.”<sup>45</sup> La propia Corte ha dicho que “...frecuentemente es útil [...] comparar la Convención Americana con lo dispuesto en otros instrumentos internacionales como medio para poner de relieve aspectos particulares de la regulación de un determinado derecho.”<sup>46</sup>

---

<sup>43</sup> Corte IDH. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*, párr. 131; *Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*, párr. 172; *Duque Vs. Colombia*. Excepciones Preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 26 de febrero de 2016. Serie C No. 310, párr. 172.

<sup>44</sup> CIDH. Informe No. 100/01, Caso 11.381, Fondo, *Milton García Fajardo y otros*, Nicaragua, 11 de octubre de 2001, párrs. 95 y 96; Informe No. 70/04, Petición 667-01, Fondo, *Jesús Manuel Naranjo Cárdenas y otros (Jubilados de la Empresa Venezolana de Aviación VIASA)*, Venezuela, 13 de octubre de 2004, párr. 46.

<sup>45</sup> Courtis, C. Óp. cit. pp. 370 y 371.

<sup>46</sup> Corte IDH. *La colegiación obligatoria de periodistas (arts. 13 y 29 Convención Americana sobre Derechos Humanos)*. Opinión Consultiva OC-5/85 de 13 de diciembre de 1985. Serie A No. 5, párr. 51.

En este sentido, a decir del Juez Ferrer Mac-Gregor, el Protocolo de San Salvador<sup>47</sup> es otro “referente interpretativo” de gran importancia,<sup>48</sup> como lo evidencian los casos ante la Corte anteriormente citados.<sup>49</sup> La Comisión en el *Caso Odir Miranda Cortez y otros*, por su parte, sostuvo que aun cuando no es competente *ratione materiae* para establecer de manera autónoma violaciones a todas las disposiciones del Protocolo a través del sistema de peticiones individuales y comunicaciones interestatales, sí puede utilizarlo en la interpretación del contenido y alcance de los derechos protegidos en el artículo 26 de la Convención Americana, en virtud de lo previsto en el artículo 29 de dicho instrumento.<sup>50</sup> Es que como su propio Preámbulo lo indica, el Protocolo busca que los derechos económicos, sociales “...sean reafirmados, desarrollados, perfeccionados y protegidos.”

También son relevantes otros instrumentos internacionales en materia de derechos económicos, sociales y culturales y la interpretación que de ellos hayan realizado sus órganos pertinentes de supervisión. Por ejemplo, la Corte, como analizaremos más adelante, utilizó en el *Caso Gonzales Lluy Vs. Ecuador* la Observación General nro. 14 al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>51</sup> elaborada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas para dotar de contenido al derecho a la salud.<sup>52</sup>

---

<sup>47</sup> Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (1988).

<sup>48</sup> Corte IDH. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*. Voto razonado del Juez Ferrer Mac-Gregor, párr. 47.

<sup>49</sup> Ver *supra* 44.

<sup>50</sup> CIDH. Informe No. 29/01, Caso 12.249, Admisibilidad, *Jorge Odir Miranda Cortez y otros*, El Salvador, 7 de marzo de 2001, párrs. 36 y 47.

<sup>51</sup> Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).

<sup>52</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy Vs. Ecuador*, párr. 173.

## **b. Deberes estatales en relación con los derechos protegidos**

Siguiendo el mismo razonamiento que permite concluir que el artículo 26 efectivamente consagra derechos económicos, sociales y culturales, no caben dudas de que los Estados Parte asumieron ciertos deberes respecto de ellos. El tercer interrogante que se plantea, por lo tanto, es cuáles son esos deberes.

La propia Corte, ha sostenido 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”).”<sup>53</sup> Esta interpretación se ajusta a la noción de interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos, esto es, a la idea de que el disfrute de unos depende de la realización de otros, por lo que no existe jerarquía entre los mismos a efectos de su respeto, protección y garantía.<sup>54</sup>

Conforme el artículo 1.1, los Estados han de respetar y garantizar los derechos económicos, sociales y culturales reconocidos en el artículo 26. La primera obligación es de tipo negativo, es decir, “...comprend[e] la noción de la restricción al ejercicio del

---

<sup>53</sup> Corte IDH. *Caso Acevedo Buendía y otros (“Cesantes y Jubilados de la Contraloría”) Vs. Perú*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de julio de 2009. Serie C No. 198, párr. 100; *Lagos del Campo Vs. Perú*, párrs. 142 y 154; *Caso Trabajadores cesados de Petroperú y otros Vs. Perú* párr. 192.

<sup>54</sup> Corte IDH. *Caso Acevedo Buendía y otros Vs. Perú*, párr. 101; *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*. Voto razonado del Juez Ferrer Mac-Gregor, párr. 2.

poder estatal.”<sup>55</sup> La segunda obligación, en cambio, es de tipo positivo, puesto que implica, por un lado, el compromiso de organizar todas las estructuras a través de las cuales se manifiesta el ejercicio del poder estatal de manera tal de asegurar jurídicamente el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos, y, por el otro, el de remover todos los obstáculos que puedan existir en el disfrute de los mismos. Consecuentemente, “...los Estados deben prevenir, investigar y sancionar toda violación de los derechos reconocidos por la Convención y procurar, además, el restablecimiento, si es posible, del derecho conculcado y, en su caso, la reparación de los daños producidos por [dicha] violación.”<sup>56</sup> Respecto de ambas obligaciones resulta de aplicación el principio de no discriminación “...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”, tal como lo ha entendido la Corte: “[e]l artículo 1.1 de la Convención, que es una norma de carácter general cuyo contenido se extiende a todas las disposiciones del tratado, dispone la obligación de los Estados Partes de respetar y garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos y libertades allí reconocidos ‘sin discriminación alguna’. Es decir, cualquiera sea el origen o la forma que asuma, todo tratamiento que pueda ser considerado discriminatorio respecto del ejercicio de cualquiera de los derechos garantizados en la Convención es *per se* incompatible con la misma.”<sup>57</sup>

---

<sup>55</sup> Corte IDH. *La expresión "leyes" en el artículo 30 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos*, Opinión Consultiva OC-6/86 de 9 de mayo de 1986. Serie A No. 6, párr. 21; *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*. Fondo. Sentencia de 29 de julio de 1988. Serie C No. 4, párr. 165.

<sup>56</sup> Corte IDH. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*, párrs. 166, 167, 174-177.

<sup>57</sup> Corte IDH. *Propuesta de modificación a la constitución política de Costa Rica relacionada con la naturalización*. Opinión Consultiva OC-4/84 de 19 de enero de 1984. Serie A No. 4, párr. 53; *Caso Atala Riffo y niñas Vs. Chile*. Fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 24 de febrero de 2012. Serie C No. 239, párr. 78.

Conforme el artículo 2, los Estados han de adoptar las medidas legislativas y de otro carácter necesarias para hacer efectivos los derechos económicos, sociales y culturales reconocidos en el artículo 26. Ello implica, “[p]or una parte, la supresión de las normas y prácticas de cualquier naturaleza que entrañen violación a las garantías previstas en la Convención. Por la otra, la expedición de normas y el desarrollo de prácticas conducentes a la efectiva observancia de dichas garantías.”<sup>58</sup>

Ahora bien, el texto del artículo 26 impone, a su vez, el deber de “...adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos [...] en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados”. Surge la necesidad de determinar entonces el alcance de esta obligación y su relación con las genéricas establecidas en los artículos 1.1 y 2 que, como ya se ha dicho, resultan de aplicación a los derechos económicos, sociales y culturales.

Al respecto, “[l]o que agrega el artículo 26 -y por eso se trata de un caso de *lex specialis* en relación con el artículo 2- es que el Estado puede concretar la garantía de esos derechos [...] en forma progresiva, y en la medida de los recursos disponibles”. Al no establecer el artículo 26 ninguna calificante en relación con la obligación de respeto, ésta debe entenderse como no subordinada a la progresividad o a la disponibilidad de recursos.<sup>59</sup>

---

<sup>58</sup> Corte IDH. *Caso Castillo Petruzzi y otros Vs. Perú*. Fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 30 de mayo de 1999. Serie C No. 52, párr. 207; *Caso Durand y Ugarte Vs. Perú*. Fondo. Sentencia de 16 de agosto de 2000. Serie C No. 68, párr. 137.

<sup>59</sup> Courtis, C. Óp. cit., p. 393 y nota 50.

Por su parte, en vista que la consagración de la obligación estatal impuesta por el artículo 26 se encuentra emparentada con la del artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la interpretación del mismo realizada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales resulta clave para desentrañar el sentido de la norma de la Convención Americana.<sup>60</sup>

La Corte, en el *Caso Cinco Pensionistas Vs. Perú*, al analizar la alegada violación al artículo 26, si bien refirió a la doctrina del Comité DESC sobre el desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales, indicó que éste debe medirse en función de su creciente cobertura, en general, y del derecho económico, social o cultural en juego en el caso, en particular, sobre el conjunto de la población, teniendo presentes los imperativos de la equidad social, y no en función de las circunstancias de un muy limitado grupo de personas no necesariamente representativo de la situación general prevaleciente.<sup>61</sup>

La Corte, en cambio, al analizar por segunda vez una alegada violación al artículo 26 en el *Caso Acevedo Buendía Vs. Ecuador*<sup>62</sup> recurrió a la doctrina fijada por el Comité DESC en su Observación General nro. 3 para referirse a la cláusula de desarrollo progresivo -y su correlato, la de no regresividad-, sin condicionarla al análisis acerca del contexto colectivo en un determinado país. También refirió al *Caso Asociación Nacional*

---

<sup>60</sup> Abramovich, V. y Rossi, J. Óp. cit., p. 46.

<sup>61</sup> Corte IDH. *Caso "Cinco Pensionistas" Vs. Perú*, párrs. 147 y 148.

<sup>62</sup> Corte IDH. *Caso Acevedo Buendía y otros Vs. Perú*, párrs. 102 y 103.

*de Ex Servidores del Instituto Peruano de Seguridad Social y otros* en el que la Comisión desarrolló asimismo estos aspectos a partir de la doctrina del Comité DESC.<sup>63</sup>

Para el Comité DESC, la progresiva efectividad está ligada a la idea de gradualidad, no a la de inexistencia de obligación alguna; el reconocimiento de que la plena efectividad de los derechos económicos sociales y culturales no puede lograrse en un breve período de tiempo no vacía de contenido la obligación: los Estados siguen teniendo el deber de asegurarla, aunque ésta requiera la toma de medidas paulatinas. Por otro lado, esta noción de progresividad de los derechos económicos, sociales y culturales no está reñida con la de su justiciabilidad;<sup>64</sup> así, “...la adopción de una postura que apelando a la especificidad de algunos aspectos de las obligaciones estatales impuestas por el PIDESC los sitúe fuera del ámbito de los tribunales es arbitraria e incompatible con el principio de que los derechos humanos son indivisibles e interdependientes.”<sup>65</sup> Cabe recordar que “[l]a protección jurisdiccional de los derechos [...] no pierde de vista que aquella se ejercerá, como es obvio, de acuerdo con la naturaleza y las características del asunto controvertido [...] Empero, esta necesaria especificidad no debiera servir como argumento para negar la tutela jurisdiccional

---

<sup>63</sup> Corte IDH. *Caso Acevedo Buendía y otros Vs. Perú*, párr. 103; Comisión IDH. Informe No. 38/09, Caso 12.670, *Asociación Nacional de Ex Servidores del Instituto Peruano de Seguridad Social*, Perú, 27 de marzo de 2009, párrs. 140-147.

<sup>64</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. Observación General nro. 3 - La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto), U.N. Doc. E/1991/23, 5 Período de Sesiones (1990), párr. 9.

<sup>65</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. Observación General nro. 9 – La aplicación interna del Pacto, U.N. Doc. E/1998/22, 17 Período de Sesiones (1997), párr. 10.

misma, diferirla indefinidamente o sujetarla a condiciones, modalidades y circunstancias que finalmente la rehúsan o desvanecen.”<sup>66</sup>

En la práctica, la noción de desarrollo progresivo permite incorporar un elemento de la realidad que son las dificultades que tienen los Estados para alcanzar la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales sin perder de vista el objeto y fin del Pacto, que es establecer claras obligaciones de respeto y garantía para los Estados partes con relación a esos derechos de las personas sujetas a su jurisdicción. Sin perjuicio de ello, una interpretación acorde a este objeto y fin impone ciertas obligaciones de cumplimiento inmediato.<sup>67</sup>

En primer lugar, la de adoptar medidas deliberadas, concretas y orientadas lo más claramente posible hacia la satisfacción de los derechos protegidos, dentro de un plazo razonable después de la entrada en vigor del Pacto.<sup>68</sup> Respecto de los medios apropiados que los Estados deben emplear para darle cumplimiento, si bien el Comité destaca la importancia de la legislación, en particular en esferas como la salud, indica que no han de agotarse con ella:<sup>69</sup> los administrativos, financieros, educacionales, sociales,<sup>70</sup> el ofrecimiento de recursos judiciales efectivos,<sup>71</sup> son otros ejemplos posibles. Ahora, “...si bien cada Estado Parte en el Pacto debe decidir por sí mismo qué medios son los más apropiados de acuerdo con las circunstancias y en relación con cada

---

<sup>66</sup> García Ramírez, S, “Protección jurisdiccional internacional de los derechos económicos, sociales y culturales”, en *Cuestiones Constitucionales*, número 9, julio-diciembre, México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 2003, p. 133.

