

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES.
SEMINARIO DE GRADUACION EN CIENCIAS JURIDICAS AÑO 2006.
PLAN DE ESTUDIOS 1993.



LA INEFICACIA DEL ESTADO SALVADOREÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ARTICULOS 2.2 Y 24.1 DE LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, AL NO PREVENIR EL ABANDONO DE NIÑAS Y NIÑOS INFECTADOS POR EL VIH-SIDA, REGISTRADOS POR EL INSTITUTO SALVADOREÑO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DURANTE LOS AÑOS 2000 – 2005.

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OPTAR AL GRADO Y TITULO DE:
LICENCIADO EN CIENCIAS JURIDICAS.

PRESENTADO POR:

HILENDA VERONICA VENTURA BLANCO.
HISMELIO CORONADO MORALES RAMON.

DOCENTE DIRECTOR DE SEMINARIO
LICDA. EVELYN ROXANA NUÑEZ FRANCO.

JUNIO 2007.

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, CENTROAMERICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTORA

DRA. MARIA ISABEL RODRÍGUEZ.

VICERRECTOR ACADEMICO

ING. JOAQUIN ORLANDO MACHUCA GOMEZ.

VICERRECTORA ADMINISTRATIVA

DRA. CARMEN ELIZABETH RODRÍGUEZ DE RIVAS.

SECRETARIA GENERAL INTERINA

LICDA. ALICIA MARGARITA RIVAS DE RECINOS.

FISCAL GENERAL

LIC. PEDRO ROSALIO ESCOBAR CASTANEDA.

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES

DECANA

LICDA. MORENA ELIZABETH NOCHEZ DE ALDANA.

VICEDECANO

LIC. OSCAR MAURICIO DUARTE GRANADOS.

SECRETARIO

LIC. FRANCISCO ALBERTO GRANADOS HERNÁNDEZ.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE SEMINARIO DE GRADUACION

LICDA. BERTA ALICIA HERNÁNDEZ AGUILA.

DIRECTORA DE SEMINARIO

LICDA. EVELYN ROXANA NUÑEZ FRANCO.

INDICE

	Pàgs.
AGRADECIMIENTOS	vi.
INTRODUCCIÓN	viii.
CAPITULO 1	
1 1 INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DEL PROBLEMA	1
1 2 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN	1
1 3 ALCANCES DE LA INVESTIGACION.	3
1 3 1 DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN:	3
1 3 1 1 DELIMITACION ESPACIAL	3
1 3 1 2 DELIMITACION TEMPORAL	4
1 3 1 2 1 Ámbito Coyuntural	4
1 3 1 2 2 Ámbito Histórico	4
1 4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
CAPITULO 2	
2 1 MARCOS DE ANÁLISIS	8
2 1 1 MARCO HISTORICO	8
2 1 1 1 Marco Internacional.	8
2 1 1 2 Ámbito Nacional	13
2 2 MARCO COYUNTURAL	16
2 3 MARCOS DOCTRINARIOS:	21
2 3 1 SOBRE EL ABANDONO DE NIÑOS Y NIÑAS	21
2 3 2 SOBRE LA DOCTRINA DE LA PROTECCIÓN INTEGRAL	25
2 3 3 SOBRE LA ENFERMEDAD DEL VIH-SIDA:	31
2 3 3 1 Enfermedad del VIH-SIDA en Adultos	31
2 3 3 2 Enfermedad del VIH-SIDA en los Niños y Niñas.	35
2 4 MARCO LEGAL	39
2 4 1 NORMATIVA NACIONAL	39
2 4 2 NORMATIVA INTERNACIONAL RATIFICADOS POR EL ESTADO SALVADOREÑO	55
2 4 3 COMPROMISOS POLITICOS ASUMIDOS POR EL ESTADO SALVADOREÑO ANTE LA COMUNIDAD INTERNACIONAL.	62

CAPITULO 3

3	1	DOCTRINA DE LA PROTECCIÓN INTEGRAL SEGUN LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, LA INTERVENCIÓN ESTATAL Y LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH-SIDA EN EL SALVADOR	67
3	2	DOCTRINA DESARROLLADA EN LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO.	67
3	3	LA INTERVENCIÓN DEL ESTADO PARA LA DEFENSA DE LOS NIÑOS Y LOS PROGRAMAS SOCIALES DE APOYO A FAMILIAS DE ESCASOS RECURSOS AFECTADO POR EL VIH-SIDA	76
3	4	EL VIH-SIDA EN EL SALVADOR	82
3	4	1 ANTECEDENTES DE LA EPIDEMIA EN EL SALVADOR	82
3	4	2 EL VIH-SIDA EN CIFRAS EN EL SALVADOR.	86
3	4	3 LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH-SIDA	90
3	4	3 1 TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DURANTE EL EMBARAZO, PERIODO PERINATAL Y POST NATAL.	95
3	4	3 2 ATENCIÓN AL RECIEN NACIDO HIJO DE MADRE VIH POSITIVA	98
3	4	3 2 1 Diferencias en las Manifestaciones Clínicas del Niño y el Adulto con VIH-SIDA	100
3	4	3 3 ¿ES EFICAZ LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL EN EL SALVADOR?	101

CAPITULO 4

4	1	LA DISCRIMINACIÓN, LA AUSENCIA DEL ALTO NIVEL DE SALUD Y LA FALTA DE MEDIDAS Y PREVENCIÓN DEL ABANDONO DE NIÑOS Y NIÑAS CON EL VIH-SIDA EN EL SALVADOR	105
4	2	LA DISCRIMINACIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS POR CAUSA DE LA ENFERMEDAD DEL VIH-SIDA	105
4	2	1 LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS EN CONTEXTO DEL VIH-SIDA SEGÚN LA DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON VIH-SIDA.	107
4	2	2 EL IMPACTO DEL VIH-SIDA DE LOS PADRES EN NIÑAS Y NIÑOS SANOS	109
4	2	3 CAUSAS INTERNAS DE LA INEFICACIA DEL ESTADO SALVADOREÑO AL NO PREVENIR LA DISCRIMINACIÓN Y AUSENCIA DEL ALTO GRADO DE SALUD EN LOS NIÑOS CON VIH-SIDA.	110
4	2	4 CAUSAS EXTERNAS DE LA INEFICACIA DEL ESTADO SALVADOREÑO AL NO OFRECER SALUD EN SU MÁS ALTO GRADO A LOS NIÑOS ABANDONADOS CON VIH-SIDA	119
4	2	5 CAUSALES DE ABANDONO DE NIÑAS Y NIÑOS CON VIH-SIDA.	121
4	2	6 POLÍTICAS Y MEDIDAS ACTUALES POR PARTE DEL ESTADO PARA NIÑOS Y NIÑAS ABANDONADOS CON VIH-SIDA.	125
4	2	7 ACCIONES POR EJECUTAR POR PARTE DEL ESTADO EN RELACIÓN A NIÑOS Y NIÑAS ABANDONADOS CON VIH-SIDA	132
4	2	7 1 Necesidad de un Marco Regulatorio Especial para Niños y Niñas con VIH-SIDA	134
4	2	7 2 Necesidad de un Marco Regulatorio Dirigido a las Madres Embarazadas y Mujeres en Edad Fértil	138

CAPITULO 5

5 1	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS Y COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	140
5 2	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:	140
5 3	PRUEBA DE HIPÓTESIS	174

CAPITULO 6

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	185
CONCLUSIONES	185
RECOMENDACIONES	190

ABREVIATURAS	191
---------------------	-----

GLOSARIO	193
-----------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	204
---------------------	-----

ANEXOS	
---------------	--

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por medio de Jesucristo, por superar los obstáculos y llevar a feliz termino mi segunda carrera.

A las personas que han dejado huellas en mi historia, sin esperar recompensas: Gustavo Ernesto Guillén Merino; Teresa de Jesús Merino de Guillén; Zoilita Palma; Yalù Emèrita Suárez de Campos; doña Mireya Elisa Rivera Vda. de Checo, por las atenciones propias de una madre dominicana; a los esposos Lucia y Benito Cabral y con especial afecto a Dora Alicia Mojica y Alejandro Díaz Segura.

A mi esposa Rosa Guadalupe, amor paciente y pilar fundamental de mi existencia, que me ha dado los retoños: Alexis David, Carolina Jasmín y Andrea Guadalupe quienes alegran y prosiguen mi vida.

A mi Madre, mujer fuerte en las tormentas y alegre en la espera. A mi padre José Emilio forjador de una familia tal como Dios la ha querido.

A mis hermanos Alfredo, Irma Rebeca, Cecilia y con recuerdo celestial por Pedro Ismael, quienes son parte de mi familia.

Pero con gran aprecio a mi hermana Mary y sus hijas, Julissa y Taty, para que en sus anhelos brille el deseo de la superación y prosperidad.

Y a nuestra Directora de Seminario, Magistrada de lo Contencioso Administrativo, Licda. Evelyn Roxana Núñez Franco, por su paciencia y comprensión.

HISMELIO CORONADO MORALES RAMON.

AGRADECIMIENTOS.

A ese ser tan maravilloso (Dios) por la sabiduría y la fuerza para superar todo tipo de obstáculos y culminar mi carrera a feliz término.

Con especial agradecimiento a quienes me ayudaron sin esperar nada a cambio: René Flores Palacios, Paula Olivia, Ledis Maritza y Gerberth Iván Ventura.

A mis padres José Eladio y María Cristina, por haberme dado la dicha de la vida, ya que a partir de ese momento fui una triunfadora y por su apoyo incondicional en el transcurso de mi carrera.

A mis hermanos Blanca Lidia, Eladio, Leopoldo y Angelina, por toda la ayuda que me brindaron para culminar mi carrera con éxito.

A mis sobrinos: Jonathan, Gabriela, Génesis, Mariela y Nahomi.

A mis amigos y amigas por su apoyo y palabras de aliento que me dieron en los momentos mas difíciles de mi vida.

A todas aquellas personas que de alguna u otra manera colaboraron conmigo para la elaboración de esta Tesis.

A nuestra asesora de Tesis, Licda. Evelyn Roxana Núñez Franco, por su tiempo para la realización este trabajo.

HILENDA VERONICA VENTURA BLANCO

INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene como Objetivo General demostrar la ineficacia del Estado Salvadoreño en el cumplimiento de los Artículos 2.2 y 24.1 de la Convención de los Derechos del Niño, al no prevenir medidas que garanticen el abandono de Niñas y Niños infectados por el VIH-SIDA y que han sido registrados por el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia durante los años 2000 al 2005.

Nuestra Investigación iniciará con el Planteamiento, Formulación y Delimitación del problema de investigación, ubicándolo en el Contexto Socio-Histórico que se inicia en 1978 donde hombres homosexuales en los Estados Unidos y en Suecia, como también heterosexuales en Tanzania y en Haití comienzan a mostrar signos de lo que luego pasará a denominarse: enfermedad VIH-SIDA.

El contexto Internacional inicia en los años `80 y a El Salvador lo ubicamos en plena guerra civil donde aparece el primer caso de VIH-SIDA. Y finalizada la guerra Civil de El Salvador con los Acuerdos de Paz en 1992, la infección del VIH-SIDA ya había aumentado pues el Estado Salvadoreño, priorizaba las políticas, estrategias y acciones de la guerra.

La Atención Integral del menor no se está dando preventivamente, pues a la madre, no se le ayuda económicamente ni educa para el abandono, y a la Sociedad no se le informa para la reconversión social del abandono de niños y niñas con VIH-SIDA.

El marco coyuntural abarca la situación social de la familia y la Sociedad Salvadoreña imbuida de problemas sociales de las “maras”, la situación económica e introducción del dólar y la situación socio económica de la mujer cabeza de hogar.

La doctrina sustentadora de la situación de los niños abandonados por el VIH-SIDA, es abarcativa a la Doctrina de la Protección Integral y todos los derechos y obligaciones tanto de la familia como el Estado. Por lo mismo, se sustenta por los conocimientos y aspectos doctrinarios sobre la enfermedad en los adultos y el impacto del VIH-SIDA en los niños. Sin dejar de mencionar el marco legal Nacional, la Normativa Internacional ratificada y los Compromisos Políticos asumidos por el Estado Salvadoreño ante la Comunidad Internacional.

En el Capítulo 3 analizamos la Doctrina de la protección Integral según la Convención de los Derechos del Niño, en cuanto los derechos reconocidos y las obligaciones propias que asumen los padres, y que al momento del abandono, son desechados y es el Estado que tienen que tiene que intervenir agotando los mecanismos legales establecidos. Además, los antecedentes del VIH-SIDA en El Salvador desde los años '80 y por lo mismo notamos en cifras los estragos que ha caudado a la población eminentemente productiva. Siendo una de la estrategias para la prevención del VIH-SIDA en las mujeres la Transmisión Vertical; que tiene como fundamento los tres niveles de infección y que la Red de Salud, no está poniendo todo el empeño en el tratamiento de los niños infectados, ya que necesitan un tratamiento especial, por su baja prevalencia de agentes inmunes. Ante esto podemos preguntarnos si ¿Es eficaz en El Salvador la Prevención Vertical?

Seguidamente en el Capítulo 4 indicamos la mayor discriminación contra los niños que es el abandono, y todas las causas implícitas y del cúmulo de derechos violentados con el impacto del VIH-SIDA en los menores de edad. Teniendo como base fundamental la consecuencia interna que el Estado Salvadoreño no ha podido superar, y además causas externas, que nos dan la causa del abandono de los niños. Retomaremos, las políticas actuales que está llevando a cabo el Órgano Ejecutivo, donde se atiende a los menores de edad infectados y veremos todas las políticas sociales que ha impulsado

Y en el capítulo 5 analizamos e interpretamos los resultados y comprobamos nuestras dos Hipótesis.

Terminamos con las Conclusiones y Recomendaciones que el Estado debe realizar para superar el abandono de los niños y niñas con VIH-SIDA, y darle una calidad de vida a los menores institucionalizados o no.

CAPITULO 1

1.1 INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DEL PROBLEMA

1.2 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

El Objetivo de nuestra Investigación es mostrar que el Estado Salvadoreño en el ejercicio del poder y aplicaciones de políticas sociales está realizando Acciones, Planes y Programas de Prevención del VIH-SIDA, sin considerar directamente a los niños y niñas abandonados por sus progenitores infectados por el VIH; por eso, realizamos la presente investigación, pues las causas y factores en el ámbito de la infección infantil por VIH-SIDA no ha sido tratado; no hay estudios precisos y detallados y es urgente desarrollarlo, puesto que los niños y niñas, se les roba la infancia y el goce de sus derechos que están siendo ignorados por las instituciones estatales, porque que la información, educación y prevención dirigida a las madres embarazadas es limitada.

Así mismo, toda la prevención está enfocada a la población adulta y productiva, relegando a los niños y niñas a un plano no contemplado por la Convención sobre los Derechos del Niño; siendo de relevancia social ésta investigación, ya que entraremos a sondear el lado oscuro del VIH-SIDA. Por lo tanto, es necesario ilustrar la realidad del seno familiar y conocer los estragos a nivel de abandono de los padres, su situación social, económica y legal. Dicha relevancia implica enfocar el futuro incierto de los niños y del país.

Y las investigaciones de campo, ayudarán a priorizar, analizar los esfuerzos y acciones ejecutadas por parte del Estado Salvadoreño, y el por qué no penetra en la población la información y educación sobre el VIH-SIDA. Aunque la gama de problemas prácticos derivados de la falta de prevención para el abandono de niños y niñas con VIH-SIDA, requiere más esfuerzo y reorientación de los recursos financieros. Pues la prevención, control y tratamiento, está quedando solo para las personas que busquen la salud; pues no hay agentes que oferten la salud preventiva, por ser deficiente la cobertura de la Salud a nivel Nacional. También falta orientar e implementar medidas

sociales que incentiven con apoyo económico a los padres o familiares con menores con SIDA.

Esta investigación llenará el vacío existente ante la problemática que la Doctrina de Protección Integral del niño solo se aplica a familias sanas; por lo mismo pondría a disposición nuestro esfuerzo para futuras investigaciones y se estudien a fondo otras variables o se desarrollen nuevas investigaciones que puedan crear corrientes de pensamiento sobre la Protección Especial para Niños con VIH-SIDA a partir de la Prevención Materna.

Finalmente, conoceremos las posibles soluciones a la problemática e indicaremos los orígenes de las causas de dicho abandono y las debilidades institucionales relativas a la falta de apoyos concretos para los menores abandonados con VIH-SIDA y el abandono económico de la mujer Cabeza de Hogar.

Y lo haremos mediante objetivos específicos de: a) Analizar y demostrar que la falta de información, educación y medidas sociales por parte del Estado, es la causante, de la discriminación extrema contra los niños y niñas con VIH-SIDA; b) Demostrar que el abandono de los niños y niñas con VIH-SIDA es por falta de políticas económicas y programas agresivos de apoyo y sostenimiento encaminadas a las madres seropositivas; c) Enfocar y mostrar las consecuencias de la realidad social de la mujer portadora del VIH-SIDA como Cabeza de Hogar; d) Demostrar que el Estado Salvadoreño en el marco regulatorio legal sobre la prevención del VIH-SIDA no contempla la protección a favor de niños y niñas abandonados seropositivos y e) Definir y puntualizar la dinámica niño, familia y Estado, según la Convención sobre los Derechos del Niño, no es coherente con las estrategias y medidas de prevención en la mujer embarazada portadora del VIH-SIDA.

1. 3. ALCANCES DE LA INVESTIGACION.

1.3.1 DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN:

1.3.1.1. DELIMITACION ESPACIAL

Esta investigación abarca a las instituciones involucradas del Gran San Salvador en donde visitaremos principalmente oficinas del ISNA de San Salvador y Zacatecoluca, el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, el Centro de Excelencia para Niños con Inmunodeficiencia, Hospital Nacional de Maternidad, Hospital Rosales, la Procuraduría General de la República (Unidad de Familia), la Red Regional de Derechos Humanos y VIH-SIDA (Capítulo de El Salvador), Fundación Inocencia y otras ONGs vinculadas con el tema; además, en el interior del país, en Zacatecoluca el Hogar Jardín de Amor, para niños abandonados con VIH-SIDA y en el Municipio de San Martín el Hogar “Reina Sofía” de la ONG Mensajeros de la Paz.

En estos lugares hay información, control, documentación y son sitios de abandonos y mantenimiento de los niños con VIH-SIDA.

1.3.1.2. DELIMITACION TEMPORAL

1.3.1.2.1. ÁMBITO COYUNTURAL:

Nuestra investigación abarca el periodo de los años 2000 a 2005.

1.3.1.2.2. ÁMBITO HISTÓRICO:

Dentro de los Antecedentes Históricos se tiene como punto de partida el Reglamento para la Investigación, Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), cuyas disposiciones ya no responden a las actuales exigencias de la epidemia y la realidad de casos en la sociedad Salvadoreña; también la Ratificación de 1996 de la Convención de los Derechos del Niño, por parte del estado Salvadoreño y correlativamente el 23 de noviembre del 2001 se emite la Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, y para facilitar y asegurar la aplicación de esta Ley, y regular la organización y funcionamiento del CONASIDA se emite mediante Decreto Ejecutivo número 40 de fecha 28 de abril del 2004 el Reglamento Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, donde se fijan los derechos a recibir Asistencia Sanitaria, tratamiento médico, quirúrgico y de consejería a quien lo requiera; así como las obligaciones del enfermo originadas por su estado de salud.

Además la experiencia alcanzada por el Hospital Nacional de Maternidad en la aplicación de retrovirales a mujeres embarazadas desde el año 2000.

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el capítulo II los artículos 32 y 34 de la Constitución, establece que la familia es la base de la Sociedad Salvadoreña y el Estado se compromete a protegerla y crear instituciones para tal efecto. Entonces sus miembros gozan de la protección, apoyo y estima del Estado¹. También el artículo 44 de la Constitución establece que los Convenios suscritos por El Salvador, son leyes de la República.

En El Salvador, existen políticas, estrategias y un Plan Nacional contra el VIH-SIDA, enfocados a prevenir cualquier forma de transmisión. Es muy amplia y a surtido efecto en la población catalogada de riesgo. De igual manera en los Centros de Salud, Hospitales Nacionales, SIBASIS y Organizaciones No Gubernamentales e instituciones involucradas en el tema del VIH-SIDA, se ofrecen pruebas voluntarias y gratuitas de VIH-SIDA a mujeres embarazadas, a éstas se les adiestra de las posibles formas de transmitirle el VIH-SIDA al bebé por nacer.

Pero todo el enfoque se hace a nivel de prevención de la transmisión médica. El Estado de El Salvador, informa al adulto, específicamente a la población productiva, pero la información no baja a definir claramente lo relativo a las consecuencias sociales y familiares.

Lo que se conoce del VIH-SIDA, es lo que se lee en los periódicos, lo que se ve en la Televisión y lo que dicen los vecinos, amigos y compañeros de trabajo. La mayoría de la población “ha oído” sobre el SIDA. Pero el Gobierno no ha explicitado la información, no ha mostrado la realidad del VIH-SIDA a través de seminarios, conferencias, panfletos, brochures, etc.

La información es la que conoce la mayoría de la población, pero referida únicamente a los adultos eminentemente productivos. Y a la población sana no se le ha informado y educado sobre la realidad y mitos sobre el paciente seropositivo, sintiendo temor al contagio, estigmatización y discriminación.

¹ Art. 348 Inc. Final C. Fm.

Hay mínimo conocimiento de la prevención de la transmisión de la infección llamada vertical.

Las políticas estatales no mencionan a los menores portadores del VIH-SIDA.

Está parcializada la información, muchas personas desconocen esta vía de transmisión de la pandemia.

Es a través de las madres infectadas, que se les controla y se previene la propagación de la infección vertical, pero el Estado no se detiene a informar y capacitar a las madres: ¿Qué hacer?, dónde buscar alternativas, quien les ayudará económica y hospitalariamente, a quien recurrir, como desenvolverse cuando el niño se agrave; todo esto partiendo que la madre o el padre aun están sanos. Cuando en la pareja ambos están infectados y en un plazo inmediato, fallece uno de ellos y queda con vida el padre o la madre, se desencadena la desesperación de tener un menor con VIH-SIDA.

Generalmente es la madre la portadora del VIH-SIDA quien tiene que responsabilizarse y llevar el peso de la enfermedad del menor: llevarlo a consulta, administrarle a la hora los retrovirales, estar pendiente de las enfermedades oportunistas, saber identificar las dolencias, etc. La carga de solventar su situación económica, descuida la atención de la madre al niño enfermo, al grado que es un estorbo, un sin sentido, pues la misma madre está enferma, y al momento del quiebre mental por ser portadora del VIH-SIDA, decide abandonar en el Hospital o donde la madre vea que alguien puede hacer algo por él.

La falta de esperanzas se debe a que el Estado de El Salvador, no ha informado a la población infectada de las posibles mejorías de los pacientes tratados con el Protocolo 076, y la basta existencia de medicamentos retrovirales que pueden alargar la vida, tanto de la madre infectada y de sus hijos.

Además, la omisión del Estado Salvadoreño es no adoptar medidas legislativa, administrativa y de salubridad que preservan el abandono de niños y niñas portadores del VIH-SIDA, no ha prevenido a los padres, buscar apoyo, y no abandonar o dejar desamparado a los niños minusválidos sin antes haber agotado vía información estatal y comunitaria de los pocos avances terapéuticos infantiles.

Pero como no hay medidas, planes y programas sociales, que orienten las necesidades de las madres que han infectado a su menor hijo con VIH-SIDA, es urgente que existan o funcionen Guarderías o Instituciones de Apoyo a las Madres con hijos Positivos; pero no existen, ya que la política estatal únicamente esta referida a la prevención del VIH-SIDA en los adultos, deteniendo así el escape de la mano laboral productiva. Es decir, la prevención obedece a lineamientos políticos y económicos.

Por todo lo anterior, se puede conjugar que los derechos del niño con VIH-SIDA, violenta la Convención sobre los Derechos del Niño en los Artículos 2.2 referida a la discriminación y el 24.1 establece el mayor grado de salud que debe gozar el niño; en el entendido que no hay un nivel alto de salud, y mucho menos una amplia, suficiente y oportuna información a los padres en relación al cuidado de sus hijos con VIH-SIDA. Pues el abandono de los menores seropositivos es la peor discriminación que el Estado Salvadoreño, está cometiendo en contra de los enfermos de VIH-SIDA, surgiendo así la discriminación por ser portador de VIH-SIDA.

Hay que valorar el aporte del Estado Salvadoreño, contra la prevención del VIH-SIDA en los adultos, pero hace falta que se integre a la política social, a las madre con énfasis al menor con VIH-SIDA. Se debe educar, apoyar y estimular a los padres que no discriminen extremadamente a sus hijos por ser portadores de VIH-SIDA. Por lo mismo, el Estado debe profundizar y comunicar los posibles tratamientos existentes, que pueden alargar la vida del menor y dárselos a conocer a las madres.

CAPITULO 2

2.1 MARCOS DE ANALISIS

2.1.1 MARCO HISTORICO

2.1.1.1 MARCO INTERNACIONAL:

Existe un 95% de probabilidad que el virus del VIH apareció entre 1910 y 1950. Aunque, en 1959 en Inglaterra se detectó evidencias del VIH-SIDA en tejidos de un marinero fallecido en Manchester, y ese mismo año en Africa en un hombre del Congo cuya sangre fue congelada dio Positivo², la muestra había sido congelada como parte de un estudio de investigación de aquella época y fue analizada en 1998 en busca del nuevo virus³. Los primeros casos notificados en Norteamérica fueron en 1968.

La enfermedad se propagó mundialmente, debido a cambios sociales suscitados en los años '50 al '70; por la migración rural a las ciudades en Africa, y dentro de países sub desarrollados; por adicción y uso de drogas por vía parenteral; la promiscuidad sexual, especialmente por individuos jóvenes, pobres y sexualmente activos que retornan al lugar de origen, y por el uso de derivados sanguíneos para aplicaciones médicas de un país a otro.

A nivel internacional, por la movilidad de guerras civiles, turismo, viajes de negocios y tráfico de drogas.

Antes y finales de los años '70, las infecciones tempranas en Africa Central y en los países occidentales⁴, causaron muertes que comprometían el sistema inmunológico, dejándolo indefenso a las infecciones y causando la muerte. Lo anterior, creó un pánico mundial, difundido por los medios de comunicación internacional, creándose que la

² <http://www.venezolano.web.ve/archives/185-Historia-de-VIHSIDA,-del-Mono-al-hombre>.

³ Por otra parte, datos serológicos han sugerido la presencia del VIH en el Zaire desde 1959, y fue testeado con relación al brote del Ebola en 1976.

⁴ Un análisis de suero asociado a la hepatitis B en Nueva Cork, los Ángeles y San Francisco, sugiere que el VIH-SIDA ingreso en la población de los EE.UU. a finales de los años '70

discriminación y estigma de muchas personas e instituciones hospitalarias, al desconocer las formas de transmisión.

El recorrido histórico del VIH-SIDA desde 1978 donde homosexuales de Estados Unidos y Suecia; heterosexuales de Tanzania y Haití mostraron signos de VIH - SIDA.

Pero de 1981 - 1985 se registraron epidemias de enfermedades crónicas y mortales relacionadas con el SIDA en Ruanda, Tanzania, Uganda, Zaire y Zambia.

En Nueva York y California se observó, un índice alarmante de Sarcoma de Kaposi e infecciones oportunista poco frecuentes⁵, en homosexuales jóvenes con antecedentes de buena salud. Se pensó, que el estilo de vida homosexual, se relacionaba directamente con la enfermedad, pero el síndrome es común a drogadictos endovenosos; mujeres acompañadas con hombres bisexuales y niños nacidos de madres con SIDA. En abril de 1982, el tercer virus del SIDA es descubierto por Gallo y Montaignier; surgen estudios de un retrovirus y SIDA, aunque en 1985 se utilizan anticuerpos contra el VIH-SIDA; se convoca la Primera Conferencia Internacional sobre SIDA en Atlanta (EE.UU.).

En los años 1986-1989, se inicia el uso de la terapia AZT. Y Estados Unidos no permite el ingreso de infectados con VIH.

La Organización Mundial de la Salud, lanzo su Programa Global sobre Sida; la Asamblea de Salud Mundial aprobó una estrategia global contra la epidemia y la Asamblea General de la ONU (1988), declara el interés universal en la lucha contra el SIDA. También, se realizó la IV Conferencia Internacional del Sida en Suecia con asistencia de países subdesarrollados, ahí se informo de 96,443 casos de SIDA en el

⁵ López López, Pío Historia del VIH-SIDA, Asociación Colombiana de Infectología, Universidad del Valle, Colombia 2003, Pág. 114-117: La primera documentación científica que describe la enfermedad por primera vez aparece el 10 de diciembre de 1981 en el New England Journal of Medicine. Describiendo una enfermedad nueva que estaba apareciendo. Posteriormente el 5 de Junio y 3 de Julio del mismo año vuelven a parecer en el Morbidity Mortality Weekly Report (MMWR). En la primera, una pequeña nota interior del MNWR, describe que de Octubre de 1980 a mayo del 1981, 5 jóvenes masculinos, homosexuales activos, por una infección por *Pneumocystis carinii* en 3 hospitales de los Angeles. Los 5 pacientes tenían infecciones previas de citomegalovirus (CMV) y candidiasis en mucosas. Dos pacientes habían fallecido. En la segunda, del 3 de Julio, amplía la información con casos de Nueva York incluyendo el Sarcoma de Kaposi como patología asociada en pacientes homosexuales.

Mundo, elevándose a 160,000 en 1989. Además, se establece el 1º de diciembre como Día Mundial del SIDA.

De 1990-1997 surgen los acontecimientos siguientes: Se incrementan a 254,000 las infecciones por VIH-SIDA, pero la O.M.S. estima que son 10 millones. Se suministra el TAR (1991) como “cóctel” para aprovechar sus efectos terapéuticos y aminorar sus efectos tóxicos. En julio de 1992, se estudian fármacos combinados y se aprueban antirretrovirales con el objetivo de agilizar la disponibilidad de nuevas moléculas para la lucha contra el SIDA. Se alerta sobre la replicación del VIH durante la fase sintomática (1993).

Se realiza la IX Conferencia Internacional de SIDA en Berlín, Alemania, y se informa por primera vez del veloz contagio en el sudeste de Asia.

Se conoce el protocolo para la prevención de la transmisión madre / hijo (1994), y demuestra que el AZT permitía disminuir la transmisión del VIH de madre a hijo. Se firma en Francia la Declaración de la Cumbre sobre SIDA en París (diciembre 1994) que declara a la Humanidad amenazada por el SIDA, y se compromete a implementar estrategias adecuadas para enfrentar la emergencia sanitaria.

Por primera vez en diez años no se llevó a cabo una Conferencia Internacional de SIDA. Pero en 1996 se creó ONUSIDA.

Se desecha la monoterapia y la terapia dual, intensificando el uso de la Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARGA⁶: combinación de dos inhibidores de la transcriptasa reversa y un inhibidor de la proteasa), produce un control de la enfermedad en la mayoría de los pacientes. Para 1997, hay 11 antirretrovirales incluyendo el

⁶ TARGA (en español): Tratamientos de Antirretrovirales de Gran Actividad. En inglés HAART: High Activity Anti Retroviral Treatment.

ritonavir e indinavir, iniciándose la era de la terapia triple; los beneficios se hicieron evidentes: hubo una rápida y firme disminución de la mortalidad y de hospitalizaciones por SIDA.

Pero la gente seguía muriendo, a pesar de las novedades terapéuticas y se estimaba en 22 millones las personas con VIH-SIDA en todo el mundo.

Durante el periodo de 1998-2001, las combinaciones llegan ser más complicadas y más difíciles. Y se descubren las primeras fallas del TARGA, pues no bloquea la replicación viral, desarrolla resistencia a las drogas y la posibilidad de que la terapia fracase es elevada.

Durante 1999, se introduce en Europa el Efavirenz junto con 13 fármacos más para combatir la infección por el VIH.

A fines de diciembre, ONUSIDA publica las últimas cifras sobre la epidemia: 5.6 millones de nuevos contagios en 1999 y con 33.6 millones de personas que viven con VIH-SIDA en todo el mundo.

En Estados Unidos y Europa (2000) se logra tres drogas en una sola cápsula llamada Trizivir que puede hacer más fácil la adhesión.

La zona mas afectada por el VIH-SIDA en el año 2001, es la Europa Oriental por la falta de apoyo político; en Polonia y Hungría por la falta de grupos de apoyo a la población afectada por el VIH, es posible que exista una epidemia encubierta. En Rumania, Bulgaria y la ex Yugoslavia, los que están infectados tienen pocas esperanzas de conseguir tratamiento.

En la ex Unión Soviética se previó una crisis sanitaria por los 150,000 infectados; a pesar que los tratamientos no existen, sólo 500 personas reciben un tratamiento combinado.

En la Europa actual el número de infecciones por VIH y muertes por SIDA se ha estabilizado, en un 50 % con respecto a los «años de la plaga».

En España la transmisión del VIH no ha descendido, pero cada día aumenta el número de personas con tratamientos retrovirales⁷.

A finales de 2001, se aprobó en Europa, una píldora diaria de tenofovir y no se conocen efectos secundarios o aspecto peligroso o preocupante⁸.

Del 25-27 de Junio 2001 la Asamblea General de las Naciones Unidas realizó debate sobre el acceso a la asistencia médica en el sur del mundo.

Podemos afirmar que en este año el Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, lanzó la idea de crear una campaña política para apoyar la lucha contra el Sida en todo el mundo, efectuándose una sesión especial sobre Sida en Nueva York durante el mes de Junio; y después de semanas de negociaciones, los 189 miembros de la Asamblea aprobaron una declaración que establece fechas para que los países implementen estrategias de educación, prevención, tratamiento y asistencia, en especial para millones de huérfanos. Cientos de ministros, incluyendo a 24 Presidentes y Primeros Ministros, asistieron a la sesión de tres días. Como parte de la lucha mundial contra el SIDA, las compañías farmacéuticas decidieron reducir los precios de las drogas en el sur del mundo para facilitar el acceso a la asistencia a personas que viven con VIH-SIDA.

⁷ www.projint.org/spanish/fs/lopinavirsp.htm

⁸ www.aidsinfonet.org/428e-tenofovir.html

2.1.1.2. AMBITO NACIONAL:

Este recorrido histórico está determinado en la realidad salvadoreña, la que se inicia partir de 1984, en plena guerra civil, aparece el primer caso de VIH-SIDA en El Salvador. Mientras la guerra seguía su curso, la espiral de infección iba en aumento en sectores que se creían eran los grupos de mayor riesgo de infección como los homosexuales y las prostitutas.

El Estado Salvadoreño, tomaba acciones médicas y adoptaba medidas políticas y legislativas. Así el 26 de Enero y el 27 de abril de 1990, fue firmada y ratificada la Convención sobre los Derechos del Niño, constituyéndose Ley Secundaria de la República. Y para estar en sintonía con la Doctrina que rige la Convención se adopta un nuevo Código de Familia el 29 de septiembre de 1994, el cual es excepcional, pues es el único en América Latina desde 1990 que otorga un lugar central a la protección integral a los niños, niñas y la familia.

Entre estas dos legislaciones a favor del niño y la familia, finaliza la guerra Civil de El Salvador con los Acuerdos de Paz en 1992, pero la infección del VIH-SIDA ya se había desarrolla y expandido, pues el Estado Salvadoreño, priorizaba las políticas, estrategias y acciones de la guerra.

El VIH-SIDA para los años '90 había adquirido nuevo rostro y nueva dimensión, pues la realidad surgida de los Acuerdos de Paz, hizo replegarse al Estado y ver los problemas sociales. La pandemia estaba haciendo estragos en la Sociedad salvadoreña. atacaba a la población productiva.

Se había modificado el grupo de riesgos de la infección, entre ellos estaban las mujeres embarazadas. Quienes por falta de una buena y efectiva prevención, tratamiento y control, a inicios de los '90 hizo que se incrementaran las niñas y niños con VIH-SIDA. Pues la madre embarazada con serología positiva infecta al niño durante la gestación, en el parto o lactancia materna. Pero es hasta el año 1996, únicamente y a iniciativa de la administración del Hospital Nacional de Maternidad de San Salvador, se inicia el tratamiento con retrovirales a las mujeres embarazadas con VIH Positivo.

En el año 2001 la infección de VIH-SIDA parece ir mas rápido entre la población joven entre los 15 y 24 años y prevalece aun más entre varones, según el programa común de las Naciones Unidas para el VIH-SIDA (UNAIDS).

El Programa Nacional Contra el VIH-SIDA a mediados de junio de 2001, contabiliza un total de 7,560 habían sido diagnosticados con VIH-SIDA en El Salvador. El 75% de los casos de VIH y de SIDA se encontraba en la población masculina, 266 niños eran portadores de SIDA y 274 infectados con VIH, se había registrado que 361 habían muerto por SIDA.

Después el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, lanza la campaña de prevención del VIH/SIDA a mujeres embarazadas y de la prueba del VIH-SIDA voluntaria (que en la práctica es sugestivamente impuesta), además, la sustitución de la leche materna.

Hasta acá el VIH-SIDA había diezmando a la población adulta, ¿Pero los niños y niñas, qué razón tienen de ser infectados por la madre?, ¿Quién es el responsable? El Estado por no efectivizar un control y prevención agresiva o por que la madre tardó en ponerse en control o tomó los retrovirales en mala hora, por la inexperiencia en el parto o por amamantar con leche materna al niño o niña.

Estas madres padeciendo la infección del VIH-SIDA, por las causas de: Estigma y discriminación; por razones culturales y económicas; por falta de oportunidades laborales; por ser cabezas de hogar, madres precoces o han muerto en el parto o por la progresión de fase SIDA, han tenido que abandonar al niños o niña infectado con el VIH-SIDA, en Hospitales, basureros, iglesias, vías públicas y en Instituciones de protección a menores. Este abandono es la extrema discriminación hacia los menores portadores del VIH o en fase SIDA.

Ante la realidad de la infección por VIH-SIDA en niños y niñas que va en aumento (8% en 2004) el Estado Salvadoreño ha creado y Actualizado Programas de Atención de Calidad, ejecuta el Plan Estratégico Nacional Contra VIH-SIDA, ha

decretado la Ley y su respectivo Reglamento de Prevención y Control de la Infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana; proyecta gastos y Ejecuta el Presupuesto respectivo; mejora estrategias e informa sobre avances y metas alcanzadas por años.

Pero la problemática es que a pesar de todos los esfuerzos, parece que el Estado, no afinca, no aterriza preventivamente sobre los efectos y consecuencias sociales, familiares, económicas y psicológicas del abandono de niños y niñas con VIH-SIDA.

Es cierto que hay limitantes como fraccionar retrovirales propios de adultos y graduarlos a pediátricos, tener una sola dieta nutricional para todos los niños y niñas con VIH-SIDA, la falta de visión y planeación de un Hogar Multidisciplinario para Niños y Adolescentes con VIH-SIDA y se eviten programas ambulatorios manejados por el CENID, anexo al Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

En consideración, el Estado Salvadoreño, no está realizando, tomando, asumiendo políticas sociales y acciones adquiridas en la Convención Sobre los Derechos de los Niños, especialmente en el Art. 24.1 pues “el goce del más alto nivel de salud” del niño o niña con examen serológico positivo o en fase de SIDA no es posible pues el comportamiento precoz le da la muerte antes de cumplir los 2 años de vida. La atención integral del menor no se está dando preventivamente, pues a la madre, no se le ayuda económicamente ni educa para el abandono, y a la Sociedad no se le informa para la reconversión social del abandono de los niños y niñas con VIH-SIDA.

2.2 MARCO COYUNTURAL

El soporte coyuntural de los niños abandonos afectados por el VIH-SIDA, durante los años 2000 a 2005, tiene causas predominantemente económicas, culturales y baja cobertura de salud, que se han afincado, expandido y agudizado mediante la dolarización que el Gobierno Salvadoreño puso en vigencia el 27 de noviembre del año 2000, cuando la Asamblea Legislativa de El Salvador aprobó un proyecto de "Ley de Integración Monetaria".

Los gobiernos del Partido Político de ARENA, en lugar de estimular las exportaciones, pusieron énfasis en el control de la inflación, en la estabilidad cambiaria y en la acumulación de reservas monetarias. En otras palabras, sacrificaron el modelo en aras de la estabilidad económica. Como las remesas, los préstamos y la inversión extranjera, en pocos años generaron suficientes divisas como para garantizar el financiamiento de las importaciones, el pago de la deuda externa y el crecimiento de las reservas. A Gobierno no le preocupó el poco dinamismo de las exportaciones.

Al entrar en vigencia la medida, en enero de 2001, se registró un incremento inmediato de los precios de la canasta básica, medicina y servicios básicos; en medio de un casi generalizado rechazo de la población a realizar transacciones en dólares, por que el proceso de conversión de las monedas resultaba muy engorroso para una población con bajos niveles educativos.

Para la mayoría de la población, en cambio, las condiciones de vida empeoraron.

La producción nacional apenas creció un 2%, tasa similar a la obtenida en el año 2000. El sector industrial elevó su producción en un 4%, estimulado por los terremotos, que convirtieron a miles de refugiados, apoyados por la cooperación internacional, en demandantes de alimentos.

El comercio exterior tuvo un desempeño bastante negativo, debido a la baja de los precios del café, a los problemas económicos de Centroamérica y a la crisis de Estados Unidos. Las exportaciones de café disminuyeron en 183 millones de dólares, las exportaciones no tradicionales a Centroamérica cayeron en 2% y las exportaciones de maquila a Estados Unidos bajaron, a tal punto que varias zonas francas cerraron durante el año 2002 y despidieron a miles de trabajadoras. Las exportaciones totales en el año descendieron en 76 millones de dólares.

El déficit fiscal alcanzó el 4% del Producto Interno Bruto (un poco mayor a lo permisible) y durante el año se recortaron algunos gastos eliminando subsidios y despidos masivos de empleos públicos a través de la compactación de algunos Ministerios y del cierre de plazas. La inflación fue de 3%. Aunque no es elevada, muestra la poca capacidad de compra de la población y la caída de las ventas, que es una expresión de desequilibrio monetario.

Además, señalamos que algunos servicios públicos, como la energía eléctrica, hubo un encarecimiento de las tasas como resultado de la eliminación de los subsidios. También los salarios mínimos nominales se mantuvieron iguales y, por lo tanto, en términos reales disminuyeron.

En cuanto al empleo, hay que destacar la pérdida neta de 37,000 puestos de trabajo en el sector privado y el cierre de 8,804 plazas en el sector público para el año 2002 (8% del empleo público), a fin de llegar al 2003 con menos carga financiera.

Hay que tomar en cuenta que en el 2001 entraron en vigencia los Tratados de Libre Comercio (TLC) con México y República Dominicana y se firmó un tratado similar con Chile. Además, el TLC con Canadá y Estados Unidos.

La flexibilización del mercado laboral (eliminación del salario mínimo, del pago de horas extras y de las restricciones sobre contrataciones y despidos) ha deteriorado los salarios. Es posible que haya un poco más de empleo en algunos sectores de la

economía, pero con salarios inferiores al mínimo actual, que no alcanza a cubrir ni el 25% de la canasta básica.

La crisis de producción agrícola se acentuó, lo mismo que la emigración campesina hacia las ciudades, elevando el nivel de delincuencias en lo urbano. Proliferan los negocios informales urbanos y se deteriorará más el medio ambiente en el área rural y en las ciudades, por las necesidades de sobrevivencia de los campesinos y por la aglomeración de desempleados en las urbes.

El 13 de enero del 2001, El Salvador fue azotado por un fuerte terremoto de una magnitud de 7.6 en la escala de Richter. El 13 de febrero, un mes después del primero, se presentó un segundo terremoto, cuya magnitud fue de 6.6 en la escala de Richter. Ninguno de los terremotos que habían afectado el país se compara con los daños ocasionados por estos últimos. Adicionalmente a los daños directos causados por el terremoto se presentaron desprendimientos y erosión de las montañas ocasionando una destrucción mayor en carreteras y de infraestructuras que fueron afectadas hubo 1,155 edificios públicos dañados, 169,792 viviendas dañadas; 108,261 viviendas destruidas, 688 viviendas soterradas, 405 iglesias y 43 muelles dañados, ascendiendo a un total de 280,344 construcciones afectadas. El 38.6% de las construcciones afectadas correspondió a viviendas destruidas.

Con relación al daño a la infraestructura de salud, a pesar de que no hubo pérdidas totales, fueron dañados 19 (63%) Hospitales, 75 (21%) Unidades de Salud y 12 (7%) centros de salud del total de la infraestructura de salud establecida.

Los daños ocasionados en la red de abastecimiento de agua fueron severos. Los principales daños se presentaron en los tanques de almacenamiento, en las plantas de bombeo de los sistemas que abastecen de agua a algunos sectores de San Salvador y en la infraestructura en general en las regiones Central, Occidental y Oriental. Los daños reportados ascienden a más de cinco millones de dólares.

Dadas las características epidemiológicas que presentaba el país al momento del terremoto, incluía: 1) el encontrarse saliendo de una gran epidemia de dengue, 2) la presencia de una epidemia de enfermedad diarreica por rotavirus, 3) la circulación esporádica de virus del cólera, 4) la presencia de zonas endémicas de malaria, 5) antecedentes previos de presencia de casos de leptospirosis y 6) la presencia de un frente frío que afectaba al país posterior al desastre, entre las principales condiciones, las autoridades de salud del país activaron un sistema de vigilancia epidemiológica para lograr una mejor vigilancia y control después del desastre. A este sistema se notificaba diariamente la sospecha de más de 20 padecimientos. Dos semanas después de que la tormenta tropical Stan dejó sus huellas en El Salvador, los resultados de evaluaciones de daños están por surgir. El número de muertos en El Salvador fue de 69. La inversión necesaria en reconstrucción en El Salvador, según estimaciones, andará arriba de los 200 millones de dólares.

En El Salvador el aporte del café al PIB es alrededor de un 2%. Los daños al café, provocados por la tormenta tropical Stan y la erupción del volcán Santa Ana, en el occidente del país; esta erupción fue la causante del mayor daño a las cosechas. Las lluvias de ceniza afectaron unas 112 de las 1,000 hectáreas cultivadas por las cooperativas asociadas a APECAFE. La lluvia ácida del volcán quemó cafetos y árboles de sombra e hizo perder las hojas lo que provocará una pérdida estimada de 300 quintales de café oro-uva (alta calidad) para la cosecha 2005 – 2006, el 3% de la cosecha nacional.

Por otro lado la inseguridad y violencia en El Salvador se agudiza por el fenómeno social de las "Maras" o pandillas juveniles, generadas principalmente por la deportación de salvadoreños ilegales en Estados Unidos, con un auge de criminalidad que reta al mismo sistema judicial y al mismo Gobierno, que ha impuesto dos programas - Mano Dura y Mano Super Dura - creados para luchar contra el crimen y violencia, que a la fecha no ha dado los resultados esperados. Junto con esta realidad de violencia, se están deformando los valores morales que rigen las relaciones entre la población y los sistemas de poder y que han llegado a formar parte importante en el sistema de normas y

valores sociales, formales e informales, que aceptan, toleran y retroalimentan las conductas violentas, y dictan pautas de relación entre las personas⁹. La aceptación de la violencia como norma no es sólo compartida entre los miembros de pandillas, al hacer un “rito de iniciación” que requiere de una paliza; esta aceptación se encuentra también, por ejemplo, al justificar el uso de violencia contra la mujer, abandono de niños y exceso de disciplina en menores de edad, argumentando que el castigo físico le ayudó a ser una mejor persona.

Revisada la realidad económica impuesta por el Gobierno de turno, la realidad de la familia Salvadoreña se ha visto asolapada por las necesidades, pagos y solventar todo tipo de problemas económicos, agravados por las relaciones de parejas, comunitarias y problemas de salud. Las cuales se agravan con la violencia contra la mujer, por depender económicamente y moral de la pareja o esposo. Siendo una manera clara de transmisión y propagación del VIH-SIDA. Culturalmente la mujer no negocia la relación sexual, por temor al rechazo masculino tanto en lo económico, social o moral.

Además, la realidad está gravada por la situación de la cobertura de la salud, por parte del Estado Salvadoreño. Dando paso a que muchas personas no tengan acceso a la salud a lo largo y ancho del territorio salvadoreño. Por lo mismo, e influenciado por la cultura de dejar todo por último, muchas mujeres no tienen la costumbre de la medicina preventiva. Por eso en el contexto social y médico hay muchos pacientes que llegan a los centros de Atención de Salud en etapa SIDA.

⁹ Informe de PNUD, 2003.

2.3. MARCOS DOCTRINARIOS:

2.3.1. SOBRE EL ABANDONO DE NIÑOS Y NIÑAS

Históricamente, muchas culturas han practicado el abandono de infantes. Aunque algunos niños pueden sobrevivir como lo describe Tertuliano, en su Apología: “es ciertamente más cruel que matar... el abandonarlos al frío y al hambre de los perros”¹⁰.

La doctrina le ha llamado niño expósito, palabra latina y culta dada a una realidad bastante dura. Este nombre lo inventaron y lo usaron ya los romanos con el significado que tiene en nuestra lengua. El verbo *expono, exponere, expósui, expósitum*; significa “*poner fuera*”, sacar. Las aplicaciones de este verbo son infinitas, y una de ellas es dejar fuera de la casa (*ex pósito* = puesto fuera) al recién nacido no deseado. Esta práctica de la exposición, del simple sacarlo fuera, fue practicada por todos los pueblos con intención de eutanasia, pero con la posibilidad de sobrevivir si a alguien le interesaba la criatura.

La historia nos cuenta que en Grecia se llegaba más allá, yendo directamente al infanticidio. En Roma al paterfamilias, dueño absoluto de los hijos, el derecho le reconocía como un elemento más de la *potestas patria et ius exponendi*, es decir el derecho de sacar fuera de la casa, y dejarlo ahí para que se muera o para que alguien lo recoja, al hijo no deseado.

El cristianismo le dio una forma más humana para los hijos abandonados, a los que recogió en los hospicios y en las casas de expósitos; y para las madres manteniendo su anonimato. Quedaron sin embargo profundas huellas de la crueldad en que estaba envuelto algo tan grave.

El autor Araya, diferencia categorías de abandono que pueden ser el **abandono material** cuando el niño o niña no es recibido en el seno familiar con atenciones

¹⁰ Citado en Caballero Minero, José Luis. Los Escritos de Tertuliano. BAC, Madrid, 1989, página 166.

adecuadas y a nivel de su edad, como medicamentos, alimentación, cuidado, prevención, etc.

El abandono Moral: Se produce cuando se ha constituido la familia y en el seno de ella se instala el vicio, pues hay indigencia, incompetencia o desintegración de la familia; también cuando los padres o responsables de su tutela, incitan al menor a ejecutar actos perjudiciales para su salud física, moral y espiritual, como por ejemplo pedir dinero, tirarlo a la vagancia, frecuentar prostíbulos, tener amistades indecorosas, etc.

Podemos definir el abandono como la situación en que se encuentra un niño o niña, por causales que impiden o perturban su desarrollo integral.

El abandono ha sido estudiado por diversas ciencias y disciplinas, influyendo diversa doctrinas, como la que predominó con el antiguo Código de Familia, donde se consideraba al niño o niña abandonada como “en situación irregular”. Actualmente impera la Doctrina de Protección Integral, prevaleciendo los derechos de los niños y niñas.

Hay que indicar que el abandono en sí mismo, constituye el núcleo fundamental donde giran los estudios de Derecho de Familia y las instituciones sobre las que influyen pertenecen a distintos ámbitos jurídicos; por eso este derecho está emparentado con el derecho de Familia y con la Criminología. Muchos autores restringen el marco de actuación del derecho de menores a la infancia abandonada.

El Derecho de Familia no se fundamenta en la situación en que se encuentra el menor (como lo indicaba la doctrina de la situación irregular), sino que se asienta en las particularidades y derechos del niño o niña como sujetos de derechos. Por lo demás, los márgenes de abandono pueden ser categorizados como es el caso de niños o niñas con la infección de VIH-SIDA. No se puede negar que el abandono de menores seropositivos determinan e indican que hay que integrar y reforzar ciertos derechos consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño; y por lo mismo, dando más protagonismo en

cantidad y calidad a las Instituciones y organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales.

El abandono de los niños y niñas con VIH-SIDA implica desamparo o que no se le administren los medios necesarios para lograr el “más alto nivel de salud física y rehabilitación”.

Así que, la situación de los niños y niñas abandonados por ser portadores del VIH-SIDA reviste trascendencia en el ámbito normativo jurídico relativo a la incidencia de la autoridad parental,¹¹ sobre la adopción y lo relativo a la autorización de pruebas médicas y a una subsidiariedad estatal.

Las denominaciones de abandono: En primer lugar no es coincidente para nuestra legislación hablar de menores en situación irregular o de desamparo o denominarlo como niño o niña “en estado de abandono”, evitando remitir al concepto que colocan a menores como trasgresor de la norma, enfatizando su persona en lugar de poner el acento en los derechos del niño o niña; siendo coherentes con la Convención Sobre los Derechos del Niño que dejó la Doctrina de la Situación Irregular que era discriminatoria y se ha pasado a la Doctrina de la Protección Integral, llamada también doctrina de las Naciones Unidas para la Protección de los Derechos de la Infancias; es decir, que todos los derechos de los niños y niñas están concatenados unos con otros; puesto que esta doctrina arguye el Interés Superior del niño o niña, y no solo de estos sino también de la madre¹², cuando ésta es Cabeza de Hogar.

La doctrina en nuestro Código de Familia, reconoce al niño abandonado por VIH-SIDA como un sujeto de derecho a protección especial por parte del Estado, derechos condicionales de vida que permita su desarrollo integral; el derecho a la unidad de la familia y corresponsabilidad del Estado; y derecho a la ayuda Comunitaria cuando la misma familia lo ha abandonado.

¹¹ Art. 240 C. Fm.

¹² Art. 4 C. Fm.

Pero el mismo vocablo “abandono” no solo denota violación de derechos de niño o niña, sino que es efecto de causales y situaciones que resultan difícilmente determinables en su totalidad, pero es posible que pueden ser sectorizadas y controladas con voluntad política.

Muchos autores y legisladores han tratado de delimitar la esfera de las causas por las que sucede el abandono; en 1933, los ingleses decían que era falta de cuidado razonables u omisión de pasos de un padre prudente; en Nueva Cork, se consideraba abandonado al niño o niña menor de 16 años cuando el padre o madre no le suministraba comida, vestuario, techo, educación, etc.

Es decir, que el equilibrio entre los derechos del niño y los deberes de la familia no deben traspasarse ni duplicarse, pues todo niño necesita apoyo, cuidado, protección, etc. Esos derechos pertenecen al niño, y existen independientemente, donde se encuentre y mientras evolucionan los derechos de los padres pasan al niño. El niño abandonado por ser portador del VIH-SIDA es porque los padres han abandonado sus derechos para con sus hijos, no han abandonado al niño como sujeto de derechos, es cuando el Estado interviene o suplanta al padre de familia para proteger a los niños y niñas abandonados.

2.3.2. SOBRE LA DOCTRINA DE LA PROTECCIÓN INTEGRAL

La Convención sobre los Derechos del Niño, fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.

El artículo 3, recoge una de las contribuciones más al Derecho Internacional de los Derechos Humanos, al confirmar que el niño es a la vez, objeto del derecho a protección especial y sujeto de todos los demás derechos que la normativa internacional consagra como derechos de toda persona. El reconocimiento que no debe haber contradicción entre estas dos condiciones – objeto del derecho a la protección “que su condición de menor requiere”¹³ y sujeto de los derechos humanos fundamentales inherentes a la persona humana – es la esencia de un nuevo paradigma, una nueva visión del lugar del niño en la sociedad, que quizás será reconocido como una de las características más notables de nuestra era.

Las bases de la Doctrina de Protección Integral son cuatro: el niño como sujeto de derechos, el derecho a la protección especial, el derecho a condiciones de vida que permitan su desarrollo integral y la unidad de la familia y la corresponsabilidad de la familia, Estado y comunidad en la protección de los derechos del niño.

El Código de Familia adoptado por El Salvador en 1994, al cual el Comité de Derechos del Niño hizo mención, parece ser excepcional. Si bien varios Códigos de Familia han sido reformados para armonizarlos con la Convención sobre los Derechos del Niño, el de El Salvador parece ser el único Código de Familia adoptado en América Latina desde 1990 que otorga un lugar central a la protección integral del niño. Su artículo 346, denominado Protección Integral, establece que la protección del menor deberá ser integral en todos los períodos evolutivos de su vida, inclusive el prenatal y en los aspectos físico, biológico, psicológico, moral, social y jurídico. El afecto, la seguridad emocional, la formación moral y espiritual, los cuidados que el desarrollo

¹³ Esta expresión se emplea tanto por el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Art. 24.1 como el Pacto de San José, Art.19. La Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce el derecho de los niños a “cuidados y asistencia especiales,” y la Declaración Americana, su “derecho a protección, cuidados y ayuda especiales.” Artículos 25.2 y VII, respectivamente.

evolutivo del menor demanden, el ambiente adecuado y la recreación, son aspectos esenciales de la protección integral.

Además, el Art. 4 del Código de Familia de El Salvador enumera los principios rectores que lo inspiran. En esta disposición, el concepto de protección integral se aplica no sólo a los niños, sino también a la familia en la cual la madre es la única responsable del hogar. La ampliación del concepto de protección integral a esta categoría de familia con necesidades especiales constituye una ilustración interesante del desarrollo de la doctrina de protección integral.

Explica que la familia es sujeto de derechos y deberes dentro de la Convención, a pesar que algunos políticos la consideran como un instrumento que debilita a la familia como institución social. Todo lo contrario, es un instrumento que no concibe al niño como ser autónomo desvinculado del entorno familiar, sino que insiste sobre la importancia de la familia para el niño. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, por ejemplo, reconoce el deber de los padres y madres a “asistir, alimentar, educar y amparar a sus hijos menores de edad.”¹⁴

La Declaración de los Derechos del Niño de 1959 reconoce la importancia que tiene la familia para el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material¹⁵. Y la normativa internacional en materia de Derechos Humanos reconoce desde hace tiempo la importancia para la familia del derecho a la intimidad o a la privacidad. La normativa señala expresamente que el contenido del derecho del individuo a la intimidad o a la privacidad comprende el derecho a protección contra ingerencias arbitrarias en su familia¹⁶.

¹⁴ Artículo XXX

¹⁵ Principio 6. El preámbulo de la Convención sobre los Derechos del Niño da eco a dicho principio en una frase que reconoce “que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión.”

¹⁶ Véase, por ejemplo, el Artículo 12 de la Declaración Universal y V de la Declaración Americana.

Este panorama se transforma con la adopción de la Convención sobre los Derechos del Niño, en los Artículos 18 y 27, en la cual la dinámica entre la familia, el Estado y el niño ocupa un lugar central.

El tema de la familia y sus relaciones con el Estado y el niño tiene tres ejes: los deberes del Estado hacia el niño, los deberes de la familia hacia los niños y las obligaciones del Estado hacia la familia, pues debe garantizar y promover los derechos enunciados en la Convención, los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a los padres, para el desempeño de sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño.

Los padres cumplen razonablemente con la obligación con sus hijos, el deber del Estado, de acuerdo con el Artículo 5, es respetar esta dinámica natural entre la familia y el niño. En la medida en que los padres no tienen los conocimientos o la aptitud necesaria para cumplir cabalmente con este derecho y deber, la obligación del Estado es la que se señala en el artículo 18; es decir, la de proporcionarles la asistencia que necesitan para poder enfrentar esta tarea con éxito. Otra disposición de la Convención precisa que dicha asistencia puede comprender programas educativos y sociales, así como medidas de prevención y de protección eficaces que proporcionen “la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él”¹⁷.

Existen, obviamente, situaciones y casos extremos en los cuales los padres por un motivo u otro, no tienen las cualidades necesarias para garantizarles a sus hijos “condiciones adecuadas para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.” Estas circunstancias extremas se rigen principalmente en el artículo 19 que reconoce el derecho de los niños y niñas a protección “contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras.. se encuentre bajo la custodia de los padres..”, y el artículo 9, por su parte, reglamenta la separación del niño de su familia para efectos de protección.

El concepto de protección integral implica un rechazo del concepto tutelar de protección, en el cual la principal medida de protección era la separación del niño de su

¹⁷ Artículo 19.2 CDN

entorno familiar, por considerar a los padres como amenaza para el bienestar del niño. Es el rechazo de un sistema de protección desprovisto de garantías, porque éstas se consideraban innecesarias y hasta inconvenientes, puesto que se entendía todo lo que se hacía, era para el bien del niño.

El concepto de corresponsabilidad, en vez de culpar a las familias que no podían ofrecerles a sus hijos condiciones dignas de vida, reconoce su derecho a programas y políticas sociales que les permita cumplir con sus deberes hacia sus hijos.

Once son los derechos y principios vinculados al Derecho de Familia: 1) Las obligaciones del padre y de la madre con respecto al niño, es proporcionar condiciones de vida que permitan el sano desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social del niño; que incluye, vivienda, nutrición, agua, vestuario, higiene y un ambiente seguro y saludable. Los niños tienen derecho a la salud y a la atención médica, especialmente a la atención prenatal y a la inmunización de niños de corta edad.

Los niños tienen derecho a la educación, “al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas.”¹⁸ La estimulación durante los primeros meses y años de vida; derecho del niño a estar libre de “toda forma abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación” en su hogar; derecho a opinar libremente en todos los asuntos que le afecten.

Por último, el principio que ocupa un lugar central en la estructura de la CDN, es la primacía de los intereses del niño. 2) Igualdad de derechos y deberes de padre y madre que tienen “obligaciones comunes” con respecto a la crianza de sus hijos. Esta disposición refleja un principio más amplio, el de la igualdad del hombre y la mujer en términos generales, y en particular con respecto al matrimonio. La discriminación contra la mujer en esta materia no sólo atenta contra su dignidad, sino tiene consecuencias importantes para los niños, especialmente los que viven en hogares en donde el padre está ausente, los cuales constituyen un alto porcentaje de la población más afectada por la pobreza. 3) El derecho a un nombre, a una nacionalidad y a “las relaciones

¹⁸ Art.31.1 C. Fm.

familiares.” El artículo 7 precisa que el niño tiene derecho “a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos”, en la medida de lo posible. Nuestro Código de Familia reconoce el derecho del niño a “Saber quiénes son sus padres, ser reconocidos por éstos y llevar sus apellidos”¹⁹, aplicándose en tales procedimientos el principio de prueba libre²⁰. 4) La igualdad de los hijos a no ser discriminados, en particular aquella basada en la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, o el nacimiento del niño o de sus padres. 5) Pago de la pensión alimenticia por parte de los padres u otras personas que tengan la responsabilidad financiera por el niño, tanto si viven en el país como si viven en el extranjero. 6) El derecho a la identidad y los niños separados de un pariente, comprende, el derecho del niño a “preservar... las relaciones familiares”²¹. El niño tiene derecho “a mantener relaciones personales y contacto directo con ambos padres de modo regular, salvo si ello es contrario al interés superior del niño.” Puede ser reglamentado a fin de acomodar los intereses legítimos de otras personas, como por ejemplo la persona que tiene la guarda, pero no puede ser denegado en consideración a los intereses de cualquier otra persona o institución.

El Código de Familia, recoge la idea que la unidad de la familia no se limita a la familia nuclear, estableciendo al respecto: “También tienen derecho de comunicación con el hijo los abuelos, los parientes y otras personas que demuestren un interés legítimo, siempre que esto no resultare perjudicial a la salud física y mental del menor”²². 7) La edad mínima para el matrimonio con o sin acuerdo de los padres, a los 18 años tanto para los jóvenes”²⁴. En consecuencia, no debería permitirse el matrimonio antes de que hayan alcanzado la madurez y la capacidad plena.”²⁵ 8) El Artículo 19 de la Convención reconoce el derecho de todo niño a protección contra el abuso, maltrato y explotación a manos de sus padres u otras personas que estén *in loco parentis*. Y el abandono nunca debe declararse con base en la pobreza; cuando los padres carecen de los recursos necesarios para cuidar de sus niños en forma adecuada, deben recibir el apoyo necesario para cumplir con este deber. El Código de Familia, establece que, en

¹⁹ Art. 203.1 C. Fm.

²⁰ Art. 203.1 C. Fm.

²¹ Art.8.1 CDN.

²² *Ibid.*

²³ Básico para la tutela cuando fallecen los progenitores.

²⁴ Observación general No.4, 2003, página 20.

²⁵ Observación general No.21, página 36.

caso de una crisis familiar, el juez que conoce el caso debe confiar temporalmente los hijos ‘desamparados’ a un abuelo u otro pariente cuando posible²⁶, y sólo en último recurso entregarlos a una entidad de atención a la niñez²⁷. 9) La adopción ocupa un lugar especial dentro de la gama de soluciones previstas, pues es la solución ideal para niños privados de los cuidados de su familia biológica en forma permanente. Debe ser autorizada por las autoridades competentes, con arreglo a las normas sustantivas y procesales establecidas por ley, y procede cuando dichas autoridades determinen que los padres u otras personas interesadas hayan dado consentimiento a la adopción con conocimiento de causa, o cuando determinen que su consentimiento no es necesario por razones tales como el abandono. 10) El Artículo 9.2 de la CDN establece que en procedimientos relativos a la custodia de un niño o la suspensión o pérdida de autoridad parental, “se ofrecerá a todas las partes interesadas la oportunidad de participar en él y de dar a conocer sus opiniones.” Nuestro Código de Familia reconoce este derecho a partir de 12 años de edad a ser oído, en determinados procedimientos²⁸. 11) Primacía de los intereses superiores del niño. Se entiende por interés superior de la niña, niño y adolescente, todo lo que favorezca su pleno desarrollo físico, psicológico, moral, cultural, social, en consonancia con la evolución de sus facultades que le beneficie en su máximo grado²⁹.

La importancia de este principio para la familia se desprende del primer párrafo del Artículo 18 CDN, incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño.

Las personas y las entidades tanto públicas como privadas que desarrollen programas sociales o tengan responsabilidades en asuntos de menores, tomarán en cuenta sobre toda otra consideración, el Interés Superior del menor³⁰. Algunos especialistas consideran este principio peligroso, por ser un concepto abierto que otorga a las autoridades un margen de discreción que, en última instancia, sirve para limitar o negar los derechos de los niños.

²⁶ Art. 272 C. Fm.

²⁷ Art. 216 y 218 C Fm.

²⁸ Art. 174 (adopción) y 208 (tutela) C. Fm.

²⁹ Art.10 C. Fm.

³⁰ Art. 20 y 350 C. Fm.

2.3.3. SOBRE LA ENFERMEDAD DEL VIH-SIDA:

2.3.3.1 ENFERMEDAD DEL VIH-SIDA EN ADULTOS

En 1983 se logró establecer que el agente causal del SIDA, era un virus RNA de la familia de los Retrovirus, subfamilia de los lentivirus, que se denominó Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), permitiendo en 1985, desarrollar un test diagnóstico de esta infección por método de ELISA (en inglés Enzime-Linked Immunosorbent Assay), como también un test confirmatorio específico (Western blot). En la actualidad sabemos, que luego que el virus ingresa al organismo, se localiza en los ganglios linfáticos regionales (en el caso de transmisión sexual) o bazo y otros órganos linfoides en caso de transmisión sanguínea o vertical. Con posterioridad, el virus se disemina al resto del organismo, invadiendo el tejido linfoide y el sistema nerviosos central.

La estructura del virus está formada por una envoltura que contiene parte de la membrana citoplasmática de la célula que le dio origen y dos glicoproteínas. En el interior el virus posee dos hebras positivas de RNA que contienen toda la información genética, proteínas estructurales (incluyendo p24 que sirve para diagnóstico de infección) y enzimas que permiten la replicación del virus (transcriptasa reversa, proteasa e integrasa). El genoma del VIH posee alrededor de 9,700 pares de bases y contiene 3 genes estructurales que codifican las glicoproteínas de superficie, enzimas y proteínas estructurales; además, varios otros genes regulatorios. Una vez que el virus se fusiona con la célula blanco, libera sus 2 hebras de RNA al interior del citoplasma, donde por efecto de la enzima transcriptasa reversa se transforman en DNA de doble hebra, que puede integrarse al genoma del huésped por acción de la integrasa. Una vez integrado, puede permanecer latente como pro virus o iniciar un proceso de transcripción y traducción, que dará origen a un nuevo virus. Una parte del DNA viral se mantiene no integrado al DNA de la célula infectada.

El VIH-1 es extraordinariamente variable desde el punto de vista genético, debido a su alto nivel de mutabilidad, existiendo 3 grandes grupos: el M o mayor, O o externo y N.

Dentro del grupo M, existen 10 diferentes subtipos, que se designan con letras de la A a la J. El predominante en América y Europa es el subtipo B; en África en cambio, el subtipo A es el más frecuente, como lo es el subtipo E en Tailandia.

Además, el virus maneja una cinética viral, que durante la infección primaria por VIH, ocurre una rápida replicación del virus que es seguida por una enérgica respuesta inmune tanto celular como humoral, que produce aproximadamente 4 meses, a un nivel de equilibrio entre la producción y la destrucción del virus. El nivel de virus circulante (carga viral) en que se establece este “set point”, constituye un factor pronóstico a largo plazo. El nivel de linfocitos CD4+ es un excelente marcador de riesgo de desarrollar complicaciones oportunistas; sin embargo, el mejor predictor de progresión a SIDA o muerte es la carga viral.

En estado de equilibrio, la producción diaria de virus es de alrededor de 10 billones de partículas, con una vida media en el plasma de aproximadamente 1.2 días (24 horas intracelular y 6 horas extracelular). Pero desde el punto de vista inmunológico, la infección por VIH se caracteriza por una disminución progresiva del nivel de linfocitos CD4+ y un riesgo aumentado de desarrollar infecciones o neoplasias oportunistas (linfoma no-Hogking o Sarcoma de Kaposi).

Este riesgo tiene una relación estrecha con el nivel exacto de linfocitos CD4+, por lo que su determinación permite estimar con bastante exactitud, la probabilidad que tiene el paciente en ese momento de desarrollar determinadas infecciones o tumores.

El examen de rigor, es el ELISA para VIH, que detecta la presencia de anticuerpos y tiene una sensibilidad y especificidad superior al 99 % cuando el paciente tiene una infección establecida por VIH.

El período de ventana entre el contagio y la aparición de anticuerpos fluctúa entre 2 y 6 semanas, pero puede ser mayor en algunos pacientes. Los test confirmatorios de infección por VIH son el western blot y el test de inmunofluorescencia indirecta.

El seguimiento de laboratorio de los pacientes VIH Positivo, consiste en la determinación periódica del nivel de linfocitos CD4+ y su relación con linfocitos T supresores y la medición de la cantidad de virus circulante (carga viral), por medio de técnicas de biología molecular que amplifican el material genético del virus.

La infección distinguen cuatro etapas:

1) Infección primaria: Se presenta en el 50% a 90% de los pacientes y aparece entre 1 a 6 semanas (promedio 3 semanas) luego de la exposición al virus. El cuadro clínico consiste esencialmente en un síndrome mononucleósico caracterizado por la presencia de fiebre (96%), adenopatías (74%), faringitis (70%) y rash (70%). La mayoría de los pacientes tienen linfocitosis atípica en el hemograma. En este período el recuento de linfocitos CD8+ aumenta y el de CD4+ disminuye transitoriamente para luego tender a alcanzar los niveles previos a la infección. Durante este período ocurre la seroconversión que normalmente tarda entre 2 a 6 semanas desde la exposición al VIH.

2) La Infección asintomática o período de latencia clínica: Este período se extiende desde la seroconversión con o sin manifestaciones de Síndrome retroviral agudo, hasta el momento en que aparecen las primeras manifestaciones de la enfermedad y puede durar desde algunos meses hasta muchos años. En esta fase, existe una replicación constante del virus, particularmente a nivel de los tejidos linfoides que constituyen el mayor reservorio del VIH. Si bien habitualmente este período es asintomático, algunos pacientes presentan adenopatías no explicadas por otras causas, en dos o más sitios extrainguinales por períodos mayores a 3 a 6 meses; lo que se conoce como linfadenopatía crónica persistente. Además, del deterioro inmunológico progresivo, existe el riesgo evidente de transmitir la enfermedad a otras personas, por lo que es de gran importancia identificar dentro de grupos de riesgo a sujetos en esta condición. Esta etapa tiene una duración variable que fluctúa entre los 5 a 11 años, dependiendo principalmente de la edad del paciente al momento de la seroconversión y en menor medida de la forma de adquisición de la infección. Es así como a mayor edad del paciente al momento de ocurrir la infección, más rápida será la progresión a SIDA. Existe un grupo de pacientes que se mantienen estables y permanecen asintomáticos, con

recuentos de CD4+ normales, por períodos mayores a los 7 años y que se conocen como no progresores a largo plazo.

3) La Infección sintomática precoz: El recuento de linfocitos CD4 + es el mejor marcador de la función inmunológica y su descenso se correlaciona estrechamente con el riesgo de desarrollar infecciones oportunistas. Este período se inicia cuando los CD4+ descienden bajo las 500 céls/mm³ y se manifiesta por la aparición de los llamados síntomas B de la clasificación de la infección por VIH, como la presencia de candidiasis oral, displasia de cuello uterino, angiomas bacilar, etc. La carga viral por otra parte, aumenta progresivamente lo que se correlaciona bastante bien con el descenso de CD4 +. Esta etapa tiene una duración variable, pero de no mediar terapia antirretroviral y profilaxis de las principales infecciones oportunistas, es seguida rápidamente por las manifestaciones clásicas del SIDA.

4) La última Etapa SIDA: La definición actual de SIDA corresponde a la presencia de infecciones o neoplasias oportunistas. La viremia medida como carga viral, es elevada y frecuentemente alcanza niveles superiores a las 10⁵ copias/ml. Las infecciones y neoplasias ocurren preferentemente cuando el recuento de CD4+ desciende por debajo de las 300 céls/mm³, pero el tipo de cuadro oportunista dependerá principalmente de la virulencia del agente. Así por ejemplo la neumonía neumocócica o tuberculosis aparecen con recuentos de CD4+ mayores, a los que se observan en infecciones por agentes mucho menos agresivos tales como *Pneumocystis carinii* o *Toxoplasma gondii*.

Para el tratamiento antirretroviral en adultos se disponen en la actualidad de tres tipos de drogas antirretrovirales. Aquellas que inhiben la enzima transcriptasa reversa, las que actúan sobre la enzima proteasa y los inhibidores de fusión. El uso de monoterapia no ha sido efectivo, por el rápido desarrollo de resistencia que experimenta el VIH al cabo de semanas o meses de tratamiento.

El mejor conocimiento de la altísima velocidad de replicación viral como también de lo mutable que es el VIH, ha permitido comprender con mayor claridad el

porqué este virus desarrolla resistencia a las drogas antirretrovirales en tan corto tiempo de exposición.

El mayor progreso del último tiempo, consistió en establecer que la combinación de múltiples drogas (incluyendo los inhibidores de proteasa), impide la replicación viral y así el desarrollo de resistencia. De esta manera la terapia de alto grado de actividad (TARGA) ha pasado a formar parte del tratamiento estándar de esta infección. Desafortunadamente, dos estudios recientes mostraron que aún luego de períodos prolongados de supresión de la replicación, es posible obtener el mismo virus original a partir de linfocitos CD4+³¹.

2.3.3.2 ENFERMEDAD DEL VIH-SIDA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS

Los primeros casos de SIDA en niños se describen en 1982 en Estados Unidos y desde entonces el número de niños infectados por VIH ha continuado incrementándose, hasta convertirse en una pandemia. Según la OMS para el año 2000 existían en el mundo alrededor de 35 millones de personas (entre adultos y niños) contagiadas con el VIH, colocándose a la cabeza de los problemas más preocupantes en el ámbito de la salud pública mundial. La transmisión vertical, por la cual el hijo de una madre VIH-positiva adquiere el virus antes o durante el nacimiento o a través de la leche materna.

Entre un 25% y un 35% de los hijos de mujeres seropositivas adquiere la infección durante el embarazo, el parto o a través de la leche materna. Tanto la falta de acceso a los medicamentos antirretrovíricos que han demostrado ser efectivos en la reducción de la transmisión vertical, como la falta de alternativas seguras y accesibles a la leche materna, hacen que la brecha en el índice de la transmisión madre-hijo entre los países industrializados y los países pobres esté aumentando.

³¹ Pérez Cortez, Dr. Carlos, Profesor Adjunto de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, Evitar, 2006

Las estrategias actuales para prevenir la transmisión materno-infantil se basan en la actualidad en tres ejes principales: La prevención primaria, es decir, la adopción de medidas generales para evitar que las mujeres en edad de procrear se infecten por el VIH; la prestación de servicios de planificación familiar con el fin de capacitar a las mujeres para que puedan evitar tener hijos no deseados; y brindar mayores opciones para las mujeres seropositivas que quieren tener hijos, en especial un plan terapéutico con fármacos antirretrovirales para prevenir la infección durante el embarazo y en el parto, y alimentación de sustitución para el recién nacido (lo cual sólo es posible cuando las madres conocen su estado de infectadas, posible a través de un acceso a los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias).

En los niños se conocen 2 vías fundamentales de transmisión de la infección por VIH:

1- Vía Horizontal: que se produce por dos mecanismos: Por vía hematológica (es decir a través de la sangre o productos relacionados con la sangre), se ve en casos del uso de drogas intravenosas (en adolescentes), y en casos de niños con enfermedades de la sangre como por ejemplo, hemofilia, también en transfusiones de sangre contaminadas con VIH. El otro mecanismo es a través de las relaciones sexuales, en el caso de los adolescentes con vida sexual activa o en caso de abuso sexual infantil.

2- Vía Vertical: Es la transmisión madre-hijo, responsable del 80% de los casos de SIDA en niños, y puede producirse a tres niveles: a) Transmisión prenatal: el VIH es capaz de atravesar la placenta e infectar al feto. Esto puede suceder a partir de la 8ª semana de gestación. b) Transmisión perinatal: el recién nacido es capaz de infectarse al final de la gestación y en el parto. El mecanismo de esta infección parece ser a través de las secreciones vaginales o sangre de la madre infectada por vía ascendente, que se favorece por las contracciones uterinas durante el parto. Por lo que, se indica la cesárea electiva en caso de madre seropositiva. c) Transmisión postnatal: al igual que otros virus, el VIH es capaz de excretarse a través de la leche materna e infectar al niño. Por lo que está contraindicado la lactancia materna en madres VIH positivas.

La tasa de transmisión vertical es el 8%, de recién nacidos infectados por cada 100 madres VIH positivas, este porcentaje varía según las áreas geográficas de El Salvador.

En la actualidad, el SIDA pediátrico en EE.UU. es predominantemente una enfermedad de sujetos de raza negra (58%) e hispanos (23%), debido entre otras cosas a un menor acceso a la información, educación y prevención de la enfermedad, y a los factores de riesgo de adicción materna a drogas y de actividad heterosexual con varones infectados. En África, el SIDA se transmite por actividad heterosexual sin protección y por transmisión de sangre infectada.

Las manifestaciones clínicas de la infección por VIH en niños, tiene como historia natural³² un curso rápidamente progresivo con un corto período de incubación, que podría deberse a la inmadurez del sistema inmunológico del recién nacido y lactante. El riesgo de desarrollar SIDA en la infección pediátrica por VIH es muy elevado; durante el primer año de vida representa un 20%, disminuyendo a partir de entonces a un 2 - 3% anual.

El VIH pediátrico tiene dos formas de comportamiento: a) Forma de comienzo precoz: en el 20% de los niños infectados, las manifestaciones clínicas de la enfermedad aparecen durante los primeros meses de la vida y el diagnóstico de SIDA se realiza como media a los 12 meses de edad. Las manifestaciones más habituales suelen ser: Encefalopatía, neumonía por *Pneumocistis Carinii*, infecciones bacterianas graves, retraso profundo de peso y talla. Coincidiendo con mayores cargas de virus detectadas en sangre. Estos niños por lo general fallecen antes de los 3 años de edad. b) Forma de comienzo lentamente progresivo: el 80% de los niños infectados por vía vertical comienzan más tarde con los síntomas, y con manifestaciones clínicas menos agresivas tales como: neumonía intersticial, infiltración de las parótidas, retraso de peso-talla, dermatitis e infecciones bacterianas menos graves. La edad media del diagnóstico de

³² Simán Siri, Rodrigo Dr. Abordaje de Niños con VIH-SIDA, Clínica para niños con Inmuno Deficiencia. Hospital Nacional para Niños Benjamín Bloom, Pág. 7

SIDA es a los 3 años y el pronóstico viene determinado por el desarrollo de infecciones oportunistas. Con los tratamientos actuales antirretrovirales (terapia triple), se ha modificado sustancialmente el curso natural de la enfermedad por VIH en niños.