<sup>67</sup> Comité DESC. Observación General nro. 3, párr. 9.

<sup>68</sup> Ídem, párr. 2.

<sup>69</sup> Ídem, párr. 3.

<sup>70</sup> Ídem, párr. 7.

<sup>71</sup> Ídem, párr. 5.

uno de los derechos contemplados, [...] corresponde al Comité determinar en definitiva si se han adoptado o no todos y los más apropiados.”<sup>72</sup>

En segundo lugar, la de no adoptar medidas regresivas que supongan el empeoramiento del nivel de goce de los derechos económicos, sociales y culturales. La prohibición de regresividad admite excepciones, debiendo probar los Estados que el máximo de los recursos disponibles, lo que incluye los existentes a nivel nacional y los adquiridos a través de la cooperación y asistencia internacionales, fue utilizado, o se intentó utilizar para la realización de los derechos protegidos.<sup>73</sup> Y aun así “...sigue en pie la obligación de [...] empeñ[arse] en asegurar el disfrute más amplio posible de los derechos pertinentes dadas las circunstancias reinantes.”<sup>74</sup>

En tercer lugar, la de garantizar el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales sin discriminación.<sup>75</sup>

En cuarto lugar, la de asegurar niveles esenciales de cada uno de los derechos protegidos, esto es, pisos mínimos sin los cuales éstos corren el riesgo de perder todo significado sustantivo como tales. Interpretar el tratado de tal manera que no se establezca un umbral por debajo del cual el estándar de protección no ha de caer, implicaría asumir en la práctica que éste no tiene razón de ser. El Comité señala como ejemplo en este sentido que “...un Estado Parte en el que un número importante de individuos está privado [...] de atención primaria de salud esencial, [...] *prima facie* no está cumpliendo sus obligaciones en virtud del Pacto. Ahora bien, el Estado podría

---

<sup>72</sup> Ídem, párr. 4.

<sup>73</sup> Ídem, párr. 9.

<sup>74</sup> Ídem, párr. 11.

<sup>75</sup> Ídem, párr. 1.

atribuir su falta de cumplimiento a la falta de recursos disponibles, pero al igual que en el caso de adopción de medidas deliberadamente regresivas, deberá “...demostrar que ha realizado todo esfuerzo para utilizar todos los recursos que están a su disposición en un esfuerzo por satisfacer, con carácter prioritario, esas obligaciones mínimas”,<sup>76</sup> subsistiendo el deber de intentar, teniendo en cuenta esta cuestión, asegurar el mayor disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales.<sup>77</sup>

En quinto lugar, en épocas de grave crisis económica, la de “...proteger los miembros más vulnerables de la sociedad mediante la adopción de programas de relativo bajo costo.”<sup>78</sup>

Por último, y particularmente dirigida a los Estados que están en condiciones de hacerlo, la de cooperar para el desarrollo y, por tanto, para la efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales.<sup>79</sup>

Ahora bien, este principio de progresividad no implica que el principio de garantía no sea de exigibilidad inmediata en ciertos supuestos. Así, en el *Caso Lagos del Campo Vs. Perú*, la Corte, al decretar la violación de los derechos laborales y a la seguridad social contenidos en el artículo 26 lo hizo en relación con el artículo 1.1 refiriéndose a la obligación de garantía aplicable a todos los derechos humanos sin distinción y no a la específica de desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales.<sup>80</sup> En este sentido, la Corte sostuvo:

---

<sup>76</sup> Ídem, párr. 10.

<sup>77</sup> Ídem, párr. 11.

<sup>78</sup> Ídem, párr. 12.

<sup>79</sup> Ídem, párr. 14.

<sup>80</sup> Corte IDH. *Caso Lagos del Campo Vs. Perú*, párr. 153.

[e]l Estado, con motivo del despido del señor Lagos del Campo de su puesto de trabajo, vulneró sus derechos a la estabilidad laboral (artículo 26 en relación con los artículos 1.1, 13, 8 y 16 de la Convención) y a la libertad de expresión (artículos 13 y 8 en relación con el artículo 1.1 de la Convención). Lo anterior, repercutió en su representación laboral y derecho de asociación (artículos 16 y 26 en relación con 1.1, 13 y 8 de la Convención), todo ello tuvo como consecuencia un impacto en su desarrollo profesional, personal y familiar.<sup>81</sup>

Según el Juez Ferrer Mac-Gregor, “...la sentencia muestra cómo la afectación a un derecho catalogado como social no conlleva necesariamente a la necesidad de evaluaciones sobre la progresividad o no regresividad, o sobre aspectos sobre la disponibilidad de recursos, o sobre la legislación o marcos regulatorios generales o políticas públicas.”<sup>82</sup>

En el *Caso Trabajadores cesados de Petroperú y otros Vs. Perú*, la Corte resolvió de igual manera:

[...] el Estado es responsable de la violación del artículo 26 de la Convención, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento [respecto de] los 85 trabajadores de Petroperú, los 25 trabajadores de

---

<sup>81</sup> Ídem, párr. 166.

<sup>82</sup> Ídem. Voto concurrente del Juez Ferrer Mac-Gregor, párr. 51.

Enapu, los 39 trabajadores de Minedu [y] los 15 trabajadores del MEF.<sup>83</sup>

**c. Justiciabilidad directa de los derechos protegidos en el marco del sistema de peticiones individuales y comunicaciones interestatales**

Los derechos económicos, sociales y culturales contenidos en la Convención Americana “...se hallan sujetos al régimen de supervisión y decisión, o dicho de otra manera, a los ‘medios de protección’ instituidos por los artículos 33 y siguientes del mismo pacto, entre ellos la cláusula facultativa del artículo 62.”<sup>84</sup>

La Corte consistentemente desde los *Casos “Cinco Pensionistas” Vs. Perú*<sup>85</sup> y *Acevedo Buendía y otros Vs. Perú*, ha reconocido expresamente que “...es competente para decidir si el Estado ha incurrido en una violación o incumplimiento de alguno de los derechos reconocidos en la Convención, inclusive en lo concerniente al artículo 26 de la misma.”<sup>86</sup> En el reciente *Caso Lagos del Campo Vs. Perú*, el tribunal reiteró su competencia para conocer y resolver controversias relativas al artículo 26 como parte integrante de la Convención Americana, y por vez primera determinó su violación.<sup>87</sup> Esta sentencia, como bien ha señalado el Juez Ferrer Mac-Gregor, “...abre un nuevo y rico horizonte en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos [...] debido al [...] paso que se da hacia la justiciabilidad plena y directa de los derechos económicos, sociales,

---

<sup>83</sup> Corte IDH. *Caso Trabajadores cesados de Petroperú y otros Vs. Perú*, párr. 193.

<sup>84</sup> García Ramírez, S., óp. cit., p. 141.

<sup>85</sup> Corte IDH. *Caso “Cinco Pensionistas” Vs. Perú*, párrs. 145-148.

<sup>86</sup> Corte IDH. *Caso Acevedo Buendía y otros Vs. Perú*, párrs. 16 y 106.

<sup>87</sup> Corte IDH. *Caso Lagos del Campo Vs. Perú*, párrs. 142, 153, 154 y 163.

culturales y ambientales.”<sup>88</sup> En el aún más reciente Caso *Trabajadores cesados de Petroperú y otros Vs. Perú*, la Corte reafirmó dicha postura.<sup>89</sup>

La Comisión Interamericana, por su parte, ha defendido la exigibilidad de algunos derechos sociales vía artículo 26 en el marco de peticiones individuales en los Casos *Comunidad de San Mateo de Huanchor y sus miembros*,<sup>90</sup> “*Buzos miskitos*”,<sup>91</sup> *Pensionados del Banco Nacional de Desarrollo Agrícola -BANDESA-*,<sup>92</sup> *I.V.N.R.*,<sup>93</sup> *Emilia Morales Campos y Jennifer Emilia Morales Campos*,<sup>94</sup> *Eulogia y su hijo Sergio*,<sup>95</sup> *Pobladores de Quishque-Tapayrihua*,<sup>96</sup> *Pueblos indígenas en aislamiento Tagaeri y Taromenani*,<sup>97</sup> *Naranjo Cárdenas y otros (Jubilados de la Empresa Venezolana de Aviación VIASA)*,<sup>98</sup> *Odir Miranda Cortez y otros*<sup>99</sup> y *Pueblo Indígena Kichwa de Sarayaku y sus miembros*,<sup>100</sup> en los que las declaró admisibles bajo dicha norma. En los últimos dos casos desestimó el reclamo; en el informe definitivo del primero, por considerar que no

---

<sup>88</sup> Corte IDH. *Caso Lagos del Campo Vs. Perú*. Voto concurrente del Juez Ferrer Mac-Gregor, párr. 1.

<sup>89</sup> Corte IDH. *Caso Trabajadores cesados de Petroperú y otros Vs. Perú*, párr. 192.

<sup>90</sup> CIDH. Informe No. 69/04, Petición 504-03, Admisibilidad, *Comunidad de San Mateo de Huanchor y sus miembros*, Perú, 15 de octubre de 2004, párrs. 4, 66 y 69

<sup>91</sup> CIDH. Informe No. 121/09, Petición 1186-04, Admisibilidad, *Opario Lemoth Morris y otros (Buzos miskitos)*, Honduras, 12 de noviembre de 2009, párrs. 4, 50, 52 y 54.

<sup>92</sup> CIDH. Informe No. 102/09, Petición 1380-06, Admisibilidad, *Pensionados del Banco Nacional de Desarrollo Agrícola -BANDESA-*, Guatemala, 29 de octubre de 2009, párrs. 5, 42, 44, 45.

<sup>93</sup> CIDH. Informe No. 160/11, Petición 13-08, Admisibilidad, *I.V.N.R.*, Panamá, 2 de noviembre de 2011, párrs. 3, 41 y 42.

<sup>94</sup> CIDH. Informe No. 19/14, Petición 329-06, Admisibilidad, *Emilia Morales Campos y Jennifer Emilia Morales Campos*, Costa Rica, 3 de abril de 2014, párrs. 4, 46, 48 y 50.

<sup>95</sup> CIDH. Informe No. 35/14, Petición 1334-09, Admisibilidad, *Eulogia y su hijo Sergio*, Perú, 4 de abril de 2014, párr. 4 y 55.

<sup>96</sup> CIDH. Informe No. 62/14, Petición 1216-03, Admisibilidad, *Pobladores de Quishque-Tapayrihua*, Perú, 24 de julio de 2014, párrs. 4 y 37.

<sup>97</sup> CIDH. Informe No. 96/14, Petición 422-06, Admisibilidad, *Pueblos indígenas en aislamiento Tagaeri y Taromenani*, Ecuador, 6 de noviembre de 2014, párrs. 5 y 58.

<sup>98</sup> CIDH. Informe No. 70/04, Petición 667/01, Admisibilidad, *Jesús Manual Naranjo Cárdenas y otros (Jubilados de la Empresa Venezolana de Aviación VIASA)*, Venezuela, 13 de octubre de 2004, párrs. 44, 46 y 63.

<sup>99</sup> CIDH. Admisibilidad. *Odir Miranda Cortez y otros*, párrs. 4, 45 y 47.

<sup>100</sup> CIDH. Informe No. 62/04, Petición 167-03, Admisibilidad, *Pueblo Indígena Kichwa de Sarayaku y sus miembros*, Ecuador, 13 de octubre de 2004, párrs. 4, 74 y 76.

existió incumplimiento alguno de la disposición<sup>101</sup> y en el informe preliminar del segundo, por no contar con elementos probatorios suficientes para decretar su violación<sup>102</sup>. En el informe preliminar del *Caso García Fajardo y otros* concluyó que el Estado violó los derechos protegidos por el artículo 26.<sup>103</sup>

Por su parte, otros órganos internacionales de derechos humanos ya se han considerado competentes para decidir acerca de alegadas violaciones a derechos económicos, sociales y culturales en el marco de sus respectivos sistemas de comunicaciones. El Comité DESC, por ejemplo, ha declarado admisibles y se ha pronunciado sobre el fondo en los *Casos I.D.G. y López Rodríguez*. A diferencia del segundo, en el que el Comité entendió que el Estado no había incumplido sus obligaciones bajo el PIDESC en relación con derecho a la seguridad social del demandante, el primero concluyó con una serie de recomendaciones al Estado por haber violado el derecho a la vivienda de la denunciante.<sup>104</sup>

En síntesis, ha de afirmarse que el artículo 26 de la Convención Americana protege los derechos económicos, sociales y culturales expresamente consagrados en la Carta de la OEA y aquellos que se derivan de ella, entre estos, el derecho a la salud, cuyo contenido y alcance será analizado en el apartado que sigue de este *amicus*; que se encuentra sujeto a las obligaciones generales de respeto y garantía impuestas en los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana; que si bien permite al Estado cumplir con

---

<sup>101</sup> CIDH. Informe No. 27/09, Caso 12.249, Fondo, *Jorge Odir Miranda Cortez y otros*, El Salvador, 20 de marzo de 2009, párrs. 76-109.

<sup>102</sup> Corte IDH. *Caso Pueblo Indígena Kichwa de Sarayaku Vs. Ecuador*. Fondo y Reparaciones. Sentencia de 27 de junio de 2012. Serie C No. 245, párr. 1, n. 3.

<sup>103</sup> CIDH. Informe No. 100/01, Caso 11.381, *Milton García Fajardo y otros*, Nicaragua, 11 de octubre de 2001, párr. 8.

<sup>104</sup> Comité DESC. *Caso I.D.G.*, Comunicación 2/2014, España, 17 de junio de 2015, párrs. 9.7 y 14-18; *Caso López Rodríguez*, Comunicación 1/2013, España, 6 de noviembre de 2013, párrs. 8.5 y 15.

su obligación de garantía progresivamente, impone otras obligaciones de carácter inmediato, principalmente las de adoptar medidas tendientes a garantizar los derechos protegidos en un período de tiempo razonable a partir de la entrada en vigor de la Convención Americana, no adoptar, en principio, medidas regresivas, garantizar la no discriminación en el ejercicio de los derechos protegidos y asegurar niveles esenciales de los derechos protegidos; y que tanto la Corte como la Comisión Interamericanas son competentes para pronunciarse respecto de su violación en el marco del sistema de peticiones individuales y comunicaciones interestatales.



5. El derecho a la salud como derecho protegido en el artículo 26 de la Convención Americana

**a. Contenido y alcance del derecho a la salud de las personas con VIH/SIDA**

Como bien se ha indicado en el apartado anterior, el artículo 26 protege no sólo los derechos económicos, sociales y culturales contenidos expresamente en la Carta de la OEA sino también aquellos que se derivan de la misma. La Carta refiere a diferentes aspectos de la salud en varias partes. El artículo 34, en sus incisos i) y l), respectivamente, articula la dedicación de los Estados miembros hacia las “metas básicas” de la “[d]efensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica” y “[c]ondiciones urbanas que hagan posible una vida sana, productiva y digna.” El artículo 45.b) específicamente indica que “[e]l trabajo es un derecho y un deber social, otorga dignidad a quien lo realiza y debe prestarse en condiciones que [...] aseguren [...] la salud para el trabajador y su familia, tanto en sus años de trabajo como en su vejez, o cuando cualquier circunstancia lo prive de la posibilidad de trabajar.” En definitiva, estas normas entrañan el reconocimiento genérico del derecho a la salud.

La Declaración Americana en el artículo XI contribuye a identificar mejor el derecho al indicar que “[t]oda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.”

Bajo el reconocimiento de que el artículo 26 consagra el derecho a la salud subyace la idea de que si bien algunos aspectos del mismo se solapan con algunos aspectos de otros derechos, otras dimensiones, esenciales, le son propias y no pueden ser abordadas adecuadamente en el marco de esos otros derechos, lo que justifica su protección autónoma.<sup>105</sup> En uno de los pocos casos en los cuales se ha analizado el derecho a la salud de las personas con VIH/SIDA en el Sistema Interamericano, la Comisión apoyó esta postura al declarar la petición admisible bajo el artículo 26 y sostener que “los alegatos sobre los artículos 4 y 5 [...] tienen un carácter subsidiario y [...] dependen de la conclusión a la que se arribe respecto al mérito del [artículo 26].”<sup>106</sup>

Acerca de la relación del derecho a la salud con otros derechos se ha pronunciado el Comité DESC en los siguientes términos:

El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, [incluyendo] el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad [...] Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.<sup>107</sup>

La propia Corte ha sostenido en este orden de ideas que “...los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención

---

<sup>105</sup> Melish, T. Óp. cit., pp. 325-327.

<sup>106</sup> CIDH. Admisibilidad. *Odir Miranda Cortez y otros*, párr. 46.

<sup>107</sup> Comité DESC. Observación General nro. 14 – El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), U.N. Doc. E/C.12/2000/23, 22 Período de Sesiones (2000), párr. 3.

a la salud humana.”<sup>108</sup> El derecho a la vida 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),<sup>109</sup> lo que comprende, entre otras, la supervisión eficaz y constante sobre la prestación de los servicios de salud.<sup>110</sup> Por el otro, ha reconocido asimismo que “...la protección del derecho a la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno” y que “...la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración del artículo 5.1 de la Convención.”<sup>111</sup>

Ahora bien, la caracterización normativa de la violación en cuestión afecta el contenido sustantivo que se está protegiendo. Enmarcar el derecho a la salud bajo los artículos 4 y 5 implica que únicamente puede existir una violación al mismo en la medida en que exista una amenaza para la vida y/o la integridad personal. Si bien es cierto que “los derechos a la vida y a la integridad personal [son] particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud”,<sup>112</sup> el derecho a la salud no es simplemente un factor posible de aquellos sino un derecho en sí mismo que impone obligaciones específicas que bien complementan y expanden aquellas que se derivan de los derechos a la vida e integridad personal, bien se diferencian de ellas. El artículo 26 ofrece entonces en este sentido una protección más amplia y acorde con sus

---

<sup>108</sup> Corte IDH. *Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171, párr. 117.

<sup>109</sup> Corte IDH. *Caso de la Masacre de Pueblo Bello Vs. Colombia*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de enero de 2006. Serie C Nro. 140, párr. 120.

<sup>110</sup> Corte IDH. *Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador*, párr. 121.

<sup>111</sup> Corte IDH. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*, párr. 130.

<sup>112</sup> Corte IDH. *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No 149, párr. 89.

particulares características. El Comité DESC, al interpretar el artículo 12 del PIDESC en su Observación General nro. 14 se refirió a ellas como los “...cuatro elementos esenciales e interrelacionados” del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad<sup>113</sup> y, a su vez, la Corte se ha referido a su desarrollo por el Comité en *Casos como Suárez Peralta Vs. Ecuador y Gonzales Lluy Vs. Ecuador*.<sup>114</sup>

El Estado guatemalteco sugiere que para cumplir con sus obligaciones en relación al derecho a la salud únicamente debe garantizar su desarrollo progresivo y abstenerse de adoptar medidas regresivas en la medida en que su situación económica lo permita.<sup>115</sup> Aceptar estos argumentos significaría reconocer que la Convención Americana, respecto del derecho a la salud, así como de los demás derechos económicos, sociales y culturales, sólo requiere mejoras relativas en las condiciones de garantía en lugar de estipular estándares objetivos de exigibilidad inmediata. Como ya lo hemos indicado, la propia Corte rechazó esta lógica en los *Casos Acevedo Buendía Vs. Perú, Lagos del Campo Vs. Perú y Trabajadores cesados de Petroperú y otros Vs. Perú*.

El propio Comité DESC en su Observación General nro. 3 afirmó que “aunque el Pacto contempla una realización paulatina y tiene en cuenta las restricciones derivadas de la limitación de los recursos con que se cuenta, también impone varias obligaciones con efecto inmediato.”<sup>116</sup> Respecto del derecho a la salud en particular, el Comité expresó en su Observación General nro. 14 que han de “[tenerse] en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos

---

<sup>113</sup> Comité DESC. Observación General nro. 14, párr. 12.

<sup>114</sup> Corte IDH. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*, párr. 152 ; *Caso Gonzales Lluy Vs. Ecuador*, párr. 173;

<sup>115</sup> CIDH. Fondo, *Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA*, párrs. 39-50.

<sup>116</sup> Comité DESC. Observación General nro. 3, párr. 1.

con que cuenta el Estado.”<sup>117</sup> A pesar de estas variables, la Observación describe obligaciones generales en cabeza de todos los Estados que hacen al contenido específico del derecho a la salud.

En primer lugar, la de disponibilidad, que implica “contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de salud, así como de programas”, que deben incluir “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 [...], así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.”<sup>118</sup>

En segundo lugar, la de accesibilidad a esos establecimientos, bienes, servicios públicos, centros de atención y programas, que, a su vez, presenta cuatro dimensiones superpuestas: i) no discriminación de hecho y derecho en el acceso a ellos, especialmente de los sectores más vulnerables de la población; ii) accesibilidad física, que implica que “debe[n] estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial [de] grupos vulnerables [...] [como] personas con VIH/SIDA”; iii) asequibilidad, que tiene que ver con que estén económicamente al alcance de todos/as y con que los gastos de salud no recaigan desproporcionadamente sobre los sectores más pobres de la población; y iv) acceso a la información “acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”<sup>119</sup>

---

<sup>117</sup> Comité DESC. Observación General nro. 14, párr. 9.

<sup>118</sup> Ídem, párr. 12.

<sup>119</sup> Ibídem.

En tercer y cuarto lugar, las de aceptabilidad y calidad, que se relacionan con el tipo de atención médica recibida, la cual ha de ser “respetuos[a] de la ética médica y culturalmente apropiad[a], es decir respetuos[a] 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” (por ejemplo, la atención médica ha de tener en cuenta la salud materna, infantil y reproductiva<sup>120</sup>) y “apropiad[a] desde el punto de vista científico de médico y [...] de buena calidad [con], entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados.”<sup>121</sup>

En el presente caso, los/as peticionarios/as, luego de ser diagnosticados/as con VIH/SIDA, fueron víctimas de la absoluta falta de atención médica por parte de Guatemala hasta 2006 y 2007.<sup>122</sup> El propio Estado reconoció que hasta esos años proveía atención en salud a un número mínimo de personas con VIH/SIDA -en el que no estaban incluidos/as los/as demandantes-, que aquellas de bajos recursos económicos no tenían acceso a la misma y que organizaciones internacionales sin fines de lucro suplían sus deficiencias en esta área.<sup>123</sup> Sin embargo, la atención en salud provista por estas organizaciones era “intermitente y en algunos casos precaria”, lo que “afectó seriamente” a los/as demandantes.<sup>124</sup> Aún luego de su traslado a servicios de salud públicos en 2006 y 2007, la atención que les fue provista siguió siendo deficiente y concentrada en la ciudad capital.<sup>125</sup>

---

<sup>120</sup> Comité DESC. Observación General nro. 14, párr. 14.

<sup>121</sup> Ídem, párr. 12.

<sup>122</sup> CIDH. Fondo, *Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA*, párrs. 120 y 124.

<sup>123</sup> Ídem, párrs. 118 y 119.

<sup>124</sup> Ídem, párr. 122.

<sup>125</sup> Ídem, párr. 141.

Es decir, que las víctimas no tuvieron acceso alguno a servicios médicos estatales hasta 2006 y 2007 y sólo accedieron irregularmente a aquellos provistos por Médicos Sin Fronteras, los cuales además no eran de suficiente calidad; y que a partir de 2006 y 2007, muchas de ellas no pudieron recibir el igualmente deficiente tratamiento provisto por el Estado por su situación de pobreza y por vivir en zonas alejadas de los centros de atención.<sup>126</sup>

Como ya ha señalado esta Corte, “[l]a salud es un bien público cuya protección está cargo de los Estados” e independientemente de si es proporcionada por un hospital público o privado, los/as pacientes se encuentran siempre bajo cuidado de los Estados.<sup>127</sup> Es decir, que los Estados “...son responsables de regular y fiscalizar con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad, de tal manera que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida y a la integridad física de las personas sometidas a tratamiento de salud.”<sup>128</sup> El derecho a la salud es una “de las condiciones de vida mínimas compatibles con la dignidad de la persona humana” y los Estados tienen el deber de mantenerla, “adopta[ndo] medidas positivas, concretas y orientadas” a tal fin, lo que incluye aquellas apropiadas para prevenir daños a la salud y para responder razonablemente a amenazas a la misma, “en especial cuando se trata de personas en situación de vulnerabilidad [...] [como aquellas que tienen VIH/SIDA, por

---

<sup>126</sup> Ídem, párrs. 136 y 138.

<sup>127</sup> Corte IDH. *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*, párrs. 89 y 95.

<sup>128</sup> Ídem, párr. 99.

encontrarse en grave situación de riesgo para su vida e integridad personal], cuya atención se vuelve prioritaria.”<sup>129</sup>

En el *Caso Gonzales Lluy Vs. Ecuador*, citando una resolución del Consejo de Derechos Humanos, la Corte indicó que “el acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las de VIH/SIDA, 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 mental.”<sup>130</sup> Sin embargo, aclaró, “el acceso a los fármacos antirretrovíricos es solo uno de los elementos de una respuesta eficaz (la propia Comisión ha reconocido que “el tratamiento con medicamentos antirretrovirales mejora y aumenta la calidad de vida de las personas infectadas con VIH”<sup>131</sup>) para las personas que viven con VIH[/SIDA]”.<sup>132</sup> El Estado debe adoptar “un enfoque integral que comprend[a] una secuencia continua de prevención, tratamiento, atención y apoyo”,<sup>133</sup> lo que incluye acceso a “otros medicamentos, pruebas diagnósticas y tecnologías relacionadas seguras y eficaces para la atención preventiva, curativa y paliativa del VIH, de las infecciones oportunistas y de las enfermedades conexas”,<sup>134</sup> “buena alimentación y apoyo social, espiritual y psicológico, [...] [y] atención familiar, comunitaria y domiciliaria.”<sup>135</sup> Las personas que viven con VIH/SIDA “también deberían tener acceso a ensayos clínicos y a poder elegir libremente

---

<sup>129</sup> Corte IDH. *Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay*. Interpretación de la Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 6 de febrero de 2006. Serie C No. 142, párr. 162.

<sup>130</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*, párr. 194.