Por lo mismo, los hallazgos neuropatológicos y las manifestaciones conductuales que se presentan en los niños pueden dividirse en cuatro grandes grupos: 1) Enfermedad neurológica primaria: asociada a la acción directa o indirecta del retrovirus en el sistema neurológico central; 2) Complicaciones secundarias a inmunodepresión (infecciones, neoplasias, enfermedad cerebrovascular); 3) Complicaciones sistémicas del VIH: causas metabólicas, endocrinológicas, otras y 4) Complicaciones tóxico / metabólicas de la terapia antirretroviral³³.

La afectación neuroconductual por VIH más frecuente es la “encefalopatía de la infancia”, que es capaz de provocar desviaciones sustanciales del desarrollo evolutivo y la muerte. Se describen dos tipos de encefalopatía producidas por el VIH, la encefalopatía progresiva y la encefalopatía estática.

Otras afectaciones producidas por el VIH son las secuelas neuropsicológicas que incluyen: disminución en el funcionamiento intelectual general, déficits de atención y concentración, alteraciones de la memoria, complicaciones en el lenguaje expresivo y los problemas de procesamiento auditivo, déficits en las tareas motoras finas y gruesas.

La infección por el VIH también produce alteraciones en el repertorio conductual y de adaptación de los niños, originados bien como efectos directos (los ocasionados directamente por la infiltración del sistema nervioso central), bien como efectos indirectos dados por los factores ambientales, experiencias traumatizantes (múltiples procedimientos médicos y hospitalizaciones), el pobre estado de salud en general, el rechazo social, la limitación del acceso a la educación formal, la limitación al juego, a la actividad física, etc.

³³ Revista Pediatría Electrónica, Zañartu 1085, Independencia, Santiago, Chile, correo electrónico: pedinorte@med.uchile.cl

2.4 MARCO LEGAL

2.4.1 NORMATIVA NACIONAL

CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA

La Constitución es el instrumento que rige el marco legal de los Derechos Humanos en El Salvador el cual establece en el artículo 1 el reconocimiento a la persona humana como el origen y fin de la actividad del Estado y que además es obligación de éste asegurar entre otros a los habitantes de la República, el goce de la salud; el mismo Artículo 1 Inc. 2 CN. establece que el Estado “reconoce como persona humana a todo ser humanos desde el instante de la concepción”.

El artículos 34 Inc.1 CN: establece que: “Todo menor tiene derechos a vivir en condiciones familiares y ambientales que le permitan su desarrollo integral, para lo cual tendrá la protección del Estado”.

El artículo 35 CN dispone que “El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores y garantizará el derecho de estos a la educación y a la asistencia”.

El artículo 44 CN menciona la superioridad de los Tratados Internacionales celebrados y ratificados por El Salvador, son leyes de la República, y por ende de cumplimiento interno: “Los tratados internacionales celebrados por El Salvador con otros estados o con organismos internacionales, constituyen leyes de la Republica al entrar en vigencia, conforme a las disposiciones del mismo tratado y de esta Constitución.

La Ley no podrá modificar lo acordado en un Tratado vigente para El Salvador. En caso de conflicto entre el Tratado y la Ley prevalecerá el Tratado.

Además, considera en su artículo 65 CN, que el Estado y las personas están obligadas a velar por la conservación y restablecimiento de la salud. Por tanto, el Estado determinará la Política Nacional de Salud y controlará y supervisará su aplicación.

CODIGO DE SALUD

En su Art. 1 manifiesta que el Objeto del Código de Salud es desarrollar los principios constitucionales relacionados con la salud pública y asistencia social de los habitantes de la República, así como las normas para la organización, funcionamiento y facultades de diversas instancias públicas y privadas, como también las relaciones de estos entre sí.

En la Sección Uno, del Capítulo III, establece en el Art. 33 CS, que son obligaciones, entre otras, de los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes, relacionados con la salud: atender en la mejor forma a toda persona que solicite sus servicios profesionales, atendándose siempre a su condición humana, sin distinciones de nacionalidad, religión, raza, credo político ni clase social y además cumplir con las reglas de la ética profesional adoptadas por la Junta respectiva.

En el Art. 154 y 155 CS referente a las Infecciones de Transmisión Sexual establece que será el Ministerio de Salud quien dictará las normas para su prevención, tratamiento, control y rehabilitación de quienes las padecen, y que estas normas y las acciones correspondientes deberán ser cumplidas en todos los establecimientos de salud públicos y privados y por todas aquellas entidades u organizaciones que brinden servicios de atención médica.

LEY DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL A INFECCIÓN PROVOCADA POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

El objeto de esta ley es prevenir, controlar y regular la atención de la infección causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y establecer las obligaciones de las personas portadoras del virus y definir de manera general la Política Nacional de Atención Integral ante el VIH-SIDA. Además garantiza los derechos individuales y sociales de las personas viviendo con VIH-SIDA.

Los principios rectores son la no discriminación, la confidencialidad, la continuidad, la integridad, la calidad, la calidez, la equidad, la información y la corresponsabilidad, son los principios rectores que inspiran las disposiciones de la presente ley; sin perjuicio de los derechos establecidos en la constitución y en los tratados internacionales que en materia de salud y Derechos Humanos, haya suscrito y ratificado El Salvador³⁴.

Las personas que son portadoras del VIH tienen los siguientes derechos a ser tratados de manera digna, sin discriminación y estigmatización, en razón de su enfermedad. No se considera discriminación, el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad; la asistencia sanitaria, tratamiento medico, quirúrgico, psicológico, y de consejería de manera oportuna y en igualdad de condiciones y a medidas preventivas que impidan la progresividad de la infección; a tener confidencialidad sobre el resultado del diagnostico y la progresividad de la enfermedad; acceder a un puesto de trabajo que no conlleve contactos de riesgo y a no ser despedido de su trabajo o desmejorado en su remuneración, prestaciones, o condiciones laborales en razón de su enfermedad; tener acceso a la educación ya sea pública o privada y a no ser excluido en razón de su enfermedad; y participar, organizarse o congregarse para desarrollar actividades lícitas de carácter cívico, social, cultural religioso, deportivo, político o de otra índole. Los mismos derechos tienen los infantes y adolescentes viviendo con VIH-SIDA, no podrán ser privados de los derechos que le son inherentes de conformidad con las leyes del país, debiendo gozar sin restricción alguna de los mismos. A la tutela de parte del

³⁴ Art. 2 Ley del VIH-SIDA.

Estado, por medio de las instancias respectivas tiene la obligación de tutelar a los infantes y adolescentes que se encuentren privado de su entorno familiar a causa de la infección del VIH-SIDA.

A la creación de albergues, por parte del Estado, en coordinación con organizaciones públicas y privadas, promoverá y apoyara la creación de albergues y centros de asistencias para infantes y adolescentes viviendo con VIH-SIDA, a quienes a falta de familiares o tutores legales, se les provea de alimentación adecuada, atención medica, apoyo psicológico o cualquier otro servicio de asistencia. También creara albergues y centros de asistencia para Adultos Mayores viviendo con VIH-SIDA que carezcan de vivienda, en donde se les proveerá de alimentación adecuada, atención medica, apoyo psicológico o cualquier otro servicio de asistencia.

Las personas viviendo con VIH así como tienen todos estos derechos si no también las obligaciones siguientes: a practicar su sexualidad de manera responsable, utilizando métodos adecuados, a fin de minimizar los riesgos de transmisión del virus a otras personas. Ninguna persona viviendo con VIH-SIDA podrá ser donante de órganos, sangre, u otros tejidos humanos para uso terapéutico; tampoco podrá donar semen, óvulos, leche materna o lactar, excepto con fines de investigación. Quien hiciere uso indebido, imprudente o negligente de fluido o derivado humanos resultando como consecuencia la infección de terceras personas con el VIH, será sancionado de conformidad al Código Penal, y además se le suspenderá para el ejercicio de la profesión u oficio durante el termino que dure la condena.

El Estado a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en un plazo de seis meses contados a partir de la entrada en vigencia de esta ley, establecer la política de atención integral contra el VIH-SIDA, la cual deberá contener acciones de prevención, vigilancia, epidemiológica, control, diagnostico, atención de la infección con enfoque intersectorial y con la participación de la sociedad.

Se prohíbe la solicitud de pruebas para el diagnostico de infección de VIH de forma obligatoria, salvo en los siguientes casos: a) Que a criterio del médico, exista

necesidad de efectuar la prueba con fines exclusivamente de la atención de salud del paciente, a fin de contar con un mejor criterio para establecer diagnóstico y terapéutica: esta circunstancia deberá constar en el expediente clínico respectivo. b) Cuando se trate de donación de leche materna, sangre, semen, órganos o tejidos. c) Cuando se requiera para fines procesales y penales y con previa orden de la autoridad competente.

Para la autorización de pruebas en menores;- las pruebas serológicas para el diagnóstico de VIH-SIDA que estén indicadas a menores de edad, requieren que los padres o representantes legales de estos lo permitan. Estos deberán estar informados y presentar su consentimiento por escrito para la realización de la extracción sanguínea, salvo las excepciones previstas en la presente ley. Y la información de los resultados se informare a una persona de su condición seropositiva, hará saber además el carácter infeccioso de esta y de los medios de transmisión y de prevención, del derecho de recibir asistencia en salud, adecuada e integral, y de la obligación de proteger a su pareja casual o habitual, todo con garantía a su confidencialidad.

Toda persona tiene derecho al acceso a información; a recibir y tener acceso a la información orientación, educación veraz y científica necesaria sobre la infección del VIH.

Así como también a la difusión de métodos de prevención entre los cuales están; la abstinencia sexual y fidelidad mutua, son los únicos métodos seguros de prevención en un amplio proceso educativo respetuoso a los valores y los principios tradicionales de la sociedad, los cuales constituyen una barrera efectiva contra las enfermedades transmisibles sexualmente, por lo cual el estado y la sociedad deben promover su práctica.

Los métodos de prevención y control científicamente comprobados y aceptados, deberán ser ampliamente difundidos a través de los medios de comunicación social, tradicionales y alternativos, a fin de dar cobertura a toda la población, en especial a la que vive con VIH-SIDA. Para tal efecto, los medios de comunicación social, públicos y privados colaboraran con el Ministerio en la difusión de dichos métodos. Cualquier

campaña de promoción del preservativo o cualquier otro método de barrera, debe de proteger al consumidor informando que dichos métodos no son cien por ciento efectivos.

El personal de salud viviendo con VIH-SIDA, que realice procedimientos de riesgo, está obligado a cumplir con las normas de Bioseguridad establecidos y deberá informar su condición a la administración del centro de salud donde labora, para que sea trasladado a un área que no signifique riesgo. Las instituciones públicas y privadas donde se realicen procedimientos que signifiquen riesgo para la persona que atienden, esta obligada a cumplir con las normas de Bioseguridad establecidas.

Para fines de prevención y tratamiento del VIH-SIDA, deberá contar con el consentimiento expreso de las personas involucradas en la misma. El permiso será otorgado con independencia de criterio, sin temor a represalias y previo conocimiento de los riesgos, beneficios y opciones a su disposición. Las investigaciones estarán sujetas a los Acuerdos Internacionales que en materia de salud haya suscrito y ratificado El Salvador, a las normas éticas contenidas en el código deontológico del código profesional correspondiente, así como, cualquier otra normativa específica dictada para tal efecto, se exceptúa lo establecido en el literal “C” del artículo 16 de esta ley. Ninguna persona infectada por el VIH-SIDA podrá ser objeto de experimentación de medicamentos y técnicas asociadas a la infección por el VIH sin haber sido advertida de tales circunstancias, de los riesgos que corre y sin que medie su consentimiento previo o de quien legalmente esta autorizado a darlo.

REGLAMENTO DE LA LEY DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL A INFECCIÓN PROVOCADA POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Todo niños o niñas abandonados por ser portados del VIH-SIDA tiene el derecho de recibir asistencia sanitaria, tratamientos médico, quirúrgico y de conserjería³⁵;

³⁵ Art. 4 Reglamento de VIH-SIDA adaptado a la medida de niños.

además a recibir medicamentos oportunos y bajo estricto control de calidad³⁶ bajo el marco de respeto, discrecionalidad y no discriminación³⁷.

El artículo 14 recoge la obligación que tiene el Estado respecto a la tutela a menores de edad que se encuentran privados de su entorno familia a causa de la infección por VIH-SIDA, se cumplirá conforme a lo dispuesto en el Código de Familia y en la Ley Procesal de Familia, y para tal efecto deberá confiar a las instituciones respectivas a las que alude el artículo 7 de la Ley.

Y para reducir el riesgo de transmisión vertical mediante la lactancia materna el Estado proporcionará leche sucedánea hasta que el médico considere pertinente³⁸.

La divulgación de información debe ser masiva a toda la población con orientación y educación veraz y científica sobre las vías de transmisión³⁹.

LEY DEL INSTITUTO SALVADOREÑO PARA LA PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.

Esta ley ha deroga a la Ley del Instituto Salvadoreño de Protección al Menor (ISPM), la cual ha derogado el Código del Menor que sometía a la justicia tutelar a todos los menores que carencia de una familia o que ésta los había desamparado, y por el simple hecho de ser menores abandonados eran apartados de la sociedad y podrían ser internados en los Centros de Menores.

Tanto la ley del ISPM como la Ley del ISNA rompen con la doctrina de “la situación irregular de los menores” y adopta la Protección Integral del niño o niña.

³⁶ Art. 5 R. VIH-SIDA

³⁷ Art. 6 R. VIH-SIDA

³⁸ Art19 R. VIH-SIDA

³⁹ Art. 56 R. VIH-SIDA

Concluida la investigación y probada la amenaza o violación de los derechos del menor, se acordará según sea el caso, las medidas siguientes: d) Colocación en hogar sustituto; y e) Colocación Institucional⁴⁰.

La Colocación Institucional es la medida de protección, que excepcionalmente, efectúa el ISNA, ubicando al menor en un centro de protección apropiada según su edad, personalidad y sexo, con el propósito que realice sus estudios, aprenda un arte u oficio, reciba atención especializada para su rehabilitación, garantizando su protección integral, siempre que sea un niño sano.

Esta medida se aplicará cuando el menor se desenvuelva en un ambiente familiar inadecuado para su desarrollo integral o sea inexistente⁴¹.

El Art. 53 ISNA, establece que el menor es huérfano o hijo de padres desconocidos a quien se hubiere aplicado la medida de institucionalización por más de seis meses, se considerará sujeto de adopción y se informará a la Procuraduría General de la República para que se sigan los trámites correspondientes.

Y el Art. 54 ISNA que las medidas para la protección del menor, durarán el tiempo que fuere necesario y cesarán de pleno derecho al cumplir dieciocho años; en todo caso, la duración de las medidas dependerá de los estudios y resultados que con las mismas se obtuvieren, pero deberán ser revisadas obligatoriamente cada seis meses.

En el procedimiento administrativo, toda investigación que se realice, resolución que dicte medida aplicable, teniendo carácter de reservado; los funcionarios, autoridades, empleados o particulares que intervinieren en los mismos o tenga conocimiento de ellos por cualquier medio, estarán obligados a guardar secretos sobre los mismos⁴². El incumplimiento de esta obligación hará incurrir al infractor en responsabilidad penal.

⁴⁰ Art. 45 ISNA.

⁴¹ Art. 51 ISNA.

⁴² Art. 61 ISNA.

CODIGO DE FAMILIA

La adopción en 1999 del Código de Familia, que es excepcional, por que fue reformado y se armoniza con la CDN, otorga un lugar central a la protección integral del niño, pues el Artículo 346 denominado Protección Integral establece textual que “la protección del menor deberá ser integral en todos los períodos evolutivos de su vida, inclusive el parental y en los aspectos físico, biológico, psicológico, moral y jurídico

El presente Código establece el régimen jurídico de la familia, de los menores y de las personas adultas mayores y consecuentemente, regula las relaciones de sus miembros y de éstos con la sociedad y con las entidades estatales. Además, conceptualiza la familia⁴³ como el grupo social permanente, constituido por el matrimonio, la unión no matrimonial o el parentesco y el Estado está obligado a protegerla⁴⁴, procurando su integración, bienestar, desarrollo social, cultural y económico.

El artículo 4 establece los principios de Código de Familia: la unidad de la familia, igualdad de derechos del hombre y de la mujer, la igualdad de derechos de los hijos, la protección integral de los menores y demás incapaces, de las personas adultas mayores y de la madre cuando fuere la única responsable del hogar,

El menor adquiere su calidad de hijo por los hechos⁴⁵ que armónicamente considerados, demuestran la filiación con su padre o madre, por lo mismo el padre o madre ejerce⁴⁶ el conjunto de facultades y deberes, que la ley le otorga e impone sobre sus hijos menores de edad o declarados incapaces, para que los protejan, eduquen, asistan y preparen para la vida; y además, para que los representen y administren sus bienes. Hijo de familia es quien está sujeto a Autoridad Parental.

El ejercicio de la Autoridad Parental corresponde al padre y a la madre conjuntamente, o a uno solo de ellos cuando falte el otro. Se entenderá que falta del

⁴³ Art. 1 y 2 C. Fm.

⁴⁴ Art. 3 C. Fm.

⁴⁵ Art. 198 C. Fm.

⁴⁶ Art. 206 C. Fm.

padre o la madre, no sólo cuando hubiere fallecido o se le hubiere declarado muerto presunto, sino cuando se ausentare del territorio nacional, se ignore su paradero o estuviere imposibilitado⁴⁷.

Cuando los padres ejerzan conjuntamente la Autoridad Parental, podrán designar de común acuerdo quien de ellos representará a sus hijos menores o declarados incapaces, así como quien administrará sus bienes.

Los actos realizados en ejercicio de la Autoridad Parental por uno de los padres, en situaciones de suma urgencia en consideración a los usos o en circunstancias especiales, se presumirá que cuentan con el consentimiento del otro. Esta presunción no operará cuando el menor necesite salir del país⁴⁸.

El padre y la madre deberán criar a sus hijos con esmero; proporcionarles un hogar estable, alimentos adecuados y proveerlos de todo lo necesario para el desarrollo normal de su personalidad, hasta que cumplan la mayoría de edad⁴⁹. Esta actividad deberá tenerse en cuenta las capacidades, aptitudes e inclinaciones del hijo.

Si el hijo llega a su mayoría de edad y continúa estudiando con provecho tanto en tiempo como en rendimiento, deberán proporcionársele los alimentos hasta que concluya sus estudios o haya adquirido profesión u oficio.

El padre y la madre, estarán obligados a cuidar de sus hijos desde su concepción.

El Procurador General de la República⁵⁰ tendrá la representación legal de los menores huérfanos de padre y madre o de filiación desconocida, abandonados, de los mayores incapaces, de los hijos que por causas legales hubieren salido de la autoridad parental y de los que por cualquier motivo carecieren de representante legal, mientras no se les provea tutor.

⁴⁷ Art. 207 C. Fm.

⁴⁸ Art. 208 C. Fm.

⁴⁹ Art. 211 C. Fm.

⁵⁰ Art. 224 C. Fm.

Los padres, la madre o ambos perderán la autoridad sobre todos sus hijos, por la causal de abandono a alguno de ellos sin causa justificada⁵¹. Son menores de edad toda persona natural que no hubiere cumplido dieciocho años⁵². En caso de duda, se presumirá la minoridad mientras no se pruebe lo contrario.

La protección del menor deberá ser integral en todos los períodos evolutivos de su vida, inclusive el prenatal y en los aspectos físico, biológico, psicológico, moral, social y jurídico⁵³.

La familia es la principal responsable de la protección del menor, por constituir el medio natural e idóneo que favorece el normal desarrollo de su personalidad; la sociedad y el Estado asumirán subsidiariamente la responsabilidad, cuando aquella no le garantice una adecuada protección⁵⁴. Para garantizar los derechos del menor que se establecen, el Estado deberá prestar asistencia adecuada a los padres para el desempeño de sus funciones.

El Estado asume la responsabilidad de proteger a todos los menores y de manera especial a los que se hallen amenazados y violentados en sus derechos y al menor infractor, a los discapacitados y minusválidos; a los desamparados por carecer su familia de los medios de subsistencia que satisfagan sus necesidades básicas; a los afectados por conflictos armados, desplazados y repatriados; y en general a todos aquellos menores que se encuentren desprotegidos⁵⁵.

También deberá proteger a la mujer embarazada, particularmente si fuere menor o abandonada, y en general a la madre, cuando asume sola la responsabilidad de sus hijos. Los menores gozarán de los derechos enunciados en este régimen, sin distinción de sexo, raza, idioma, religión, nacionalidad o por discapacidades o minusvalías⁵⁶. Tampoco se les discriminará por razón de la condición familiar, social, económica,

⁵¹ Art. 240 2° C. Fm.

⁵² Art. 345 C. Fm.

⁵³ Art. 346 C. Fm.

⁵⁴ Art. 347 C. Fm.

⁵⁵ Art. 348 C. Fm.

⁵⁶ Art. 349 C. Fm.

política y religiosa de sus padres, de sus tutores o personas responsables de ellos ante la ley.

En la interpretación y aplicación de este régimen prevalecerá el interés superior del menor⁵⁷, entendiéndose como todo aquello que favorezca su desarrollo físico, psicológico, moral y social para lograr el pleno y armonioso desenvolvimiento de su personalidad. Con base en ese interés, el menor tendrá prioridad para recibir protección y socorro en toda circunstancia.

Todos los derechos del menor están regulados en el artículo 351 del Código de Familia y son: 1o) A nacer en condiciones familiares, ambientales y de cualquier otra índole, que le permitan obtener su completo y normal desarrollo bio-sico-social; 2o) A la protección de su vida desde el momento en que sea concebido; 4o) A conocer a sus padres, ser reconocido por éstos y a que se responsabilicen de él; 5o) A una adecuada nutrición incluyendo la lactancia materna; en este período no se separará al niño de su madre, salvo los casos previstos en la ley; 7o) Al reconocimiento y protección de su dignidad e intimidad personal y familiar; 14o) A una calidad de vida adecuada para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social; 15o) A disfrutar del más alto nivel posible de salud y de servicios para el tratamiento de enfermedades y a su rehabilitación; 22o) A recibir cuidados especiales si padece de discapacidad o minusvalía y a una rehabilitación integral; y a recibir asistencia especial, si se encontrare en condiciones económicas, educativas, culturales y psicológicas, que limiten u obstaculicen su desarrollo normal; 25o) A ser protegido y asistido por el Estado cuando se encuentre temporal o permanentemente privado de su medio familiar; 28o) A gozar de los demás derechos que le reconocen la Constitución, los tratados internacionales ratificados por El Salvador, y demás leyes que garanticen su protección.

La protección a la vida y salud del menor⁵⁸ se ejecutará mediante un conjunto de acciones legales, sociales, preventivas y de asistencia que garanticen su desarrollo integral desde la concepción hasta su mayoría de edad. Y para la protección de la salud

⁵⁷ Art. 350 C. Fm.

⁵⁸ Art. 353 C. Fm.

física y mental⁵⁹ de los menores el Estado está obligado a proporcionar: a) Acceso a los programas de alimentación, vacunación y nutrición; la protección del Estado se extenderá a la mujer embarazada durante el período pre y post natal, asimismo se proporcionará asistencia médica gratuita a los menores que carezcan de recursos económicos.

Los hospitales y clínicas costeados con fondos públicos deberán atender inmediatamente a todo menor que sea ingresado para atención médica de emergencia, sin que se pueda aducir motivo alguno para negarla, ni siquiera el de la ausencia de representantes legales, carencia de recursos o cualquier otra causa⁶⁰. El Estado deberá propiciar por todos los medios la estabilidad de la familia y su bienestar en materia de salud, trabajo, vivienda, educación y seguridad social, a fin que pueda asumir plenamente las responsabilidades que le competen en la formación y protección del menor y de todo el grupo familiar.

La Protección Integral de los menores a cargo del Estado, se hará mediante un conjunto de acciones gubernamentales y no gubernamentales, coordinadas por el Instituto Salvadoreño de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, con la participación de la familia, la comunidad y el apoyo de los organismos internacionales, los que conforman el Sistema Nacional de Protección al Menor. El sistema nacional garantizará la satisfacción de las necesidades básicas de alimentación, vivienda, salud, educación y desarrollo integral del menor⁶¹.

Integran los Sistemas Nacionales de Protección a la Familia, Personas Adultas Mayores y al Menor: a) La Procuraduría General de la República, b) La Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos; c) El Ministerio de Justicia (actualmente fusionado en Ministerio de Gobernación); d) El Ministerio de Educación; e) El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; f) El Ministerio de Trabajo y Previsión Social; g) El Viceministerio de Vivienda y Desarrollo Urbano; h) La Secretaría Nacional de la Familia; i) El Instituto Salvadoreño de Protección al Menor (llamado actualmente

⁵⁹ Art. 354 C. Fm.

⁶⁰ Art. 355 y 397 C. Fm.

⁶¹ Art. 399 C. Fm.

Instituto Salvadoreño de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia) y, j) Las asociaciones comunitarias y de servicio y los organismos no gubernamentales que tuvieran actividades afines a las de las anteriores⁶².

LEY ORGANICA DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

De acuerdo a los artículos 191 y 194 de la Constitución, corresponde al Procurador General de la República, velar por la defensa de la Familia y de las personas e intereses de los menores e incapaces y adultos mayores; conceder asistencia legal y atención psico-social de carácter preventivo; representar judicial y extrajudicialmente a las personas en defensa de la libertad individual y de los derechos laborales; representar judicial y extrajudicialmente a las personas, especialmente de escasos recursos económicos, en materias de Familia y de derechos reales y personales⁶³.

Son atribuciones del Procurador 1° Velar por la defensa de la familia y de las personas e intereses de los menores y demás incapaces. 8°.- Representar legalmente a los menores y a los adultos incapaces, de conformidad a la normativa de familia, 15°.- Crear y ejecutar programas preventivos de carácter psicosocial, de acuerdo a sus atribuciones⁶⁴.

Corresponde a la Unidad de la Defensa de la Familia y el Menor, las siguientes funciones: 1 Velar por el cumplimiento de las obligaciones derivadas de las relaciones de familia, cumpliendo los procedimientos administrativos y judiciales para su observancia⁶⁵.

⁶² Art. 400 C. Fm.

⁶³ Art. 3 PRG.

⁶⁴ Art. 12 PRG.

⁶⁵ Art. 22 PRG.

CODIGO DE TRABAJO

El Artículo 1, sobre Disposiciones Generales, expresa que el Código tiene por objeto principal armonizar las relaciones entre patronos y trabajadores, estableciendo sus derechos y obligaciones y se funda en principios que tienen al mejoramiento de las condiciones de vida de los trabajadores, especialmente en los establecidos, en la Sección Primera, en el apartado de Obligaciones de los Patronos, Artículo 29 Ord. 10 expresa: que son obligaciones de los patronos todas las que impongan el Código de Trabajo, la Ley de Prevención y Control de la Infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, y además fuentes de obligaciones laboral.

Así mismo, en el apartado de las prohibiciones a los patronos, Sección Segunda, Art. 30 Ordinales 14 y 15, manifiesta que se prohíbe exigir a las personas que solicitan trabajo la prueba del VIH como requisito para su contratación, y durante la vigencia del contrato de trabajo, igualmente se prohíbe realizar por medios directos o indirectos cualquier distinción, exclusión y restricción entre los trabajadores, por su condición de VIH-SIDA, así como divulgar su diagnóstico.

En lo referente al trabajo doméstico, Capítulo III, Art. 79 se refiere a que el patrono podrá exigir al trabajador antes de iniciar las labores, y cuando lo considere necesario, salvo lo dispuesto en el Ordinal 14 del Art. 30, los comprobantes relativos a su buena salud y la presentación de su respectivo Documento Único de Identidad, cuando la persona esté obligada a tenerlo.

LEY CONTRA LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La Ley Contra la Violencia Intra familiar contempla en uno de los fines la protección de forma especial a las víctimas de violencia en las relaciones de pareja, de niños y niñas, adolescentes, personas Adultas Mayores y personas discapacitadas.

Entre sus principios Rectores se encuentra el respeto a la vida, a la dignidad e integridad física, psicológica y sexual de la persona, el derecho a una vida digna libre de violencia, en el ámbito público como en el privado.

NORMATIVA ADMINISTRATIVA Y PROCEDIMENTAL

- 1) Manual de consejería y referencia para la toma de la prueba voluntaria para VIH-SIDA.
- 2) Manual de apoyo para la orientadora de la línea telefónica confidencial del VIH-SIDA. (SIDATEL).
- 3) Manual para el Control de Infecciones en la Práctica Odontoestomatológica.
- 4) Manual de capacitación para facilitadores en orientación y educación en VIH-SIDA.
- 5) Guía de Atención de Infecciones de Transmisión Sexual
- 6) Guía de Atención para Poblaciones Móviles para el Control y Prevención de IT-VIH-SIDA
- 7) Guía de Intervención en Salud Dirigida a los(as) Privados(as) de Libertad ante las ITS-VIH-SIDA en los Centros Penitenciarios

- 8) Guía para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH PTMI-VIH.
- 9) Guías metodológicas para el manejo de grupos de apoyo de PVVS.
- 10) Guía para el sistema de información de la profilaxis post exposición al VIH.
- 11) Guía de Medidas Universales de Bioseguridad
- 12) Guía de Nutrición para el Manejo de Personas Viviendo con VIH-SIDA.

2.4.2 NORMATIVA INTERNACIONAL RATIFICADOS POR EL ESTADO SALVADOREÑO

LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO.

La Convención de los Derechos del Niño, fue firmada el 26 de enero de 1990 y ratificada por El Salvador, el 27 de abril de 1990, por lo tanto es ley vigente, por mandato constitucional y de mayor jerarquía a la Ley Secundaria.

El Art. 1 de la CDN, cita que “para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que, en virtud de la Ley que se le aplica, haya alcanzado antes la mayoría de edad”

El Estado Salvadoreño respetará los derechos del niño y asegurará su aplicación a cada niño que vive en el territorio nacional “sin distinción alguna”, discriminación de “otra índole”, “impedimentos físicos” o “cualquier otra condición del niño” o de sus padres⁶⁶ y “tomara todas las medidas apropiadas” para proteger al niño “contra toda forma de discriminación”⁶⁷.

⁶⁶ Artículo 2.1 CDN.

⁶⁷ Art. 2.2 CDN.

Al niño se le asegurará la protección y cuidado que sea necesario para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres⁶⁸, tutores u otras personas responsables de él ante la ley, y con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.

El Salvador debe asegurar que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada⁶⁹.

El Estado pondrá el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Corresponderá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño⁷⁰.

En el Art. 23.1 CDN, se establece que todo niño impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse asimismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad. En el numeral 2 este niño impedido recibirá cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite, adecuado al niño y a las circunstancias de sus padres, en el numeral 3 indica que ésta asistencia será gratuita siempre que sea posible y de acuerdo a la situación económica de los padres, con el fin que el niño impedido se le asegure “acceso efectivo”, a “los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación”, además, el numeral 4 indica que el Estado promoverá la cooperación internacional sobre informaciones avances “de la atención sanitaria preventiva y del tratamiento médico” y “los métodos de rehabilitación.

⁶⁸ Art. 3.2 CDN.

⁶⁹ Art. 3.3 CDN.

⁷⁰ Artículo 18.1 CDN.

Complementariamente y con mayor énfasis la Convención de los Derechos del Niño en su Artículo 24.1 establece que el Estado Salvadoreño reconoce “el derecho del niños al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”. Para esto se asegura la plena aplicación (Numeral 2) de este derecho con las medidas siguientes: a) reducir la mortalidad infantil en la niñez; b) asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sea necesaria a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud; c) asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres; d) asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, reconozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños y e) desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación familiar.

En el mismo artículo 27.2 CDN. Establece que a los padres u otras personas encargadas del niño les corresponde la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño.

Finalmente en el artículo 39 CDN., el Estado Salvadoreño adoptará todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física, psicológica y la reintegración social de todo niños víctima de “cualquier abandono”. Esa recuperación y reintegración se llevará a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.

CONVENCION SOBRE LA ELIMINACION DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER.

La discriminación contra la mujer es incompatible con la dignidad humana y el bienestar de la familia y la sociedad, puesto que su participación es indispensable para el desarrollo y avance económico del país, esta Convención exige tomar medidas para garantizar sus derechos y ser tratadas con igualdad de condiciones y libre de todas las formas de discriminación. Ante una situación de VIH-SIDA, la vulnerabilidad de la mujer se agudiza mas cuando es objeto de violencia física y emocional, sexuales y todas las otras formas de violencias y discriminaciones que existan; esta Convención es un asidero legal para disminuir y ayudar a las mujeres ante sus violaciones.

Se ha subrayado los efectos de la discriminación por motivos de géneros al tratar los derechos de la mujer, a la salud sexual y reproductiva; la discriminación de género limita la capacidad de la mujer, la limite ante la enfermedad del VIH y responder a sus consecuencias. La vulnerabilidad de mujeres y jóvenes al VIH y al SIDA, se complica con otros problemas de Derechos Humanos, como es el acceso limitado e inadecuado a la información, acceso a los servicios necesarios para garantizar la salud sexual; la violencia sexual, las prácticas tradicionales y las practicas consuetudinarias nocivas que afectan a la salud de mujeres y niños (como el matrimonio precoz y el forzoso), y la falta de capacidad jurídica e igualdad en cuestiones, tales como el matrimonio y el divorcio.

CONVENCION INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (CONVENCION DE BELEM DO PARÀ).

En ella se reconoce la eliminación de la violencia contra la mujer, como condición indispensable para su desarrollo individual y social, y su plena e igualitaria participación en todos los niveles del desarrollo nacional; así mismo establece los derechos de los Estados en este tema; que incluye la normativa penal, civil y administrativa, para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Y

además, establecer, procedimientos justos y eficaces, para la mujer víctima de la violencia, que incluya entre otros medidas de protección, un juicio oportuno y el acceso efectivo a tales procedimientos.

Los Estados partes convienen adoptar progresivamente medidas específicas, inclusive programas para: fomentar el conocimiento y observancia de la mujer a una vida libre de violencia, modificar los patrones socioculturales de conductas de hombres y mujeres, para contrarrestar prejuicios, costumbres y todo otro tipo de prácticas que se basan en la premisa de la superioridad de cualquiera de los géneros, o que legitiman o aumentan la violencia contra la mujer; fomentar y apoyar programas gubernamentales del sector privado destinados a concientizar al público sobre los problemas relacionados contra la violencia contra la mujer, los recursos legales y la reparación que corresponda; garantizar la investigación de información y estadística pertinente sobre las causas; consecuencias y frecuencias de la violencia contra la mujer con el fin de evaluar la eficacia de las medidas para prevenir, sancionar, y eliminar la violencia contra la mujer; de formular y aplicar los cambios que sean necesarios.

El impacto de la violencia de la salud reproductiva puede ser directo pues la relación sexual forzada, sea con la pareja o con un extraño, puede provocar un embarazo no deseado o una enfermedad de transmisión sexual, incluido el VIH-SIDA. También, puede ser indirecto, pues la violencia o el temor a ella incluye en la capacidad de negociar el sexo seguro, incluido el uso de condones y el uso de la anticoncepción. La violencia contra la mujer representa un importante factor de riesgo para la epidemia del VIH-SIDA y para el embarazo de adolescentes ambos problemas muy importantes en nuestro país.

La violencia contra la mujer es una violencia a los Derechos Humanos, reconocidos como tal en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, realizada en Viena en 1993, pues afecta la dignidad de las personas.

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS CIVILES Y POLITICOS

Reconoce a toda persona sin distinción alguna el derecho a un recurso efectivo ante la violación de los derechos establecidos en cualquier normativa, a la vida, a la libertad y seguridad personal, a la familia, a la igualdad ante la Ley.

Prohíbe someter a toda persona a tratos crueles y degradantes, al trabajo forzoso lo que significa que aún viviendo con VIH-SIDA puedan interponer ante cualquier instancia correspondiente el debido proceso.

PROTOCOLO FACULTATIVO DEL PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS

Ante cualquier violación de derechos de alguna persona sin distinción tiene derecho de dirigir por escrito a que se le resuelva de acuerdo al Protocolo. El tener una condición de salud diferente como es el VIH-SIDA no debe ser la excepción para que una persona haga valer sus derechos a través de un procedimiento.

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES.

El Estado Salvadoreño esta comprometido a garantizar el cumplimiento de estos derechos sin distinción alguna, así mismo reconoce el derecho al trabajo a toda persona, la protección de niños y adolescentes sin discriminación por razón de filiación o cualquier condición de salud; lo mismo sobre la prevención y tratamiento de enfermedades, así como la lucha contra ellas. Establece la creación de condiciones que aseguren asistencia médica y servicios médicos; el derecho a la educación orientada al respeto de la dignidad humana y todos los derechos.

En virtud del párrafo 2 del Artículo 2 y en el artículo 3, el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso o a la atención a la salud o a los factores determinante básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlos, por motivo de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole; origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluido el VIH-SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tenga por objeto o de resultado de invalidación o menoscabo a la igualdad o goce del ejercicio del derecho a la salud.

PROTOCOLO ADICIONAL A LA CONVENCION SOBRE DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES.

Se prohíbe la restricción o menoscabo de los Derechos reconocidos en el, reconoce el derecho al trabajo y a la estabilidad y su respectiva indemnización y en caso de despido injusto; el derecho a la salud, educación. Cuando se está frente a un diagnóstico de VIH-SIDA, los derechos a la salud y al trabajo son derechos que con frecuencia se violenta, en este cuando se habla sin distinción alguna debe incluir a las personas que viven con VIH-SIDA.

2.4.3 COMPROMISOS POLITICOS ASUMIDOS POR EL ESTADO SALVADOREÑO ANTE LA COMUNIDAD INTERNACIONAL.

DECLARACION DE COMPROMISO SOBRE VIH-SIDA (UNGASS)

Esta fue adoptado en forma unánime por Estados miembros de la Naciones Unidad durante la Sesión Especial de la asamblea General (UNGASS) en Nueva York 2001, declarando que el VIH-SIDA es una emergencia global que requiere una acción inmediata.

Además, establece una variedad de resoluciones y recomendaciones programáticas y de políticas, para ayudar a líderes locales, Nacionales e Internacionales para su abordaje del VIH-SIDA de manera integrada, efectiva y justa. A su vez puso de manifiesto que el ejercicio de los Derechos Humanos constituye una respuesta global al VIH-SIDA.

En esta Declaración, se convoca a las autoridades Nacionales para desarrollar estrategias para combatir el estigma y la exclusión social, así como para construir y desarrollar los marcos legales y políticos necesarios para proteger los Derechos y la Dignidad de las personas afectadas y que viven con VIH-SIDA.

DECLARACION DE DOHA Y ACUERDOS ADPIC.

Esta Declaración proviene de la Conferencia Ministerial celebrada en Doha, Qatar, en noviembre de 2001, en ella se establece el acuerdo relativo a los aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionado con el comercio con el ADPIC, se debe interpretar y aplicarse de manera que apoye la salud pública, promoviendo tanto el acceso a los medicamentos existentes, como la investigación y desarrollo de nuevos medicamentos.

Los acuerdos ADPIC contemplan flexibilidades para los productos farmacéuticos con el objetivo de proteger la salud en los países en desarrollo.

Entre los más importantes se menciona: el derecho de los países de emitir licencias obligatorias, el derechos de los países a decidir cuando emitir un *aliencia obligatoris*, el derechos de países a comprar medicamentos mediante importaciones paralelas y la libertad de los países de otorgar un periodo concreto a la protección de datos de pruebas farmacéuticas.