<sup>131</sup> CIDH. Fondo. *Odir Miranda Cortez y otros*, párr. 104.

<sup>132</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy Vs. Ecuador*, párr. 197.

<sup>133</sup> *Ibidem*.

<sup>134</sup> Programa Conjunto de la ONU sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos*. Versión consolidada. 2006, párr. 24 (Sexta Directriz). Disponible en:

[http://data.unaids.org/pub/Report/2006/jc1252-internationalguidelines\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2006/jc1252-internationalguidelines_es.pdf)

[fecha de última consulta: 24/01/2018]

<sup>135</sup> *Ídem*, párr. 26 (Comentario sobre la Sexta Directriz).

entre todos los medicamentos y terapias disponibles, incluso las terapias alternativas.”<sup>136</sup> A su vez, “[o]tro aspecto relevante en materia de derecho a la salud y asistencia sanitaria lo constituye el acceso a información sobre los escenarios que permitan sobrellevar en mejor forma la enfermedad.”<sup>137</sup>

El Estado guatemalteco, además de desentenderse de sus obligaciones hasta 2006 y 2007, dejándolas en cabeza de Médicos Sin Fronteras, no aseguró luego un tratamiento adecuado e integral a las personas infectadas (la provisión de tratamiento por parte de Guatemala se caracterizó por reiterados períodos de desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales, falta de personal suficiente, no realización de los exámenes necesarios de diagnóstico y monitoreo con la periodicidad requerida<sup>138</sup> y no adopción de servicios específicos en favor de mujeres embarazadas y en edad reproductiva<sup>139</sup>), generando todo ello un deterioramiento en la salud de las víctimas y la muerte de ocho de ellas a causa de enfermedades oportunistas (seis en el período previo a 2006 y 2007 y dos con posterioridad).<sup>140</sup>

#### **b. Políticas públicas en materia de derecho a la salud de personas con VIH/SIDA**

A los fines de comprender la importancia del diseño e implementación de políticas en salud pública enfocadas en VIH/SIDA y evaluar la actuación de Guatemala en este sentido resulta necesario primero entender qué es el VIH/SIDA, cómo se

---

<sup>136</sup> Ídem, párr. 145.

<sup>137</sup> Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy Vs. Ecuador*, párr. 198.

<sup>138</sup> CIDH. Fondo. Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA, párrs. 135 y 137.

<sup>139</sup> Ídem, párr. 140.

<sup>140</sup> Ídem, párr. 127.

transmite, su situación epidemiológica, cómo se trata y cómo se monitorean los/as pacientes.

*i. Breve reseña histórica del VIH/SIDA*

El 5 de junio de 1981, el Centro de Control de Enfermedades y Prevención (CDC, por sus iniciales en inglés) de Estados Unidos reportó los primeros cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinni* -un parásito poco frecuente que afecta sólo a personas con inmunodeficiencias tales como pacientes con cáncer recibiendo quimioterapia- en hombres homosexuales. En los meses siguientes, CDC y otras instituciones continuaron reportando casos de enfermedades poco frecuentes usualmente asociadas a inmunodeficiencias en hombres homosexuales jóvenes sin ningún antecedente médico previo, en pacientes con hemofilia que requerían frecuentemente transfusiones con productos sanguíneos y en ciertos grupos de adictos/as. Para septiembre de 1982, el término síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) había sido adoptado por CDC para describir estos casos.<sup>141</sup> En mayo de 1983, el Dr. Luc Montagnier y su equipo del Instituto Pasteur en París identificaron el virus asociado con dichos casos, el cual fue inicialmente llamado virus asociado a linfadenopatía.<sup>142</sup> Estos hallazgos fueron corroborados en 1984 por un equipo del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos liderado por el Dr. Robert Gallo, quien rebautizó al virus como virus linfotrópico de células T humanas III.<sup>143</sup> El Comité

---

<sup>141</sup> Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos - HIV.gov. *History: A Timeline of HIV and AIDS*. 2016. Disponible en: <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/history/hiv-and-aids-timeline> [fecha de última consulta: 15/11/2017].

<sup>142</sup> Barré-Sinoussi, F. *et al*, "Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS)", en *Science*, vol. 220, nro. 4599, 1983, pp. 868-871.

<sup>143</sup> Gallo, R. C. *et al*, "Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS", en *Science*, vol. 224, nro. 4648, 1984, pp. 500-503.

Internacional de Taxonomía de Virus será quien le dará oficialmente el nombre de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en mayo de 1986.<sup>144</sup>

Las personas infectadas con VIH/SIDA han sido discriminadas desde el principio de la epidemia ya que la infección ha afectado desproporcionadamente a grupos vulnerables o marginales tales como adictos/as, homosexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres y trabajadores/as sexuales, los cuales son vilificados universalmente por el resto de la sociedad.<sup>145</sup> La incurabilidad de la enfermedad, y con ello el temor de la población a contraerla, han jugado un papel importante en este fenómeno.<sup>146</sup> Discriminación y estigma son las barreras más persistentes que encuentran los/as pacientes con VIH/SIDA para acceder a tratamiento médico integral.<sup>147</sup> En Guatemala, como en el resto de los países del mundo, las creencias populares, la homofobia y la inacción del Estado han perpetuado el miedo, el estigma y

---

<sup>144</sup> Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos - HIV.gov. *History: A Timeline of HIV and AIDS*. 2016. Disponible en:

<https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/history/hiv-and-aids-timeline>

[fecha de última consulta: 15/11/2017].

<sup>145</sup> Sidibé, M., "Giving Power to Couples to End the AIDS Epidemic", en *HuffPost*, 07/05/2012. Disponible en:

[https://www.huffingtonpost.com/michel-sidib/hiv-aids\\_b\\_1477206.html](https://www.huffingtonpost.com/michel-sidib/hiv-aids_b_1477206.html)

[fecha de última consulta: 18/12/2017];

ONUSIDA. *Reduction of HIV-related stigma and discrimination*. 2014. Disponible en:

[http://www.ONUSIDA.org/sites/default/files/media\\_asset/2014ONUSIDAguidancenote\\_stigma\\_en.pdf](http://www.ONUSIDA.org/sites/default/files/media_asset/2014ONUSIDAguidancenote_stigma_en.pdf)

[fecha de última consulta: 18/12/2017]

<sup>146</sup> Sidibé, M., "Giving Power to Couples to End the AIDS Epidemic", en *HuffPost*, 07/05/2012. Disponible en:

[https://www.huffingtonpost.com/michel-sidib/hiv-aids\\_b\\_1477206.html](https://www.huffingtonpost.com/michel-sidib/hiv-aids_b_1477206.html)

[fecha de última consulta: 18/12/2017];

ONUSIDA. *Reduction of HIV-related stigma and discrimination*. 2014. Disponible en:

[http://www.ONUSIDA.org/sites/default/files/media\\_asset/2014ONUSIDAguidancenote\\_stigma\\_en.pdf](http://www.ONUSIDA.org/sites/default/files/media_asset/2014ONUSIDAguidancenote_stigma_en.pdf)

[fecha de última consulta: 18/12/2017].

<sup>147</sup> ONUSIDA. *Reduction of HIV-related stigma and discrimination*. 2014. Disponible en:

[http://www.ONUSIDA.org/sites/default/files/media\\_asset/2014ONUSIDAguidancenote\\_stigma\\_en.pdf](http://www.ONUSIDA.org/sites/default/files/media_asset/2014ONUSIDAguidancenote_stigma_en.pdf)

[fecha de última consulta: 18/12/2017].

la discriminación.<sup>148</sup> Ahonda el problema el hecho que estos mismos grupos que tienen el riesgo más alto de transmisión del VIH tienen una comprensión limitada sobre la infección, la forma de prevenirla y de tratarla.<sup>149</sup>

ii. *El VIH/SIDA y su diagnóstico*

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus y tiene dos tipos primarios (VIH1 y VIH2), que a su vez se dividen en grupos y subgrupos. Como tal, el virus requiere de un huésped que le permita sintetizar material genético para generar partículas virales nuevas. El virus entra en el cuerpo humano cuando ocurre contacto directo con fluidos orgánicos que contienen partículas virales viables tales como sangre, semen, orina y leche. Aunque el VIH llega a invadir todos los tejidos del cuerpo humano, son los linfocitos tipo T ayudadores o células CD4 los que juegan el papel crítico de huésped es decir, donde el virus realiza su reproducción. Una vez que el virus del VIH infecta las células CD4, toma control del sistema intracelular que sintetiza el material genético y forma partículas virales nuevas, que son liberadas en el torrente sanguíneo, lo que

---

<sup>148</sup> Fundación Fernando Iturbide con el apoyo de ONUSIDA, Programa de la ONU para el Desarrollo y el Comité Técnico Asesor Multisectorial. *Índice de Estigma y Discriminación en Personas con VIH*. 2011. Disponible en:

<http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Guatemala%20%20People%20Living%20with%20HIV%20Stigma%20Index%20Report%20%20%20Spanish%20FINAL200512.pdf>

[fecha de última consulta: 18/12/2017];

ONUSIDA. *The Gap Report*. 2014. Disponible en:

[http://files.ONUSIDA.org/en/media/ONUSIDA/contentassets/documents/ONUSIDApublication/2014/ONUSIDA\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://files.ONUSIDA.org/en/media/ONUSIDA/contentassets/documents/ONUSIDApublication/2014/ONUSIDA_Gap_report_en.pdf)

[fecha de última consulta: 17/12/2017].

<sup>149</sup> Banco Mundial - Programa Global del VIH/SIDA. América Latina y el Caribe. *Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica. Guatemala: Situación del VIH/SIDA y la respuesta a la epidemia*. 2016. Disponible en:

<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CAHIVAIDSGuatemalaFINALSPA.pdf>

[fecha de última consulta: 17/12/2017];

ONUSIDA. *The Gap Report*. 2014. Disponible en:

[http://files.ONUSIDA.org/en/media/ONUSIDA/contentassets/documents/ONUSIDApublication/2014/ONUSIDA\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://files.ONUSIDA.org/en/media/ONUSIDA/contentassets/documents/ONUSIDApublication/2014/ONUSIDA_Gap_report_en.pdf)

[fecha de última consulta: 17/12/2017].

conlleva la destrucción del huésped. Cerca del 99% de las células CD4 mueren dos días luego de ser infectadas por el VIH. Eventualmente, este proceso de destrucción resulta en una inmunodeficiencia que hace susceptible a la persona a una gama de enfermedades no sólo de tipo infecciosas sino también cancerosas y degenerativas.<sup>150</sup> El hecho que el VIH ataque las células CD4 le permite esconderse del resto del sistema inmune que permanece inactivado.<sup>151</sup> Otra habilidad que tiene el VIH es la de mutar rápidamente, con lo cual puede adquirir resistencia al tratamiento. Según Jarrod Johnson del Centro de Investigaciones de Enfermedades Infecciosas en Estados Unidos, “se estima que en los primeros diez días de infección, una sola cepa del VIH ha mutado muchas más veces que lo que el virus de la gripe ha tenido a través de toda la historia humana.”<sup>152</sup>

La única forma de saber si una persona tiene VIH/SIDA es a través de pruebas de laboratorio, ya que ni la historia clínica ni el examen físico son lo suficientemente específicos para hacer el diagnóstico de la infección.<sup>153</sup> Organizaciones como CDC y la

---

<sup>150</sup> Maldarelli, F., “Biology of Human Immunodeficiency Viruses”, en Goldman, L. y Schafer, A. I. (Eds.), *Goldman-Cecil Textbook of Medicine*, Filadelfia: Elsevier Saunders, 2016, pp. 2280-2285.

<sup>151</sup> Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. *AIDS Info: AIDS Therapies Must Address Complexity of HIV Disease Process*. 1993. Disponible en: <https://aidsinfo.nih.gov/news/79/fauci--aids-therapies-must-address-complexity-of-hiv-disease-process> [fecha de última consulta: 17/12/2017].

<sup>152</sup> Johnson, J., Why Is HIV So Difficult to Combat?, en *Blog del Centro de Investigaciones de Enfermedades Infecciosas en Estados Unidos*, 25/07/2016. Disponible en: <https://www.cidresearch.org/blog/why-is-hiv-so-difficult-to-combat> [fecha de última consulta: 17/12/2017].

<sup>153</sup> Quinn, T., “Epidemiology and Diagnosis of Human Immunodeficiency Virus Infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome”, en Goldman, L. y Schafer, A. I. (Eds.), *Goldman-Cecil Textbook of Medicine*, Filadelfia: Elsevier Saunders, 2016, pp. 2272-2278;

OMS. *Documento normativo sobre las pruebas del VIH y la orientación: La OMS y el ONUSIDA reiteran su oposición a las pruebas obligatorias del VIH*. 2012. Disponible en:

[http://www.who.int/hiv/events/2012/world\\_aids\\_day/hiv\\_testing\\_counselling/es/](http://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/es/)

[fecha de última consulta: 15/11/2017];

OMS. *Consolidated guidelines on HIV testing services*. 2015. Disponible en:

<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>

[fecha de última consulta: 21/12/2017].

Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan que a toda persona entre 13 y 64 años de edad se le practiquen al menos una vez una prueba de diagnóstico de VIH como parte del cuidado preventivo<sup>154</sup> y a toda mujer embarazada como parte del cuidado prenatal.<sup>155</sup> La realización de pruebas de tamizaje anuales se aconseja en ciertos grupos de personas con alto riesgo de contraer la enfermedad.

### iii. *Epidemiología y estadísticas del VIH/SIDA*

La epidemia de VIH/SIDA alcanzó proporciones mundiales en 1985 cuando todas las regiones del globo reportaron casos.<sup>156</sup> Hoy en día, alrededor de dos millones de personas adquieren la infección cada año y, aunque las tasas de mortalidad han disminuido en el último decenio gracias a la institución de medidas de control y tratamiento, más de treinta y cuatro millones de personas en el mundo viven infectadas con el virus.<sup>157</sup>

El primer caso de VIH/SIDA en Guatemala se reportó en 1984 y para el 2005 el número de casos ya había ascendido a más de ocho mil.<sup>158</sup> Se estima que

---

<sup>154</sup> CDC. *HIV Basics: Testing*. 2018. Disponible en:

<https://www.cdc.gov/hiv/basics/testing.html>

[fecha de última consulta: 17/12/2017].

<sup>155</sup> Quinn, T., "Epidemiology and Diagnosis of Human Immunodeficiency Virus Infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome", en Goldman, L. y Schafer, A. I. (Eds.), *Goldman-Cecil Textbook of Medicine*, Filadelfia: Elsevier Saunders, 2016, pp. 2272-2278.

OMS. *Documento normativo sobre las pruebas del VIH y la orientación: la OMS y el ONUSIDA reiteran su oposición a las pruebas obligatorias del VIH*. 2012. Disponible en:

[http://www.who.int/hiv/events/2012/world\\_aids\\_day/hiv\\_testing\\_counselling/es/](http://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/es/)

[fecha de última consulta: 15/11/2017].

<sup>156</sup> Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos - HIV.gov. *History: A Timeline of HIV and AIDS*. 2016. Disponible en:

<https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/history/hiv-and-aids-timeline>

[fecha de última consulta: 15/11/2017].

<sup>157</sup> Maldarelli, F., "Biology of Human Immunodeficiency Viruses", en Goldman, L. y Schafer, A. I. (Eds.), *Goldman-Cecil Textbook of Medicine*, Filadelfia: Elsevier Saunders, 2016, pp. 2280-2285.

<sup>158</sup> Banco Mundial - Programa Global del VIH/SIDA. América Latina y el Caribe. *Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica. Guatemala: Situación del VIH/SIDA y la respuesta a la epidemia*. 2016. Disponible en:

aproximadamente setenta y ocho mil personas con VIH/SIDA viven hoy en día en Guatemala.<sup>159</sup> Honduras y Guatemala son los dos países de América Latina con la prevalencia más alta de dicha enfermedad (más del 1% de toda la población).<sup>160</sup> Los grupos más afectados por el VIH/SIDA en Guatemala son los/las trabajadores/as sexuales, los hombres homosexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres, los/las transexuales y las personas privadas de libertad.<sup>161</sup>

Los casos nuevos de VIH en Guatemala han incrementado en un 167% desde el año 2010 y las muertes por SIDA en un 23%.<sup>162</sup> Aunque el incremento del VIH/SIDA en Guatemala afecta a toda la población, impacta desproporcionadamente sobre aquellos grupos históricamente más afectados por la enfermedad, mujeres, niños/as<sup>163</sup> y

---

<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CAHIVAIDSGuatemalaFINALSPA.pdf>

[fecha de última consulta: 11/15/2017].

<sup>159</sup> Fondo de la ONU para la infancia (UNICEF). *Guatemala - VIH/SIDA*. 2018. Disponible en:

[https://www.unicef.org/guatemala/spanish/hiv\\_aids\\_1175.htm](https://www.unicef.org/guatemala/spanish/hiv_aids_1175.htm)

[fecha de última consulta: 15/11/2017].

<sup>160</sup> Banco Mundial - Programa Global del VIH/SIDA. América Latina y el Caribe. *Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica. Guatemala: Situación del VIH/SIDA y la respuesta a la epidemia*. 2016. Disponible en:

<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CAHIVAIDSGuatemalaFINALSPA.pdf>

[fecha de última consulta: 15/11/2017];

UNICEF. *Guatemala - VIH/SIDA*. Disponible en:

[https://www.unicef.org/guatemala/spanish/hiv\\_aids\\_1523.htm](https://www.unicef.org/guatemala/spanish/hiv_aids_1523.htm)

[fecha de última consulta: 15/11/2017].

<sup>161</sup> ONUSIDA. *Guatemala*. Disponible en:

<http://www.ONUSIDA.org/en/regionscountries/countries/guatemala>

[fecha de última consulta: 20/12/2017].

<sup>162</sup> ONUSIDA. *Guatemala*. Disponible en:

<http://www.ONUSIDA.org/en/regionscountries/countries/guatemala>

[fecha de última consulta: 20/12/2017].

<sup>163</sup> UNICEF. *Guatemala - VIH/SIDA*. Disponible en:

[https://www.unicef.org/guatemala/spanish/hiv\\_aids\\_1523.htm](https://www.unicef.org/guatemala/spanish/hiv_aids_1523.htm)

[fecha de última consulta: 11/15/2017];

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala - Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA-. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Marzo 2006;

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala - Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Lucha contra el VIH y SIDA. Marzo 2014;

comunidades indígenas. El problema para estos grupos vulnerables es el progreso mínimo en cobertura de servicios básicos.<sup>164</sup>

De los países de las Américas y el Caribe, Guatemala tiene la tasa más baja de exámenes para determinar la presencia del virus en mujeres embarazadas (30%) y también la menor cobertura de medicamentos antiretrovirales para prevenir la transmisión vertical o materno-fetal del virus (16%). Naciones vecinas como Honduras, Nicaragua y El Salvador tienen tasas de exámenes para determinar la presencia del virus en mujeres embarazadas que son al menos el doble que las de Guatemala (62%, 67% y 87%, respectivamente). Es más, Haití, la nación más pobre del hemisferio occidental, alcanza un 51%. En lo que a tratamiento de mujeres embarazadas con VIH concierne, las mismas tres naciones centroamericanas (Honduras, Nicaragua y El Salvador) tienen

---

Banco Mundial - Programa Global del VIH/SIDA. América Latina y el Caribe. *Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica. Guatemala: Situación del VIH/SIDA y la respuesta a la epidemia*. 2016. Disponible en:

<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CAHIVAIDSGuatemalaFINALSPA.pdf>

[fecha de última consulta: 17/12/2017].

<sup>164</sup> ONUSIDA. *The Gap Report*. 2014. Disponible en:

[http://files.ONUSIDA.org/en/media/ONUSIDA/contentassets/documents/ONUSIDApublication/2014/ONUSIDA\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://files.ONUSIDA.org/en/media/ONUSIDA/contentassets/documents/ONUSIDApublication/2014/ONUSIDA_Gap_report_en.pdf)

[fecha de última consulta: 17/12/2017];

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala - Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Marzo 2006;

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala - Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Lucha contra el VIH y SIDA. Marzo 2014;

Banco Mundial - Programa Global del VIH/SIDA. América Latina y el Caribe. *Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica. Guatemala: Situación del VIH/SIDA y la respuesta a la epidemia*. 2016. Disponible en:

<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CAHIVAIDSGuatemalaFINALSPA.pdf>

[fecha de última consulta: 17/12/2017].

tasas de cobertura que son 3 a 5 veces más altas que las de Guatemala (45%, 94% y 69%, respectivamente). Haití, por su parte, logra un 78%.<sup>165</sup>

Como resultado, Guatemala es el país de toda América Latina con la tasa más alta de transmisión vertical del virus (31%).<sup>166</sup> Las consecuencias se extienden más allá de la salud pública. Según la ONU, “[d]ado que en Guatemala la principal vía de transmisión del virus del SIDA es la heterosexual, muchos[/as] niños[/as] perderán a [sus padres y madres] en el futuro. Las estimaciones realizadas por ONUSIDA en el año 2003 mostraban que el número de niñas y niños huérfanos a causa del VIH/SIDA era de veintinueve mil.”<sup>167</sup>

Es importante resaltar que las estadísticas reportadas por Guatemala hasta el presente representan sólo una fracción de la realidad dada la deficiencia sistemática de recolección de datos epidemiológicos y la disfunción de un sistema de prestación de salud que es extremadamente centralizado.<sup>168</sup> Por ejemplo, a pesar de conocerse la

---

<sup>165</sup> García, P. J., Bayer, A. y Cárcamo, C.P., “The Changing Face of HIV in Latin American and the Caribbean”, en *Current HIV/AIDS Reports*, vol. 11, nro. 2, 2014, pp. 146-157;

ONUSIDA. *The Gap Report*. 2014. Disponible en:

[http://files.ONUSIDA.org/en/media/ONUSIDA/contentassets/documents/ONUSIDApublication/2014/ONUSIDA\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://files.ONUSIDA.org/en/media/ONUSIDA/contentassets/documents/ONUSIDApublication/2014/ONUSIDA_Gap_report_en.pdf)

[fecha de última consulta: 17/12/2017].

<sup>166</sup> García, P. J., Bayer, A. y Cárcamo, C.P., “The Changing Face of HIV in Latin American and the Caribbean”, en *Current HIV/AIDS Reports*, vol. 11, nro. 2, 2014, pp. 146-157;

ONUSIDA. *The Gap Report*. 2014. Disponible en:

[http://files.ONUSIDA.org/en/media/ONUSIDA/contentassets/documents/ONUSIDApublication/2014/ONUSIDA\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://files.ONUSIDA.org/en/media/ONUSIDA/contentassets/documents/ONUSIDApublication/2014/ONUSIDA_Gap_report_en.pdf)

[fecha de última consulta: 17/12/2017].

<sup>167</sup> UNICEF. *Guatemala - VIH/SIDA*. 2018. Disponible en:

[https://www.unicef.org/guatemala/spanish/hiv\\_aids\\_1523.htm](https://www.unicef.org/guatemala/spanish/hiv_aids_1523.htm)

[fecha de última consulta: 15/11/17].

<sup>168</sup> Banco Mundial - Programa Global del VIH/SIDA. América Latina y el Caribe. *Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica. Guatemala: Situación del VIH/SIDA y la respuesta a la epidemia*. 2016. Disponible en:

<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CAHIVAIDSGuatemalaFINALSPA.pdf>

[fecha de última consulta: 17/12/2017];

existencia de casos de VIH desde el año 1984, los primeros reportes oficiales se iniciaron en el período 2003-2006 es decir, aproximadamente veinte años después del comienzo de la epidemia.<sup>169</sup> El mismo gobierno de Guatemala ha reconocido que el sub-registro de casos es del 50% al 70%.<sup>170</sup>

iv. *Tratamiento y monitoreo de pacientes con VIH/SIDA*

El VIH no tiene cura, pero hay tratamientos efectivos que logran controlar la progresión de la enfermedad.<sup>171</sup> Sin tratamiento, todas las personas con VIH eventualmente desarrollan el SIDA, el cual acarrea serias complicaciones médicas - incluyendo infecciones y cánceres inusuales- que pueden llevar a una muerte prematura. Se sabe con certeza científica que la supresión de la replicación viral no sólo mejora la función inmune de la persona con VIH sino también su calidad de vida y

---

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala - Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Marzo 2006;

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala - Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Lucha contra el VIH y SIDA. Marzo 2014.

<sup>169</sup> Banco Mundial - Programa Global del VIH/SIDA. América Latina y el Caribe. *Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica. Guatemala: Situación del VIH/SIDA y la respuesta a la epidemia*. 2016. Disponible en:

<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CAHIVAIDSGuatemalaFINALSPA.pdf>

[fecha de última consulta: 12/17/2017].

<sup>170</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala - Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Marzo 2006;

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Lucha contra el VIH y SIDA. Marzo 2014.

Banco Mundial - Programa Global del VIH/SIDA. América Latina y el Caribe. *Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica. Guatemala: Situación del VIH/SIDA y la respuesta a la epidemia*. 2016. Disponible en:

<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CAHIVAIDSGuatemalaFINALSPA.pdf>

[fecha de última consulta: 17/12/2017].

<sup>171</sup> OMS. *Notas descriptivas - VIH/SIDA*. 2018. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>

[fecha de última consulta: 18/12/2017].

prolonga su expectativa de vida.<sup>172</sup> Aún más, una carga viral alta en sangre conlleva un riesgo mayor de transmisión.<sup>173</sup> Por ello, la meta principal de la TARV es impedir la replicación viral pues esta lleva a la pérdida progresiva de las células inmunes CD4 y por ende, de memoria y respuesta inmunológica.<sup>174</sup>

En los últimos siete años ha ocurrido un cambio fundamental en la estrategia de tratamiento del VIH/SIDA.<sup>175</sup> En vez de esperar a que los conteos de células CD4 lleguen a cierto nivel, la recomendación es que todos/as los/as pacientes independientemente del conteo de células CD4 reciban TARV tan pronto como se hace el diagnóstico de la infección.<sup>176</sup> La evidencia científica ha demostrado que pacientes a quienes se les ofrecía el tratamiento cuando sus conteos llegaban a niveles de 350 células/mm<sup>3</sup> nunca volvían

---

<sup>172</sup> Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. *AIDS Info: Initiation of Antiretroviral Therapy*. 2017. Disponible en: <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/1/adult-and-adolescent-arv/10/initiation-of-antiretroviral-therapy>

[fecha de última consulta: 18/12/2017].