DECLARACION DEL CAIRO (ICPC)

Se establece que la pandemia del SIDA es de primer orden, tanto como en los países desarrollados como los en vías de desarrollo y se plantean tres objetivos que son: impedir y reducir la difusión de infección con el VIH y minimizar sus consecuencias; aumentar el conocimiento de las consecuencias de la infección con el VIH y el SIDA y de las enfermedades oportunistas tanto a nivel individual como la comunidad Nacional y aumentar el conocimiento de los medios para prevenirla; corregir las injusticias sociales, económicas, por razón de sexo y raciales que aumentan la vulnerabilidad a la enfermedad; asegurar que las personas con el VIH reciban atención médica y adecuada y no sean objeto de discriminación; dar asesoramiento y apoyo a las personas infectadas con el VIH y aliviar el sufrimiento de ella y de sus familiares; asegurar respeto de los derechos individuales y la confidencialidad; asegurar que los programas de salud reproductiva y sexual se ocupen de la infección con el VIH y del SIDA; intensificar la investigación sobre métodos de lucha sobre la pandemia del VIH y el SIDA y sobre un tratamiento eficaz para la enfermedad.

DECLARACION DE BEIJING Y PLATAFORMA DE ACCION.

Esta Declaración fue aprobada en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Septiembre de 1995), su Plataforma de Acción es un reflejo de los compromisos internacionales por alcanzar la metas de igualdad, desarrollo y paz de las mujeres en todo el mundo. En ésta se reconoce que las mujeres de ven afectada por la mayoría de las condiciones de salud igual que los hombres, pero las mujeres las experimentan de diferentes maneras. La incidencia de la pobreza y la dependencia económica de las mujeres, la violencia que se ejerce contra ellas y las actitudes negativas hacia mujeres y niñas, la discriminación racial y de otra índole, el limitado poder que muchas mujeres ejercen sobre su vida sexual y reproductiva y su falta de influencia en la toma de decisiones, son realidades sociales que tienen un impacto perjudicial sobre su salud.

Se reconoce que la transmisión del VIH-SIDA es por consecuencias de las violencia sexuales, ya que su vulnerabilidad social y las relaciones desiguales entre mujeres y hombres constituyen un obstáculo para una practica sexual segura para reducir la preparación del VIH-SIDA. Para ello manifiesta que es preciso examinar, desde las perspectivas de género las consecuencias sociales, en el desarrollo y en la salud de los efectos del VIH-SIDA.

COMPROMISO ASUMIDOS EN EL FORO MUNDIAL SOBRE LA EDUCACIÓN (UNESCO, ABRIL 2000).

Se establece la estrategia de poner rápidamente en práctica programas y actividades educativas para luchar contra la pandemia del VIH-SIDA, lo cual implicará la atención urgente de los Gobiernos, la Sociedad Civil y la Comunidad Internacional. Es preciso conceder a la enfermedad el máximo grado de prioridad, en los países mas afectados con un compromiso político decidido y sostenible; generar las perspectivas del VIH-SIDA en todos los aspectos de las políticas; reformular las acciones del profesor y los planes de estudios; y aumentar en gran medida los recursos asignados a esas

actividades. A su vez, expresa que es esencial una respuesta basada en los distintos derechos para mitigar la pandemia, así como una supervisión permanente de sus efectos.

Dicha respuesta debe abarcar una legislación adecuada y las actividades administrativas correspondientes para garantizar a las personas afectadas por el VIH-SIDA el derecho a la educación y combatir la discriminación en este sector.

Las instituciones y estructuras de educación deberán crear un entorno sano y favorable para los niños y jóvenes afectado con el VIH-SIDA y reforzar su protección de los abusos sexuales y otras formas de explotación.

Habrá que adoptar enfoques flexibles no formales para atender a los niños y adultos infectados o afectado por el VIH-SIDA, prestando especial atención a los huérfanos, como consecuencias del SIDA. Los planes de estudios basados en enfoques sobre conocimientos prácticos para la vida deberían incluir todos los aspectos de atención y protección del VIH-SIDA. Asimismo, se debe prever programas relacionados con el VIH-SIDA para los padres de familia y la comunidad en general. La formación inicial y complementaria del profesorado, deberá tener un componente adecuado para impartir educación sobre el VIH-SIDA, y se deberá prestar apoyo en todos los niveles a los profesores afectados por esa pandemia.

OBJETIVO DEL MILENIO.

Los jefes de Estado y de Gobierno se reunieron en las Naciones Unidas en el año 2000, para dar una prueba de voluntad política comprometiendo a los países a tomar nuevas medidas y aunar esfuerzos contra la lucha de la pobreza, el analfabetismo, el hambre, la falta de educación, la desigualdad entre los géneros, la mortalidad infantil y materna, la enfermedad (detener el VIH-SIDA y comenzando a reducir su propagación para el 2015) y la degradación del medio ambiente.

A su vez, se alienta a la industria farmacéutica que aumente la disponibilidad de los medicamentos esenciales y los coloque al alcance de todas las personas de los países que los necesiten. El sexto objetivo está relacionado directamente con el VIH-SIDA y se refiere a combatir el VIH-SIDA. Los indicadores contemplados para este objetivo entre otros se refieren a la tasa de morbilidad del VIH-SIDA entre mujeres embarazadas de edad de 15 y 25 años; tasa de uso de anticonceptivos y número de niños huérfanos a causa del VIH-SIDA.

CAPITULO 3

3.1 DOCTRINA DE LA PROTECCIÓN INTEGRAL SEGUN LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, LA INTERVENCION ESTATAL Y LA PREVENCION DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH-SIDA EN EL SALVADOR

3.2 DOCTRINA DESARROLLADA EN LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO.

El Art. 144 de la Constitución (1983) autoriza que se asuma el imperio de la Convención Sobre los Derechos del Niño, dirigida a establecer, en primera instancia la obligación del Estado Salvadoreño a respetar los derechos que se consagran a niños y niñas acorde con el principio de la extraterritorialidad de las leyes que obliga a respetar, a todo niño sometido a la jurisdicción de El Salvador, independiente del Municipio donde se encuentren; y segundo, como mecanismo de cumplimiento de las obligaciones, de su efectiva aplicación y observancia de las medidas contraídas⁷¹, respecto a las actividades, opiniones, creencias de sus padres, tutores o familiares.

El término Doctrina de la Protección Integral de los Derechos del Niño se refiere al conjunto de instrumentos jurídicos de carácter internacional que expresan un salto cualitativo fundamental en la consideración social de la infancia y se fundamenta en los principios universales de Dignidad, Equidad y Justicia Social⁷², con los principios particulares de No Discriminación, Prioridad Absoluta, Interés Superior del niño, Solidaridad y Participación.

Este concepto abarca el conjunto de Acciones, Políticas, Planes y Programas que ejecuta el Estado Salvadoreño con la firme participación y solidaridad de la Familia y la Sociedad para garantizar que todos los Niños y Niñas gocen de manera efectiva y sin

⁷¹ Ordinal segundo del artículo 2 CDN

⁷² Justicia Social como parte de dar lo justo socialmente por parte del Estado Salvador; es decir, la subsidiariedad Estatal para aquellas familias en donde los niños y niñas están en situaciones especiales como la enfermedad del VIH-SIDA.

discriminación los Derechos Humanos, desarrollados en cuatro grupos por la Convención sobre los Derechos del Niño:

I) El Grupo de Supervivencia contiene los siguientes Derechos:

- 1) Derecho a la Vida; 2) Derecho a la Salud; 3) Derecho a la Seguridad Social y 4) Derecho a no participar en conflictos armados.

Ante estos Derechos el Estado Salvadoreño, se relativiza ya que falta una cobertura Nacional de Salud, pues le compete la protección de la vida física de ciertos grupos de niños y niñas, el cual debe abarcar ampliamente el derecho a las condiciones para una vida digna, haciendo falta recoger los niños de la calle, los niños vendedores informales, violentando derechos específicos a la supervivencia y al desarrollo integral del niño, en lo moral, cultural y social.

La protección del menor infectado con VIH-SIDA debe ser integral en el corto período evolutivo de su vida, incluso el cuidado del feto dentro del vientre de la madre (cuidado prenatal y aplicación de retrovirales), en los aspectos físico, biológico, psicológico, moral, social y jurídico⁷³.

Por lo mismo, debe implementar el sistema preventivo y curativo de atención a la salud general y especializada para los niños, con la garantía de cobertura de asistencia médica y sanitaria, el combate a la enfermedad del VIH-SIDA y a la desnutrición acorde al progreso de la enfermedad y el abordaje no debe quedar a nivel del CENID, Unidades de Salud, SIBASIS o médicos privados. Debe ser una cobertura general que abarque los beneficios de la Seguridad Social en general, y del Seguro Social, en particular, para todos los niños y niñas de padres y madres seropositivas. También, comprende el respeto de las normas de Derecho Internacional Humanitario que le sean aplicables a estos niños y niñas en estos

⁷³ Artículo 346 CDN. Denominado Protección Integral lo establece textualmente.

casos⁷⁴, no sería justo llevar a la guerra y menos utilizables para eventos experimentales y bélicos.

II) Grupo al Desarrollo: Comprende los siguientes derechos: 1) Derecho a la Educación, 2) Derecho a la Cultura y Recreación, 3) Derecho a la Identidad, la Filiación y a la Nacionalidad y 4) Derecho a la Libertad de Pensamiento, Conciencia y Religión.

Al menor de edad portador del VIH-SIDA, el Estado Salvadoreño debe garantizarle, con medidas administrativas o legislativas, condiciones de igualdad de oportunidades, de manera obligatoria y gratuita, tanto en el nivel escolar primario, como el fomento de la enseñanza secundaria de forma gratuita y con asistencia financiera cuando sus padres no puedan hacerse responsables o por fallecimiento de estos. Los niños tienen derecho a la educación y en este campo también resulta evidente la corresponsabilidad del Estado de darle salud, educación y protección ante el estigma y la discriminación.

Tan importante como la educación, es el derecho del niño “al descanso y sano esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas”⁷⁵, sin distinción de condiciones de salud, pues “el menor no es un incapacitado”⁷⁶ y se le debe estimular en los primeros meses y años de vida, bajo el cuidado de un Equipo Multidisciplinario. A la fecha existe, pero esta centralizado en el CEIND anexo del Hospital Benjamín Bloom y pocos niños tienen acceso por distancias, situación económica o problemas de salud de los padres o responsables.

De igual manera, no se le debe negar el derecho a la Cultura y Recreación, debe tener participación efectiva y libre en la vida cultural y en las artes, sin discriminaciones, pues es un sujeto de derechos y obligaciones con identidad, la filiación y nacionalidad⁷⁷ propia, que le nace y se le reconoce inmediatamente al nacimiento⁷⁸. Y en el caso de

⁷⁴ Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, Convención de Belem do Parà, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Declaración de UNGASS, Compromiso asumidos en el Foro Mundial sobre la Educación (UNESCO, abril 2000) y los Objetivo del Milenio

⁷⁵ Art.31.1 CDN

⁷⁶ Según entrevista con Jefe del ISNA, zona Paracentral, Departamento de Zacatecoluca, 13 de Noviembre 2006. Se le consultó si era una opinión personal y expreso que así se piensa en el ISNA.

⁷⁷ Art. 139, 146 y 148 C. Fm.

⁷⁸ Esta innovación se debe, en gran parte, a la participación en el proceso de redacción de la Convención de unas ONGs argentinas, profundamente preocupadas por la suerte de los cientos de niños de víctimas de la represión que fueron despojados de dicho derecho durante la época de la llamada “guerra sucia”.

menores no reconocidos, abandonados o huérfanos tienen derecho a “saber quiénes son sus padres, ser reconocidos por éstos y llevar sus apellidos”⁷⁹; además, a “investigar quiénes son sus progenitores” es imprescriptible.

Este derecho comprende, como se ha visto, el derecho del niño a “preservar las relaciones familiares”⁸⁰, y no ser abandonado por ser portador del VIH-SIDA. En consideración el Estado Salvadoreño debe apoyar a las madres solteras que asumen con valentía el derecho y deber de participar en la crianza del niño o niña seropositiva.⁸¹ Este complejo de derechos y deberes corresponde, esencialmente, a la institución conocida en el Derecho de Familia como autoridad paterna y ninguna institución estatal debe propiciar la sustracción o emisión de denuncias arbitrarias y sin fundamentos, por el abandono de Tratamientos Retrovirales por parte de madres embarazadas seropositivas⁸², salvo si ello es contrario al Interés Superior del niño.

Esa es una regla no condicionada por el tipo de filiación, ni por la naturaleza específica de las relaciones legales que existen entre el progenitor y su hijo, o entre éste y otras personas. Pero puede ser reglamentado a fin de acomodar intereses legítimos de otras personas, pero no puede ser denegado en consideración a los intereses de cualquier otra persona u institución. A primera vista, el precepto que el niño no debe ser separado de su madre o padre contra su voluntad a menos que las autoridades judiciales hayan determinado que la separación es “necesaria en el interés superior del niño” parece aplicable exclusivamente a la imposición de medidas de protección.

Pero esta separación tiene otra dimensión de crianza del niño o niña, en caso de divorcio o separación, a menos que otro arreglo filial sea necesario en consideración del mejor interés de los hijos. La idea de que el divorcio, separación, muerte o incapacidad médica de los padres normalmente no debe significar la derogación o suspensión de las obligaciones de cada uno de ellos hacia sus hijos; parece coherente con los valores y propósitos que inspiran la Convención sobre los Derechos del Niño, y no concuerda con el Estado que, por el incumplimiento de tratamientos médicos, intervenga en acciones y

⁷⁹ Art. 203.1 C. Fm.

⁸⁰ Art. 5 y 18.1 de la CDN

⁸¹ Art. 174 (adopción) y 08 (tutela).

⁸² Fólder conteniendo 42 notas enviadas al ISNA, solicitando evaluación de niños por que la madre ha abandonado el Tratamiento Retroviral, entrevista el día 11 de Diciembre 2006 en el Hospital Nacional de Maternidad .

decisiones personales de los padres. Y mucho menos, violente la determinación a la libertad de pensamiento, conciencia y religión de los niños y niñas.

III) Grupo de Participación. La Libertad de Expresión, Información y Asociación:

Estos Derechos son del ejercicio de la ciudadanía de los niños y la necesaria interrelación democrática, incluso desde el seno familiar hasta el ámbito público; es decir, el niño o niña, puede opinar libremente y que su opinión sea tomada en cuenta en los asuntos de su interés, tanto de niveles de salud o procesos donde está siendo discriminados o subvalorados sus derechos, incluyendo los procedimientos administrativos o judiciales⁸³, considerando su edad y madurez⁸⁴. El niño goza de este derecho desde que “esté en condiciones de formarse un juicio propio...”. Y en segundo término confirma la aplicabilidad de este principio a procedimientos legales o administrativos.

El Código de Familia reconoce éste derecho a partir de los 2 años de edad a ser oído, en determinados procedimientos⁸⁵.

Se garantiza a todos los niños y adolescentes el ejercicio personal y directo de este derecho, especialmente, en todo procedimiento administrativo o judicial que conduzca a una decisión que afecte sus derechos, garantías e intereses, sin más límites que los derivados de su Interés Superior⁸⁶. Y se reconoce el derecho de los niños a no expresar su opinión, si así lo desea.⁸⁷

También, tienen el derecho de fundar Asociaciones, dirigirlas y participar en ellas y celebrar reuniones lícitamente.

⁸³ La principal fuente de este derecho es el artículo 12 de la CDN, que reconoce el derecho del niño a “expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño...” Las opiniones del niño deben tenerse “debidamente en cuenta”.

⁸⁴ El establecimiento de un límite de edad a partir del cual se reconoce el derecho del niño a ser oído no es coherente con el Artículo 12 de la CDN, y mucho menos a una edad tan avanzada. Resulta evidente que los niños adquieren la capacidad de formar opiniones mucho antes de llegar a la adolescencia.

⁸⁵ Art. 80.1 C. Fm.

⁸⁶ Art.80, párrafos 2 y 4 C. Fm.

⁸⁷ Gomes Da Costa, Antonio Carlos. Futuro de las Políticas Públicas para la Infancia en América Latina. En el IV Seminario Latinoamericano sobre Niñez y Adolescencia, Octubre 1995, pág. 172. Define con mayor propiedad y certeza la protección especial, al decir que "no se trata ya de dar beneficios a los niños, sino de acabar con los maleficios que no les dejan disfrutar de los beneficios que otros tienen"

IV) Grupo de Protección Especial:

Hay que distinguir claramente entre *Políticas Publicas Universales*, para la satisfacción de los derechos colectivos y difusos de todos los niños y las *Políticas Especiales* que protegen a los niños frente a violaciones liberándolos de afecciones sociales o de otra índole a los niños. Por eso la Convención reconoce los Derechos a la Protección Especial como uno de los grupos de derechos que al ser atendidos con prioridad, junto a los de supervivencia, desarrollo y participación que permiten materializar la Protección Integral.

En ese sentido 16 de los 54 artículos de la Convención están destinados a reconocer derecho a los niños y niñas a estar protegidos contra toda forma de negligencia, abuso, maltrato, discriminación, explotación, violencia, fármaco dependencia, crueldad, opresión y secuestro, entre otros. Para estas situaciones más que la atención de políticas globales para todos los niños, la Convención acuerda medidas especiales de protección que se conviertan en formas sociales de impacto real para transformar la situación de abierta desprotección en que se encuentran grupos determinados de niños y niñas. Ya no se trata de reconocer, cumplir y garantizar derechos universales en las políticas globales de una sociedad, sino de proteger a determinados grupos de niños, o a un niño en particular, de las situaciones adversas que le vulneran su condición humana.

Esta Protección Especial está dirigida al reconocimiento del derecho a ser protegido frente a situaciones de hecho que impiden el ejercicio de otros derechos, o violentan derechos, para restituir la condición y situación a parámetros normales de protección, y en consecuencia se trata de una atención positiva y preferencial de los niños que se encuentran en estas situaciones especiales de desprotección⁸⁸, como son: 1.- La protección contra toda forma de explotación, perjuicio social o médico, abuso físico o mental, maltrato, abandono o descuido nutricional, físico y de atención medica; 2.- A niños solos o con sus padres, darles asistencia humanitaria adecuada acorde a su nivel de salud, corporalidad o situación jurídica; 3.- A un proceso justo en caso de ser procesado por un órgano judicial, lo cual comprende asistencia jurídica adecuada, derecho de

⁸⁸ Cintero, Miguel. El Interés Superior del Niño en el Marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, en Infancia: ley y Democracia. Editorial Temis, Ediciones DEPALMA, Santa Fe de Bogotá- Buenos Aires, 1998, Pág. 78

defensa, a no ser torturado ni sometido a otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, a que no se le imponga pena capital ni prisión perpetua, a no ser detenido o privado de libertad ilegal o arbitrariamente, y en fin, a ser tratado acorde con la Dignidad Humana; 4.-Contra la Venta, el Secuestro o trata ejecutados con cualquier fin o en cualquier forma y 5.- Contra el uso ilícito de estuperfacientes.

Hay cuatro **Principios Básicos de la Protección Integral de los Derechos Humanos a Niños y Adolescentes:**

1- La No discriminación, que tiene carácter universal con las políticas sociales dictadas por el Estado, dirigidas a vencer las condiciones de insalubridad, situaciones de pobreza y mala nutrición y circunstancias generalmente sociales, económicas y culturales, que generan la discriminación y abandono de niños y niñas con VIH-SIDA por parte de los padres o encargados.

Pero este principio establece un elemento, que se proyecta más allá de la condición de salud del niño, pues abarca el amplio sentido de traspasar su propia condición de niño, para evitar y prohibir la discriminación en razón de la condición de padres infectados con VIH-SIDA o por condiciones de insolvencia económica para acceder a servicios de prevención, tratamientos y goce de ayudas con Canastas Básicas y Leche Sucedánea. En estos casos, la propia condición de sus padres no debe ser nunca elemento de juicio para la consideración discriminatoria del hijo.

2- El Interés Superior del Niño, es un principio jurídico social de aplicación preferente en la interpretación y práctica social de cada uno de los Derechos Humanos de los niños y adolescentes. Debe considerarse de inspiración para la toma de decisiones de las personas públicas o privadas, por ser vínculo normativo para la estimación, aplicación y respeto de todos los derechos humanos de los niños. Su significado estriba fundamentalmente en la plena satisfacción de los derechos de los niños⁸⁹, dejando de ser una directriz vaga e indeterminada. De esa manera, el Interés Superior del Niño junto a

⁸⁹ Pero el Interés Superior, es el principio que podemos denominar la primacía de los intereses y el más importante de los consagrados por la CDN. La Convención contiene reiteradas referencias a este principio. El más general se encuentra plasmado en el primer párrafo del Artículo 3, que reza: En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño

la no discriminación, constituyen la base de sustentación y protección de los Derechos Humanos de los niños.

En base al Interés Superior, el menor tendrá prioridad para recibir protección y socorro en toda la Red Hospitalaria, y no solo por el hecho de ser niño o niña con VIH-SIDA no se le atenderá con urgencia, sino hasta llegar al Hospital Especializado en niños con la infección VIH-SIDA.

3- La Efectividad y Prioridad Absoluta⁹⁰. La efectividad se concretiza con la adopción de medidas o providencias no solo de carácter administrativo y legislativas, sino todas aquellas que siendo de cualquier índole conduzcan a la efectividad, goce y disfrute real de los Derechos Humanos de los niños y niñas; es decir, derechos a supervivencia, protección, participación y desarrollo, con formulación específica de las medidas a tomar para alcanzar determinado Derecho Humano⁹¹.

Por otra parte, la Prioridad Absoluta, significa que el Estado Salvadoreño debe adoptar medidas hasta el máximo de los recursos para lograr la protección integral y, de ser necesario, recurrir a la cooperación internacional, para que los derechos de los niños y adolescentes sean atendidos con prioridad absoluta.

El artículo 4 de la Convención consagra la Prioridad Absoluta con particular interés para transformar la conducta direccional del partido en el Gobierno respecto a la Planificación Social, puesto que ha invertido el orden jerárquico o preeminencia de los asuntos de Estado y de Gobierno, al colocar en primer lugar las medidas referidas al cumplimiento de los Derechos Sociales (a la seguridad ciudadana), Económicos (empuje del CAFTA-RD) y Culturales, sin que valga de excusa motivaciones de carácter presupuestario, emergentes o circunstanciales que tradicionalmente se han utilizado para evadir responsabilidades en el cumplimiento de los Derechos Humanos.

⁹⁰ Por ejemplo, en el artículo 24 CDN se reconoce el Derecho a la salud, se ordenan las medidas apropiadas para combatir enfermedades, malnutrición, atención, prevención Y educación en salud.

⁹¹ El artículo 5 de la Convención sobre los Derechos del Niño establece este principio general de la siguiente manera: "Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otra personas encargadas legalmente del niño, de impartirle, en consonancia con sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención"

Debería estructurarse que las políticas públicas, en su diseño y destino, en primer lugar analicen la situación de los niños, la aplicación de políticas, incluyendo acciones, planes, programas y presupuesto hacia esta población, y si no fueren suficientes los recursos nacionales para la aplicación de las medidas que impone el principio de prioridad absoluta, también con prioridad se debe recurrir a la cooperación internacional⁹², lo que en la práctica de la política de solicitud de cooperación significaría colocar en primer plano la ayuda a los niños, antes que los compromisos derivados de otras acciones del Estado.

4- La Participación Solidaria⁹³ o Principio de Solidaridad del niño con el Estado, la Familia y la Comunidad conforman la trilogía sobre la cual descansa la responsabilidad en el ejercicio y goce efectivo de los Derechos Humanos de la Niñez.

Este principio de solidaridad explica el deber de comunidad y padres a orientar el pleno ejercicio por parte del niño. De manera alguna quiere decir que esta orientación sea imposición, por cuanto siempre debe ser entendida como coadyuvante acción del ejercicio *per se* del niño.

Para cumplir, respetar y hacer cumplir los derechos en una concepción universal, colectiva e integral no basta con que el Gobierno sea el responsable inmediato de éstos. Por intrínseca naturaleza de los propios derechos humanos la sociedad y la familia están obligados a activar los mecanismos de garantía y protección necesarios para que la obligación del Estado sea correspondida con la obligación y solidaridad social. Para ello, la Doctrina de Protección Integral invita a crear mecanismos apropiados desde cada uno de los estamentos e instancias de la sociedad.

⁹² El DEP El Salvador 2005-2008, Cooperación Española, contabiliza 20 Agencias Cooperantes con el Gobierno en turno por Áreas de Intervención por Metas de los Objetivos del Milenio, y en ODM-6 Cooperan: ACDI, BID, AID, AECI, OIT, OPS GTZ, PNUD, UNFPA Y UNICEP, página 36.

⁹³ La unidad de la familia, la igualdad de derechos del hombre y de la mujer, la igualdad de derechos de los hijos, la protección integral de los menores y demás incapaces, de las personas de la tercera edad y de la madre cuando fuere la única responsable del hogar, son los principios que especialmente inspiran las disposiciones del Código de Familia.

3.3 LA INTERVENCION DEL ESTADO PARA LA DEFENSA DE LOS NIÑOS Y LOS PROGRAMAS SOCIALES DE APOYO A FAMILIAS DE ESCASOS RECURSOS AFECTADO POR EL VIH-SIDA

El deber principal del Estado con respecto a la familia es su protección como célula fundamental de la sociedad, así lo establece la constitución.

Por mandato Constitucional se debe proteger a la familia, no solo en lo jurídico regulando sus relaciones si no a través de una serie de acciones tendientes a lograr su integración, bienestar y desarrollo social, cultural y económico, todas esas acciones constituyen los deberes del Estado en relación a la familia.

La función del Estado en relación a la Familia ha variado en distinta épocas en algunas de ellas el Estado ha actuado como poder supremo, en otras a un estando separado familia y estado, ha gozado aquellas de gran relieve y amplia libertad, dentro de la organización general de esta.

INTERVENCIONISMO ESTATAL O AUTARQUIA FAMILIAR.

Se puede afirmar que existen dos corrientes a cerca de la relación de la familia con el derecho; la primera defiende el principio de autarquía familiar en base a la cual debe huirse de toda intromisión del estado en la vida familiar y robustecer los vínculos que de ella nace y ampliar la esfera de sus atribuciones; la segunda concepción, por el contrario sostiene que cada día debe ampliarse la esfera de la intervención del estado y que de este debe realizar muchas de las funciones antes recomendadas a la familia y sobre todo, el Estado debe intervenir para proporcionar a la familia toda la estructura y todos los elementos que le corresponden como integrantes del bien común, para proteger y promocionar a la familia, pero no debe intervenir para destruir la personalidad del individuo o para querer cambiar la educación, religión y moral que se les da a los hijos dentro del hogar, el Estado no puede intervenir en los interese espirituales del hombre y de la familia, acá en este campo el Estado debe respetar la libertad del hombre y del

grupo familiar, pero en cambio debe proporcionar los medios para ejercitar dicha libertad.

El Estado debe evitar entrometerse en aquello que es natural de la familia que la cumplen mejor, limitando su intervención a los supuestos en que su ingerencia no puede evitarse.

Según la doctrina, los Organismos Estatales solo pueden intervenir en dos circunstancias: cuando hay conflicto entre los padres⁹⁴ y cuando el menor se encuentre en grave peligro de cualquier naturaleza⁹⁵.

Este peligro no puede ser mínimo como para ser intrascendente por el cual no debe permitirse la ingerencia de los Jueces en la vida familiar, ni pueden ser tan graves como para excluir la Autoridad Parental ; sin embargo para que se de la intervención del Estado, deben ser los mismos padres los que han colocado al hijo en situación de peligro⁹⁶.

Se considera que la autarquía familiar y el intervencionismo estatal, no son dos posiciones encontradas o reductibles por lo que una combinación equilibrada de las dos es lo mas acertada en el campo del derecho de familia. Sin embargo la legislación positiva, el intervencionismo estatal ha avanzado notablemente, especialmente en la esfera de las relaciones paterno filiales, se ha realizado una evaluación muy honda. La autoridad parental concebida y regulada en lo antiguo como un poder absoluto e ilimitado del padre se considera hoy una función establecida en interés de los propios y ligados a las exigencias de las familias y la sociedad, el Estado tiene sometido a sus alta inspección y tutela la educación y los interese de los menores, y llega a privar el ejercicio de sus autoridad a aquellos padres que abusen de la misma y no estén en poder de desempeñarla satisfactoriamente.

⁹⁴ Art. 209 C. Fm.

⁹⁵ Art. 348 C. Fm.

⁹⁶ Martínez Aguilar, Vanesa Carolina. El niño como sujeto de Derecho y la Autoridad Parental en el Derecho de Familia moderno. Estudio de Derecho de Familia X Aniversario de la creación de los Tribunales de Familia octubre 2004. Consejo Editorial Mima Antonia Perla Jiménez . Jorge Alfonso Quinteros Hernández. Jaime Mauricio Cam`pos Perz San Salvador, El Salvador C. A

Estamos de acuerdo que la intervención del estado es necesaria, pero sin llegar a extralimitarse, debe inspirarse en la protección a los miembros más débiles de la sociedad. La legislación positiva debe garantizar la protección de Estado a la protección de la familia para que esta puede integrarse en todos sus aspectos, y pueda cumplir sus fines, pero así mismo, la legislación positiva no puede autorizar la a intervención del Estado en la esfera de la impunidad de la familia privándola de su libertad, pues esto sería una actuación exagerada y totalitaria; en base a la anterior reiteramos la idea de que en materia de protección familiar el Estado debe buscar un punto de equilibrio en su intervención que pueda ser eficaz la protección a la familia sin afectar la esfera de su intimidad y libertad.

Siendo la familia elemento indispensable de coacción y de equilibrio social, si la comunidad política necesariamente debe tener las virtudes los sentimientos de solidaridad y altruismo, la consistencia que proporciona la familia no hay ninguna duda que el Estado debe orientarse a la defensa de la institución familiar.

En materia del deber estatal de protección a la familia se debe buscar equilibrio entre la autonomía y libertad de la familia y la conveniente participación estatal en lo relativo a satisfacción a necesidades de la familia que no puede cumplir.

El Estado y la comunidad tiene el Deber y Derecho de participar e intervenir en algunos casos en las instrucciones familiares pero sin violar la privacidad y lo propio de cada institución.

Se debe actuar de acuerdo a la naturaleza de cada institución de derechos de cada familias, buscando siempre la protección y función de la familia.

También el Estado puede intervenir en forma indirecta, proporcionado la formación de los padres para la mejor integración familiar, pero no puede intervenir en el seno familiar pues compete a sus miembros.

La actuación del Estado debe ser de dos clases:

- Como auxilio a la familia y sus miembros a cumplir fines.
- Como autoridad para dictar normas y actuaciones de los órganos públicos para promover a las familias y sancionar todo aquellos que venga en contra del interés y vida familiar.

MECANISMOS LEGALES Y ESTATALES DE PROTECCION A NIÑOS Y NIÑAS ABANDONADOS CON VIH-SIDA.

El artículo 32 de la Constitución establece la protección a la familia para eso dictara leyes necesarias y creara los Organismos y servicio apropiados para su integración, bienestar y desarrollo social, cultural y económico. Para hacer efectivos estos deberes: 1) El Sistema Nacional de Protección a la Familia y Personas de la Tercera Edad; 2) El Sistema Nacional de Protección al Menor.

Los cuales ejecutaran las Políticas del Estado para lograr el bienestar económico, social y cultural de la Familia⁹⁷.

La intervención estatal que por ley corresponde conforme al Artículo 20 de la CND de los niños abandonados tendrán derecho a la protección y asistencia especiales del Estado, entre esos cuidados figuran la colocación en Hogares, la Adopción o colocación en Institución adecuada para menores.

Conforme a lo prescrito por la Constitución la legislación de fondo y forma, vigente este intervención estatal es indelegable e irrenunciable.

En base al Artículo 348 del Código de Familia el estado de peligro en que los padres ponen al menor de edad al ser abandonado sin causa justificada (Artículo 241 numeral 2 del C. Fm).

⁹⁷ Art. 398, 399 , 400 y 401 C. Fm.

Las instituciones estatales interviniente ante el abandono de un niño o niña con VIH son la PNC, el ISNA, PGR y los Juzgados de Familia.

Este abandono activa los mecanismos judicial de perdida de la Autoridad Parental, la adopción la tutela por las personas establecidas por la ley o y administrativos de Hogares Sustitutos, en ultima instancia la Institucionalización.

Siendo la Procuraduría General de la Republica el ente encargado de proteger y defender los derechos del niño, correspondiéndole además investigar los orígenes del menor y de la familia ya que estos serán los posibles tutores. En caso de no encontrar a las personas adecuadas procede el Estado como último mecanismo que es la Institucionalización, después de haber agotado todos los recursos legales.

La ineficacia de la Procuraduría General de la Republica es que no investiga con prontitud el origen de los niños y sus familias aun en niños sanos. De la misma manera el ISNA retarda los procesos administrativos y judiciales no les da el impulso procesal debido. Adoleciendo de intervención a tiempo de profesionales de las diferentes área en esta clase de niños⁹⁸.

Además, las denuncias por parte de Hospitales al ISNA no son investigadas a fondo, pues el abandono de tratamiento medico, no debe ser causa de separación de su familia.

El ISNA debe capacitar recursos humanos y crear estrategias para agilizar la investigación de la procedencia de los menores abandonados.

Creación de Políticas orientada a la concientización para los padres que estos no abandonen a los niños por el hecho de enfermedad.

⁹⁸ Fontemachi, Maria Dra. El Niño y su Derecho a una Familia y el estado de Abandono. Pag. 1-2.
www.chicosperdidos.org.ar/notas/ninoderechosfamilia.html

Un niño abandonado con VIH-SIDA, no es candidato para Hogares sustitutos temporales o definitivos ni mucho menos para la adopción debido a su enfermedad que requiere tratamiento caro y disponibilidad de tiempo y cuidado.

El ISNA en base al Interés Superior los coloca en una Institución como último recurso.

NECESIDAD DE POLITICAS SOCIALES PARA LAS FAMILIA INFECTADA CON EL VIH-SIDA.

La política social del Estado Salvadoreño, es la asunción de la responsabilidad de proteger a sus ciudadanos, es el recurso que se asume, para amparar a las personas, familias o grupos que no pueden por si mismos atender la satisfacción de sus propias necesidades.

Por lo mismo, a las personas infectadas con el VIH-SIDA, que la enfermedad las incapacita seguir laborando, como las mujeres cabeza de hogar deben tener una atención continua del Estado; tanto en lo social como en lo económico,

Este caso de salud, debe tender a convertirse en una política prioritaria del Estado la cual atiende con recursos propios y con ayuda internacional.

Esta política conlleva otros problemas que deben ser atendidos a través de políticas estatales, específicas, la desnutrición infantil por etapas de la enfermedad, masa poyo solidario a las madres solteras, prevenciones y apoyos comunitario, por tener hijos con VIH-SIDA para detener la discriminación.

Todas estas problemáticas tienen una naturaleza diferente ya que pueden agravarse o minimizarse en la medida que la familia más vulnerable a la desintegración pierde su capacidad de cumplir con sus funciones dentro de la comunidad, por lo tanto en materia familiar el Estado debe realizar permanentemente, políticas de ayudas de

prevención y de corrección a las problemáticas socio familiares mencionadas, es decir que, la familia debe ser principal destinataria de las políticas sociales.

3.4. EL VIH-SIDA EN EL SALVADOR

3.4.1 ANTECEDENTES DE LA EPIDEMIA EN EL SALVADOR

Hace 25 años, en la década de los 80', aparecieron los primeros casos de VIH y El Salvador se encontraba sumergido en un conflicto armado que cobraba la vida de 80,000 víctimas.

Durante 1981 se identificó a nivel mundial el VIH causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, pero hasta 1984 fue detectado en el Hospital Rosales el primer caso en El Salvador. El gobierno inició las primeras actividades de prevención en 1998 e implementó en el período 1999 – 2000, el primer Plan Nacional de Prevención y Control de VIH-SIDA, partiendo de este determinó la necesidad de realizar los ajustes pertinentes al mismo, para contar con un nuevo Plan Nacional que recoge los objetivos, estrategias y acciones para el período 2001 – 2004.

Desde esa fecha a julio del 2004 existieron 13,665 casos del VIH-SIDA de los cuales predomina el sexo masculino en un 64% y el sexo femenino con un 36%.

En 1987 se crea el programa Nacional del VIH-SIDA del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como la principal instancia del sector Salud.

Durante 1989 se realizaron estudios de seroprevalencia del VIH en sub grupos poblacionales y que no reflejan la situación real del VIH-SIDA, de igual manera la información de 1991 hasta 1995 provenientes de clínicas de San Miguelito, Metapàn y Jiquilisco de sobreprevalencia del VIH en Trabajadoras Comerciales del Sexo no son

reales y no existe ningún registro de TCS que ejercen el comercio sexual en el país, tanto fijo como en la calle⁹⁹.

Por lo mismo, en el Hospital Nacional de Maternidad inició el programa de VIH-SIDA en 1989 con el tamizaje a donantes y ofrecimiento de sangre segura, realizando encuestas a donantes, así mismo realizando la prueba a toda sangre a transfundir¹⁰⁰.

Según datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 2001, la infección del VIH pareció ir rápidamente en aumento entre la población joven y prevaleció más entre varones.

Según el programa común de las Naciones Unidas para el VIH-SIDA en El Salvador a mediados de junio del año 2001, el total personas habían sido diagnosticada con VIH o SIDA en El Salvador fue de 7,560; con el 75% se encontraron en la población masculina; 266 niños vivían con SIDA y 274 infectados por VIH; se habían registrado que 361 personas habían fallecido por causa de SIDA en El Salvador¹⁰¹.

La información sobre el VIH es limitada, tímida, tendenciosa y debe mejorar en El Salvador

En un estudio de seropredominancia realizado en el Hospital Nacional de Maternidad en 2001 se observó un índice de infección del VIH del 1% en mujeres embarazadas.

A mediados del año 2004 se descentralizó la terapia antirretroviral en doce Hospitales nacionales.

En el año 2005 se realizaron a nivel nacional 217,748 nuevas pruebas de detección del VIH-SIDA, lo que constituye un incremento del 10% con relación al año 2004 y un incremento de más del 100% con respecto al año 2001.

⁹⁹ Recinos, Miran Estela. Trabajo Ex aula del Diplomado del VIH-SIDA para equipo Multidisciplinario Intra Hospitalario. Facultad de Medicina Universidad de El Salvador, enero 2005 Págs. 4,6 y 8

¹⁰⁰ Synergy Project, USAID. El VIH y el SIDA en El Salvador, febrero del 2002 Pág. 16

¹⁰¹ Padilla de Gil, Marina Dra. Salud Sexual de los y las Adolescentes en El Salvador publicado en la Revista de la sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia. Año 2001 Pág. 5

Como parte del fortalecimiento y de la atención y prevención del VIH- SIDA, en los diferentes niveles del sector público y privado, en el año 2000, se inicia el proceso de Atención Integral en diferentes establecimientos de la red pública, tres hospitales nacionales de tercer nivel de atención y uno Metropolitano autogestionan para dar respuesta a la situación del VIH-SIDA en ese momento. Para ese mismo periodo el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social elabora los protocolos de Atención de Personas Infechadas por el VIH-SIDA, los cuales se oficializaron y se da inicio el proceso de la divulgación e implementación, en los niveles operativos.

Por lo que en el año 2001 se da inicio a la Terapia Antirretroviral (TAR) en el Hospital Nacional Rosales, Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolan”, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom y Hospital Nacional Zacamil “Dr. Juan José Fernández”, simultáneamente se conforman los equipos multidisciplinarios para la atención a PVVS. Para el año 2002 se consolidan las acciones tendientes a la atención integral en los Hospitales antes mencionados, e inicia la ejecución del “Programa de Descentralización de la Terapia Antirretroviral”¹⁰².

En el año 2003, varios Hospitales de la red pública de diversas zonas del país, se integran a la red de establecimientos que ofrecen atención integral a PVVS, estos son Hospitales de los departamentos de Santa Ana, Sonsonate, Soyapango, San Miguel y Morazán, llegando a 9 centros en total a nivel nacional.

Para el año 2004, se logra descentralizar 7 Hospitales más, de tal manera que actualmente en el país se cuenta con 16 Hospitales Nacionales descentralizados ofreciendo atención Integral. Para este mismo período se consolida la Política de Descentralización de la TAR, que incluye contratación de recursos humanos, capacitación, formación o fortalecimiento a equipos multidisciplinario en VIH-SIDA así como fortalecimiento a la infraestructura para la atención integral¹⁰³.

¹⁰² Op. Cit Recinos, Mirna Estela, Pág. 12.

¹⁰³ La lucha contra el SIDA en El Salvador, un Compromiso de Nación Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA San Salvador El Salvador, Centro América, Gobierno de El Salvador, Junio 2006, Pág. 15

Uno de los principales logros en cuanto a la atención integral en el año 2001, es el acceso a la Universal Terapia Antirretroviral (TAR), y que dispone de un Cuadro Básico de medicamentos, que consta de 28 fármacos pertenecientes a tres diferentes grupos, en sus diversas presentaciones.

En El Salvador, se cuentan con esquemas de primera y segunda línea, que han demostrado ser altamente eficaces, logrando el objetivo de mejorar la cantidad y calidad de vida de las personas que viven con VIH-SIDA.

Con la estrategia de la descentralización de la terapia antirretroviral, actualmente en 16 hospitales del Ministerio de Salud a nivel nacional, se prescriben y se dispensan antirretrovirales. Con esta estrategia se ha logrado aumentar desde el año 2001 a la fecha 50 veces mas el número de personas que reciben terapia antirretroviral.

Las personas con Tratamiento antirretroviral por establecimiento de Salud, hasta marzo de 2006 han sido 3,470 personas quienes han recibido terapia antirretroviral, 2,626 a través de los 16 hospitales de la red del Ministerio de Salud y 844 por parte del Seguro Social.

3.4.2 EL VIH-SIDA EN CIFRAS EN EL SALVADOR.

El Salvador con sus 21,000 km² y sus 6,396.00 habitantes para 2001 es el país más pequeño del Continente Americano y el más densamente poblado con 287 hab/km² en el área rural y hasta 1,600 hab/km² en las zonas urbanas. Del total de la población el 58.4% esta concentrada en el área urbana y el 41.6% en las áreas rurales.

La población Salvadoreña es básicamente una población joven en donde la edad promedio de los adolescentes es de 17.3 +/- 1.1 años, los mas jóvenes contaban con 14 años (0.5%) y los mayores 19 años (17%)¹⁰⁴.

Los menores de 15 años son el 36% del total de sus habitantes. Por cada 100 personas en edad productiva (15 a 64 años) hay otras 72 que dependen de ella. La quinta parte de los nacimientos ocurridos anualmente en el país tienen como protagonista a una mujer menor de 20 años.

Según el informe Mundial sobre Desarrollo Humano 2003, El Salvador se ubica en el rango de desarrollo humano medio (con un ID del 0.719). A pesar de su situación de país de renta media, persisten importantes bolsas de pobreza (48.3% del total de la población Salvadoreña se encuentra en estado de pobreza (según cifras oficiales) esto significa que 3,089.268 Salvadoreños viven en estado de pobreza y el 19.2% de pobreza extrema, se entiende el estado de pobreza, aquella situación social y económica en la que una familia no tiene los ingresos mínimos para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, ropa, estudio, etc., concentrándose sobre todo en el área rural confiriéndole al país un perfil de desarrollo altamente inequitativo con un índice Gini de 0.55 en el 2001 y la capacidad institucional para hacer frente a los principales problemas del país es limitada¹⁰⁵.

La pandemia se mueve en la vulnerabilidad nacional de la alta dependencia de las remesa, dolarización, política e ideológica de los partidos mayoritarios y extremistas,

¹⁰⁴ Op. Cit. Padilla de Gil, Marina Dra. Pág. 1

¹⁰⁵ Documento de Estrategia de País 2005-2008, Cooperación Española El Salvador, pàg. 9

ARENA derechista y el FMLN de la izquierda ortodoxa, constantes epidemias de dengues, inseguridad alimenticia y nutricional; hambre y pobreza extrema.

Pero se evidenció un descenso del VIH-SIDA en comparación en el año 2005 en comparación con los años anteriores, y la epidemia se clasifica concentrada y de baja prevalencia y evidente la feminización de la epidemia. El índice de positividad en mujeres embarazadas se redujo de 0.22 % a 0.14 % (1.4 mujeres VIH positivas embarazadas por cada 1,000)¹⁰⁶.

Desde el año 2001 a marzo de 2006, un total de 3,470 personas han tenido acceso a la Terapia Antirretroviral y 156 establecimientos de salud ofrecen la prueba de VIH.

El total de pruebas de detección de VIH realizadas en 2005 fueron 217,748; los casos nuevos de VIH-SIDA detectados cada día fueron 4.4; total de casos de VIH-SIDA acumulado al 2005 fueron 16,343; total de casos nuevos de VIH por año 1,195; total de casos nuevos de SIDA por año 430; los casos nuevos de VIH-SIDA por año 1,625; nuevos pacientes con Terapia Antirretroviral en el MSPAS 980; balance del número de pacientes iniciados cada día con terapia antirretroviral en el MSPAS 2.6; el número de Hospitales Nacionales descentralizados y que brindan atención integral 16 y Hospitales Nacionales descentralizados que brindan prevención materno infantil en mujeres embarazadas y exposición perinatal son 12¹⁰⁷.

En el análisis de los casos acumulados desde el inicio de la epidemia la mayor proporción está centrada en los hombres, quienes constituyen el 63% de los casos y el 37% son mujeres.

Durante el año 2005 la situación se mantiene similar dado que el mayor número de casos se registró en el sexo masculino con un 56.7% y el sexo femenino con un 43.3% siendo la relación Hombre/ Mujer de: 1.3 hombres por 1 mujer.

¹⁰⁶ Op Cit. La lucha contra el SIDA en El Salvador, un Compromiso de Nación Pág. 5

¹⁰⁷ Op. Cit. La lucha contra el SIDA en El Salvador, un Compromiso de Nación, Pág. 12

Conforme a grupos de edad, el número de casos de VIH-SIDA registrados en la población de 25 a 34 años juega una posición predominante, no obstante poblaciones comprendidas entre los 15 y 39 años presentan un alza significativa dentro de los diferentes grupos de edad esto denota que la mayor incidencia de casos de la sociedad salvadoreña continúa concentrándose en individuos económicamente productivos y sexualmente activos.

A lo largo del tiempo la transmisión sexual (heterosexual, homosexual, y bisexual) ha sido la principal forma de exposición, alcanzando un 85% (13,876) del total de las formas de transmisión. La transmisión vertical (madre-hijo) es representada por un 7%¹⁰⁸.

Desde 1998 hasta el año 2005, se registró un total de 1,936 fallecidos a causa del VIH-SIDA. Durante los años 2004 y 2005 la tasa de mortalidad se ha mantenido con un promedio de 5.1 defunciones por 100,000 habitantes.

Aun cuando para el 2005 la mortalidad por SIDA, no figuró dentro de las primeras 10 causas de muerte del total general a nivel hospitalario, es la 2ª causa de muerte hospitalaria en el grupo de 25 a 59 años y la 3ª causa de muerte en personas de 20 a 24 años.

El mayor número de personas captadas y notificadas al sistema de vigilancia epidemiológica corresponde a personas VIH Positiva es de un 74% (1,195) frente a un 26% (430) de personas notificadas en fase SIDA.

Esta situación podría ser producto del mejoramiento del sistema de notificación de casos así como de las múltiples campañas orientadas a la toma voluntaria de la prueba, representando así el impacto educativo de la población ante la importancia de conocer su condición serológica prolongando el período asintomático de la infección y retrasando la evolución a SIDA.

¹⁰⁸ Epidemia de VIH/SIDA, Estimaciones y Proyecciones, Periodo 1980-2010, con el Apoyo PASCA, San Salvador, Noviembre 2002, pág. 11

Según el criterio internacional que distingue los casos de SIDA pediátricos (menores de 15 años de edad) de los casos de SIDA en población adulta (hombres y mujeres de 15 ó más años de edad). Se evidencia que en el 2005, se notificaron al Ministerio de Salud Pública y asistencia Social 430 casos de SIDA, de los cuales el mayor porcentaje con un (68.8%) corresponde a los hombres adultos, seguido con un (29.3%) a las mujeres adultas, y el tercer lugar según el orden de frecuencia con un (1.8%) corresponde a los Menores de 15 años. 866 son los menores viviendo con VIH en El Salvador. Sin embargo, la incidencia ha disminuido. De 142 casos en 2001, se pasó a 20 en 2004 y a 7 hasta noviembre de 2005, de acuerdo a datos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

De acuerdo a OPS/OMS, las personas con VIH-SIDA que requieren tratamiento es el 25% de los casos notificados en los últimos cuatro años. Al hacer el cálculo en El Salvador el porcentaje de personas en tratamiento Antirretroviral alcanza un 44 % situación que indica que se ha alcanzado y sobrepasado el porcentaje mínimo esperado de personas que necesitan Tratamiento Antirretroviral.

El 1 de Diciembre del 2004, día mundial de la lucha contra el SIDA, se escribe un nuevo capítulo en la historia del VIH en El Salvador, se cumple una nueva etapa que nos acerca a la excelencia en la atención del paciente pediátrico afectado por la enfermedad. Pues, gracias al Proyecto Fondo Global, al Hospital St. Jude Childrens, a la Fundación Inocencia se crea el Centro de Excelencia para Niños con Inmunodeficiencia (CENID) donde se brinda atención especializada a más de 400 niños que viven con VIH-SIDA de todo el país.

El país logró reducir en más de un 80% el número de niños nacidos con el VIH, sobrepasando no solo la meta estipulada para el 2005 de lograr una reducción del 20% en cada país, sino que sobrepasando de igual manera la meta estipulada para el 2010 de lograr una reducción del 50% con lo cual El Salvador 5 años antes de la fecha señalada da cumplimiento a este indicador, traduciéndose en un avance significativo, en el marco del cumplimiento de los Objetivos del Milenio de haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015 la propagación del VIH.

En el 2005 las prevención materno infantil del VIH, las pruebas han aumentado en mujeres embarazadas en 105,595 con un índice de positivo para VIH en el embarazo de 0.14%, este dato comparado con el año 2004, se nota la reducción del 0.08% de la prevalencia.

3. 4.3 LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH-SIDA.

La prevención de la Transmisión Materno-Infantil del VIH es una de las prioridades del Programa Nacional de ITS-VIH-SIDA y se han desarrollado diferentes acciones dirigidas a este grupo poblacional.

En el año 2001 se inicia todo un proceso estratégico para prevenir la infección en niñas y niños a través de la madre, con un estudio de investigación acerca de los conocimientos y actitudes de las embarazadas, sus parejas y el personal de salud sobre la prueba de VIH, cuyos resultados fueron la base para el diseño de una Estrategia de Comunicación que permitiera identificar barreras que limitaran el acceso a la prueba en estos tres grupos, y de esta manera elaborar mensajes educativos orientados al acceso y toma de la prueba de VIH en todas las mujeres embarazadas, al mismo tiempo que se creara un compromiso en el personal de salud para la promoción de la prueba a nivel de la red de establecimientos públicos y privados a toda mujer embarazada¹⁰⁹.

Los materiales que fueron diseñados para apoyar esta campaña fueron afiches, trípticos, artículos de escritorio, chalecos y pines también fue apoyada por cuñas radiales, vallas fijas y móviles y spots de televisión que posteriormente fueron difundidos en medios masivos de comunicación, gracias al apoyo económico de USAID, del proyecto Fondo Global El Salvador, y Proyecto RHESSA del Ministerio de Salud.

¹⁰⁹ Apoyo y Barrera para Reducir la Transmisión Vertical del VIH/SIDA en El Salvador, Proyecto CHANGE de la Academia para el Desarrollo Educativo (AED) / Manoff Group Internacional, en colaboración con Grupo Técnico de ONUSIDA, financiado por USAID/El Salvador. Ejecutado por Carranza Flores, S.A. de C.V., Vol. I y II.

Posterior a esta fase se lleva a cabo la Elaboración de línea de base sobre la prevención Materno Infantil del VIH en el Sistema de Salud Nacional, para dar seguimiento al diseño, elaboración, validación y divulgación de la Guía de Prevención de la transmisión Materno Infantil del VIH, que brinda lineamientos claros para la atención de la mujer embarazada con respecto a la prevención de la transmisión Materno Infantil del VIH. Desde el año 2003 hasta la fecha se han capacitado a mas de 4,000 recursos en esta Guía de abordaje incluyendo personal médico y paramédico (Enfermeras, promotores de salud, mujeres embarazadas y parteras) en la totalidad de establecimientos del Ministerio de Salud, del Instituto Salvadoreño del Seguro Social y organizaciones no Gubernamentales.

Desde el año 2003 se ofrece de forma voluntaria y gratuita la Prueba del VIH a todas las mujeres embarazadas en todo el país, así mismo se entrega un artículo promocional “ropa de bebé” como incentivo por haberse tomado la prueba de VIH, de igual manera el Ministerio de Salud ofrece a las mujeres embarazadas con VIH+, cuidados y atención prenatal especializada, consejería, administración de antirretrovirales, atención de parto seguro, atención post parto y la alimentación necesaria (Sucedáneos de la Leche Materna) de forma gratuita para la alimentación y nutrición adecuada del niño hasta los 18 meses de edad. Todo esto ha sido posible gracias al apoyo económico del Fondo Global y el aporte de fondos provenientes del proyecto del Banco Mundial al Gobierno de El Salvador (RHESSA)

Los logros de esta intervención se logran evidenciar fuertemente a partir del año 2004. Desde el año de 1991 hasta el año 1998, hubieron incrementos en relación al número de casos VIH positivos en menores de 1 año. Para el año 1995 se evidencia un primer descenso en la curva que pudiera deberse al inicio del programa de PTMI del Hospital Nacional de Maternidad.

En el año 2000 con la apertura de la Clínica para Niños con Inmunodeficiencias en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom se registran un aumento significativo en el número de nuevas infecciones, debido principalmente al trabajo realizado en la detección activa de nuevos casos y al manejo integral que se brinda a esta población.

Para el año 2003 se fortalece la Iniciativa para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH-SIDA a nivel Nacional, por El Programa Nacional de ITS-VIH-SIDA con la toma de pruebas gratis a nivel nacional en las Unidades de Salud de todo el país que cuentan con laboratorio, asociada a la capacitación de todos los niveles operativos del Ministerio de Salud y a una campaña educativa intensiva en medios de comunicación; descendiendo los casos de 129 niños diagnosticados en ese año a solo 20 niños diagnosticados en el 2004 y 2005¹¹⁰.

La manera de la Transmisión Vertical o transmisión materno fetal del VIH-SIDA es en tres formas: a) Intra útero, durante el embarazo, siguiendo el modelo de la rubéola; b) Intra parto, durante el periodo perinatal y especialmente en el trabajo de parto, siguiendo el modelo de la Hepatitis B y c) La transmisión post parto, a través de las laceraciones cuando el bebe succiona leche materna.

El momento en que se produce la transmisión materno fetal del VIH, es un dato que no solo tiene interés científico sino también practico, ya que permite establecer y diseñar estrategias a fin de evitar dicha transmisión.

Pero los factores que incrementan el riesgo de transmisión vertical por VIH son: a) Maternos: Estadio Clínico SIDA avanzado, conteo bajo de CD4, presencia de Antígeno p24 positiva, alta carga viral arriba de 1000 copias (no hay punto de corte), relaciones sexuales sin Protección, déficit de vitamina A, primoinfección, bajo peso al nacer y Parto prematuro; b) Placentarios: Lesiones de la Barrera placentaria, Corioamnionitis, lúes, tabaquismo, ruptura de membranas ; c) Obstétricos: Duración de la rotura de membranas, tipo de parto: Procedimiento invasivo intra parto, Orden del nacimiento (gemelos); d) Fetales: Integridad de la piel Respuesta Inmune, Factores Genéticos, Prematuridad y e) Lactancia Materna: Es mayor en los primeros seis meses alcanzando tasas de transmisión cercanos al 14%.

¹¹⁰ Op. Cit. Recinos, Mirna Estela, Pág. 9

Ante estos factores hay una Prevención Primaria¹¹¹ que comprende: Intervención en mujeres adolescentes y adultas en riesgo; Grupos a quienes retoma la prueba VIH; Consejería Pre-Prueba y Post Prueba de VIH; Toma voluntaria de la prueba de VIH; Planificación Familiar y Disponibilidad de condones, Alimentación Infantil, Disponibilidad de medicamentos contra ITS; Comunicación y Movilización Social; Consejería Pre-Prueba y Post-Prueba en embarazadas; prevención Secundaria; Consejería Post-Prueba a embarazadas VIH Positiva; Seguimiento a personas VIH-SIDA; Prevención Del embarazo no deseado en mujeres VIH Positiva; Mujeres VIH-SIDA en PF; Embarazo, trabajo de parto; embarazadas VIH Positiva en control; Parto Seguro; Realizar sección cesárea en madres VIH Positiva; Evitar procedimientos obstétricos invasivos innecesarios; TAP PARA LA PTMI; Administración de Antirretrovirales a madres VIH Positiva; Post-parto; Consejería en Alimentación Infantil; Planificación Familiar; Apoyo a largo plazo; Manejo Integrado del niño.

Lo anterior es una muestra que la infección por VIH es tratable, si se tiene como objetivo mejorar la calidad de vida.

En los niños con el VIH que reciben tratamiento solo con AZT al inicio de los síntomas, el promedio de sobrevida es de 7 a 8 años.

En los niños que no reciben tratamiento (antirretroviral y profiláctico) la sintomatología ocurre en promedio a los 8 meses y la sobrevida en promedio en niños con complicaciones mínimas al diagnóstico de SIDA es de 5 años y cuando presentan

¹¹¹ El cuidado de control prenatal de la embarazada incluye. 1. Clasificar el estadio de la enfermedad para establecer un pronóstico y un plan de manejo, 2. Solicitar la prueba al compañero en casos descubiertos durante el embarazo, 3. La cuantificación de la carga viral de VIH, 4. La obtención del recuento de linfocitos CD4+ una vez por trimestre, 5. Solicitar laboratorios para toxoplasmosis, Citomegalovirus, PPD, AgSHB, Anticuerpo contra Hepatitis C, Pruebas de función renal y hepática, 6. PCR de RNA, 7. La administración de la terapia antirretroviral con zidovudina, que ha sido demostrada como efectiva y no-tóxica para el feto (por el ensayo Clínico 076, del Grupo de Ensayos Clínicos en SIDA, Aids Clinical Trial Group, en los Estados Unidos, en 1996) y 8. La administración alternativa de terapias antirretrovirales independientemente del estado de embarazo, combinadas usualmente después de la semana 14. Están contraindicados los procedimientos diagnósticos prenatales invasivos (amniocentesis, cordocentesis, biopsia de vellosidad corial). Durante el control prenatal se debe realizar citología. Indicaciones de sexo seguro. Toda mujer embarazada viviendo con el VIH/SIDA debe recibir consejería sobre los riesgos y beneficios del tratamiento antirretroviral para sí misma y para el producto de su gravidez. El protocolo 076 fue el estudio que demostró que al tratar mujeres en embarazo con VIH/SIDA se disminuía la transmisión vertical. El manejo ha evolucionado hasta tener ahora protocolos que permiten la posibilidad de transmisión menor de 1 %. El protocolo 076 se expone ahora: Protocolo 076 de administración de Zidovudina durante el embarazo para prevenir la transmisión perinatal del VIH. López, Pio M.D. Sida Pediátrico "Generalidades, Tratamientos y Transmisión Vertical, pediatra infectólogo, profesor titular del Departamento de Pediatría, Universidad del Valle, Colombia 2004. pag. 26

complicaciones graves es de 9 meses. El grado de progresión de la enfermedad está relacionado con la gravedad de la enfermedad materna al momento del parto.

El tratamiento de los niños con el VIH debe de ser con participación de diversos profesionales de la salud: médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos y nutricionistas entre otros. Dado el síndrome de desgaste con el que cursan y las infecciones de repetición, incluyendo la diarrea persistente, es muy importante el apoyo nutricional. Cuando la alimentación enteral es imposible o ineficaz, la alimentación parenteral constituye una alternativa.

De acuerdo al Jefe del Programa Nacional de ITS-VIH-SIDA, Dr. Rodrigo Simán, el 70% de los casos se transmite por el parto. Explica que esta etapa es más riesgosa debido a la cantidad de sangre a la que está expuesta el bebé. Es por ello que los partos se realizan por cesárea electiva.

De ahí la importancia del control prenatal. Lo ideal es que la mujer, al quedar encinta, se realice la prueba del VIH inmediatamente, pues entre más temprano se la practique, más probabilidad hay que el bebé nazca sano. Pues, si las mujeres embarazadas viviendo con VIH o SIDA iniciarán el tratamiento en la catorceava semana, tienen un parto por cesárea electiva, no dan pecho y al recién nacido se le da AZT (antirretroviral) durante 6 semanas, los bebés pueden nacer sanos.

Una madre Seropositiva sin tratamiento transmite el virus a su hijo sólo en el 40% de los casos. Sin embargo, con tratamiento, el riesgo se reduce casi al 1%.

Lo determinante para que una mujer viviendo con VIH o SIDA le pase el virus a su bebé es su carga viral. Si la madre se acaba de infectar, tiene una carga viral alta. Por un período, el organismo la mantiene baja, pero luego se debilita y el número de virus vuelve a subir. Esos son los peores momentos para embarazarse. Lo ideal es que el embarazo se planifique porque hay períodos más idóneos que otros.

Hay que romper con la costumbre cultural de ir al doctor hasta que se está embarazada. No se le da la importancia debida al chequeo prenatal. Y la mayoría de

mujeres embarazadas se dan cuenta de que son VIH Positivo cuando se someten a la prueba de Elisa.

La mujer salvadoreña, no se niega a practicarse la prueba y la mayor parte siguen el tratamiento; aunque hay quienes lo abandonan.

El Programa de Prevención Vertical permite darle atención ginecológica, seguimiento psicológico, nutricional, farmacológico y asistencia del trabajador social.

3.4.3.1 TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DURANTE EL EMBARAZO, PERIODO PERINATAL Y POST NATAL.

Con el tratamiento y administración de Antirretrovirales, surge la pregunta ¿A quien se pretende salvar a la madre o al bebé?. Lo que el Gobierno previene es que no se infecte del VIH-SIDA al niño o niña.

Por eso es necesario, determinar la carga viral en la mujer embarazada, antes de iniciar el Tratamiento antirretroviral en la madre y control de doce semanas de iniciado, evaluando la triple terapia en la gestante de acuerdo a CD4 menor de 250, y carga viral por arriba de 1000 copias¹¹².

Si surge la Neumocistis Carini, como infección oportunista en el embarazo, la profilaxis es con TMT - SX 160 / 800 una tableta cada día hasta dos semanas antes del parto, y se debe realizar examen para determinar CD4 e iniciar profilaxis cuando estén abajo de 200 células.

Durante el Parto (Intra Parto), se le debe administrar AZT en el transcurso de una hora, seguida de una infusión continua de 1 mg/ Kg / hora; hasta que finalice el parto, sin considerar la vía del parto y si la paciente es desconocida, con factores de riesgo y por supuesto que la prueba rápida es positiva¹¹³. La atención del parto será

¹¹² López, Pio M.D. Sida Pediátrico "Generalidades, Tratamientos y Transmisión Vertical, pediatra infectólogo, profesor titular del Departamento de Pediatría, Universidad del Valle, Colombia 2004. Pág. 26

¹¹³ Op. Cit. López, Pio M.D. pag. 55

siempre hospitalaria y atendido por personal médico. Enfermera y paramédico previamente capacitado¹¹⁴.

Se ha demostrado que la práctica de cesárea electiva la tasa de transmisión vertical es el 30%, pero aplicando el tratamiento Antirretroviral se disminuye la tasa de transmisión a menos del 1 %. Por lo que se sugiere o recomienda la intervención cesárea con consentimiento informado de manera electiva.

Todos los tratamientos por medio de la madre, en defensa de la vida del bebé, son avances médicos en El Salvador, la cual es llevada a cabo en centros especializados de Salud, y que requieren mayor apoyo, equipo moderno y atención por profesionales remunerados. Existiendo a la fecha violación al Artículo 24.1 por falta del “*Alto Grado de Salud*” en los bebés, pues sus derechos son violentados antes de su concepción, y la causa es por que el Estado Salvadoreño, partiendo del Tratamiento descrito en la madre, aun no lo ha universalizado a todas las mujeres salvadoreñas, capaces de concebir o que están embarazadas como lo demuestran las investigaciones de campo; y se violenta el grado de salud en los niños por nacer, por que no se promueve una cultura de salud preventiva en las mujeres, quienes solo visitan al médico cuando ya están embarazadas.

Se ha mencionado, que a la población femenina encuestada, minimamente han oído hablar o tienen noción del tratamiento que se ofrece en los Hospitales para las mujeres embarazadas; pero si, saben que hay una prueba obligatoria para todas las mujeres que quedan embarazadas.

La violación de la Convención Sobre los Derechos del Niño en el Artículo 24.1 por parte del Estado Salvadoreño, es por que, con todos los esfuerzos, acciones, políticas e impulsos administrativos, legislativos y procesos judiciales (niños abandonados), quiere solventar los efectos provocados por una falta de prevención del abandono, una escasa información de prevención para las mujeres y de una política económica de empleo y políticas sociales concretas a las mujeres Cabezas de Hogar.

¹¹⁴ Op. Cit. Lòpez, Pio M.D. pag. 43

En el Puerperio, se ha de seguir pautas de normas de puerperio normal, con servicio de aislamiento y cumplimiento de las medidas de Bioseguridad, en el caso de la paciente desconocida y prueba reactiva. Además, evaluarla continuamente con antirretrovirales de acuerdo a su CD4 al inicio del tratamiento establecido, continuando con profilaxis TMX / SM en los tres meses siguientes al parto y con la profilaxis para infecciones oportunistas establecidas. Se le prohíbe, lactancia Materna y sustituirla con lactancia con bromocriptina u otros medicamentos. Al momento del alta hospitalaria, se le remite a control con Infectología e indica a enfermería el “alto riesgo en control post parto”. Este control es 15 días posterior al alta para evaluación y referencia a Hospital de seguimiento: Hospital Rosales, Hospital Zacamil, Hospital Torre Oncológica, Hospital San Miguel, Hospital de Santa Ana, Hospital Sonsonate, debiendo asegurar el aprovisionamiento de medicamentos hasta la nueva cita en evaluación al centro de referencia.

La leche materna, en si no es la causante de la transmisión del VIH-SIDA, sino las laceraciones que puede provocar el bebé cuando succiona el pezón, y en consecuencia puede beber sangre infectada. La población, desconoce esta realidad, pero dice que el amamantar, dar leche materna o dar de mamar, es una vía de infección. Pero, se indica que muchas mujeres por la sospecha de infección y temor a la prueba, realizan acciones contra sus hijos, evitándole dar el pezón, y en consecuencia la desnutrición avanza en los menores de edad. Abonando esta situación de ignorancia al grado de salud de los niños salvadoreños.

Otro apartado que incrementa la escasa salud en los niños y niñas infectadas o no por el VIH; es por que, el Estado no cuenta con suficientes infectólogos para que los controles sean efectivos y a corto plazo. El Estado, no ha provisto una política educacional para solventar la necesidad de infectólogos para que controles íntegramente, las infección oportunistas de los bebes y las mujeres VIH Positivos.

Finalmente en el Control de la Mujer Post Parto, se deberá retirar los puntos y evaluación del puerperio inmediato en alto riesgo a los ocho días post parto en los hospital designado más cercano al domicilio de la paciente. Se evaluará a los cuarenta

días posparto con citología y recomendaciones de métodos de planificación familiar, asegurando el uso de cordón.

3.4.3.2 ATENCION AL RECIEN NACIDO HIJO DE MADRE VIH POSITIVA

La atención se deberá realizarse a los 15 días después del alta para ajuste de medicamentos por el peso del recién nacido, evaluación de morbilidades y lectura de carga viral tomada a los siete días de nacido, evaluando así la infección o no infección Perinatal. El seguimiento y evaluación con hemograma e inicio de profilaxis ante infecciones oportunistas. Luego a los seis semana de edad para retirar antirretrovirales y realizar las referencia pertinentes a las Unidades de Salud designadas o Unidad Médica Zacamil de ISSS, vacunación y seguimiento en control de niño sano. Se puede indicar nueva carga viral para evaluar referencia de seguimiento. Asegurar el aprovisionamiento de sucedáneos de la leche materno por espacio de un año, así como requerimientos de elementos esenciales para su nutrición.

El seguimiento no es tan efectivo, pues la situación económica y el desplazamiento hacia los grandes Hospitales requiere costos a las familias, en el entendido que la madre es cabeza de hogar. El costo lo asumen la familia extensa o los hijos mayores. Considerando ser una carga a la familia. Por eso no está bien estructurado el proceso de salud preventivo en mención.

El costo existente puede ser asumido subsidiariamente por el Estado ya que solo 12 hospitales ofrecen el tratamiento en el país.

Las personas viviendo con VIH o SIDA además deben escoger un método de planificación familiar y emplear siempre condón cuando tengan relaciones sexuales.

Los recién nacidos de madres viviendo con SIDA pueden ser tratados con AZT y otro antirretroviral durante un período de 6 semanas después del parto. Al bebé se le realizarán varias pruebas pronosticadas para monitorear su estado.

En resumen, se le practicarán 4 exámenes de carga viral: a las 48 horas de nacido, a los 7 días, a los 5 meses y al año y medio. Estas últimas son diagnósticas. Si su condición es VIH negativo, se le da el alta. De lo contrario, es remitido para control en el Hospital de Niños Benjamín Bloom.

El sistema de Prevención de la Trasmisión Vertical, acepta que hay una deserción del programa, pues las mujeres no toman, por su idiosincrasia los medicamentos, y no reaccionan concientemente a su situación de enfermedad, pues tienen la actitud de abandono y dejadez para las citas, para las tomas y tienen relaciones sexuales. Entonces dónde esta la experiencia y avance, y baja incidencia en bebés con VIH-SIDA, màs parece que se esconde una realidad nacional.

Auque el Tratamiento ha tenido sus experiencias en el Hospital Benjamín Bloom, pero requiere información, fe y esfuerzo, lo cual se resume de esta manera: “No se abandonen, ni abandonen a sus hijos porque piensan que no tienen esperanza. No se dejen llevar. Busquen apoyo. Existe una oportunidad no sólo para los bebés, sino para ustedes”¹¹⁵.

El Órgano Ejecutivo, en las carteras involucradas para la divulgación del Plan de Prevención Materno Infantil, no ha podido llegar a todos los rincones del país, se ha quedado esperando que la población se embarace y captura desordenadamente a portadoras del VIH-SIDA. Decimos desordenadamente, pues hemos investigado que en las Unidades de Salud de los 19 Municipios del Departamento de San Salvador, no se hace hincapié en Charlas periódicas y consecutivas para las mujeres detectadas, si no que grupo tras grupos de pacientes y consultantes, se le indica en forma general o según los afiches de la enfermedad del VIH-SIDA. Por lo mismo, en el Hospital de Maternidad, los Grupos de Terapia para mujeres embarazadas, no es coherente con lo que el Ministerio de Salud y Asistencia Social indica en su información.

¹¹⁵ Así lo expresa Idalia, la madre del niño experimento, caso exitoso en el Hospital Benjamín Bloom, apodado Rodri. Decimos experimento, pues para que sea efectivo el medicamento, surgen los problemas de adherencia, aunados a la situación económica. Falta que indiquen el contexto y la manera que la madre solvento todas las situación presentes y las actuales.

3.4.3.2.1. DIFERENCIA EN LAS MANIFESTACIONES CLINICAS DEL NIÑO Y EL ADULTO CON VIH-SIDA.

Muchas de la manifestaciones de la infección por VIH en el niño guarda similitud con las de los adultos, existen diferencias que son importantes mencionarlas: La transmisión en niños en el 95% de los casos es vertical, por lo que la duración, la vía y la intensidad de la exposición pueden ser factores importantes que marcan la velocidad con que se desarrollan los síntomas de la infección; el grado de alteración de la inmunidad primaria o el grado de madurez inmunológica en el momento de la infección por VIH.

En los adultos la infección se desarrolla después de haberse organizado un sistema inmunitario experimentado y con capacidad de respuesta, tiene linfocitos con memoria y puede responder a múltiples retos infecciosos. Por el contrario el feto o recién nacido infectado sufre una progresiva destrucción del timo, que es fundamental para el desarrollo de respuestas adecuadas.

Además otros componentes del sistema inmunitarios son afectados tempranamente, por lo que el paciente pediátrico puede tener una inmunodeficiencia más profunda y completa que el adulto, abarcando inmunidad celular y humoral, lo que explica la mayor predisposición del niño a presentar infecciones bacterianas a repetición, situación que no es muy frecuente en el adulto.

La mayoría de las infecciones de carácter oportunista representan una infección primaria, mientras que en los adultos son, con mayor probabilidad, la reacción de una infección latente. Antes de la infección por VIH, los adultos requieren defensas contra un sin número de infecciones oportunistas. Con una depresión inmune progresiva, éstos organismos previamente controlados, pueden causar reactivación de infecciones, pero existen algunas defensas residuales que pueden ayudar a modificar el resultado.

Por el contrario, las infecciones oportunistas en niños con SIDA son menos frecuentes que en el adulto, pero cuando aparecen pueden ser más graves. Por último la

diferencia entre la incidencia de otras enfermedades también puede relacionarse con factores residuales dependientes de la edad. El Sarcoma de Kaposi es raro en niños. Se puede explicar este hecho por las diferencias en el número y capacidad funcional de las células dérmicas u otros factores en los lactantes comparados con los adultos.

3.4.3.3 ¿ES EFICAZ LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISION VERTICA EN EL SALVADOR?

El estudio de Investigación realizado acerca de los conocimientos y actitudes de las embarazadas, sus parejas y el personal de salud sobre la prueba de VIH, cuyos resultados fueron la base para el diseño de una Estrategia de Comunicación que permitió la identificación de barreras que limitaran el acceso a la prueba en estos tres grupos, y con el cual se elaboró los mensajes educativos orientados al acceso y toma de la prueba de VIH en todas las mujeres embarazadas, al mismo tiempo que se creara un compromiso en el personal de salud para la promoción de la prueba a nivel de la red de establecimientos públicos y privados a toda mujer embarazada, no es confiable, pues la recolección de datos no reflejan la realidad de los Municipios que mencionan, la consideramos información dirigida, no apegada a la realidad de la cobertura de Salud por Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, pues se sustrae a la realidad socioeconómica, cultural y comunitaria; dejó de lado el sustrato religioso y los grados de pobreza.

Por eso expresamos que la Prevención de la Transmisión Vertical en la red de Salud, a la fecha es una estrategia de escritorio, y con poca incidencia a nivel nacional.

Las fallas encontradas es que no es preventivo, pues los agentes de detención y remitentes a Unidades de Salud, no son promotores capacitados. Los capacitados y personal diplomado está en puestos administrativos o dirigiendo proyectos preventivos idealizados.

Además, la cobertura es raquítica o ensimismada solo en las cabeceras Departamentales o Municipios con Unidades de Salud, las cuales realizan la prevención superficialmente y con baja información repetitiva y desactualizada. Al grado que las mujeres embarazadas y pacientes esporádicas, son capturadas informalmente para recibir charlas “donde dicen cosas que no entiendo, solo dicen del SIDA aquí, el SIDA allá”.

Considerando, que la verdadera Prevención Vertical debe ofrecerse sin violentar la intimidad de la mujer embarazada, llevando un control de las mujeres con pruebas de VIH realizadas.

Los logros y baja prevalencia del VIH-SIDA en las mujeres embarazadas se debe a su alto grado de religiosidad, puesto que prefiere vivir sola con sus hijos, que acompañada o estar casada con hombre infiel. Por lo que, tiene conciencia de la enfermedad, especialmente en las zonas donde ha sucedido o conoce la muerte de alguien por dicha enfermedad. Y no es debido, a la totalidad de pruebas realizadas para conocer su positividad como indica las cifras oficiales.

La ineficacia de la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH-SIDA en El Salvador, se debe a la influencia de factores que indicaremos por su grado descendente en importancia:

La falta de empleo y sueldo bajo, conlleva que la situación económica de las familias salvadoreñas, se ve agravada por el alza de los precios en la canasta básica, el precio de las medicinas y accesorios para tratamientos comunes, los servicios básicos agua y luz se han ajustado e incrementado el valor del servicio; debido a la inflación experimentada entre la oferta y la demanda reciente (Diciembre 2006), pues la moneda circulante ha sufrido inflación, ya que el consumo ha sido mayor que la disponibilidad monetaria en los bolsillos de las familias. Y se ha recurrido a los créditos y adelantos de efectivo. Influyendo en el poder adquisitivo futuro de nuevos insumos familiares. Agrava la situación por los sueldos bajos y prestación de servicios a bajo costo.

La pobreza extrema, se mueve a afectar más hogares en el interior del país, por la falta de incentivos estatales para la producción agrícola.

Además, por que el consumismo desmedido de la oferta y demanda, invita a los mas jóvenes emigras a las ciudades, dejando el campo, asentándose en los bolsos habitacionales del Gran San Salvador. Influendo esta situación para que se de la desnutrición, desempleo y violencia juvenil.

La escasa cobertura de la Educación estatal, puesto que los datos indican que en rangos de producción, hay escasez de nivel educativo, y denota desconocimiento de la realidad social y de salud. influyendo a nivel cultural, el machismo y visos de feminismo. Preservando el hombre de hogar la salud de la mujer, la cual es la que asiste a los controles que ofrece el Estado. No así mujeres donde la dependencia o ignorancia les impiden traspasar la prevención de la enfermedad del VIH-SIDA. Esta realidad denota que la Prevención de la Transmisión Vertical fue pensado o aplica a mujeres casadas o acompañadas, en hogares modelos, donde no falta la alimentación, el apoyo del grupo familiar nuclear y extenso. En donde hay hijos mayores que aportan al sostenimiento de un hogar que ganen 5 salarios mínimos. Lo cual da solvencia económica para desplazarse y llevar y cumplir justamente las etapas de la prevención.

Es una realidad ideal, mutada por la realidad económica y cultural de la sociedad salvadoreña.

Por último, el sistema político extremadamente polarizado, influyen en la salud de los bebés que nacen con VIH pues las políticas sociales fueran una realidad si no existiera la trama dentro del Órgano Legislativo, tanto en la aprobación de cifras presupuestarias, como en aprobación de leyes, favorables para las madres y niños en riesgos de infección. Esta polarización impide que exista la voluntad política para analizar y definir la situación de esta enfermedad como prioridad Nacional, ya que está minando las bases de la sociedad, tanto en valores, recursos humanos y ejecución de grandes recursos financieros.

Un hallazgo importante es la autoridad materna, influyente en las actitudes y ámbitos culturales contra el VIH-SIDA. Pues por su valentía está capacitada a afrontar proyectos, metas y sinsabores por los hijos.

Si el Gobierno en turno, cumpliera la promesa a las mujeres cabezas de hogar e hiciera inversiones sociales a favor de ellas, con énfasis en la economía familiar con Bonos de Calidad Familiar, de seguro pone una barrera efectiva, a la enfermedad del VIH-SIDA.

CAPITULO 4.

4.1 LA DISCRIMINACION, LA AUSENCIA DEL ALTO NIVEL DE SALUD Y LA FALTA DE MEDIDAS Y PREVENCIÓN DEL ABANDONO DE NIÑOS Y NIÑAS CON EL VIH-SIDA EN EL SALVADOR.

4.2. LA DISCRIMINACION DE LOS NIÑOS Y NIÑAS POR CAUSA DE LA ENFERMEDAD DEL VIH-SIDA.

La discriminación, estigmatización y rechazo, a los niños infectados o portadores del VIH-SIDA, se refleja en el trato personal y desigual de los padres en relación al resto de hijos en sus derechos y obligaciones, por lo vecinos y amigos; es decir, se le discrimina por razón de su salud y por incapacidad física.

Pero esta discriminación de niños y niñas con VIH-SIDA en El Salvador, es predominante en mujeres solteras o casadas del credo Católico o cristianas protestantes, y que a lo largo de su vida han conocido algún caso de VIH-SIDA actual o fallecido; y un buen porcentaje de ellas consideran que el bebé que está infectado, definitivamente, aunque lo pongan en tratamiento morirá, y es mejor que lo tengan en un Hospital u Hogar especial para ese tipo de niños

Pero la discriminación se agudizaría, si tuvieran algún hijo con VIH-SIDA pues no lo cuidarían en su casa, pero mantuvieran en secreto la situación de su hijo, pues sería una vergüenza tener un hijo así en casa, o no lo contaría a nadie por que lo verán mal o con desprecio, mejor prefiere tenerlo en casa pase lo que pase, o abandonarlo o “dárselo a alguien” por temor a la estigmatización y discriminación de los vecinos y amigos de la colonia o la comunidad.

Esta infravaloración de los “niños candidatos a la muerte”, se da por que los agentes discriminantes no están concientes y totalmente mal informados sobre la manera

como se origina, como se transmite, de los tratamientos, avances médicos y las ayudas existentes.