<sup>173</sup> Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. *AIDS Info: Initiation of Antiretroviral Therapy*. 2017. Disponible en:

<https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/1/adult-and-adolescent-arv/10/initiation-of-antiretroviral-therapy> [fecha de última consulta: 12/18/2017].

<sup>174</sup> Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. *AIDS Info: Treatment Goals*. 2016. Disponible en:

<https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/1/adult-and-adolescent-arv/9/treatment-goals>

[fecha de última consulta: 18/12/2017].

<sup>175</sup> OMS. *Consolidated ARV guidelines*. 2013. Disponible en:

[http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/art/statartadolescents\\_rationale/en/](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/art/statartadolescents_rationale/en/)

[fecha de última consulta: 17/12/2017];

OMS. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach*. 2016. Disponible en:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf?ua=1)

[fecha de última consulta: 17/12/2017].

<sup>176</sup> Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. *AIDS Info: Initiation of Antiretroviral Therapy*. 2017. Disponible en:

<https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/1/adult-and-adolescent-arv/10/initiation-of-antiretroviral-therapy>

[fecha de última consulta: 17/12/2017];

OMS. *Directrices sobre el inicio del tratamiento antirretroviral y la profilaxis pre-exposición al VIH*. 2015.

Disponible en:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&Itemid=270&gid=32068&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=32068&lang=en)

[fecha de última consulta: 17/12/2017].

a alcanzar niveles de células normales y tenían una mortalidad temprana.<sup>177</sup> Otro hecho probado a través de estudios científicos es que la iniciación temprana de la TARV logra una reducción en la transmisión del virus.<sup>178</sup>

Desde el año 2015 también se recomienda la profilaxis pre-exposición es decir, para personas con alto riesgo de contraerlo, ya que la TARV puede prevenir su transmisión, en algunos casos con una efectividad por encima del 70%.<sup>179</sup> La profilaxis post-exposición ha sido un estándar clínico para profesionales de la salud desde el año 1996 y para la población en general desde el año 2005.<sup>180</sup> Lo más importante de la profilaxis post-exposición es el inicio de la terapia cuanto antes ya que después de 72 horas carece de efectividad.<sup>181</sup>

---

<sup>177</sup> Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. *AIDS Info: Initiation of Antiretroviral Therapy*. 2017. Disponible en:

<https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/1/adult-and-adolescent-arv/10/initiation-of-antiretroviral-therapy>

[fecha de última consulta: 17/12/2017];

OMS. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach*. 2016. Disponible en:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf?ua=1)

[fecha de última consulta: 17/12/2017].

<sup>178</sup> OMS. *Consolidated ARV guidelines*. 2013. Disponible en:

<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/art/startart/en/>

[fecha de última consulta: 18/12/2017].

<sup>179</sup> CDC. *HIV Basics: Pre-exposure Prophylaxis*. 2018. Disponible en:

<https://www.cdc.gov/hiv/basics/prep.html>

[fecha de última consulta: 18/12/2017];

OMS. *Directrices sobre el inicio del tratamiento antirretroviral y la profilaxis pre-exposición al VIH*. 2015. Disponible en:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&Itemid=270&gid=32068&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=32068&lang=en)

[fecha de última consulta: 17/12/2017].

<sup>180</sup> Asociación Internacional de Proveedores de Atención al SIDA (IAPAC) - AIDS InfoNet. *Tratamiento Después de Exposición*. 2014. Disponible en:

[http://www.aidsinfonet.org/fact\\_sheets/view/156?lang=spa](http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/156?lang=spa)

[fecha de última consulta: 18/12/2017].

<sup>181</sup> CDC. *HIV Basics: Post-exposure Prophylaxis*. 2018. Disponible en:

<https://www.cdc.gov/hiv/basics/pep.html>

[fecha de última consulta: 18/12/2017].

El tratamiento y cuidado de la persona con VIH/SIDA requiere visitas médicas y exámenes de laboratorio en intervalos regulares para poder medir las respuestas a la TARV, descubrir resistencia o progresión de la enfermedad lo más pronto posible y tratar efectos colaterales o complicaciones tempranamente.<sup>182</sup> También es esencial contar con personal capacitado y familiarizado con el VIH para obtener mejores resultados clínicos.<sup>183</sup> Por ejemplo, las Directrices para el Uso de Agentes Antiretrovirales en Adultos y Adolescentes con VIH del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos recomiendan que toda persona infectada tenga pruebas de resistencia antes de empezar la TARV. Recomiendan asimismo hacer conteos de células CD4 cada 3 a 6 meses durante los dos primeros años de TARV, si los conteos están por debajo de 350 células/mm<sup>3</sup> o si se ha retrasado el inicio de la TARV, y cada año si la persona ya ha estado en TARV por dos años y tiene una carga viral suprimida. Además, requieren mediciones de la carga viral cada 3 a 4 meses para monitorizar la respuesta a la TARV.<sup>184</sup>

ONUSIDA, por su parte, estableció tres metas a alcanzar para el año 2020 con el fin de disminuir el costo humano y en recursos que representa la enfermedad a nivel

---

<sup>182</sup> Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. *AIDS Info: Treatment Goals*. 2016. Disponible en:

<https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>

[fecha de última consulta: 21/12/2017];

OMS. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach*. 2016. Disponible en:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf?ua=1)

[fecha de última consulta: 17/12/2017].

<sup>183</sup> O'Neill, M. *et al*, "The HIV workforce in New York State: does patient volume correlate with quality?", en *Clinical Infectious Diseases*, vol. 61, nro. 12, 2015, pp. 1871-1877; Kitahata, M. M. *et al*, "Physicians' experience with the acquired immunodeficiency syndrome as a factor in patients' survival", en *The New England Journal of Medicine*, vol. 334, nro. 11, 1996, pp. 701-707; Landon, B. E. *et al*, "Physician specialization and antiretroviral therapy for HIV", en *Journal of General Internal Medicine*, vol. 18, nro. 4, 2003, pp. 233-241; Wilson, I. B. *et al*, "Quality of HIV care provided by nurse practitioners, physician assistants, and physicians", en *Annals of Internal Medicine*, vol. 143, nro. 10, 2005, pp. 729-736.

<sup>184</sup> Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. *AIDS Info: Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents Living with HIV*. 2017. Disponible en:

<https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>

[fecha de última consulta: 28/01/2018]

global, regional y nacional.<sup>185</sup> Estas metas son identificar el 90% de las personas que portan el VIH, tener el 90% de las personas con VIH/SIDA en TARV, y tener, a su vez, el 90% de éstas con niveles virales suprimidos.<sup>186</sup>

v. *Políticas de salud pública con enfoque en VIH/SIDA*

El VIH es una enfermedad que requiere un enfoque diferente comparado con otras enfermedades infecciosas.<sup>187</sup> Primero, la infección no tiene cura, pero, como hemos dicho, sí existe tratamiento para prevenir la progresión de la enfermedad, las complicaciones que esta acarrea y la muerte temprana.<sup>188</sup> Segundo, el cuidado médico es complejo no sólo por el número de regímenes que se pueden ofrecer con los veinticinco medicamentos actualmente aprobados para tratar la infección sino también por el constante monitoreo de efectos colaterales y toxicidades, por la tendencia del virus a mutar rápidamente (lo que a su vez fuerza a cambiar el tratamiento), por las interacciones de la TARV con otras medicinas, las complicaciones mismas del VIH/SIDA y las enfermedades oportunistas.<sup>189</sup> Tercero, la persona con VIH/SIDA no vive dentro de

---

<sup>185</sup> ONUSIDA. *Ending Aids: Progress Towards the 90-90-90 Targets*. 2017. Disponible en: [http://www.ONUSIDA.org/sites/default/files/media\\_asset/Global\\_AIDS\\_update\\_2017\\_en.pdf](http://www.ONUSIDA.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf) [fecha de última consulta: 21/12/2017].

<sup>186</sup> ONUSIDA. *Ending Aids: Progress Towards the 90-90-90 Targets*. 2017. Disponible en: [http://www.ONUSIDA.org/sites/default/files/media\\_asset/Global\\_AIDS\\_update\\_2017\\_en.pdf](http://www.ONUSIDA.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf) [fecha de última consulta: 21/12/2017].

<sup>187</sup> OMS. *The World Health Report*. 2004. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2004/en/03\\_chap1\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2004/en/03_chap1_en.pdf) [fecha de última consulta: 20/12/2017].

<sup>188</sup> OMS. *Notas descriptivas - VIH/SIDA*. 2018. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/> [fecha de última consulta: 18/12/2017].

<sup>189</sup> OMS. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach*. 2016. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf?ua=1) [fecha de última consulta: 17/12/2017].

una burbuja sino en un medio que le presenta barreras, estigmas y discriminación.<sup>190</sup>

Cuarto, el costo directo de la infección es alto debido a la complejidad de la enfermedad, los precios de los medicamentos, la capacitación mínima que requiere todo el personal de salud y la asociación con otras enfermedades comunicables como la tuberculosis y la sífilis. Asimismo, los costos indirectos, tales como la pérdida de productividad laboral, la destrucción de redes sociales, de núcleos familiares y la orfandad, los incrementos en los niveles de incapacidad en la población y de la mortalidad temprana, son excesivamente altos.<sup>191</sup>

A nivel mundial, el VIH/SIDA es el quinto factor más alto que contribuye a años de vida perdidos ajustados por incapacidad, un parámetro que permite medir la carga que representa una enfermedad para la sociedad.<sup>192</sup> Y cuando se analiza el grupo de personas entre 30 a 44 años, el VIH/SIDA constituye el factor más alto.<sup>193</sup> Sin embargo, no todas las regiones del mundo o países han sido afectadas por igual. Las regiones del

---

<sup>190</sup> Fundación Fernando Iturbide con el apoyo de ONUSIDA, Programa de la ONU para el Desarrollo y el Comité Técnico Asesor Multisectorial. *Índice de Estigma y Discriminación en Personas con VIH*. 2011. Disponible en:

<http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Guatemala%20%20People%20Living%20with%20HIV%20Stigma%20Index%20Report%20%20%20Spanish%20FINAL200512.pdf>

[fecha de última consulta: 18/12/2017];

ONUSIDA. *The Gap Report*. 2014. Disponible en:

[http://files.ONUSIDA.org/en/media/ONUSIDA/contentassets/documents/ONUSIDApublication/2014/ONUSIDA\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://files.ONUSIDA.org/en/media/ONUSIDA/contentassets/documents/ONUSIDApublication/2014/ONUSIDA_Gap_report_en.pdf)

[fecha de última consulta: 17/12/2017].

<sup>191</sup> Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU - División de Población. *El impacto del SIDA*. Disponible en:

[http://www.un.org/esa/population/publications/AIDSimpact/25\\_EXEC\\_SUMMARY\\_Spanish.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/AIDSimpact/25_EXEC_SUMMARY_Spanish.pdf)

[fecha de última consulta: 18/12/2017];

OMS. *The World Health Report*. 2004. Disponible en:

<http://www.who.int/whr/2004/chapter1/es/index4.html>

[fecha de última consulta: 20/12/2017]

<sup>192</sup> Ortblad, K. F., Lozano, R. y Murray, C. J. L., "The burden of HIV: insights from the Global Burden of Disease Study 2010", en *AIDS*, vol. 27, nro. 13, pp. 2003-2017.

<sup>193</sup> Ortblad, K. F., Lozano, R. y Murray, C. J. L., "The burden of HIV: insights from the Global Burden of Disease Study 2010", en *AIDS*, vol. 27, nro. 13, pp. 2003-2017.

centro y sur de África, el Caribe y América Central -incluyendo Guatemala- y Tailandia han sido afectadas desproporcionadamente.<sup>194</sup>

Expertos/as en el tema como el Dr. Jonathan Mann, fundador y primer director del programa global de VIH/SIDA de la OMS, aseguran que la epidemia del VIH/SIDA nunca se contralará si el enfoque se limita a medicamentos o al desarrollo de una vacuna; sólo será posible mediante la implementación de un programa comprensivo de salud pública centrado en la erradicación de las violaciones a derechos humanos como el derecho a la salud, a la educación, a vivir sin discriminación, a vivir sin persecución étnica, religiosa, social, etc., a la igualdad de la mujer y a la protección de los/as niños/as.<sup>195</sup> ONUSIDA, con el apoyo del Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos (ACNUDH), adoptó esta estrategia basada en derechos humanos para enfrentar el reto del VIH/SIDA en el año 1996.<sup>196</sup> El Estado de Guatemala, en sintonía con esta, promulgó en el año 2000 una ley consagrando el cuidado integral de las personas con VIH/SIDA bajo un marco derechos humanos.<sup>197</sup>

Si bien la OMS ha reconocido que el costo directo de la enfermedad es un obstáculo importante para países pobres o en vías de desarrollo, cierto es que si no se

---

<sup>194</sup> Ortblad, K. F., Lozano, R. y Murray, C. J. L., "The burden of HIV: insights from the Global Burden of Disease Study 2010", en *AIDS*, vol. 27, nro. 13, pp. 2003-2017.