Por lo tanto, la existencia de la “peor discriminación” como es el abandono de niños y niñas con VIH-SIDA, violenta el Art. 2.2 de la Convención Sobre los Derechos del Niño¹¹⁶, y se debe a la falta de medidas por parte del Estado Salvadoreño, para efectivizar una buena divulgación, programación y alcance Nacional de la información explicitada, veraz y detallada sobre la enfermedad del VIH-SIDA.

Además, el Partido en el Gobierno, no ha considerado medidas y políticas para evitar el abandono de niños seropositivos por parte padres o familiares. De la misma manera el Estado no ha tomado medidas que impulsen una buena educación sexual efectiva y planificada para que niños tengan acceso a la educación e información sobre la prevención del VIH-SIDA y los medios de prevención, pues ha permitido que sectores poderosos de la sociedad Salvadoreña impidan se habla claramente y sin fetichismo sobre esta enfermedad y el uso del condón.

Es laudable el esfuerzo que hace el Gobierno en turno para dar tratamiento y atención adecuada a los niños y niñas con VIH-SIDA que entran al Sistema de Prevención, inclusive cuando esto implique costos adicionales, como es el caso de los huérfanos; pero es necesario, que no generalice a nivel Nacional, la muestra probabilística o Cifras Epidemiológicas, ya que en las zonas rurales y lejanas al Gran San Salvador, mueren niños por dicha enfermedad y no son aceptados en los Centros Hospitalarios, por que ya están en Etapa SIDA, refiriéndolos a la Unidad de Salud del lugar de domicilio.

El Estado debe emitir una Política para la Niñez y Adolescencias, donde legisle e indique cuales son las incapacidad de un niños o niña, la cual serviría para evitar que al

¹¹⁶ Artículo 2.2 de la CDN Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares.

niño enfermo por VIH-SIDA se le discrimine por “incapacidad física” o “enfermo crónico”; es decir, si existe una legislación sobre discapacidades, reforzaría la protección de los niños y niñas infectadas por el VIH-SIDA contra la discriminación.

4.2.1 LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS EN CONTEXTO DEL VIH-SIDA SEGUN LA DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS DE LA PERSONAS CON VIH-SIDA.

La Declaración Universal de los Derechos de las Personas con VIH-SIDA se apoya en las recomendaciones realizadas, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Unión Europea (UE), la UNESCO y la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

- 1) Cualquier acción que vulnere los derechos de los niños con VIH-SIDA y que limite, impida o niegue su participación en actividades escolares, sociales o de cualquier otra índole, por su condición de infectados o enfermos, es discriminatoria y debe ser sancionada.
- 2) La discriminación en los centros escolares debe ser combatida. La infección por el VIH no es motivo para ello. Ningún alumno o profesor, se le puede negar el derecho de asistir a clase y participar en las actividades escolares por el hecho de estar infectado o enfermo de SIDA, negar este derecho es una violación al Derecho a la Educación establecido en la Constitución.
- 3) Los niños afectados por el VIH-SIDA tienen el mismo derecho a la asistencia médica que el resto de los niños
- 4) El derecho a la confidencialidad y a la intimidad debe ser escrupulosamente observado. Cualquier referencia a la condición de la infección por el VIH o a la enfermedad, sin el consentimiento de la persona afectada, viola los derechos de la Constitución.

- 5) La prueba para conocer la condición, o no, de infectado por el VIH, así como cualquier tipo de examen médico, son voluntarios y no pueden realizarse sin el consentimiento de la persona afectada.
- 6) A falta de una vacuna evite el contagio, la única forma de evitar la transmisión del virus del SIDA es la puesta en práctica de las medidas preventivas.
- 7) Por la forma de actuar el virus, se pueden no conocer su condición de seropositividad hasta transcurrido cierto período de tiempo y durante el cual pueden transmitir el virus. Por tanto la responsabilidad de la puesta en práctica de las medidas de prevención no es solamente de las personas con VIH-SIDA sino de todos los ciudadanos, afectados y no afectados.
- 8) Apoyar a todos estos niños con VIH, no es sólo una forma de ser solidario con ellos sino con nosotros mismos, y defender sus derechos supone defender también nuestros derechos y los de todos los ciudadanos.

El Estado debe tomar medidas especiales para prevenir y reducir al mínimo el impacto del VIH-SIDA en los niños y niñas.

4.2.2. EL IMPACTO DEL VIH-SIDA DE LOS PADRES EN NIÑAS Y NIÑOS SANOS

El impacto del VIH y el SIDA en los niños y niñas salvadoreñas lo agrupamos en tres amplias categorías que están relacionados con los efectos del estado social y económico de la familia y el nivel de la epidemia en el país:

Lo primero que sucede, es la pérdida de apoyo social y familiar. Partamos de la pertenencia del niño o niña a una familia particular nuclear o extendida; a una Colonia, Barrio o comunidad; pertenece a una cultura propia y a un credo religión definido. Decios lo anterior, pues su educación, salud y autoestima están estrechamente vinculadas a éstas.

Por lo tanto, la pérdida de uno de los padres significa a menudo que estos otros sistemas de apoyo también se pierden. Algunos niños son separados de sus hermanos y hermanas y llevados a otros hogares. Otros se quedan con abuelos que son demasiado viejos, para sostenerlos o para enseñarles algún oficio con que ganar un salario. El impacto emocional es enorme y los problemas de ansiedad, retraimiento se agudizan.

En segundo lugar se da **el Estigma y discriminación**¹¹⁷. Los niños enfrentan a menudo discriminación y son marcados como “sus papás murieron de SIDA”. Cuando la gente sabe que sus padres son VIH Positivos, los niños pueden perder a sus compañeros de juegos y se les niega la oportunidad de asistir a la escuela o la iglesia (debido a que sus padres son ‘inmorales’). A veces se niega la comida a los niños que son VIH Positivos porque la gente supone que va a morir de todas maneras.

¹¹⁷ Art. 349 C. Fm.

Y finalmente, el Impacto Físico y Económico. Algunos niños dejan la escuela para cuidar a sus padres enfermos. Después de la muerte de un padre, los niños pueden perder su propiedad a manos de parientes y vecinos ambiciosos. El acceso a otros servicios, como la educación y la atención de salud, se hace difícil y muchos niños tienen que arreglárselas solos¹¹⁸.

4.2.3. CAUSAS INTERNAS DE LA INEFICACIA DEL ESTADO SALVADOREÑO AL NO PREVENIR LA DISCRIMINACION Y AUSENCIA DEL ALTO GRADO DE SALUD EN LOS NIÑOS CON VIH-SIDA.

INSUFICIENCIA DE LA DIRECCION DE ESPECTÁCULOS PUBLICOS, RADIO Y TELEVISION¹¹⁹

La falta de visión de la Dirección de Espectáculos Públicos, Radio y Televisión, dependencia del Ministerio de Gobernación, tiene como misión la Evaluación, Regulación y Autorización, de la programación diaria de las televisoras privadas, así como la programación de las Radioemisoras privadas y nacionales, aplicándoles los Parámetros y Criterios de Evaluación¹²⁰, con el fin primordial de contribuir al beneficio de la salud mental y física de la Sociedad Salvadoreña.

La Dirección de Espectáculos Públicos, Radio y Televisión, espera que el consumidor de la programación sea responsable consigo mismo, lo cual es nulo; así mismo, que los padres de familia sean responsables en la educación de sus hijos y les apliquen las prohibiciones en cuanto al consumo de espectáculos públicos. Es mínima esta prohibición cuando los padres están presentes, pero la situación laboral de los

¹¹⁸ David Kabiswa. El impacto del VIH y el SIDA en los niños. España 2005. página 87

¹¹⁹ La base legal del funcionamiento de la Dirección de Espectáculos Públicos esta en el Art. 6 de la Constitución Política de la República de El Salvador, el cual expresa: Los Espectáculos Públicos podrán ser sometidos a censura conforme a la ley: Reglamento para Teatros, Cines, Radioteatros y Demás Espectáculos Públicos. Decreto 45 del 20/08/1948 (Vigente según Corte Suprema de Justicia) Decreto reformado el 3 de Marzo de 1974: Código de Familia. Art. 368 y Convención Americana de Derechos Humanos. En 1975 se crea la Dirección de Espectáculos Públicos, para darle cumplimiento al mencionado Decreto.

¹²⁰ Para 1º Todo Público, 2º Mayores de 12 Años, 3º Mayores de 15 años, 4º Mayores de 18 años, 5º Mayores de 21 años y 6º Rechazada.

padres, hace que no se respete la programación, máxime si tiene conexión de Cable Internacional.

En la Programación de Televisión y Radio, no se controlan los niveles de estimulación sexual y los nivel de publicidad con alto contenido de estímulos subliminales¹²¹; por lo que, la Dirección de Espectáculos Públicos, Radio y Televisión, solo efectiviza la misión encomendada en presente, pero no efectiviza el monitoreo y producción de la programación Televisiva, a pesar de tener en su seno la Unidad de Evaluación. Esta ineficiencia provoca en la población salvadoreña estimulación sexual con efecto de relaciones precoces, altos embarazos en menores de edad, actividad sexual de jóvenes y promiscuidad, incremento de enfermedad infecto contagiosa como el VIH-SIDA, prostitución; además teledirige al consumismo que finaliza en endeudamientos, robos y homicidios.

Es cierto que el monitoreo permanente de los diversos formatos que las radiodifusoras aplican en el espectro radial, es muy escasa, raquíticas y de baja cobertura, siendo efectivo la supervisión de Cines.

Pero no tienen capacidad para el monitoreo, evaluación y autorización de transmisión vía DVD, CD Player de películas altamente violentas y contenido sexual y que se transmiten en los Autobuses y Microbuses interDepartamentales, y que son adquiridas en las ventas de CD piratas.

Esta ineficacia del *monitorio in situ* de producción incide en las relaciones sexuales tempranas de los jóvenes e incremento de relaciones e infecciones de VIH-SIDA que produce alta probabilidades de abandono de niños y niñas no deseados.

¹²¹ <http://www.univerxity.com/aspSmartUpload/12200518745.doc>

INFORMACIÓN INSUFICIENTE, SECTORIZADA Y AMBIGUA SOBRE EL VIH-SIDA.

La principal causa es la falta de explicación e información adecuada y veraz para tratar la epidemia. La propaganda es tímida, asolapada, escasa e intermitente y no esta llegando a toda la población, fruto de ello es ignorancia que contribuye al aumento de discriminación¹²²; ya que muchas personas piensan que si ellos tuvieran un bebé infectado con VIH, no lo contarían a nadie por temor a ser discriminado y a ser catalogado como “Sidoso”, así se vive en la realidad por falta de educación; por lo que, consideramos que se necesita de personal docente capacitado, que esté capacitado pedagógicamente y científicamente sobre la enfermedad, para transmitir la información clara, gradual y explicitada a los escolares según nivel de estudios y edad.

El gobierno debe implementar estrategias y mecanismos de información para que llegue a la población en general y desvincularse de grupos religiosos con poder, que influyen para que no se imparta educación sexual clara, real y preventiva; estos grupos religioso la catalogan de inmoral, lo que se traduce en muertes de muchas personas adultas y niños.

Pues la clase media y baja de la sociedad Salvadoreña, desea que le expliquen detalladamente y en forma entendible e insistente, mediante la televisión y la radio, sobre como se contagia la persona del VIH-SIDA, como se puede prevenir (aunque muchos lo saben, pero por que tienen que hacerlo de esa manera). Tal vez se requiere que los medios den más explicación o actualicen los conocimientos que hasta la fecha se tiene. Pues un buen porcentaje, pide se le informe de mas conocimientos médicos y científicos.

Una parte de la población no sabe sobre las consecuencias y la forma que se dan los síntomas del SIDA, acuse de ignorancia por que nadie les ha indicado, ni en la Unidad de Salud, médicos privados, Hospitales y mucho menos en el ISSS, sobre como

¹²² Aun existe la creencia que el zancudo puede transmitir el VIH-SIDA; madres que abandonan sus hijos por desconocer la existencia de medicamentos. El Rostro Oculto de la Inocencia, Mauro Alas. La Prensa Gráfica, viernes, 1 de 12 de 2006 Pág. 30

es en realidad el VIH-SIDA. Adversando con la gran campaña del Ministerio de Salud y Asistencia Social,

Por lo mismo, la población en condiciones sociales y de rango medio, le preocupa que en las zonas rurales, las personas por su idiosincrasia y nivel cultural, desconocen o no saben mucho de la enfermedad. Y pide que, el Gobierno en turno, no sectorice la información, ni mucho menos ejemplifique las Cifras Epidemiológicas como Nacionales.

CARENCIAS Y DESCOORDINACION EN LA RED NACIONAL DE SALUD.

Es lamentable que el Estado Salvadoreño ha Decretado una Ley y Reglamento de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana; ha elaborado la Guía para la Información de la Profilaxis Post Exposición, tiene Guía de Medidas Universales de Bioseguridad; pero las Unidades de Salud de los Municipios de San Salvador desconocen tales normativas al grado que las Secciones de Curaciones no conocen si están o no curando a una persona portadora del VIH-SIDA por que las personas del Programa de Prevención del SIDA de la localidad no ha coordinado con el resto de personal sobre la población infectada en la localidad. Dizque por la confidencialidad de la información de los infectados.

Además, el Estado¹²³ imbuido en la política económica y seguridad social, plantea un programa de Educación 2021 dirigido a cubrir el mayor número de personas y erradicar el analfabetismo. Se pretende una educación real, amplia en lo Nacional y con todos los elementos pedagógicos, didácticos y científicos posibles; en consecuencia, la educación Superior, tiene un mínimo de reconocimiento en dicho Plan. Influyendo de

¹²³ Los tres Órganos se han unido contra la delincuencia: el Ejecutivo, se mueve en las inversiones, la seguridad social, las remesas, el años de la Paz; el Órgano Legislativo imbuido en asuntos de corrupción de sus diputados y acusaciones de parte de la oposición que la delincuencia no se combate con represión y el Órgano Judicial, Magistrados Reeligiéndose inconsultamente, dando Resoluciones contra sana critica, etc. Nota nuestra

esta manera, para el arranque de nuevos profesionales en la rama de Infectología, Psicología, Psiquiatras y Nutricionistas. Puesto que, en los Hospitales Rosales y Hospital Nacional de Maternidad (para hacer mención de la carencia), en donde se llevan el control de la manifestaciones propias de la Etapa SIDA y la demanda de Tratamientos Retrovirales solo se cuenta de un médico especialista en Infectología, y quien por su experiencia, puede detectar y marcar el inicio del Tratamiento Antirretroviral sin causales de adherencias o abandonos de tratamientos.

De igual manera no se cuenta con buenos y experimentados psicólogos y psiquiatras que estén actualizados sus conocimientos sobre procedimientos conductuales, reacciones y depresiones propias de la enfermedad, antes y después de la prueba positiva. Y que puedan acompañar y aminorar la dolencia moral y psíquica del rechazo de los propios compañeros de vida, esposo y familiares que por ignorancia de a enfermedad discriminan a sus propias progenitores o estigmatizan con frases y ademanes de asquerosidad.

Cierto que hay psicólogos y psiquiatras pero están desactualizados en la información y les falta coraje, fortaleza y dedicación, pues por ser profesionales jóvenes, temen al contagio, abunda el morbo y la sesión se convierte en Consejería y atención medica.

Por eso, el Estado debe acelerar la actualización de conocimientos, capacitación y profesionalización de mas infectòlogos, psicólogos y psiquiatras con experiencias en VIH-SIDA. Y los existentes, capaciten y eduquen con ahínco a nuevos profesionales en cada rama en mención.

De igual manera, es urgente reconocer la labor de los Promotores de Salud de las Unidades de Salud de cada Municipio del territorio Nacional, pues siendo puntos de llegada y encuentro de la población rural con la salud; es urgente, la contratación,

capacitación, adiestramiento y buena remuneración para que puedan ser los primeros en detectar a niños padeciendo el VIH-SIDA y no mueran en la ignorancia y bajo el cuidado de la pobreza, soledad, fetichismo, brujerías y medicinas naturales. Es necesarios, su capacitación *in situ*, para que puedan referir a los Hospitales y Unidades de Salud los casos detectados. Con esto se contrarrestaría la falta de cobertura de salud en lugares remotos, las cifras de estadísticas fueran reales, los proyectos, planes y estrategias fueran serias y centradas en un solo esfuerzo común.

Por otro lado, el Estado ofrece gratuitamente la prueba del VIH-SIDA y estima un acceso universal al Tratamiento Retroviral. Si por gratitud el gobierno en turno, realiza la prueba en mujeres embarazadas, no es voluntaria sino impuesta, pesada y deshumanizante, ya que no hay acceso libre, voluntario y sin discriminación moral y psicológico. Pues el interrogatorio previo a la prueba deja exhausto a la mujer embarazada, menoscabando el derecho de la intimidad personal.

Los centro de Salud como Hospitales, Unidades de Salud, FOSALUD, SIBASIS etc. Deben respetar el derecho de voluntariedad de la persona, quien cargada de temores, discriminaciones y estigmatizaciones que ha creado la sociedad, se acerca a practicarse la prueba con heroísmo personal. Por lo que, no se le debe “desnudar” y violentar su intimidad personal.

En base a los altos riesgos que solo ella conoce, solicita apoyo y debe dársele sin menoscabo de sus derechos personales.

SITUACIÓN SOCIO-ECONOMICA Y CULTURAL DE LA MUJER PORTADOR DE VIH-SIDA COMO CABEZA DE HOGAR.

La mujer es víctima de la cultura machista. En la cultura salvadoreña existe desagregación de género manifestado a través de la violencia doméstica, abuso sexual, y el bajo apoderamiento de las mujeres colocándolas en alto riesgo ante el VIH-SIDA, puesto que culturalmente depende de los hombres, por eso muchas mujeres prefieren la separación y vivir solas con sus hijos.

Partiendo del Índice de Desarrollo Humano del (2003), que revela una aparición de desarrollo en relación a los hombres como es el caso de la alfabetización donde el hombre alcanza el 5.5% en relación al 2.2% mayor que las mujeres. En este sentido, las mujeres y en especial las más jóvenes son particularmente vulnerables por su imposibilidad para evitar tener relaciones sexuales y negociarlas de manera protegida, la violencia intrafamiliar de parejas, trabajo fuera de casas y dependencia económica, vuelve vulnerable e incapaz de defenderse a las mujeres frente al VIH-SIDA.¹²⁴ Debe entenderse como el vehículo de la feminización de la enfermedad.

Muchas mujeres solteras y cabezas de hogar, por los descuidos y conductas que favorecen la transmisión sexual del VIH y la poca información y concientización sobre la enfermedad por parte de los hombres; el uso escaso o nulo de preservativos; la alta proporción de la población adulta con múltiples parejas sexuales, ya sea por dependencia económica de las mujeres del matrimonio o la prostitución, les imposibilita e impide controlar las circunstancias o la seguridad de las relaciones sexuales.

Así como también la falta de acceso al asesoramiento y a las pruebas voluntarias del VIH. La mayor parte de mujeres que viven en la actualidad con el VIH no saben que están infectadas por el virus.

¹²⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control del VIH-SIDA e ITS. 2005-2010. UNFRA 2005. Pág. 9

Algunos de los obstáculos para que las personas puedan conocer su estado radica en la ignorancia acerca de la enfermedad, conocimiento de existencia de Tratamientos y Medicina y la falta de servicios adecuados para realizar pruebas de VIH y recibir el asesoramiento adecuado, y en el estigma aún generalizado que se asocia al SIDA y que puede generar rechazo e incluso violencia contra las personas que se sabe son VIH Positivas.

Las mujeres cabezas de hogar portadoras de VIH con beneficios preventivos y asistenciales pueden romper el círculo vicioso del miedo, el estigma y la negación que rodea la enfermedad en muchas sociedades. Contra toda marea, ellas propias, sostienen el hogar y sobrellevan a sus hijos VIH Positivos, rompiendo el temor al rechazo familiar, a perder el empleo en las maquilas y a la censura pública; sobreviven y hacen eficaz los esfuerzos de prevención y atención del VIH-SIDA. Aunque el estigma y discriminación las despoja del alquiler de la vivienda, las desalientan y les impide solicitar atención médica, por que al hacerlo revelarían su condición a sus familiares, compañeros de trabajo y a miembros de su colonia o comunidad.

Las mujeres con VIH, si carecen de los medicamentos antirretrovíricos, pueden adoptar medidas higiénico-sanitarias para mejorar su calidad de vida (cuidados higiénicos, alimentación adecuada, utilización de medicamentos básicos para prevenir enfermedades causadas por el debilitamiento del sistema inmunológico, etc.). Además, la familia puede beneficiarse cuando la infección se descubre lo suficientemente pronto por cuanto esto le permite planificar la forma anticipada la seguridad económica de los supervivientes.

La exclusión social de la mujer. El estigma de ser enferma de VIH-SIDA no le permite acceder a las condiciones de vida que le permitan satisfacer sus necesidades esenciales y participar en el desarrollo de la sociedad en la que vive; ya que, los factores psicológicos, de salud y dependencia de fármaco imposibilitan su desarrollo normal e integrado en la sociedad.

Todas estas desigualdades sociales se agudizan por la discriminación de amigos, la comunidad e incluso de su misma familia y peor es cuando pierde su trabajo, a causa

de la misma enfermedad o ellas mismas al no soportar la enfermedad o el rechazo de la sociedad se quitan la vida.

La mujer que toma el papel de madre y padre convirtiéndose en cabeza de hogar, siendo víctima de la enfermedad y de la sociedad; se les debe permitir continuar con una vida digna; ya que la sociedad misma se encarga de recordárselo su situación a cada momento. Y el Estado no asume su “responsabilidad de proteger”¹²⁵ a estas mujeres.

Discriminación a las mujeres, Discriminación a sus bebés. El informe del Estado Mundial de la Infancia 2007 expresa que uno de los obstáculos más poderosos para cumplir los derechos de los niños y niñas y lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio es la discriminación sufrida por las mujeres y estas en abandonar a sus bebés.

Al examinar la relación entre la situación de las mujeres y el bienestar de los niños y niñas a través del ciclo vital, hay un tipo de doble discriminación en marcha: las sociedades que discriminan a las mujeres están también implícitamente discriminando a los niños y niñas.

La importancia vital que tiene el capacitar a las mujeres para que participen plenamente en todos los asuntos decisivos que afecten sus vidas y las de sus hijos e hijas debe darse en tres cuestiones cruciales e interrelacionadas: toma de decisiones en el hogar y en la comunidad; asignación de trabajo, ingresos y recursos; y participación políticas, ya que las mujeres están mejor capacitadas para ejercer sus propios derechos y apoyar los de sus hijos e hijas.

La historia ha demostrado que la discriminación contra las mujeres puede dar marcha atrás, pero eso requiere aunar y coordinar los esfuerzos de todos los miembros de la sociedad salvadoreña, requiriendo un “involucramiento total”¹²⁶ de los sectores.

¹²⁵ Art. 348 Inc. Final, C. Fm.

¹²⁶ Tomado del Mensaje de la Señora Vicepresidenta de la República, Licda. Ana Vila de Escobar, Presentación de la Evaluación de Medio Término del Programa de Cooperación GOES-UNICEF 2002-2006. www.casapres.gob.sv/mensajes/mjstv200411

4.2.4. CAUSAS EXTERNAS DE LA INEFICACIA DEL ESTADO SALVADOREÑO AL NO OFRECER SALUD EN SU MAS ALTO GRADO A LOS NIÑOS ABANDONADOS CON VIH-SIDA.

La principal causa es que El Salvador no cuenta con los suficientes recursos económicos para combatir esta enfermedad, ya que es un país dependiente, pues todos los medicamentos antirretrovirales son donados; es necesario crear laboratorios que fabriquen esos medicamentos y no estar esperanzados a la ayuda internacional. Pues qué pasará el día que esta ayuda no llegue, pues se estaría violentando todavía más el derecho a la salud y se les condenaría a todas las personas que viven con SIDA a la muerte.

De la misma manera es necesario un Hogar Multidisciplinario de Niños y Adolescentes padeciendo el VIH-SIDA para que asistan a sus consultas sin pensar que el resto de personas no infectadas con el virus las verán mal y es peor las rechazaran, y no es que con esta acción se estén discriminando, si no se les impulsa a que se aboquen mas a los centros de atención médica; es decir, reorientar la experiencia del Centro de Excelencia para Niños con Inmunodeficiencia (CENID) a nivel Nacional.

Debe el gobierno destinar más fondos para especializar investigadores especializados en todo lo relacionado al VIH-SIDA.

Que las industrias farmacéuticas nacionales produzcan los medicamentos pediátricos y no ignoren a los niños con SIDA por ser un mercado poco lucrativo, ya que no se producen pruebas de diagnóstico ni medicamentos apropiados para esos jóvenes pacientes.

Se requiere producción de formulaciones pediátricas fáciles de tomar por los niños y niñas. Ya que a causa de la ausencia de comprimidos adaptados para los niños, que combinen todos los medicamentos necesarios en una única píldora, los profesionales de la salud y las personas que cuidan de esos niños se ven frecuentemente forzados a triturar los comprimidos producidos para adultos. Además de ser menos efectivos, una

dosis menor puede convertir al virus en resistente al tratamiento, mientras que una sobredosis puede ser tóxica para los niños y niñas pacientes.

Además, los pocos medicamentos que existen en formulaciones líquidas o en polvo, para niños, no son prácticos para ser usados: un niño tiene que tomar tres cantidades diferentes de tres jarabes diferentes, la mayoría de las veces intragables. Algunos medicamentos necesitan refrigeración, otros de agua potable, requerimientos éstos no siempre disponibles en lugares empobrecidos, como los cantones, caseríos y Municipios y áreas rurales aisladas.

Las pruebas existentes para detectar el virus en niños son las mismas que se les practican a los adultos y las pruebas de rutina disponibles son inútiles para bebés con menos de 18 meses de vida porque la sangre de esos bebés todavía contiene anticuerpos de la madre. Las pruebas no distinguen si los anticuerpos son del bebé o de la madre.

En los países más ricos, la transmisión vertical de madre a hijo del VIH es evitada en el 99% de los casos, los bebés pueden ser testeados bien antes y reciben tratamiento a tiempo. Esta realidad está lejos de ocurrir en los países en desarrollo como el nuestro.

Las demandas son enormes, y mientras no haya pruebas de diagnóstico más simples para detectar el virus en recién nacidos y los tratamientos disponibles para niños sean limitados, los bebés continuarán muriendo antes de su segundo aniversario.

4.2.5. CAUSALES DE ABANDONO DE NIÑAS Y NIÑOS CON VIH-SIDA.

Desde un punto de vista conceptual, entendemos por abandono, según el autor Manuel Osorio, el desamparo a la persona, alejarse de la misma, sobre todo cuando su situación se torna difícil o grave por esa causa. Es falta de un deber, incumplir una obligación¹²⁷, mejor dicho es aquella situación de desprotección donde las necesidades físicas básicas del niño (alimentación, higiene, vestido, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro de la familia donde convive el menor¹²⁸.

El abandono material y moral de niños y niñas infectadas con el VIH-SIDA conlleva factores propios e inherentes al medio familiar, como la extrema pobreza, la carencia de un techo o vivienda, las uniones libres irresponsables y relaciones sexuales precoces de las jóvenes, situación económica laboral, la discriminación del trabajo femenino, desintegración del núcleo familiar por el padre, el bajo nivel cultural, destacándose en nuestro medio la miseria y la extrema pobreza¹²⁹. Pero pesan más, como causales de abandono, la vida sexualmente desordenada que han llevado las madres, la extrema pobreza, la prostitución, la falta de educación a las jóvenes y las secuelas de la guerra.

Por lo mismo, la educación sexual dada por el Ministerio de Educación, no llena la expectativa, pues se requiere una educación sexual orientada para saber explicar la realidad sexual y no evadir la realidad biológica de los varones que por naturaleza necesitan procrear una familia y además saber inculcar valores dentro de la familia¹³⁰. Lo cual no es posible ya que la familia generalmente esta formada por madre, abuela e hijos, en donde el gran ausente es el padre; el promedio de hijos es entre cinco y seis;

¹²⁷ Osorio, Manuel. Diccionario CC.PP. y CC. Editorial Heliasta, 1984, Pág. 11

¹²⁸ Arruabarrena y de Paúl, 1994

¹²⁹ Meléndez Ruiz, Mario Edgardo. Abandono de menores en Hospitales Públicos por Razones Económicas de las Madres circunscritas en el Área Metropolitana de San Salvador, Tesis para Lic. En ciencia Jurídicas. Junio 2001, Pág. 7

¹³⁰ Entrevista con responsable del Hogar Jardín de Amor en Zacatecoluca.

donde hay presencia del padre, la unión de la pareja no es legal sino consensuada; el hombre tiene una mujer oficial y otras relaciones extramaritales, familias donde la mujer es cabeza y se les incorpora temporalmente sucesivos hombres¹³¹ o amantes.

No cabe duda que la Sociedad Salvadoreña vive las secuelas de los 12 años de la guerra, donde los actos de crueldad y la publicidad de los homicidios y actos terroristas, hizo que la población perdiera su sensibilidad ante los hechos infantiles. Además muchos hogares salvadoreños fueron mutilados por el flagelo de la guerra; es decir su composición estructural se vio colapsado por la falta del padres, quien se incorporo a la guerra independientemente del bando al que pertenencia. Por eso el abandono de niños y niñas infectados con VIH-SIDA, que sufren y son carga, es causa de una insensibilidad por parte de padres que vivieron su niñez en el marco de la guerra¹³².

Cuando se habla de niños y niñas abandonas definitivamente es que la familia no ha podido cumplir su función de protección y garantía para que el menor tenga un completo e integrado desarrollo. El menor abandonado es el resultado o producto de la incapacidad o impotencia de los progenitores para brindarles a sus hijos las necesidades básicas, lo anterior se clasifica como abandono por incapacidad de los padres.

El Estado Salvadoreño tiene el mandato de proteger a los niños y niñas desamparados y a los minusválidos, a las mujeres embarazadas y a las mujeres cabeza de hogar¹³³. Y la coyuntura real salvadoreña y la estructura de protección de los niños y niñas obliga a los padres separarse de sus hijos y a no dar cumplimiento a los deberes paterno filial establecidos en la normativa del Código de Familia¹³⁴. Se considera abandonado todo menor que se encuentre en situación de carencia que afecte su protección y formación integral en los aspectos materiales, psíquico o moral, por acción u omisión.

¹³¹ Op. Cit. Meléndez Ruiz, Mario Edgardo. Pág. 44

¹³² Op Cit. Meléndez Ruiz, Mario Edgardo. Pàgs. 22 -23

¹³³ Art. 348 C. Fm.

¹³⁴ Art. 36, 211, 346, 347 y 350 C. Fm.

El Estado Salvadoreño, no ha adoptado medidas jurídicas y administrativas¹³⁵ apropiadas, para que los padres o madres portadores del VIH-SIDA, no discriminen a su hijo abandonándolo, como consecuencia de falta de educación, información sobre tratamientos efectivos a niños y desconocimiento del apoyo económico y social que se brinda.

Pero el caso en investigación es que muchas madres portadoras del VIH-SIDA, abandonas a sus recién nacidos ya que en la familia existen causas internas, entre ella está el desconocimiento de la enfermedad, por la muerte de los padres o por el impacto que causa la enfermedad.

Así también existe el factor externo culturales donde los niños son vistos como marginados socialmente, debido a la desinformación y poco espacio explicativo que brinda el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Ministerio de Educación y la persistencia de los tabúes sobre la enfermedad que mantiene el estigma de la enfermedad del SIDA, y esto se debe al desconocimiento de la enfermedad, y en consecuencia muchos niños infectados son abandonados y nadie está capacitado para cuidar de ellos, ya que son portadores del VIH-SIDA.

Las causas de abandono es debido al factor económico, ya que la pobreza y la falta de apoyo obligan a las madres abandonar al niño; así la cultura juega un papel muy importante acompañado de la desinformación respecto al tema.

La situación del abandono de niños en los Hospitales, se da por que las madres, piensan que morirían en cuestión de meses, y si lo dejaban en los Hospitales tendrían mejor atención. Esta opinión aun persiste. Por ignorancia estas madres asumen las muertes de sus menores y los abandonaban en los hospitales u otros lugares.

Inicialmente, los niños dan positivo en las pruebas de VIH-SIDA por tener anticuerpos de sus madres; lo que ellas han desconocido es que solo 1 de cada 4 están infectados. No se puede conocer con seguridad sino hasta después del parto. El gran

¹³⁵ Como lo establece la Convención del os Derechos del Niño.

dilema es que muchos de estos niños mueren por falta de atención y abandono, y no por su supuesta enfermedad.

Por tanto, establecer en qué medida determinadas variables individuales, familiares, socioculturales intervienen en el abandono material o moral constituye un reto.

Respecto a la edad de los niños y niñas abandonados, se constata que el intervalo de edad de mayor incidencia del abandono físico o negligencia es el periodo comprendido entre los 0 y 4 años.

Por un lado observamos que la disponibilidad de los vecinos y amigos es escasa y por otro que los padres y familiares temen mostrarse reticentes a la hora de pedir ayuda a personas cercanas.

También en las familias con probabilidad de abandono físico o negligencia no existe ninguna organización en cuanto a la realización y reparto de las tareas domésticas, siendo éstas realizadas por uno de los menores. En cuanto a las condiciones de la vivienda donde habita la unidad familiar constatamos que éstas son inadecuadas. El espacio es reducido, la seguridad e higiene es deficitaria, y existe un elevado riesgo de perderla por los terremotos o lluvias torrenciales.

Sin embargo, la mayoría de las viviendas faltan los servicios básicos. Los hábitos de crianza, atención y cuidados al menor son inadecuados. Por tanto, los progenitores no tienen una conciencia clara acerca de las necesidades físicas y afectivas de los niños y niñas, la percepción acerca de los niños es negativa, las expectativas inapropiadas, la comunicación padres / hijos es deficitaria, se observa confusión en los roles en la estructura familiar.

La gran mayoría de salvadoreños creen que el abandono de menores se produce por la falta de recursos económicos en las mujeres pobres¹³⁶, pero la realidad es que hay

¹³⁶ Op. Cit. Meléndez Ruiz, Mario Edgardo. Págs. 47

una variedad de demandas insatisfechas, entre ellas figuras disfuncionales, padres ausentes, historias previas de abandono, carencias afectivas y la incapacidad de asumir el rol de madre.

El predominio de la extrema pobreza y precaria condiciones de salubridad riesgo de desnutrición, infecciones por suspensión de lactancia materna debe compararse con el riesgo de transmisión del VIH.

4.2.6. POLÍTICAS Y MEDIDAS ACTUALES POR PARTE DEL ESTADO PARA NIÑOS Y NIÑAS CON VIH-SIDA.

En El Salvador, se ejecuta la política integral contra la epidemia del VIH-SIDA, la cual no abarca a los niños y niñas directamente, si no que está pensada para accionarse en los adultos considerando la respuesta nacional coherente con los criterios internacionales.

Son diez líneas de acción, y trataremos las que abarcan a los niños y niñas, tanto directa como indirectamente y son la Líneas I, III, VII, IX y X..

La línea I, trata del despliegue de acciones primarias de abstinencia, fidelidad y uso de condón; especialmente la prevención temprana del VIH en la población de mujeres embarazadas con el fin de prevenir la transmisión materno infantil del VIH. Para ellas, las pruebas de laboratorios son gratuitas y voluntarias en toda la red de salud pública. En la práctica, no es real pues se hacen estudios y evaluaciones para ver si la personas lo ameritan o no y quienes deciden son los especialistas, si practican la prueba o no. La mujer embarazada diagnosticada con VIH positivo tiene acceso a las atenciones complementarias que amerite, así como el seguimiento a sus hijos con antirretrovirales y sucedáneos de la leche, que en la practica es mínima por los casos registrados.

La Gestión de Vulnerabilidad solo funciona en 2% en las mujeres pues no todas tienen acceso a información adecuada y desarrollo de habilidades y destrezas de las PVVS. La acción 10) es una falacia pues los programas informativos sobre los riesgos de infección con énfasis en la transmisión vertical es totalmente desconocida por la población del Gran San Salvador.

La atención integral del VIH-SIDA (Línea III), la cuestionamos sobre que se entiende por atención integral, para luego decir si es real o no, pues las personas VIH Positivas necesitan de ayuda psicológica, y los profesionales que deben darla, no esta actualizados, preparados ni capacitados para tratar a las personas que adolecen del VIH-SIDA. Además, esta atención debería ser constante, pues como constatamos en la nuestra investigación, en el Hospital de Maternidad, se atiende a mujeres con VIH, pero en el área psicología es deficiente, pues debería ser continuo por 2 veces a la semana. Realmente no es así, pues según la información obtenida solo se dan charlas informativa dos veces por semanas, a las pacientes que llegan al Hospital. Se constata que no hay seguimiento, pues las personas son distintas en cada sesión. Por tanto no es tan cierto que exista Atención Integral.

Se asegura la equidad de género (Línea VII), tanto a niños y niñas, hombres y mujeres un acceso igualitario a información científica sobre el VIH-SIDA en el proceso educativo, en el marco de la salud integral y los Derechos Humanos. Hay mecanismos de protección y apoyo para las mujeres que asumen las responsabilidades de atención de familiares enfermos y huérfanos por el VIH-SIDA, promoviendo roles de géneros más equitativos en el hogar, pero en la practica las mujeres cabezas de hogar, han sido abandonadas moral y materialmente y los niños abandonados se les aplican los programas para adultos, pues no hay una Normativa especial, vinculante para los niños, y no participan o son mencionados en las estadísticas niños salvadoreños, infectados por el VIH-SIDA. Se deba a que el Gobierno en turno, bajo el lente del respeto de la imagen infantil. Esconde una realidad de niños y niñas abandonados con VIH-SIDA

La línea IX, mitiga el impacto del VIH-SIDA en la economía y el sistema de producción de riquezas para que la enfermedad no llegue a la capa humana productiva;

indica los planes de erradicación de la pobreza, a través de elevar educación primaria y básica como barrera de prevención, y la ampliación ilusoria del acceso a la salud pública.

Se desarrollan programas específicos de atención a niñas y niños huérfanos independientemente de su condición de seropositividad enfatizando en quienes hayan perdido a sus padres a consecuencias de SIDA. Se incluye la creación y sostenibilidad de albergues, alimentación adecuada, atención de salud, acceso a la educación y todas las asistencias que el niño tienen derecho.

Dentro de la línea X, se optimiza la Vigilancia Epidemiológica del VIH-SIDA con la información integrada al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; el cual adolece de repetición y descontrol de las defunciones, por enfermedad natural y por complicaciones de enfermedades oportunista causantes el SIDA, en si no son datos reales.

Se monitorea solo a un sector determinado o hasta donde ellos tienen control, menos a la población rural. Hay personas que mueren en etapa terminal y es hasta ese momento que lo registran como portadores del VIH siendo lo real SIDA; por lo tanto, no hay vigilancia suficiente, se menciona que se desarrollan encuestas periódicas la población en general sobre el conocimiento del VIH-SIDA, las cuales son irreales, ya que un altísimo porcentaje de los encuestados indican que pocas veces se hace este tipo de preguntas, sugiriendo se hagan como una manera de informar a la población. Si es que hacen las encuestas lleguen a lugares remotos, rurales y no solo en el Gran San Salvador, con datos reales sacados de campos.

El incremento de mujeres con VIH-SIDA tiene especial atención. A fin de reducir el riesgo de transmisión, las madres con VIH positivo son abastecidas por un año con leche sustituta para recién nacido, con entregas mensuales de 8 latas. Durante los últimos años, El Salvador ha fortalecido su esfuerzo en todas las dimensiones, para lo cual ha elaborado documento regulatorio y normativo entre ellos están: Ley y Reglamento de Prevención y Control de la Infección provocado por el Virus de Inmunodeficiencia

Humana; Guía para prevención de la Transmisión materno Infantil del VIH y Acciones estratégicas puestas en marcha.

Ampliando la línea IX, los alberques en mención es el Hogar “Reina Sofía” de la ONG Mensajeros de la Paz en San Martín y Jardín de Amor en Zacatecoluca, sin dejar de mencionar el Centro de Excelencia para Niños con Inmunodeficiencia (CENID):

EL HOGAR “REINA SOFIA” DE LA ONG MENSAJEROS DE LA PAZ.

La Asociación “Mensajeros de la Paz”, fue creada en 1962 en España y es una obra social declarada de utilidad pública, de ámbito nacional e internacional y, ha recibido, entre otros, en reconocimiento a su labor, el **Premio Príncipe de Asturias de la Concordia** en España. Su principal actividad en sus inicios fue la creación de hogares funcionales para acoger a niños, niñas y jóvenes privados de ambiente familiar o abandonados. En la actualidad cuentan con 296 hogares funcionales donde se tienen acogidos a más de 2,300 niños y jóvenes. En América Latina esta presente en seis países entre los que figuran: Cuba con 3,295 colaboradores, Uruguay 891 colaborados; México con 665 colaboradores; El Salvador con 164 colaboradores y Bolivia con 137 colaboradores.

En El Salvador se estableció desde el 2001 y cuentan con el Hogar para Niños y Niñas con Minusvalía “Ana Rodríguez”, donde se atienden a 21 infantes. También han creado el Hogar para Niños “Don Pelayo”, en donde se atienden a 9 niños abandonados.

Pero el 15 de octubre de 2004 fue inaugurado, el Hogar “Reina Sofía” de la ONG Mensajeros de la Paz por la Primera Dama de la República, Secretaria Nacional de la Familia y presidenta del ISNA Doña Ana Ligia Mixco Sol de Saca¹³⁷, ahí se atienden a niños y niñas con VIH y que han perdido a uno o ambos padres por el virus o son

¹³⁷ La prevención del VIH-SIDA, no debe verse como un tema aislado, sino como un proceso para desarrollar las habilidades para la vida, para fortalecer los valores y para involucrar a la familia, la mejor forma de protegerse de esta plaga es informándose, como sociedad no podemos cerrar los ojos a una lacerante y lastimosa realidad, la salud y la educación son una responsabilidad compartida, extracto del Discurso de Inauguración del Hogar Mensajeros de la Paz, San Martín.

abandonados por nacer; el cual está ubicado en el Municipio de San Martín¹³⁸, y tiene capacidad para atender a 24 niños en total, quienes son remitidos por el ISNA, actualmente hay 15 niños. A pesar que en promedio unos 20 niños cada año nacen con estas condiciones¹³⁹. Generalmente son abandonados en el Hospital Nacional de Maternidad.

HOGAR “JARDÍN DE AMOR” EN DE ZACATECOLUCA.

La línea de acción IX surge tardíamente ya que en el segundo gobierno de ARENA, del Dr. Armando Calderón Sol, fue inaugurado un Hogar para Niños y Niñas con VIH-SIDA, el 27 de septiembre de 1997 el Hogar “Jardín de Amor”, el cual funciona anexo al Hogar Infantil de Zacatecoluca, y es atendido por seis hermanas de la Orden de San Francisco de Asís, quienes se reparten su trabajo: 3 en el Hogar de Niños huérfanos y 3 en el Jardín de Amor; el personal administrativo es contratado y pagado por el Gobierno a través del ISNA. Para que las hermanas pudieran hacerse cargo con el Centro Jardín de Amor tuvieron que hacer muchos trámites ante la Hermana Superiora de la Orden, por la especialidad del caso que conlleva cuidar los niños y niñas con VIH-SIDA. Los gastos de mantenimiento del Centro no son cubiertos por el ISNA. El personal administrativo es 3 por cada turno, hay una psicóloga y un médico que los visita todos los días de la semana y en caso de urgencias se hace presente.

Anteriormente habían 40 niños y actualmente (Febrero 2006) solo hay 15, 4 niños y 10 niñas en las edades de 2 años 3 meses hasta los 10 años. De los 40 niños algunos negativizaron la carga viral y fueron dados en adopción¹⁴⁰, se trasladan al Hogar Infantil anexo y otros volvieron a sus familiares de origen. Es dudoso que no mencionaron si alguno había muerto.

¹³⁸

<http://www.google.com/sv/search?hl=es&q=HOGAR+MENSAJEROS+DE+LA+PAZ+EN+SAN+MARTIN%2C+EL+SALVADOR+AND+NI%C3%91OS+CON+VIH+SIDA&lr=>

¹³⁹ Arias, Mauro. El Rostro Oculto de la Inocencia. La Prensa Gráfica, viernes, 1 de Dic./2006 Pág. 30

¹⁴⁰ Según entrevista en la P.G.R. los Niños con VIH-SIDA el día 3 de abril de 2006: “no son candidatos para los Hogares Sustitutos.

La ayuda que el gobierno les presta es con la medicina que es muy cara, con un médico que llega todos los días durante la semana a ver a los niños; y en caso de notar alguna situación rara de no comer, estar triste, decaído, les da sueño llaman al médico, por cada situación la hermana directora tiene que hacer un reporte respectivo para el ISNA. Ya que ellos presionan mucho en cuanto al trabajo de atención de calidad por la medicina y cumplimiento de horarios, notando imposibilidad por el escaso recurso humano.

La atención humana, alimentación y trabajadoras sociales es bueno. Necesitando para su entretenimiento y formación en casa de implementos pedagógicos; y a nivel de mantenimiento del local falta recurso económico, pues el Gobierno no lo cubre. Estos niños y niña provienen del ISNA, que los ha quitado a sus madres, por que ellas no pueden criarlos por su misma situación o los han encontrado descuidados, por acoso sexual o han sido abandonados por su misma situación de VIH Positivos. Otros son enviados por los Juzgados de Familia.

Es de notar que ahí solo están institucionalizados los niños y niñas que han sido identificados y registrados por el Gobierno, pero en la zona urbana y rural hay muchos niños VIH Positivos y no se han podido identificar por falta de orientación e información oportuna a los padres.

CENTRO DE EXCELENCIA PARA NIÑOS CON INMUNODEFICIENCIA (CENID).

Ubicado en el ala anexa del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom en San Salvador, que hace tan solo cinco años en ese Hospital eran de 152 pacientes con VIH-SIDA: 115 pacientes con exposición prenatal y 110 pacientes en tratamiento Retroviral. El porcentaje era que uno de cada tres niños infectados con el VIH que ingresaban al

Hospital Bloom morían; pero al finalizar 2005, la mortalidad se redujo drásticamente al 3%, pues la labor de la Infectòloga Pediátrica es excelente.

El CENID tiene experiencia en la clasificación clínica de los niños en categorías A: ligeramente sintomáticos, Categoría B: Moderadamente sintomáticos y Categoría C: Severamente sintomático¹⁴¹.

Hay criterios claros para elegir candidatos al Tratamiento Retroviral, idealmente a todos los niños infectados menores de 12 meses de edad, hijos de madres VIH Positivo que hayan recibido un protocolo establecido de PTMI de manera completa.

El tratamiento ha significado una reducción de los costos para el hospital, la medicación para un paciente ambulatorio cuesta de \$500 a \$700 al mes.

Por el momento, el CENID no tiene hospitalizados, y mantiene en control a 475 niños, la mayoría de escasos recursos y provenientes de San Salvador, La Libertad y Sonsonate.

Hay medicamentos de los que carece el hospital, pero la Fundación Inocencia gestiona los fondos para proveerlos, así como para costear gastos de transporte para los niños que vienen de lejos y no pierdan su cita con el pediatra. Su experiencia debería extenderse a nivel nacional.

¹⁴¹ Op Cit. Siman Siri, Rodrigo, Dr. Pág. 12.

4.2.7. ACCIONES POR EJECUTAR POR PARTE DEL ESTADO EN RELACION A NIÑOS Y NIÑAS ABANDONADOS CON VIH-SIDA.

El gobierno debe realizar campañas con información verdadera, ya que solo así se quitaran los tabúes, campañas generales de prevención y sensibilización para que no abandonen a los menores a toda la población en general, debe buscar alternativas familiares que le preste mayor importancia y cree mas escuelas para padres y que se les apoye a nivel local.

En El Salvador, hay una tendencia a la disminución del número de casos de VIH-SIDA y en algunos grupos de edades de forma mas evidente y afianzado, como son los menores de un año nacidos de madres VIH positivas y el número de madres VIH positivas en estado de gravidez.

Asimismo existen grandes avances en el abordaje y atención integral de las Personas con VIH por tanto se perfila un panorama favorable para poder dar cumplimiento a la meta propuesta para el 2015 entorno a los Objetivos del Milenio.

El mayor desafío que enfrenta el país en la actualidad y para los próximos años, es lograr la sostenibilidad financiera de todos los programas que se desarrollan para reducir el número de casos de VIH-SIDA y la atención integral que requieren las personas que actualmente viven con el virus, así como el incremento de recursos principalmente en el área preventiva.

Es necesario invertir mayor número de esfuerzos y recursos en el área de información y educación para un adecuado conocimiento del VIH-SIDA en la población, y cambios de conducta saludables que logren evitar nuevas infecciones.

Así mismo los avances en las diferentes áreas que ha logrado el país en los últimos años en la lucha contra el SIDA, paradójicamente se vuelven un nuevo reto y desafío con la cooperación externa, al ver nuestro país reducidos los fondos de ayuda

internacional para combatir esta epidemia por los éxitos obtenidos en “Impuesto al Éxito”.

Las áreas de Cooperación Prioritarias Incrementar los recursos financieros para las acciones de prevención y atención del VIH-SIDA. Difusión de Campañas de Educación; para la prevención del VIH-SIDA, en medios masivos de Comunicación; Fortalecimiento de las acciones encaminadas al control y prevención del VIH-SIDA en población altamente vulnerable como: Población privada de libertad, Hombres que tiene sexo con Hombres (HSH), Trabajadoras Comerciales del sexo (TCS), población Emigrante; Incrementar la Capacitación de los Recurso Humano Multidisciplinario para brindar una atención y abordaje integral de la enfermedad. Fortalecimiento del apoyo político en los niveles locales del país; sostenibilidad de la Terapia Antirretroviral y fármacos para enfermedades oportunistas, sostenibilidad del acceso de pruebas de detección de VIH para toda la población, Fortalecimiento de Acciones en Materia de Derechos humanos, Fortalecer la cultura de apoyo, respeto y solidaridad a las Personas que viven con el VIH-SIDA.

El Estado Salvadoreño debe poner en marcha programas integrales de prevención y tratamiento, coordinados entre todos los agentes implicados. Además, llevar acceso universal del TAR a las personas que viven en los lugares mas empobrecidos del país y consultas nocturnas y al tratamiento antirretroviral gratuitos. En fin debe sacar de la oscuridad y silencio a muchas mujeres y niños que padecen la enfermedad.

Presupuesto para incrementar los esfuerzos en la investigación de nuevos fármacos y adiestramiento de recursos humanos para propagar las experiencias exitosas en Hospitales de la Red Pública y de Protocolos, especialmente la del CENID.

Las estrategias de intervención que el Estado Planifica debe enfocar políticas sociales dirigidas a la mejora de la capacitación y participación de los padres de familia

o madre cabeza de hogar para facilitar su integración socio – laboral; es decir, que los principales objetivos y retos que deberían atenderse son: el acceso al empleo y a los recursos (salud, servicios sociales, vivienda, educación y justicia), la prevención de los riesgos de exclusión (con actuaciones a favor de la familia y el acceso a la formación), sin olvidar a las personas más vulnerables (las ya excluidas o en grave riesgo de exclusión).

Todas estas acciones tendrían que seguir criterios de salud pública y de Derechos Humanos y deberían incluir tres estrategias fundamentales: la perspectiva de género, el empoderamiento y la sensibilización y denuncia.

Los servicios sociales y sanitarios no están adecuados a las necesidades requeridas por las familias con enfermos de VIH-SIDA.

2.2.7.1. NECESIDAD DE UN MARCO REGULATORIO ESPECIAL PARA NIÑOS Y NIÑAS CON VIH-SIDA

En vista de la pandemia del VIH-SIDA, es urgente una Ley para los Niños y Adolescentes, la cual debe recoger la realidad sociocultural y económica de la realidad salvadoreña, y una Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH-SIDA en El Salvador, las que deben recoger y establecer:

Que el Estado solo debe interponerse entre padres e hijos, cuando la educación sexual, reproductiva y preventiva tenga visos de inmoralidad notoria.

Que al niño o niña, como sujeto de derechos y obligaciones y parte integral de una familia, le explique y mencione la realidad sanitaria, cultural y económica de la Sociedad Salvadoreña en relación a la enfermedad VIH-SIDA.

Que precise al sujeto responsable de los derechos de los niños con VIH-SIDA en caso de seguir procedimientos judiciales o administrativos.

Que quede establecido la obligación del Estado salvadoreño, de adoptar las medidas administrativas eficaces, legislativas, presupuestarias y de cualquier índole, para garantizar la efectividad de los derechos fundamentales de los niños y las niñas.

Que indique la Jerarquía normativa, de aplicación e interpretación según el orden siguiente: a) La Constitución de la República; b) La Convención sobre los Derechos del Niño; c) Los demás tratados y convenios internacionales sobre la materia; d) Los principios rectores del nuevo Código propuesto; e) El Código de Familia y las leyes atinentes a la materia; f) Los usos y las costumbres propios del medio sociocultural y g) Los principios generales del Derecho.

Que desarrolle el Derecho a la Vida desde el momento mismo de la concepción. El Estado deberá garantizarle y protegerle este derecho, con políticas económicas y sociales que aseguren condiciones dignas para la gestación y el nacimiento, especialmente, toda forma de abandono.

Que reconozca la función social de los medios de comunicación colectiva es colaborar en la formación de las personas menores de edad, divulgando información de interés social y cultural.

Que se prohíba publicar, reproducir, exponer, vender o utilizar, la imagen y el nombre o cualquier dato personal que permita identificar a una persona menor de edad autora o víctima de un hecho delictivo.

Que obligue a las instituciones públicas competentes para que satisfagan las necesidades requeridas para superar la problemática familiar, así como la capacitación y orientación laboral a los padres y madres; cuando la familia peligre por razones socioeconómicas y de salud.

Que dictamine sobre el goce que tienen los niños y niñas de atención médica directa y gratuita por parte del Estado; y los Hospitales, Unidades de Salud, ISSS y otros

centros de servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestarlo, en forma inmediata y sin discriminación de raza, género o condición social. No podrá negarse por ausencia de sus representantes legales, carencia de identidad personal, falta de cupo u otra circunstancia.

Que abarque a los niños y niñas el derecho a la seguridad social, especialmente a los que están fuera del régimen del ISSS y disfrutarán de este derecho por cuenta del Estado.

Que obligue al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para que vele y verifique que los niños y niñas “disfruten del más alto nivel de salud”, el acceso a los servicios de prevención y tratamiento de la enfermedad del VIH-SIDA. Para que se cumpla esta finalidad hay que: a) Asegurar la atención integral de este grupo, procurando la participación activa de la familia y la comunidad; b) Garantizar el acceso a los servicios de atención médica de calidad, especializados en niños y adolescentes; c) Garantizar la creación y el desarrollo de los programas de atención y educación integral, incluyendo programas sobre salud sexual y reproductiva.

Que afinque la autoridad y representación paternal y decisorio en las pruebas sobre el VIH-SIDA, hospitalización, el tratamiento o la intervención quirúrgica urgentes de sus hijos, caso contrario, el profesional en salud queda autorizado para adoptar las acciones inmediatas a fin de proteger la vida o la integridad física y emocional del niño o niña.

Que reconozca la condición de pobreza de la madre cabeza de hogar y con hijos VIH Positivo, para que tenga derecho a una atención integral por parte del Estado y derecho al subsidio económico del salario mínimo mensual; el giro de los recursos deberá responder a una acción integral y no meramente asistencial, para garantizar a la persona su desarrollo humano y social.

Que establezca lo mínimo que se requiere para el desarrollo integral del niño con VIH-SIDA.

Que reestructure los SIBASI's para que garanticen a la madre portadora del VIH-SIDA el tratamiento médico existente, con el fin de evitar el contagio del bebé por nacer. Asimismo, todo niño o niña portadora del VIH o enferma de SIDA tendrá derecho a que se le brinde asistencia médica, psicológica y el tratamiento que le permita aminorar su padecimiento y aliviar, en la medida de lo posible, las complicaciones producidas por esta enfermedad¹⁴².

Que prohíba practicar o promover, en los centros educativos, todo tipo de Discriminación por género, edad, nivel de salud o nacionalidad, condición económica o cualquier otra que viole la dignidad humana.

Que se legisle sobre el valor del Trabajo Familiar, como aporte indispensable para el funcionamiento de la familia, con énfasis a los hijos mayores de edad y que no está infectado, los padres seropositivos tienen el derecho de pedir y exigir a sus hijos la colaboración en tareas domésticas o los métodos correctivos y educativos.

Que plasme la subsidiariedad e intervención estatal en la familia, cuando la enfermedad desequilibre la economía y estabilidad familiar

¹⁴² Decreto 7739: Código de la Niñez y Adolescencias, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, Sancionado el 6 de Enero de 1998 y Publicado el 6 de febrero de 1998.

2.2.7.2 NECESIDAD DE UN MARCO REGULATORIO DIRIGIDO A LAS MADRES EMBARAZADAS Y MUJERES EN EDAD FÉRTIL.

Se debe legislar en El Salvador, lo referente a la Transmisión Vertical de VIH-SIDA, con el objetivo de defender los derechos de los niños y niñas, a través de las madres embarazadas y las mujeres en edad fértil.

Que regule y sancione la conducta del hombre que a través de la violencia intra familiar contagia a una mujer con VIH-SIDA.

Además, que se reforme las Leyes respectivas para que los médicos y demás personas que están involucradas, puedan de oficio interponer demandas, pues no puede quedar impune la vida de una mujer infectada con SIDA, ya que se contradice con el principio de confidencialidad, según el Artículo 16 c) Ley VIH-SIDA.

Que regule y establezca por escrito o verbal el deseo de la mujer embarazada con VIH-SIDA a quien debe decirse su padecimiento y no enterarse de su enfermedad a través de Actas de Defunción; que se imponga el doble criterio paciente – médico – familiar responsable.

Debe imponer sanciones tanto a padres y madres como responsables de la victimización y violación de los derechos de los niños, por su mal proceder, en la vida sexual. Por lo mismo, que incluya sanciones por las irresponsabilidades sexuales que no han sido compartidas a través de las consecuencias.

La víctima del VIH-SIDA por consecuencia de los padres, no debe esperar una resolución judicial o administrativa para que sus derechos sean tutelados, es decir, se debe dar tratamiento inmediatamente y se evite el retardamiento de los procesos mientras se llaman a familiares para tutelar al menor infectado¹⁴³.

¹⁴³ Confronte los Artículos 208, 272 del C. Fm. con el Artículo 7 de la Ley VIH-SIDA.

Y que asuma el legislador el objetivo de implantar una norma de prevención de Transmisión Vertical, mediante determinación universal del estado serológico para el VIH, operación de cesárea electiva y suspensión de lactancia materna en mujeres infectadas con VIH y acceso garantizado a TAR durante el embarazo, el parto y al recién nacido; siendo el aporte, para alcanzar la ambiciosa meta de reducir a la TV del VIH alrededor del 1% para que en el Sistema de Red Hospitalaria, no debería de nacer más de un niño al año con VIH¹⁴⁴.

¹⁴⁴ Beltrán Buendía, Carlos J. ¿Es posible Eliminar la Transmisión Madre-Hijo del Virus Inmuno Deficiencia Humana en Chile?, principales aspectos de la nueva Norma de Prevención de la Transmisión Vertical, jefe del Departamento de Infectología, Complejo Asistencial Barros Luco, Chile, Pág.45

CAPITULO 5.

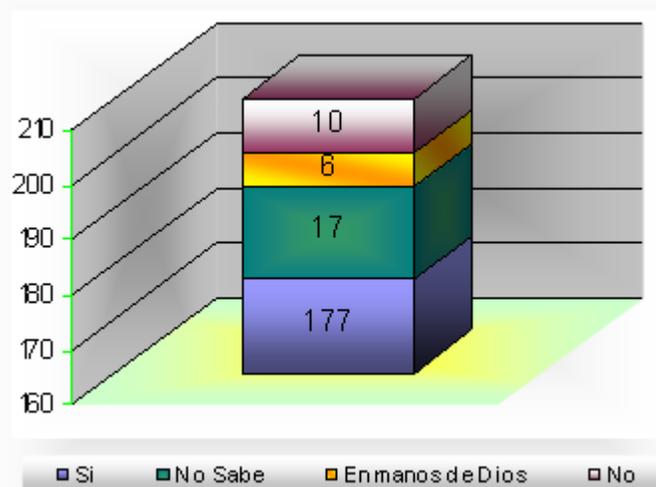
5.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS Y COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.

El presente Capítulo tiene la finalidad de exponer los resultados obtenidos en la investigación de campo los cuales respaldan los planteamientos teóricos en que se fundamenta el cuerpo del trabajo.

Los resultados provinieron de la realización de encuestas de opinión pública en los 19 Municipios de San Salvador, inclusive.

5.2. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

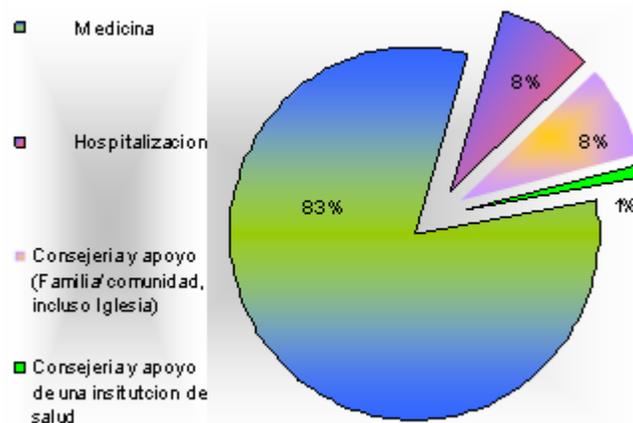
HIPÓTESIS ESPECIFICA 1. INDICADOR 1. 1.- LA PREVENCION ESTATAL PARA EVITAR LA DISCRIMINACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS PORTADORES DEL VIH-SIDA.



A los 206 encuestados se les preguntó ¿Cree Usted que hay algo que pueda ayudar al bebé infectado por el VIH-SIDA a vivir mas saludable y por más tiempo? La

frecuencia repetitiva de 177 Si conoce que hay algo que le puede ayudar; 17 personas No Saben si existe algo que les pueda ayudar, 10 dicen que “No hay ayuda”, y 6 expresan que solo “En Manos de Dios està la ayuda”. En esta pregunta no se les leyó las alternativas y se marcaron todas las respuestas si las dice.

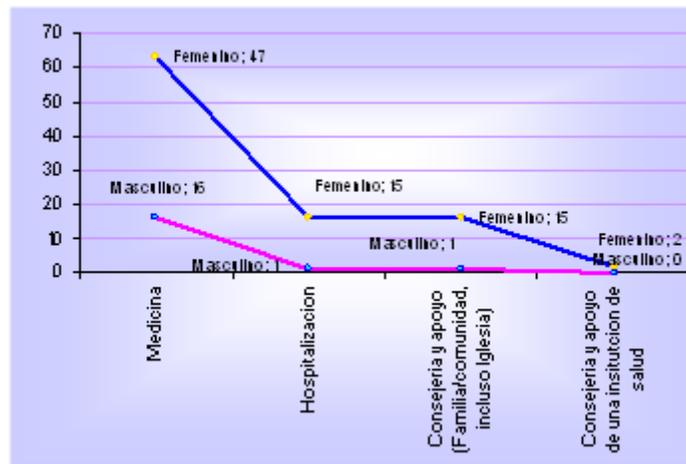
Podemos notar la existencia de la noción que existe “algo que puede ayudar al bebé”, de igual manera notamos el desconocimiento de las personas de la realidad infantil y médico hospitalaria al expresar que no hay ayuda, que no saben o dejarlo en manos de Dios. Es debido a que no se han divulgado las medidas de protección y los Planes de Prevenciones y creación de Instituciones Especiales que tratan el VIH-SIDA Pediátrico en El Salvador.



De 117 personas que expresan Si hay algo que le puede ayudar al bebé ¿Qué le puede ayudar?, el 83% expresa que la Medicina; 8 % la Hospitalización; de la misma manera la Consejería y apoyo de la familia, Comunidad o la Iglesia en un 8% y finalmente el 1% de mujeres expresan que la Consejería y apoyo de una Institución de Salud.

Al evaluar los resultados notamos que los Programas Preventivos del VIH-SIDA, no han penetrado en la conciencia de la población encuestada, pues en estas respuestas se incluyen las de personal que labora en Unidades de Salud, profesionales y estudiantes

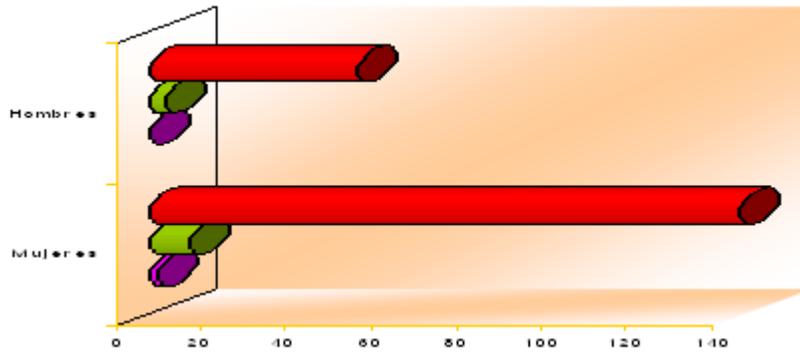
egresados de Medicina. Llama la atención que la población no reconoce el valor de la Red Hospitalaria y le da una categoría mínima de ayuda al menor, a pesar que la niñez salvadoreña, solo tiene acceso a los Hospitales Públicos y un mínimo goza del Beneficio del ISSS. Pero si es laudable que en su mayoría madres y mujeres solteras han expresado que hay algo definido como las medicinas que pueden ayudar al bebé con VIH-SIDA.



La distribución de respuestas por sexos de la existencia de “algo que puede ayudar a los bebés”, 47 mujeres dicen que la medicina; 15 la Hospitalización; Consejería y Apoyo Familia, de la Comunidad e incluso la Iglesia 15 y Consejería y Apoyo de una Institución de Salud solo 2 mujeres lo mencionan. A nivel del sexo masculino, que fueron hombres que contestaron por sus compañeras de vida, o por que ellas no quisieron contestar 15 expresan que la Medicina le ayudaría al bebé, 1 dice que mejor Hospitalizarlo, 1 le ayudaría la Consejería y apoyo de la Familia, Comunidad e incluso la Iglesia y 0 hombres no cree necesario el apoyo y Consejería de una Institución de Salud.

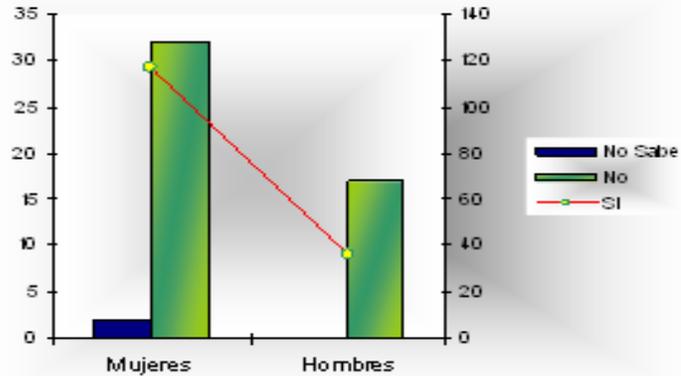
El análisis respectivo es que las mujeres encuestadas la mayoría es madre de familia y algunas cabezas de Hogar, en su mayoría buscan una salida a la enfermedad de sus hijos, mientras que la actitud de los hombres es menos despectiva y de dejadez. Algunas mujeres combinaron que la medicina y hospitalización es necesaria, pero la mayoría sabe que con medicina se le puede ayudar al bebé. Algunas no supieron decir el por qué sabe de la medicina; algunas dijeron que en la Televisión lo habían escuchado o

lo habían leído. Por lo mismo, hay escasa información y mención de la existencia de programas u otras actividades que esta haciendo el Gobierno de turno.



Para evaluar la discriminación dentro de la familia y quien lo hace más, preguntamos: Ahora me gustaría saber su opinión personal sobre algunos temas, ¿Si un menor de edad, familiar suyo estuviera infectado con el VIH-SIDA? ¿Usted, lo cuidaría en su casa? 140 dijeron que Si y 10 mujeres dicen que No lo cuidarían (7%). Dentro de los hombre 49 Si lo cuidarían y 4 dicen que No (7%) y 2 Mujeres No Saben que harían y 0 hombre No sabe.

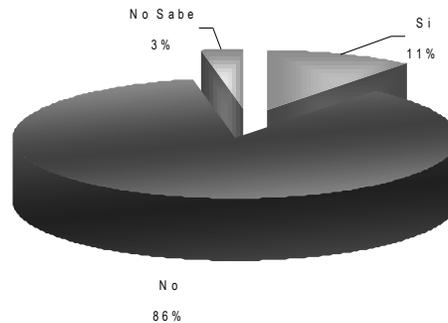
En la posibilidad que tuvieran un niños o niña con VIH-SIDA, las mujeres de religión católica o cristianas protestantes, casadas y solteras no concuerdan tener un menor de edad con esa enfermedad, aunque la mayoría ha expresado que si lo cuidarían pero un porcentaje representativo, tanto de hombres como mujeres, siendo madres de familias la mayoría, dicen que no lo cuidarían, notándose que las personas encuestadas tienen temor a la enfermedad especialmente en los niños.



El porcentaje de encuestados divididos por sexo, 117 mujeres prefieren que la situación de tener un niño o niña con SIDA en casa, prefieren que su situación permanezca en secreto, del a misma manera solamente 36 hombres quieren que este en secreto; pero 49 personas de ambos sexos prefieren contarle a sus amigos y vecinos; y un mínimo de 2 mujeres no saben si lo contarán o no.

El motivo por el cual 153 personas prefieren guardar secreto a un niño infectado por VIH-SIDA en sus casas es por miedo a que los vecinos los discriminen, lo miren mal, le tengan lástima o lo catalogaran como sidoso. Es decir que, la madre conoce de la discriminación del VIH-SIDA para los niños y niñas comparándola con la realidad vivida por los adultos VIH Positivo. Esta opinión está bien infundada en el municipio de Rosario de Mora, Apopa, Ayutuxtepeque, Ilopango y Santo Tomas, mientras que la discriminación manifiesta de no guardar el secreto del niño con SIDA alcanza un 23.7% y su predominancia está en Ciudad Delgado, Mejicano, San Salvador y Panchimalco y no les interesa o no saben un 1% porque les repugna el tema del VIH-SIDA.

HIPÓTESIS ESPECIFICA 1. INDICADOR 1. 2.- ADOPCIÓN DE MEDIDAS POR PARTE DEL ESTADO SALVADOREÑO PARA PREVENIR EL ABANDONO DE NIÑOS Y NIÑAS INFECTADAS CON VIH-SIDA



Del 100% de personas consultadas sobre el conocimiento de niños abandonados con VIH-SIDA en su lugar de residencia el 11% expresan que si conocen de niños abandonado; el 86% no conocen y el 3% no saben de la existencia de niños con VIH-SIDA. Los Municipios donde la población encuestada conoce de la existencia de niños con VIH-SIDA son en orden de importancia Santiago Texacuango, Santo Tomás y Panchimalco. En donde las mujeres conocen mas de niños con VIH-SIDA en un 10.46% y los hombres en un 0.54%. entre las personas que no conocen casos de niños con VIH-SIDA tenemos a las mujeres en un 84% con predominancia de desconocimiento a mínimo de 10 personas en 8 Municipios, a la cabeza San Salvador.

El desconocimiento de la existencia de niños abandonados con VIH-SIDA se debe a que los familiares como abuelas y tías se hacen cargo de los niños infectados con VIH quienes son víctimas del abandono moral. El porcentaje de los 11% esta referido a los niños víctimas del abandono material, es decir, los niños abandonados con VIH-SIDA institucionalizados en Jardín de Amor en Zacatecoluca (15) y en el Hogar “Reina Sofía” del a ONG Mensajeros de la Paz en el Municipio de San Martín (15). Estos datos aumentan con los niños reportados por trabajo social del Hospital de Maternidad conjugando decisiones arbitrarias y discriminatoria por parte del ISNA de sustraer a los menores de edad de los hogares ya que las madres tiene tratamientos y lo abandonan, la

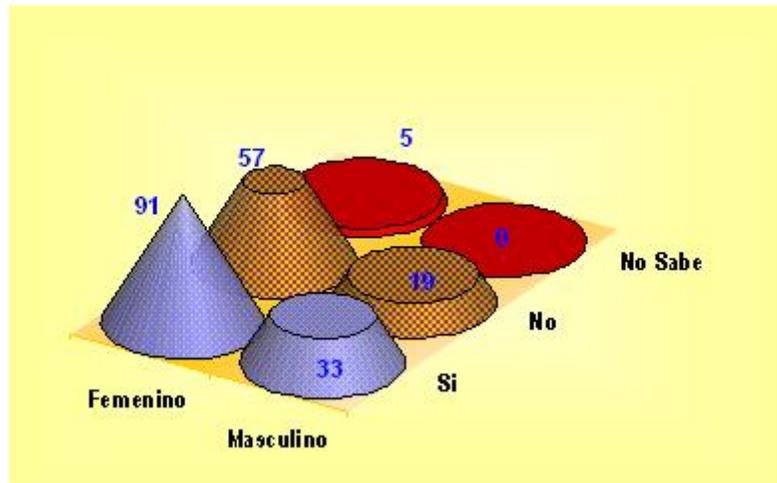
prevención esperada el Estado la define en complicidad con las instituciones de salud, quedando las madres sin hijos discriminadas por parte del Estado y la sociedad en complicidad con el Estado.

Cuantos Niños conoce con VIH-SIDA	Mejicanos	Ciudad Delgado	Aguijares	Apopa	Ayutuxtepeque	Cuscatancingo	Guazapa	Ilopango	Nejapa	El Paisnal	Panchimalco	Rosario de Mora	San Martín	Tonacatepeque	Santo Tomás	Sigo. Texacuangos	Soyapango	San Marcos	San Salvador
22		1	2	1		2		1	1		3	1	1		3	4		2	

El hallazgo de 22 niños abandonados por ser portadores del VIH-SIDA y en la tabla distribuidos en 12 Municipios de San Salvador, con predominio en Santiago Texacuangos con 4 niños; Panchimalco con 3 y Santo Tomas con 3.

Las medidas Legislativas contenidas en el Código de Familia y la Ley del ISNA, no faculta a este prevenir para el abandono de niños y niñas y mucho menos ante el abandono moral. Por lo tanto, las familias extensas se les hace una carga, pues algunos por su avanzada edad, desconocen los beneficios, si es que existen para obtener ayuda estatal, y conocer lineamientos de protección de la salud infantil, pues muchos creen que por ser hijo de padres que han muerto por VIH-SIDA, ellos también están infectados.

Solo se conocen registros de menores abandonados, los que están registrados por el ISNA, pero hay muchos menores que los llevan a pasar consulta y son devueltos a las Unidades de Salud de origen, por la razón que el niño morirá pronto por estar en etapa SIDA. Por lo tanto, los registros de menores abandonados con VIH-SIDA, no es real por parte del ISNA.



El total de encuestados y que respondieron que conocen o han oído hablar de albergue para niños con VIH-SIDA, en el sexo femenino el 60% SI conoce la existencia de albergues; que NO conocen el 37% y el 3% NO SABE; el sexo masculino 33 hombres SI saben de la Existencia de Albergues y 19 No conocen o no han oído y 0 Hombres No Saben.

La medida de creación de Albergues para niños abandonados con VHI-SIDA se conoce por que el Gobierno de Turno, esta haciendo propaganda y visitas en los Hogares de Zacatecoluca y el de Mensajeros de la Paz en San Martín. La población se ha enterado de su existencia por medio de la Televisión, y es la mujer la que está más atenta, mientras que el hombre en un 62% conoce de la existencia por la misma Televisión y por su permanencia los fines de semana en casa. Los hombres que dicen que conocen son catalogados como hombres hogareños. Solo saben que hay albergues pero nada más. Hace falta que el Estado establezca e informe a la población femenina la existencia de estos Hogares y las facilidades, costos y tratamientos que se dan a los niños abandonados con VIH-SIDA. Además, falta que informen, siempre respetando la identidad infantil, sobre las mejoras y las experiencias con los menores abandonados. Y de logros médicos significativos en cuanto a la prevención y baja prevalencia del virus del VIH-SIDA.

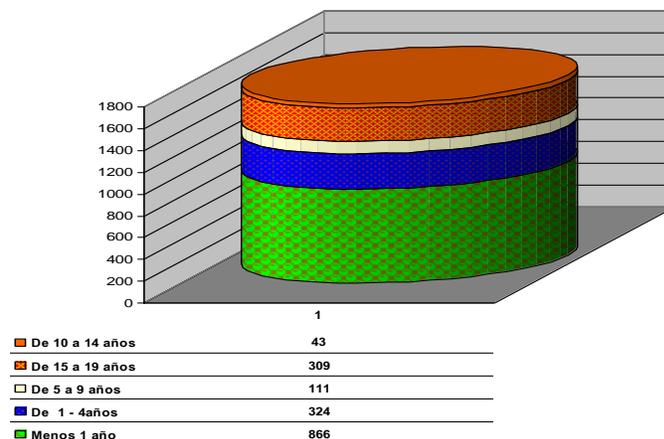
HIPÓTESIS ESPECIFICA 1. INDICADOR 1. 3.- POR AUSENCIA DE PREVENCIÓN Y FALTA DE MEDIDAS SE VIOLANTAN LOS ARTÍCULOS 2.2 Y 24.1 DE LA CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO.



El 22% de personas que dicen que cuidarían al niño con VIH-SIDA en sus casas, se complementa la discriminación y rechazo a la infección por VIH-SIDA y el 78% contarían a sus vecinos que tienen un niño con VIH-SIDA. Esta determinante predomina grandemente en Ciudad Delgado y Mejicanos.

Observamos doble discriminación hacia los niños y niñas con VIH-SIDA y la incidencia de rechazo por contarlos a sus vecinos y amigos, es debido a la falta de prevención e información; por otro lado, el bajo criterio de no cuidar a un niño con VIH-SIDA se debe a que la persona encuestada conoce la experiencia de atender a un enfermo con VIH-SIDA; aunque esta opinión la conjugan con la donación de medicamentos y los costos de hospitalización. Esta doble discriminación dada en Ciudad Delgado y Mejicanos se debe a que la población encuestada conoce o conoció personas adultas con VIH-SIDA y por la fealdad de la enfermedad denota descaradamente la discriminación siendo responsable el Estado Salvadoreño por no prevenir el SIDA en los niños y niñas.

La operatividad de esta actitud o castigo por causa de su condición de salud, de los vecinos y amigos, es causada por Estado¹⁴⁵ que no ha prevenido medidas apropiadas que garanticen la dignidad de los niños y niñas fuera de cualquier condición del estado de salud. Pero además, de la discriminación externa existe discriminación dentro de la familia siendo la discriminación por excelencia el abandono material y moral de niños y niñas con VIH-SIDA siendo una cantidad de 30 niños registrados por el ISNA.



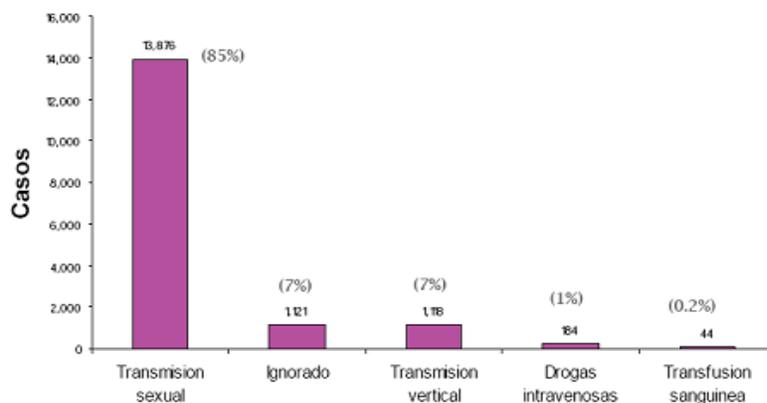
Los casos de VIH-SIDA desde 1991 a junio del 2006 hay acumulados 1,653 casos siendo el 26% menores de 1 año durante el 2001 al 2004¹⁴⁶.

El acumulado de 1,653 niños y niñas con VIH-SIDA es un subregistro del Ministerio de Salud ya que muchas familias no llevan a control a los niños en Unidades de Salud.