<sup>195</sup> ACNUDH y ONUSIDA. *Directrices Internacionales Sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos Versión Consolidada*. 2006. Disponible en: <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/Publicaciones/2008/6234> [fecha de última consulta: 20/12/2017];

Fee, E. y Parry M., "Jonathan Mann, HIV/AIDS and Human Rights", en *Journal of Public Health Policy*, vol. 29, nro. 1, 2008, pp. 54-71; Mann, J. M. *et al*, "Health and Human Rights", en *Health and Human Rights*, vol. 1, nro. 1, 1994, pp. 6-23.

<sup>196</sup> ACNUDH y ONUSIDA. *Directrices Internacionales Sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos Versión Consolidada*. 2006. Disponible en: <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/Publicaciones/2008/6234> [fecha de última consulta: 20/12/2017].

<sup>197</sup> Congreso de Guatemala. Decreto Nro. 27-2000 - Ley General para el Combate del VIH y SIDA y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA.

realiza un esfuerzo para solventarlo los costos indirectos pueden destruir por completo a estas naciones.<sup>198</sup> Aun cuando los costos directos de la enfermedad son altos, en especial los asociados con la TARV, la evidencia científica ha demostrado que es el método más efectivo para reducir la morbilidad y mortalidad.<sup>199</sup> Por eso, la OMS propuso desde el año 2002 directrices basadas en políticas de salud pública que han demostrado ser eficaces no sólo medicamento sino también en términos de reducción de los costos directos e indirectos de la enfermedad.<sup>200</sup> Estas directrices varían con las directrices que naciones industrializadas han adoptado.<sup>201</sup> Por ejemplo, los números de regímenes de TARV han sido limitados a aquellos que se conocen son efectivos clínicamente y más accesibles en términos de costos. Otra diferencia es la recomendación que ciertas pruebas de laboratorio se hagan con menor frecuencia siempre y cuando ello no comprometa el cuidado de la persona.<sup>202</sup> Guatemala siguió estas pautas clínicas concentradas en salud pública.

---

<sup>198</sup> OMS. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach*. 2016. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf?ua=1) [fecha de última consulta: 12/17/2017].

<sup>199</sup> Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. *AIDS Info: Limitations to Treatment Safety and Efficacy. Cost Considerations and Antiretroviral Therapy*. 2017. Disponible en: <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/1/adult-and-adolescent-arv/459/cost-considerations-and-antiretroviral-therapy> [fecha de última consulta: 21/12/2017].

<sup>200</sup> OMS. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach*. 2016. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf?ua=1) [fecha de última consulta: 17/12/2017]

<sup>201</sup> OMS. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach*. 2016. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf?ua=1) [fecha de última consulta: 17/12/2017];

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. *AIDS Info: Initiation of Antiretroviral Therapy*. 2017. Disponible en: <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/1/adult-and-adolescent-arv/10/initiation-of-antiretroviral-therapy>

[fecha de última consulta: 18/12/2017].

<sup>202</sup> OMS. *Consolidated ARV guidelines*. 2013. Disponible en:

Guatemala, como todos los otros países de Latinoamérica, ha adoptado un plan estratégico nacional para combatir el VIH/SIDA que tiene como metas la prevención de la enfermedad, la eliminación de su transmisión vertical, programas de cuidado integral donde se apoya no solamente al individuo, sino también a la familia y a la sociedad y la promoción de los derechos humanos.<sup>203</sup> Sin embargo, dicho esfuerzo, como lo describió el Banco Mundial, es un “rompecabezas” y se caracteriza por la carencia de coordinación y recursos adecuados, la descentralización de los servicios y una respuesta lenta y poco dinámica.<sup>204</sup> Con más de once millones de habitantes y una geografía difícil, Guatemala

---

[http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/art/statartadolescents\\_rationale/en/](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/art/statartadolescents_rationale/en/)

[fecha de última consulta: 17/12/2017];

OMS. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach*. 2016. Disponible en:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf?ua=1)

[fecha de última consulta: 17/12/2017].

<sup>203</sup> Banco Mundial - Programa Global del VIH/SIDA. América Latina y el Caribe. *Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica. Guatemala: Situación del VIH/SIDA y la respuesta a la epidemia*. 2016. Disponible en:

<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CAHIVAIDSGuatemalaFINALSPA.pdf>

[fecha de última consulta: 17/12/2017];

ONUSIDA. *The Gap Report*. 2014. Disponible en:

[http://files.ONUSIDA.org/en/media/ONUSIDA/contentassets/documents/ONUSIDApublication/2014/ONUSIDA\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://files.ONUSIDA.org/en/media/ONUSIDA/contentassets/documents/ONUSIDApublication/2014/ONUSIDA_Gap_report_en.pdf)

[fecha de última consulta: 17/12/2017];

ONUSIDA. *Guatemala*. 2018. Disponible en:

<http://www.ONUSIDA.org/en/regionscountries/countries/guatemala>

[fecha de última consulta: 20/12/2017].

<sup>204</sup> Banco Mundial - Programa Global del VIH/SIDA. América Latina y el Caribe. *Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica. Guatemala: Situación del VIH/SIDA y la respuesta a la epidemia*. 2016. Disponible en:

<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CAHIVAIDSGuatemalaFINALSPA.pdf>

[fecha de última consulta: 17/12/2017];

Fundación Fernando Iturbide con el apoyo de ONUSIDA, Programa de la ONU para el Desarrollo y el Comité Técnico Asesor Multisectorial. *Índice de Estigma y Discriminación en Personas con VIH*. 2011. Disponible en:

<http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Guatemala%20%20People%20Living%20with%20OHIV%20Stigma%20Index%20Report%20%20%20Spanish%20FINAL200512.pdf>

[fecha de última consulta: 18/12/2017];

ONUSIDA. *The Gap Report*. 2014. Disponible en:

[http://files.ONUSIDA.org/en/media/ONUSIDA/contentassets/documents/ONUSIDApublication/2014/ONUSIDA\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://files.ONUSIDA.org/en/media/ONUSIDA/contentassets/documents/ONUSIDApublication/2014/ONUSIDA_Gap_report_en.pdf)

[fecha de última consulta: 17/12/2017];

tiene todos sus centros de atención de salud para pacientes con VIH/SIDA, con una excepción, en la Ciudad de Guatemala: el Hospital General San Juan de Dios, el Hospital Roosevelt, el Hospital de Puerto Barrios en Coatepeque y la Clínica de Infectología en la Zona 7, que provee servicios sólo a los/as ciudadanos/as vinculados/as al seguro social, o sea, al 26% de la población económicamente activa.<sup>205</sup> El mismo Estado reconoció durante la formulación del Plan Estratégico Nacional 2006-2010 que la centralización, la discriminación y la falta de capacitación de personal médico son barreras para el cuidado del VIH y por tanto prioridades de la Nación.<sup>206</sup> Se deduce pues que el Estado de Guatemala era y es consciente de las barreras que impidieron e impiden a las víctimas de este caso acceder a servicios médicos adecuados y aun así la inacción fue y sigue siendo total. Los hechos presentados en el informe de fondo de la CIDH dejan en claro que las víctimas que aún viven pertenecen, y pertenecieron las que ya murieron, a grupos vulnerables pues tienen/tenían limitaciones económicas para acceder a servicios

---

García, P. J., Bayer, A. y Cárcamo, C.P., "The Changing Face of HIV in Latin American and the Caribbean", en *Current HIV/AIDS Reports*, vol. 11, nro. 2, 2014, pp. 146-157.

<sup>205</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala - Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Marzo 2006; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala - Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Lucha contra el VIH y SIDA. Marzo 2014;

Banco Mundial - Programa Global del VIH/SIDA. América Latina y el Caribe. *Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica. Guatemala: Situación del VIH/SIDA y la respuesta a la epidemia*. 2016. Disponible en:

<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CAHIVAIDSGuatemalaFINALSPA.pdf>

[fecha de última consulta: 17/12/2017].

<sup>206</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala - Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Marzo 2006; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala - Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Lucha contra el VIH y SIDA. Marzo 2014;

Banco Mundial - Programa Global del VIH/SIDA. América Latina y el Caribe. *Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica. Guatemala: Situación del VIH/SIDA y la respuesta a la epidemia*. 2016. Disponible en:

<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CAHIVAIDSGuatemalaFINALSPA.pdf>

[fecha de última consulta: 17/12/2017].

de salud básicos y/o provienen/provenían de áreas rurales y aun así la respuesta del Estado ha de caracterizarse como anémica.<sup>207</sup>

Guatemala hoy en día cuenta con un marco legal y normativo para afrontar el reto que presenta la epidemia, pero su formulación fue tardía y por lo tanto maniató la respuesta del Estado ante su brote.<sup>208</sup> El Estado vino a declarar al VIH/SIDA como emergencia nacional diez años después del primer caso y a aprobar el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Atención de ITS/VIH/SIDA recién en 1999; y no fue hasta dieciséis años luego de comenzada la epidemia que promulgó la Ley General para el Combate de VIH/SIDA y de la Promoción y Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA.<sup>209</sup> Además, no fue antes de 2005 que adoptó la primera Política Pública de Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y Respuesta del VIH/SIDA.<sup>210</sup>

---

<sup>207</sup> CIDH. Fondo. *Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA*, párrs. 67 y 68.

<sup>208</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Evaluación para el Fortalecimiento de la Respuesta del Sistema de Salud al VIH en Guatemala*. 2009. Disponible en:

[http://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=difusion&alias=188-respuesta-al-sistema-de-salud-del-vih-en-guatemala&Itemid=518](http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=difusion&alias=188-respuesta-al-sistema-de-salud-del-vih-en-guatemala&Itemid=518)

[fecha de última consulta: 20/12/2017].

<sup>209</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala - Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Marzo 2006;

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala - Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Lucha contra el VIH y SIDA. Marzo 2014;

Banco Mundial - Programa Global del VIH/SIDA. América Latina y el Caribe. *Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica. Guatemala: Situación del VIH/SIDA y la respuesta a la epidemia*. 2016. Disponible en:

<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CAHIVAIDSGuatemalaFINALSPA.pdf>

[fecha de última consulta: 17/12/2017].

<sup>210</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala - Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Marzo 2006;

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala - Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Lucha contra el VIH y SIDA. Marzo 2014;

Banco Mundial - Programa Global del VIH/SIDA. América Latina y el Caribe. *Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica. Guatemala: Situación del VIH/SIDA y la respuesta a la epidemia*. 2016. Disponible en:

La recolección de datos epidemiológicos, paso esencial para poder efectuar dicho plan, comenzó en el año 2003, o sea, diecinueve años después del primer brote de la enfermedad. Aún más, la calidad de esta información fue y sigue siendo pobre. En otras palabras, Guatemala hasta el día de hoy desconoce realmente quiénes son los/as afectados/as, cuántos/as son y cuáles son sus necesidades.<sup>211</sup> ¿Cómo planea el Estado efectuar una estrategia nacional -y por ende determinar la cantidad de recursos, cómo movilizarlos y a dónde enfocarlos- si desconoce la información más básica del problema?

No comprender la magnitud del problema llevó a Guatemala a adoptar una respuesta frente a la crisis del VIH/SIDA que puede caracterizarse como tardía y muy por debajo de los estándares de cuidado clínico, tanto los propios como los internacionales, aun aquellos especialmente diseñados para naciones con escasos recursos o en vías de desarrollo.<sup>212</sup>

---

<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CAHIVAIDSGuatemalaFINALSPA.pdf>

[fecha de última consulta: 17/12/2017].

<sup>211</sup> Banco Mundial - Programa Global del VIH/SIDA. América Latina y el Caribe. *Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica. Guatemala: Situación del VIH/SIDA y la respuesta a la epidemia*. 2016. Disponible en:

<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CAHIVAIDSGuatemalaFINALSPA.pdf>

[fecha de última consulta: 17/12/2017].

<sup>212</sup> OMS. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach*. 2016. Disponible en:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf?ua=1)

[fecha de última consulta: 17/12/2017];

ONUSIDA. *Ending Aids: Progress Towards the 90-90-90 Targets*. 2017. Disponible en: [http://www.ONUSIDA.org/sites/default/files/media\\_asset/Global\\_AIDS\\_update\\_2017\\_en.pdf](http://www.ONUSIDA.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf)

[fecha de última consulta: 21/12/2017];

ONUSIDA. *Guatemala*. 2018. Disponible en:

<http://www.ONUSIDA.org/en/regionscountries/countries/guatemala>

[fecha de última consulta: 20/12/2017];

OPS. *Evaluación para el Fortalecimiento de la Respuesta del Sistema de Salud al VIH en Guatemala*. 2009. Disponible en:

[http://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=difusion&alias=188-respuesta-al-sistema-de-salud-del-vih-en-guatemala&Itemid=518](http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=difusion&alias=188-respuesta-al-sistema-de-salud-del-vih-en-guatemala&Itemid=518)

[fecha de última consulta: 20/12/2017].

No es difícil entender por qué el Estado de Guatemala está tan atrás de alcanzar las metas que él mismo se propuso durante la versión original del Plan Estratégico Nacional 1999-2003 o de sus subsecuentes revisiones 2006-2010 y 2017-2021;<sup>213</sup> las cifras hablan por sí solas. Por ejemplo, una de esas metas fue la eliminación de la transmisión materno-infantil del virus y hoy en día sólo se cubre el tratamiento de un 19% de las mujeres embarazadas con VIH.<sup>214</sup> Mientras tanto, el número de huérfanos por la enfermedad continúa ascendiendo y con él el costo indirecto de la enfermedad.<sup>215</sup> El reporte Global de la ONU del 2017 también demuestra que Guatemala está bien lejos

---

<sup>213</sup> ONUSIDA. *Guatemala*. 2018. Disponible en:

<http://www.ONUSIDA.org/en/regionscountries/countries/guatemala>

[fecha de última consulta: 20/12/2017];

Banco Mundial - Programa Global del VIH/SIDA. América Latina y el Caribe. *Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica. Guatemala: Situación del VIH/SIDA y la respuesta a la epidemia*. 2016.

Disponible en:

<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CAHIVAIDSGuatemalaFINALSPA.pdf>

[fecha de última consulta: 17/12/2017];

ONUSIDA. *The Gap Report*. 2014. Disponible en:

[http://files.ONUSIDA.org/en/media/ONUSIDA/contentassets/documents/ONUSIDApublication/2014/ONUSIDA\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://files.ONUSIDA.org/en/media/ONUSIDA/contentassets/documents/ONUSIDApublication/2014/ONUSIDA_Gap_report_en.pdf)

[fecha de última consulta: 17/12/2017];

<sup>213</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala - Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Marzo 2006.

<sup>214</sup> ONUSIDA. *Guatemala*. 2018. Disponible en:

<http://www.ONUSIDA.org/en/regionscountries/countries/guatemala>

[fecha de última consulta: 20/12/2017];

Banco Mundial - Programa Global del VIH/SIDA. América Latina y el Caribe. *Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica. Guatemala: Situación del VIH/SIDA y la respuesta a la epidemia*. 2016.

Disponible en:

<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CAHIVAIDSGuatemalaFINALSPA.pdf>

[fecha de última consulta: 17/12/2017];

ONUSIDA. *The Gap Report*. 2014. Disponible en:

[http://files.ONUSIDA.org/en/media/ONUSIDA/contentassets/documents/ONUSIDApublication/2014/ONUSIDA\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://files.ONUSIDA.org/en/media/ONUSIDA/contentassets/documents/ONUSIDApublication/2014/ONUSIDA_Gap_report_en.pdf)

[fecha de última consulta: 17/12/2017].

<sup>215</sup> UNICEF. *Guatemala - VIH/SIDA*. 2018. Disponible en:

[https://www.unicef.org/guatemala/spanish/hiv\\_aids\\_1523.htm](https://www.unicef.org/guatemala/spanish/hiv_aids_1523.htm)

[fecha de última consulta: 15/11/17].

de alcanzar las metas 90-90-90 propuestas en 2014, pues solamente 36% de las personas con VIH/SIDA tienen acceso a TARV y 25% tienen la enfermedad controlada.<sup>216</sup>

Por otro lado, resulta importante reiterar que las directrices que la OMS recomendó para naciones con escasos recursos o en vías de desarrollo, las cuales Guatemala decidió adoptar, limitan el número de TARVs a las más efectivas en términos médicos y de costos y disminuyen ciertos requerimientos clínicos con el fin de disminuir costos sin comprometer la calidad del servicio de salud.<sup>217</sup> Sin embargo, ello no justifica que las primeras TARVs se iniciaran en Guatemala en 1999 -quince años después del primer caso reportado- en el marco de un estudio de investigación clínico por parte de una compañía farmacéutica y que fuera Médicos Sin Fronteras al año siguiente la primera entidad que las ofreciera.<sup>218</sup> Tampoco que el Estado de Guatemala empezara a

---

<sup>216</sup> ONUSIDA. *Ending Aids: Progress Towards the 90-90-90 Targets*. 2017. Disponible en: [http://www.ONUSIDA.org/sites/default/files/media\\_asset/Global\\_AIDS\\_update\\_2017\\_en.pdf](http://www.ONUSIDA.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf)

[fecha de última consulta: 21/12/2017];

ONUSIDA. *Guatemala*. 2018. Disponible en:

<http://www.ONUSIDA.org/en/regionscountries/countries/guatemala>

[fecha de última consulta: 20/12/2017].

<sup>217</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala - Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA. Marzo 2006;

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala - Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Lucha contra el VIH y SIDA. Marzo 2014;

Banco Mundial - Programa Global del VIH/SIDA. América Latina y el Caribe. *Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica. Guatemala: Situación del VIH/SIDA y la respuesta a la epidemia*. 2016. Disponible en:

<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CAHIVAIDSGuatemalaFINALSPA.pdf>

[fecha de última consulta: 17/12/2017];

OPS. *Evaluación para el Fortalecimiento de la Respuesta del Sistema de Salud al VIH en Guatemala*. 2009.

Disponible en:

[http://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=difusion&alias=188-respuesta-al-sistema-de-salud-del-vih-en-guatemala&Itemid=518](http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=difusion&alias=188-respuesta-al-sistema-de-salud-del-vih-en-guatemala&Itemid=518)

[fecha de última consulta: 20/12/2017].

<sup>218</sup> OPS. *Evaluación para el Fortalecimiento de la Respuesta del Sistema de Salud al VIH en Guatemala*. 2009. Disponible en:

[http://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=difusion&alias=188-respuesta-al-sistema-de-salud-del-vih-en-guatemala&Itemid=518](http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=difusion&alias=188-respuesta-al-sistema-de-salud-del-vih-en-guatemala&Itemid=518)

[fecha de última consulta: 20/12/2017].

asumir directamente la responsabilidad del tratamiento recién en los años 2006/2007, al comenzar el traspaso de algunos/as pacientes que Médicos Sin Fronteras cuidaba a los centros médicos de atención pública,<sup>219</sup> o que firmara el primer acuerdo integral para adquirir a costos razonables medicinas y reactivos de laboratorios básicos para el cuidado de las personas con VIH/SIDA veintinueve años después del inicio de la epidemia, lo que explica por qué el Estado ha dependido hasta muy recientemente de organizaciones no gubernamentales para la prestación de cerca del 40% de los servicios relacionados con el VIH/SIDA mientras que otras naciones en la región han alcanzado a cubrir servicios con un 90% de recursos propios.<sup>220</sup> Mucho menos justifica el desabastecimiento crónico de TARVs, situación que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) calificó como insostenible, crítica y constitutiva de violaciones serias al derecho de la salud de las personas con VIH/SIDA.<sup>221</sup>

Todo esto explica, sin excusar al Estado, los hechos indiscutidos de este caso:<sup>222</sup> de las ocho víctimas fatales, tres nunca recibieron cuidados médicos antes de su muerte, aun a pesar de tener tuberculosis activa dos de ellas; a cinco nunca se les realizaron pruebas de resistencia y a tres nunca se les realizaron pruebas de carga viral y conteos de células CD4. Ninguna de las cuarenta y una víctimas que aún viven recibieron

---

<sup>219</sup> OPS. *Evaluación para el Fortalecimiento de la Respuesta del Sistema de Salud al VIH en Guatemala*. 2009. Disponible en:

[http://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=difusion&alias=188-respuesta-al-sistema-de-salud-del-vih-en-guatemala&Itemid=518](http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=difusion&alias=188-respuesta-al-sistema-de-salud-del-vih-en-guatemala&Itemid=518)

[fecha de última consulta: 20/12/2017].

<sup>220</sup> ONUSIDA. *Ending Aids: Progress Towards the 90-90-90 Targets*. 2017. Disponible en:

[http://www.ONUSIDA.org/sites/default/files/media\\_asset/Global\\_AIDS\\_update\\_2017\\_en.pdf](http://www.ONUSIDA.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf)

[fecha de última consulta: 21/12/2017].

<sup>221</sup> OPS. *Evaluación para el Fortalecimiento de la Respuesta del Sistema de Salud al VIH en Guatemala*. 2009. Disponible en:

[http://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=difusion&alias=188-respuesta-al-sistema-de-salud-del-vih-en-guatemala&Itemid=518](http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=difusion&alias=188-respuesta-al-sistema-de-salud-del-vih-en-guatemala&Itemid=518)

[fecha de última consulta: 20/12/2017].

<sup>222</sup> CIDH. Fondo. *Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA*, párrs. 67 y 68.

cuidados médicos por parte del Estado antes de 2006/2007. A nueve de ellas no se les han realizado pruebas de resistencia, de carga viral o conteo de células CD4 y a otras veintiuna de ellas no se les han realizado en intervalos apropiados. Además, por no recibir el tratamiento apropiados veintiocho de ellas contrajeron enfermedades oportunistas.

El Estado esgrime en su defensa la falta de recursos económicos, que queda completamente sin piso cuando se observa que naciones tan o más pobres que Guatemala han logrado mejorías sustanciales.<sup>223</sup> Por ejemplo, Haití, la nación más pobre del hemisferio occidental y la cual ha sido azotada por conflictos socio-políticos y catástrofes naturales ha logrado cifras muy superiores en lo que respecta al diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA.<sup>224</sup> El argumento económico se puede también caracterizar como miope, pues el Estado al amparar su inacción antes de 2006/2007 o su posterior deficiente acción en el alto costo directo de la enfermedad está ignorando por completo el costo indirecto, el cual es muchísimo más alto pues en términos de orfandad ya había cobrado veintinueve mil víctimas en el país al 2003. Este costo indirecto lleva a la pérdida de productividad y la destrucción de la estructura social y núcleos familiares.<sup>225</sup>

---

<sup>223</sup> CIDH. Fondo. *Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA*, párrs. 39-56.

<sup>224</sup> García, P. J., Bayer, A. y Cárcamo, C.P., "The Changing Face of HIV in Latin American and the Caribbean", en *Current HIV/AIDS Reports*, vol. 11, nro. 2, 2014, pp. 146-157;

ONUSIDA. *The Gap Report*. 2014. Disponible en:

[http://files.ONUSIDA.org/en/media/ONUSIDA/contentassets/documents/ONUSIDApublication/2014/ONUSIDA\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://files.ONUSIDA.org/en/media/ONUSIDA/contentassets/documents/ONUSIDApublication/2014/ONUSIDA_Gap_report_en.pdf)

[fecha de última consulta: 17/12/2017];

ONUSIDA. *Ending Aids: Progress Towards the 90-90-90 Targets*. 2017. Disponible en:

[http://www.ONUSIDA.org/sites/default/files/media\\_asset/Global\\_AIDS\\_update\\_2017\\_en.pdf](http://www.ONUSIDA.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf)

[fecha de última consulta: 21/12/2017].

<sup>225</sup> ONUSIDA. *Guatemala*. 2018. Disponible en:

<http://www.ONUSIDA.org/en/regionscountries/countries/guatemala>

[fecha de última consulta: 20/12/2017].

De este análisis surge que Guatemala ha incumplido constantemente durante treinta y tres años sus obligaciones como proveedor de servicios médicos básicos para pacientes con VIH/SIDA y como responsable de la salud pública.

## 6. Conclusión

De conformidad con las normas de interpretación establecidas en el artículo 29 de la Convención Americana, las generales del derecho internacional establecidas en la Convención de Viena, y los criterios hermenéuticos desarrollados y aplicados por esta Corte en base a ellas, ha de reafirmarse que el artículo 26 de la Convención Americana reconoce los derechos expresamente mencionados en la Carta de la OEA, así como aquellos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura en ella contenidas; que éstos están sujetos a las obligaciones generales contenidas en los artículos 1.1 y 2; que aun cuando la obligación de garantía se vea condicionada por la cláusula de desarrollo progresivo, los Estados tienen deberes de cumplimiento inmediato respecto de esos derechos; y que la Corte tiene competencia para pronunciarse sobre su violación. A su vez, ha de reconocerse que el derecho a la salud es uno de los derechos protegidos por el artículo 26 y que ciertos aspectos de su contenido y alcance se diferencian de los de los derechos a la vida e integridad personal. En este sentido, para gozar del “más alto nivel posible de salud física y mental”, el Estado debe asegurar que la atención médica sea disponible, accesible, aceptable y de buena calidad y adoptar políticas públicas para que ello sea así en el caso de personas particularmente vulnerables como aquellas con VIH/SIDA y, entre ellas, personas de bajos recursos, mujeres en general y mujeres embarazadas en particular. En este orden de ideas, la actuación de Guatemala resulta un claro incumplimiento de sus obligaciones bajo el artículo 26 en relación con el artículo 1.1 y 2 respecto del derecho a la salud de las víctimas.

Guatemala ha incumplido constantemente durante treinta y tres años sus obligaciones como proveedor de servicios médicos básicos para pacientes con VIH/SIDA y como responsable de la salud pública, al no seguir los estándares establecidos por los organismos internacionales especializados en salud y ni siquiera proveer los mínimos servicios que otros países con similares o menores grados de desarrollo y capacidad económica realizan. Ello se tradujo en afectaciones directas a cada una de las víctimas del presente caso.

7. Petitorio

Por todo lo expuesto, la Clínica de Derechos Humanos de la Escuela de Derecho de la Universidad de Texas en Austin y la Escuela de Medicina Dell de la misma Universidad respetuosamente solicitan a este tribunal que admita este escrito y considere los argumentos que en él se contienen a la hora de resolver el *Caso Cuscul Pivaral y otras personas con VIH/SIDA Vs. Guatemala*.

Por todo los autores,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Dulitzky', written in a cursive style.

Ariel Dulitzky  
*Clinical Professor of Law and Director, Human Rights Clinic*