Hay carencia de medicamentos pediátricos, ya que solo hay medicamento para adultos graduados a dosis pediátricas, siendo una violación a los Derechos de los niños como parte del esfuerzo del Estado Salvadoreño por asegurar el disfrute del Derecho a la Salud pero por causas externas de rentabilidad económica El Salvador no puede proporcionar medicamentos netamente pediátricos.

¹⁴⁵ Artículo 2.2 de la CDN y Artículo 4 literal e) de Ley del ISNA

¹⁴⁶ FESAL 2003, informe especial mayo 2005 Pág. 2 y Boletín informativo sobre la Situación del VIH-SIDA en EL Salvador Junio 2006 Pág. 8 .

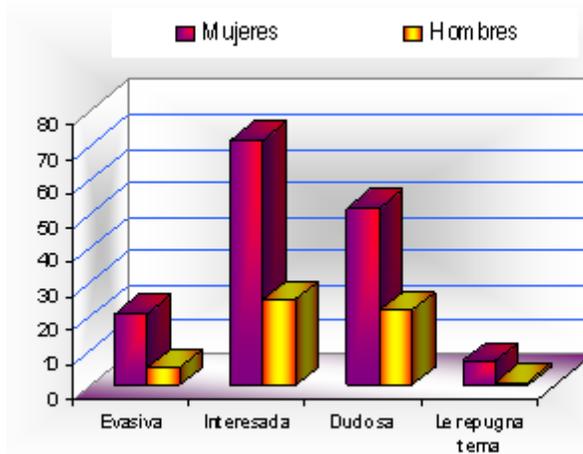


Los casos de VIH-SIDA según categoría de transmisión de los años 1984 al 2005: la transmisión vertical madre a hijo se representa en 7% con un total acumulativo de 1,118 casos, ya que el mecanismo de transmisión que se registra con mayor frecuencia es el tipo sexual a predominio de grupos autodenominados heterosexuales. Presumiblemente entre los heterosexuales se tenga un porcentaje de individuos quienes en algún momento han mantenido relaciones cóitales de tipo homosexual o bisexual y por razones de estigmatización social encubran su orientación o preferencia sexual, no obstante, en virtud que aun se reportan infecciones por transmisión vertical (madre-hijo) se asume que la transmisión heterosexual y bisexual es la que predomina en nuestro país

La población Salvadoreña es eminentemente joven y está dispersa en las cuatro escalas de pobreza y no son coherente los registros acumulativos del Ministerio de Salud, pues ya que en el área rural hay partos que no son registrados pero por complicaciones de salud acuden a San Salvador en etapa SIDA; ésto se debe que entre las mujeres en edad fértil en El Salvador tanto del área urbana como rural, 6 de cada 10 mujeres no conocen al menos un lugar donde hacen la prueba del VIH-SIDA. Con lo anterior se violenta el artículo 24.2 de la CDN y el Artículo 1 de la Constitución, ya que el Estado le falta esforzarse para asegurar el goce del más alto nivel posible de Salud que los niños y niñas desde el momento de su concepción. Es decir el Estado debe realizar fuertes campañas de información ,orientación y Consejería a toda la población femenina, especialmente a las mujeres embarazadas para que tomen medidas preventivas de la transmisión vertical del VIH-SIDA ¹⁴⁷

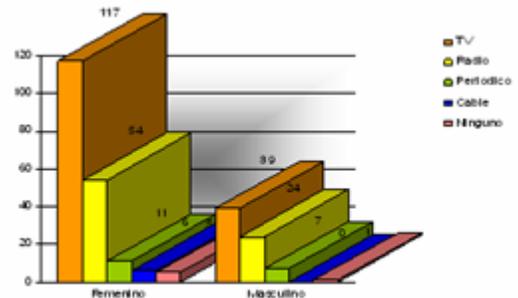
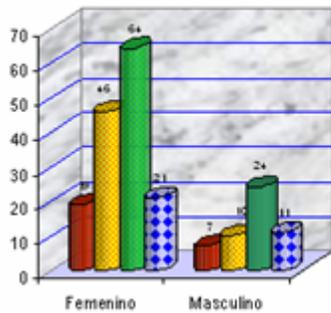
¹⁴⁷ Ibid. Pág. 2 y Pág. 12.

HIPÓTESIS ESPECIFICA 2. INDICADOR 2. 1.- MENOS ACCESO A INFORMACION, EDUCACION, PREVENCION SOBRE EL VIH-SIDA Y APOYO ESTATAL.



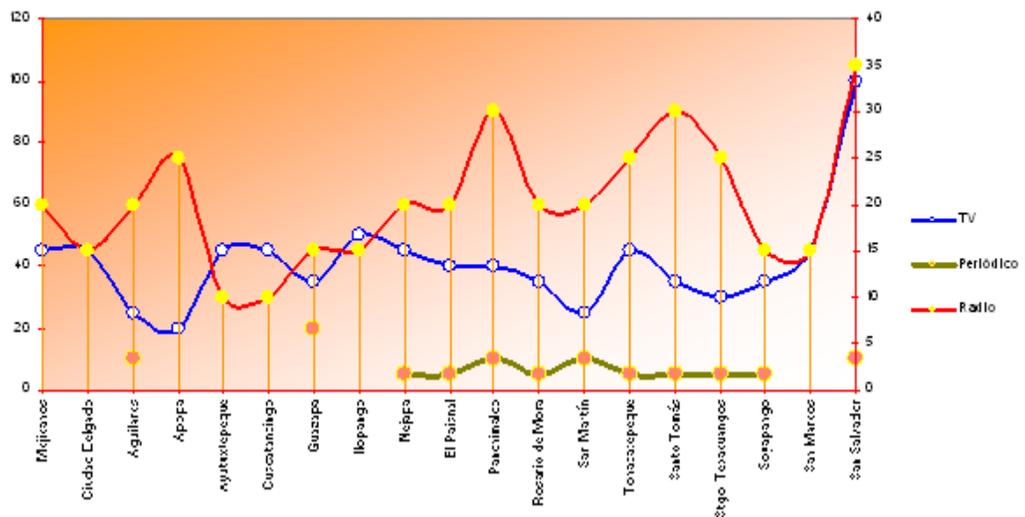
Del 100% de los encuestados divididos por sexo y evaluando la disponibilidad ante el tema del VIH-SIDA en los niños y niñas, el grado de interés es de 72 mujeres y de 25 hombres, existiendo evasividad de 26 personas de ambos sexos; considerando, además, que a 8 personas les repugna el tema del SIDA en niños. Pero la discriminación e ignorancia es acentuada cuando 52 mujeres y 22 hombres han dudado dar respuesta a la encuesta.

De las 206 personas encuestadas podemos notar que su disponibilidad está influenciada por la falta de conocimiento, estrategias y planes informativos de parte del Gobierno, pues 74 han dudado responder al tema, a 97 les interesa el tema, evasivo 26 y a 8 les repugna el tema. Decimos, que la población encuestada toda requiere instrucción clara, orientada y confiable sobre el tema del VIH-SIDA, ya que el Estado no ha tenido la capacidad de elaborar estrategias y medidas de protección o ha creado instituciones especializados para la infancia.



El total de personas que tiene acceso a la información de prevención del VIH-SIDA a través de los medios de Comunicación, para el sexo femenino es de 117 miran Televisión, 54 escuchan Radio, 11 leen periódico, 6 miran cable internacional y 5 no ven ninguno; los hombres 39 miran Televisión, 24 escuchan radio, 7 leen periódicos y nadie respondió ninguna.

La permanencia de la mujer ante los medios de comunicaciones de 1/2 a 1 Hora lo hacen 2; 64 lo hacen de 1-2 horas; de 3-5 horas lo hacen 46 mujeres y más de 5 horas lo hacen 19 mujeres. A nivel de los 19 Municipios de San Salvador, se recibe programación de prevención del VIH-SIDA en los medios de comunicación siguientes:



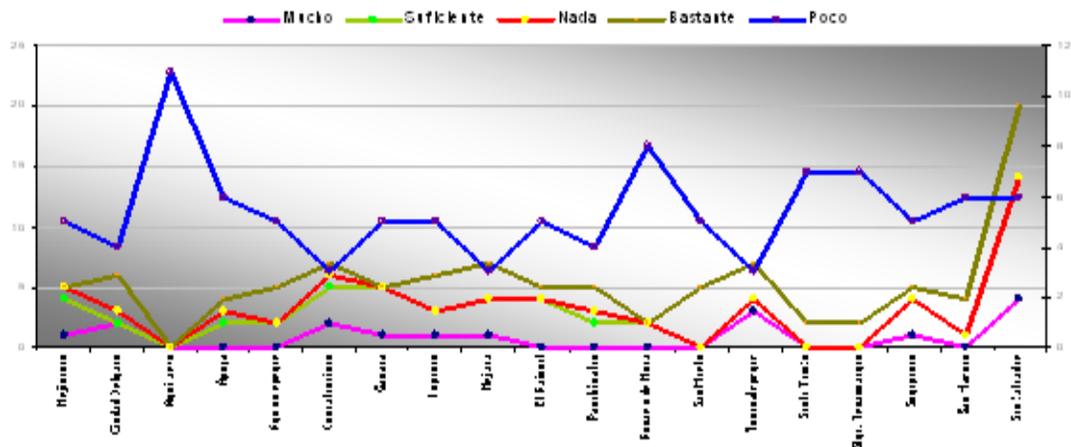
Como podemos notar las mujeres de clase media y baja de los Municipios de San Salvador, tiene amplio acceso a cualquier medio de comunicación¹⁴⁸, y los horarios de frecuencias son flexibles. Según, preferencia y tiempo disponible. Siendo el medio mas escaso los periódicos de mayor circulación nacional, y el de mayor acceso es la Televisión y remoto el Cable Internacional.

La población femenina tiene acceso a la información a través de los medios de comunicación y la información de prevención del VIH-SIDA, es escasa, limitada y mínima, ya que el Gobierno no está ocupándose y mal utilizando los medios de comunicación para la prevención e información de la pandemia del VIH-SIDA. No está realizando spot publicitarios continuos en forma explicativa. Y mucho menos, ha realizado estrategias de información por horarios, calidad y cantidad de información por edades, sexos, y niveles sociales, ya que en el trasfondo no hay una verdadera Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Este indicador se relaciona con la evaluación que hace la población sobre la campaña que esta haciendo el Órgano Ejecutivo sobre el VIH-SIDA (pregunta 19). A este nivel, podemos expresar que hay capacidad y acceso de la población femenina a los medios de comunicación, y no hay suficiente información, clara, entendible, precisa y orientada en los medios de comunicación.

De las 206 personas encuestadas, nos interesa conocer la opinión influyente del sexo femenino; por que, es la responsable de dar a luz y estar conciente de la enfermedad del VIH-SIDA y por llevar mayor responsabilidad al momento del embarazo y parto. Aunque, al momento de la encuesta se encontraban ambos y en algunos casos se encontraban solo el hombre en casa, por eso se toma su opinión.

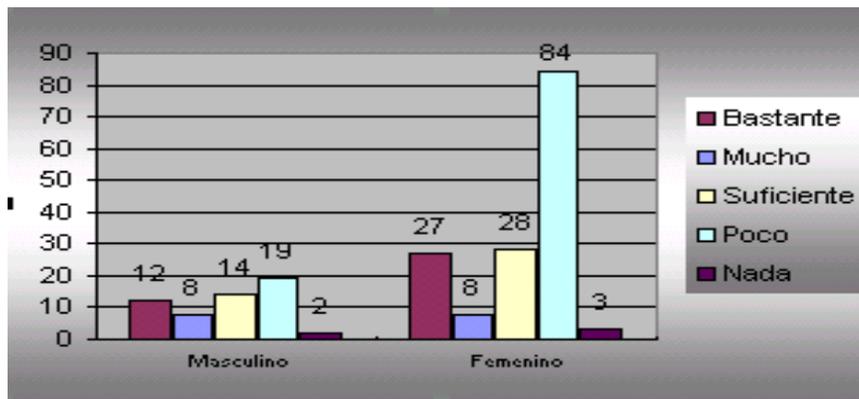
¹⁴⁸ En la Encuesta de Opinión Publica en Centroamérica 2003 y 2006 (CID GALLUP), Percepción sobre el SIDA en El Salvador, con el apoyo de la USAID, establecemos en relación que la televisión y la Radio deben ofrecer mas información sobre el SIDA se tienen los registros que 59,8 entre hombres y mujeres están de acuerdo y muy de acuerdo 131,7 Pág. 5. Es decir, se reconoce que los medios mas accesibles no están informando claramente.



Al preguntar a la población encuestada ¿Cuánto sabe o conoce sobre la enfermedad del VIH-SIDA? Hemos distribuido las respuestas por Municipios, donde uniendo las respuestas de Poco (103) y Nada (5) suman 108 respuestas de insuficiencia en el conocimiento e información recibida sobre la pandemia. Y al unificar Mucho (16), Bastante (39) y Suficiente (42) totalizan 97 repuestas satisfactorias de tener claro o conocer el tema según lo indican las estadísticas de FESAL 2003 y los Boletines del Ministerio de Salud y Previsión Social. Se puede notar la diferencia de 11 (5%) personas que menos de los que saben sobre la enfermedad. Los Municipios donde no ha llegado la información, educación e instrucción de la enfermedad del VIH-SIDA, por que saben POCO son Aguilares con 5%, Rosario de Mora con 4%, Santo Tomas y Santiago Texacuangos con el 3%; Apopa, Soyapango y San Salvador en un 2.9%, el resto de Municipios de San Salvador con 1%. Hay un porcentaje del 2% que dicen que no sabe NADA, especialmente en los Municipios de Mejicanos, Ciudad Delgado, Apopa y Panchimalco.

La falta de información, educación y niveles de conscientización sobre la enfermedad VIH Positiva, es debida a la poca cobertura o mínimos de spot que el Estado està haciendo a través del Órgano Ejecutivo y a la poca información comprometedora que se presenta en los periódicos y radio. Los encuestados expresan que el Gobierno realice Seminarios, visitas casa por casa o en los parques presente casos reales de personas que viven o infectadas. Además, los encuestados, indican que por sus

actividades laborales no se detienen a escuchar o pensar cuidadosamente lo que dicen sobre la enfermedad. Pero si, tienen nociones que existe la enfermedad, pero un porcentaje en 1% expresan su ignorancia al decir que es una estrategia del Gobierno para asustar a las personas, y en el sector femenino en 1.4% expresan que “cualquiera capta lo que se quiere decir”. Los lugares donde se conoce menos o no se sabe nada son lugares llamados dormitorios y de tránsito, como Soyapango, donde las personas solo llegan a descansar por que han venido a trabajar a la capital, o por que los fines de semana emigran hacia el interior del país a visitar a la familia extensa. Se reconoce en un 4.7% que en el área rural a pesar de tener un radio o televisión, poco es lo que se sabe sobre la enfermedad. Además, que la mujer no está capacitada sobre la enfermedad y tiene temor a que su esposo, compañero de vida la infecte, por que no sabe que hace durante el día.



¿Cuánto sabe sobre la Enfermedad del VIH-SIDA? Del 100% de los encuestado al dividirlos por sexo el 55% de las mujeres saben POCO y el 1.9% no sabe NADA, pero el 44% saben bastante, mucho o suficiente¹⁴⁹. El grafico muestra un porcentaje de 36% de hombres que sabe o conoce POCO y un 3.7% no sabe NADA.

A pesar de que la mujer lleva la maternidad conoce POCO, y en relación al hombre hay diferencia del 1.8% en que no sabe NADA. El conocimiento que la población encuestada tiene sobre la enfermedad es por lo que ha oído desde hace tiempo,

¹⁴⁹ En la Encuesta de Opinión Publica en Centroamérica 2003 y 2006 (CID GALLUP), Percepción sobre el SIDA en El Salvador, con el apoyo de la USAID, establecemos que de 38,6 totalizados en relación ¿Cuanto ha escuchado sobre el SIDA?, se nota la percepción de la ignorancia, pagina 3

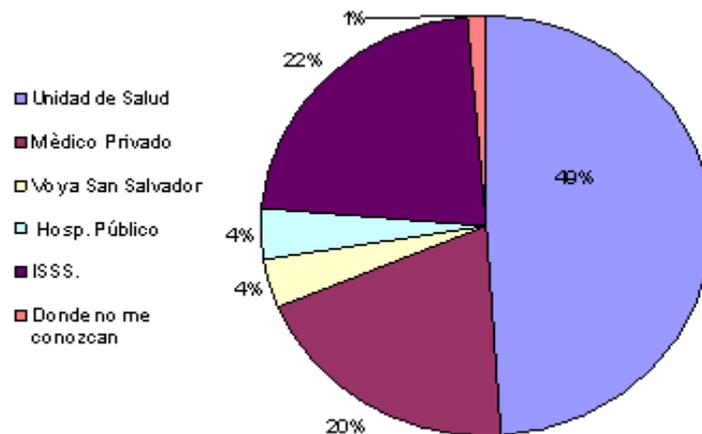
y le gustaría saber mas sobre la prevención, los riesgos y como se manifestaran los primeros síntoma. Existiendo una ignorancia, pues esperaría un síntoma de la Etapa SIDA para ver que se hace.

Constatamos que la población, que ha sufrido la pérdida por muerte de algún familiar, amigo o vecino, conoce muchos sobre la enfermedad, y ya no requiere que le informen sobre prevenciones y riesgos, que se les informe sobre conocimientos médicos y normativa de cómo tratar, atender y manejar a la persona infectada con VIH-SIDA.

Al analizar la situación de ignorancia de la mujer, expresamos que la información y estrategias de Estadísticas periódicas programadas por el Ministerio de Salud y previsor Social están fallando, y la información que se debe dar en las Unidades de Salud a las mujeres embarazadas ha quedado a nivel de carteles, afiche y recortes de periódicos; entonces, el acceso a la información y su cobertura junto con los Programas Estatales, los trabajos y cartera financieras de las ONG's no están dando el fruto, especialmente en las mujeres. Denota, que la incidencia del VIH-SIDA en la mujer da probabilidades de alto grado de infección por VIH-SIDA y máximo nivel de contagio vía placentaria, vaginal o vía amamantamiento. Por lo tanto, la baja cobertura, esta estancada por la falta de información explicitada y dirigida de la información, educación y desconocimiento de los Programas de Apoyo y Sostenimiento Social ofrece a las madres cabezas de hogar cuando padecen o tienen hijos con VIH-SIDA, provocando por ignorancia de medidas financieras, el abandono de sus hijos infectados por la pandemia.

En concreto los encuestados desearían que explicaran sobre la enfermedad: El 26% sobre los Riesgos; Educación Sexual el 22%; los Métodos de prevención 61%; quieren mas Conocimientos Médicos 39% y otras situación el 3%. Dentro de Mas Conocimientos Médicos es por que ya saben suficientes lo básico de la enfermedad, y les raya que se repita lo mismo.

HIPÓTESIS ESPECIFICA 2. INDICADOR 2. 2.- A MAYOR IGNORANCIA DE LA ENFERMEDAD MAYOR ES EL INCREMENTO DEL VIH-SIDA EN MUJERES EMBARAZADAS

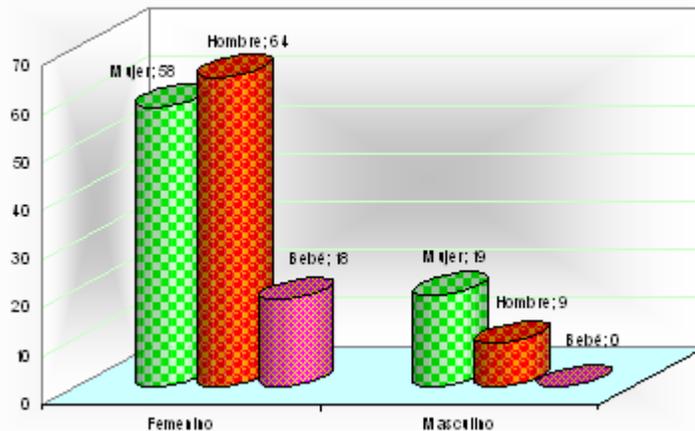


Se pregunto ¿Cuando se siente mal de salud a donde va a pasar consulta? El 1% (3) de encuestados es sincero al expresar que pasa consulta Donde no lo conozcan, en el entendido que busca hacerse la prueba del VIH-SIDA. El 49% (101) dice que pasa consulta en la Unidad de Salud. El 4% (8) se desplaza a San Salvador a pasar consulta, el 22% visita médicos privado (41) y 4% pasa consulta en el ISSS o en Hospital Público.

La población encuestada, especialmente las mujeres solteras temen por la infección, y a pesar de existir la Prevención de la Transmisión Vertical, la cual se imparte en las Unidades de Salud, y busca realizarse la prueba o cualquier examen, cuando duda de la enfermedad, en lugares lejanos a su residencia, como es el caso de la población de Aguilares que se desplaza a pasar consulta al Municipio de El Paisnal.

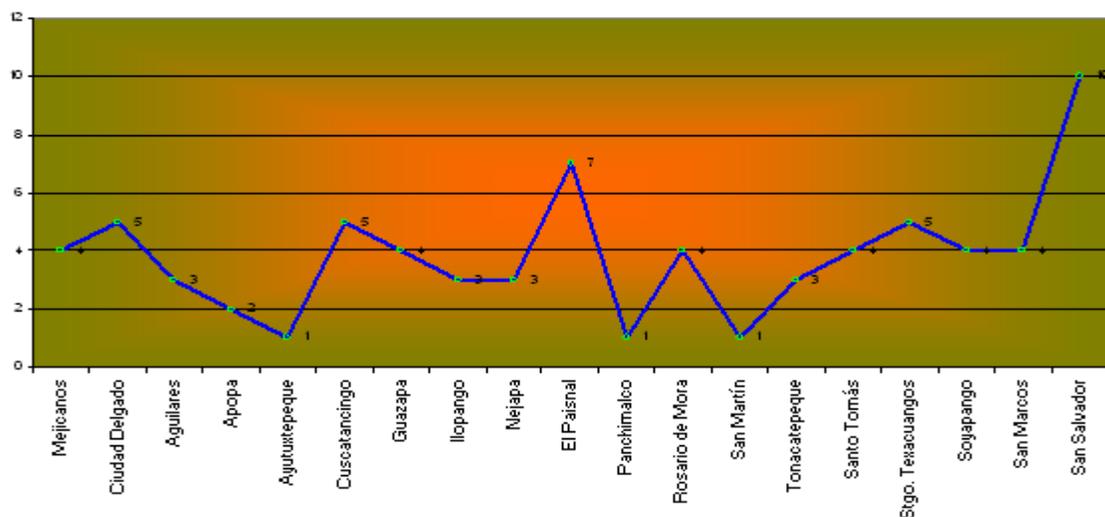
En el caso de Nejapa, se acercan de otros cantones aledaños. Los valores, denotan movilidad dentro de sistema de salud. Y en el caso de positividad, mienten en nombres y domicilio, como lo manifiestan en el Hospital de Maternidad. Así que, la señorita Rosario que es VIH Positivo en la Unidad de Salud de Santo Tomás, pasa a ser paciente por infección gripal con el nombre de Cecy en el Hospital Paravida. Pero como no se mejora recurre al Hospital de la Zacamil con el nombre de Mercedes. Por lo que el

ejemplo verídico, equivale a que el Sistema Epidemiológico del Ministerio de Salud, ha detectado 2 ò 3 mujeres con prueba VIH Positivo.



El universo de los encuestados divididos por sexo: Las mujeres: 58 mujeres indican que conocen o han conocido mujeres con VIH-SIDA y 64 mujeres saben de hombre con VIH-SIDA y 18 mujeres dicen que conocen bebés con VIH-SIDA. Los Hombres, 19 han conocido mujeres con SIDA, 9 hombres expresan que han conocido o conocen varones con esa “maldición” y 0 hombres no conocen de bebés con esa “tontera”.

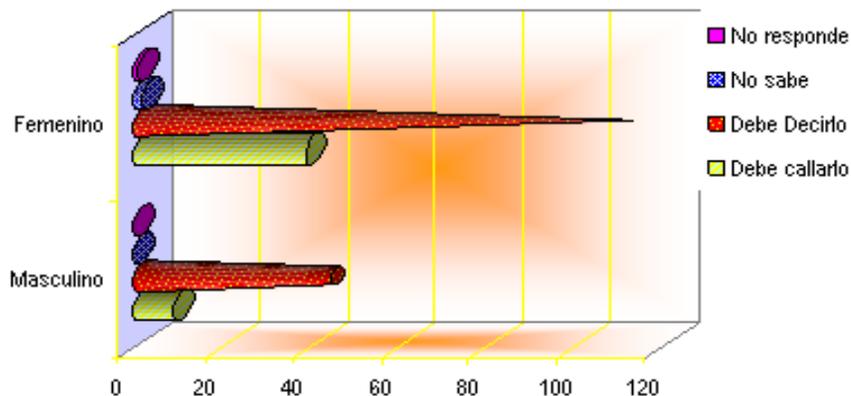
Los datos reflejan el conocimiento de la realidad de la enfermedad y la mujer es la que más conoce de casos, por lo que ella es la que tiene mas conciencia de la enfermedad que el hombre. Pero las mujeres, que conocen la enfermedad sufren corte mental con la realidad, y sabiendo de los tratamientos de la Prevención Vertical, no hay adherencia, hay resistencia o abandonan el tratamiento. Este abandono es debido a cambio de domicilio, suicidio o simplemente no quieren seguirlo por conformismo que siempre se van a morir.



¿Si ha conocido mujeres con VIH-SIDA? Del total de casos conocidos por los encuestados y definidos claramente son 73 mujeres algunas han muerto y otras viven. Sin contar los indicados familiares en el interior del país. La predominancia de localidad dentro de los 19 Municipios en orden jerárquico son: San Salvador 10; El Paisnal 7; Ciudad Delgado, Cuscatancingo, Santiago Texacuangos con 5 cada uno; Mejicanos, Guazapa, Rosario de Mora, Santo Tomás, Soyapango y San Marcos con 4 cada uno; Aguilares, Ilopango, Nejapa y Tonacatepeque con 3 cada uno; Apopa 2; Ayutuxtepeque, Panchimalco y San Martín 1 respectivamente.

En los Municipios donde la población es compacta y se conocen entre ellos, la recriminación es pura, y la situación de la realidad de la familia, es conocida por la población, pero al investigar sobre cuanto saben sobre la enfermedad, saben Poco o no saben Nada, notando una predominancia de la ignorancia, pues no conocen mas de lo que la gente dice, lo que escuchan en la Radio o la TV. Y las mujeres embarazadas, son pocas las que conocen o le explican en las Clínicas Públicas, no saben la existencia de medicamentos, no saben que hacer si tuvieran un bebé con SIDA, ejemplos son los Municipios de Rosario de Mora, Aguilares, Tonacatepeque y San Martín. Además, el rol de los Medios de Comunicación y de las escuelas es mínimo, pues el tema del SIDA, se toma como una charla educativa y no conscientizadora. Contrastando con la Encuesta de Opinión Pública en Centroamérica 2003 y 2006 (CID GALLUP), Percepción sobre el

SIDA en El Salvador, con el apoyo de la USAID, donde estamos de acuerdo que se debe dar educación sobre el SIDA a todos los jóvenes en las escuelas y colegios, pero de una manera acompañada y explicativa.

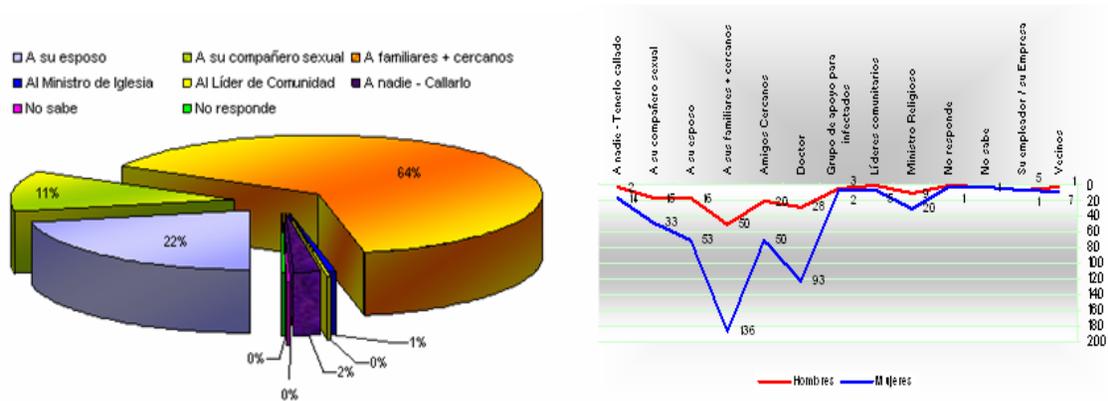


Al total de encuestados se les pregunto si una mujer se entera de que esta infectada con el VIH-SIDA. Según su opinión ¿Debería de callarlo o decirlo a alguien? Las respuestas fueron Debe de decirlo en mujeres 111, Debe de callarlo 39, No sabe 2, y No responde 1. Las respuestas de los hombres fueron: Debe de callarlo 9, Debe de decirlo 44 y No sabe o No responde 0.

La insistencia De decirlo predomina en los Municipios de San Salvador con 8%; Ilopango con el 5% y Cuscatancingo, Apopa, San Martín, Tonacatepeque con el 4%. Mejicanos, Guazapa, Panchimalco y Soyapango con el 3%; Ciudad Delgado, Aguilares, Nejapa, El Paisnal, Rosario de Mora, Santo Tomas y Santiago Texacuangos con el 3%. El porcentaje de Debe callarlo es 23%. Y los que No Saben y No Respondieron con el porcentaje de 0.009 %

El porcentaje mayor de mujeres expresa que Debe de Decirse cuando se está infectado del VIH-SIDA, respuesta carente de información e influida por las creencias religiosas; ya que incitan a decirlo pero conocen poco de los servicios de prevención, atención, tratamientos, programas nutricionales, grupos de apoyos sociales y las

Campaña contra el Estigma y Discriminación, desconociendo incluso el lugar donde realizan la prueba del VIH-SIDA, donde entregan los medicamentos retrovirales ni mucho menos saben como se contagia un bebé del VIH-SIDA. Pero este desconocimiento no es total, pues algunas si conocen uno o dos situaciones antihéroes. Pero no han hecho uso de ello. Lo que indicamos es que si hay desconocimiento de la enfermedad. Este desconocimiento replega a la mujer a aislarse y no hacerse cargo consigo misma, provocando la infección en mujeres embarazadas, debido a que muchas mujeres son amas de casa, teniendo razones por las cuales pueden adquirir el VIH-SIDA entre ellas es “que sus parejas tiene mas relaciones” (no indica que tipo de relaciones) y “su pareja pasa mucho tiempo fuera de casa” o por la razón de “no sabe con quien se junta”. Ante estos riesgos la población femenina encuestada no tiene muy claro como se infecta de VIH-SIDA un bebé pues expresan: “por medio de la sangre de la madre” o porque “uno de los dos en relaciones sexuales tiene SIDA y se lo pasa al bebé”.



La mujer que está infectada y embarazada a la vez, debe decirlo o a veces callarlo, el porcentaje a quien debe Decirlo dentro de la familia: Al esposo con 69, al compañero sexual han dicho 31; a los familiares mas cercanos 186 y se contaría como parte de su familia al Ministro de su Iglesia 2 y al Líder de su comunidad 1; y no lo contaría a Nadie de su familia 5.

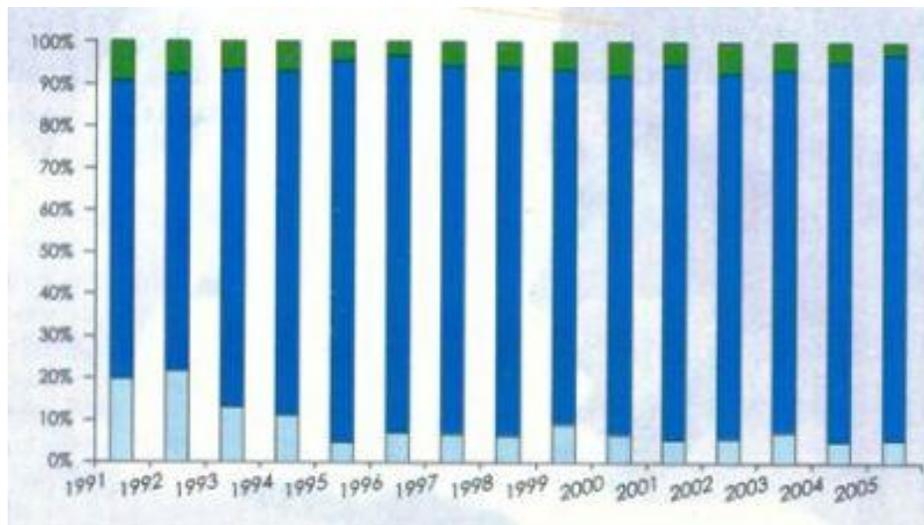
Al preguntar a ¿Quién se lo contaría fuera de su Familia? En orden: a su amante o compañero sexual con 16; amigos mas cercanos 70, a los vecinos 8; a Nadie 11,

Ministro Religioso 27; líderes Comunitarios 4; al Doctor 121; al jefe de la Empresa 4 y al Grupo de Apoyo de enfermos 5.

Las personas infectadas al contar dentro de la familia la situación que padece escoge a miembros que no la discriminarán, pues recibe confianza y el apoyo. Y esta actitud se debe a que la falta de información, al desconocimiento de la enfermedad en la forma de transmisión de madre a hijo. La mujer que busca a la familia como primer soporte moral, psicológico y económico. Pero además, la mujer reconoce el valor de la medicina pues fuera de la familia busca al Doctor en el porcentaje de 59%. Este es el soporte primario en la especialidad de la enfermedad. Y el nivel de búsqueda de ayuda externa se disgrega hacia los vecinos, jefe de empresa y compañeros sexuales o amantes. Notando la carencia de médicos especialistas, en la rama de Infectología, ya que se ha investigado que en los Hospitales de la Capital como el Rosales, Maternidad y Hospital Benjamín Bloom solo se cuenta con uno para todas las consultas de dicho Hospital, esta carencia arrastra baja cobertura y atención debida a los niños y mujeres en las infecciones oportunistas.

La mujer en edad fértil debería protegerse en sus relaciones sexuales, y antes de embarazarse debería realizarse la prueba del VIH-SIDA, para no entrar en riesgos con su pareja sexual, pero como lo ignora, no hay conciencia, la cultura del machismo y la situación pobreza, no les permite estar constantemente en una cultura de prevención de su salud, si no que hasta que están embarazadas se someten a las pruebas y chequeos médicos en las Unidades de Salud; sin mencionar, que esta cobertura y la opinión que vertimos es de total desconocimientos en muchas zonas rurales, y los partos son atendidos por las parteras autorizadas o no. Las cuales han recibido capacitaciones muy escasas y con pocos datos sobre el VIH.

HIPÓTESIS ESPECIFICA 2. INDICADOR 2. 3.- EL INCREMENTO DE MUJERES EMBARAZADAS CON VIH-SIDA AUMENTA LA INFECCION VERTICAL.



VERDE	AZUL	CELESTE
Bisexual	Heterosexual	Homosexual

Se presume que las relaciones heterosexuales alcanzan un porcentaje de individuos quienes en algún momento han mantenido relaciones cóitales de tipo homosexual o bisexual activa o universal, y por razones de discriminación encubran su orientación o preferencia sexual, y por el alto porcentaje de infecciones de transmisión vertical (madre-hijo) se concluye que la transmisión heterosexual y bisexual es la que predomina en nuestro país. Y la causante de la infección en las mujeres con predominancia de Transmisión Vertical es la relación Homosexual pasivo o Universal orales o anales. Ya que la transmisión de la infección de mujer a hombre según estudio en Argentina es de 0,03 hombres por una mujer.

El incremento de mujeres embarazadas con VIH-SIDA, es causa de la cultura sexual de los hombres y dependencia de las mujeres en lo económico, moral y social de sus esposos, compañeros de vida o compañero sexual. Para que exista la trasmisión de madre a hijo se requiere de una carga viral masculina, y la mujer por causa de

información sobre la enfermedad y necesidades básicas, no negocia la relación sexual protegida. Siendo una causa del aumento de bebés con VIH-SIDA.

Al 100% de encuestados se les hizo la pregunta abierta de ¿Como cree que se contagia un bebé con VIH-SIDA? A lo cual se pudo notar la ignorancia, según las respuestas dadas: Se infecta “por las relaciones sexuales ahí va el virus para el bebé”; por medio del “embarazo y se infecta si la madre tiene el SIDA”; “cuando amamanta”; “por medio de leche materna”; “por transmisión de sangre o jeringa contaminado”; “al tener relaciones con alguna que tiene SIDA, y queda embarazada, nace enfermo el bebé”; “forma Vertical, transfusión o lactancia”; “lo hereda de la madre”; “Si los padres lo tienen se lo pasa y por medio del zancudo”; “por el cordón umbilical”; “por la madre a través del parto y durante la lactancia”; “por que la madre no asiste a controles para que no se contagie”; “por sangre de madre cuando el bebé esta en el vientre”; “al amamantar ya que se puede perforar la mama”; “si la mujer lo tiene el niño también, aunque hay niños que salen sanos” y “a la hora de nacer por la sangre”.

Del total de respuestas (206) se tienen como correctas: por medio de Transmisión Vertical; al momento de nacer y por rotura en la mama. El resto de respuestas es por falta de información o son conocimientos empíricos. El hallazgo es que dentro de esta respuestas hay enfermeras graduadas, estudiantes universitarios en año Social, y muchas mujeres de clase media con títulos profesionales. Pero no dejamos de mencionar que hay hombres que creen que es una cuestión política para asustar a la población.

Al preguntas sobre que es la Transmisión Vertical, han respondido que solo 8 personas tienen indicios o nociones como se realiza la Transmisión Vertical, el resto de encuestados han respondido que No Saben, y es debido a la ignorancia y falta de información, el Gobierno únicamente lanza información retraída y tímidas. Sin hacer mayor énfasis en la explicación detallada.

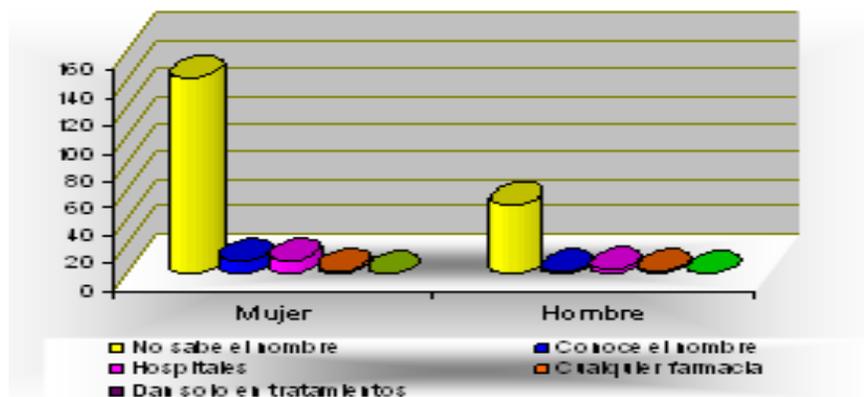
Las nociones que se tienen por parte de las mujeres, incluyendo personal de Unidad de Salud y estudiantes egresados de Medicina son:

Contagio de mamá bebé; infección de la madre al bebé; infección que pasa de una persona a otra; infección directa de madre a hijo, de hombre con hombre y de mujer con hombre; es la transmisión de enfermedad de una persona a otra; es la infección que para de una persona a otra.

El Estado gratuitamente ofrece la prueba del VIH-SIDA y el acceso universal al Tratamiento Retroviral. Si por gratitud el gobierno en turno, realiza la prueba en mujeres embarazadas, no es voluntaria sino impuesta, pesada y deshumanizante, ya que no hay acceso libre, voluntario y sin discriminación moral y psicológico. Existe un interrogatorio previo a la prueba dejando a la mujer embarazada con el derecho a la intimidad personal violentado.

La Red de Salud, con lo poco que ofrece debe respetar el derecho voluntario de la persona, quien cargada de temores, discriminaciones y estigmatizaciones que ha creado la sociedad misma, se acerca a practicarse la prueba con heroísmo personal. Por lo que, no se le debe “desnudar” y violentar su intimidad personal.

En base a los altos riesgos que solo ella conoce, solicita apoyo y debe dársele sin menoscabo de sus derechos personales



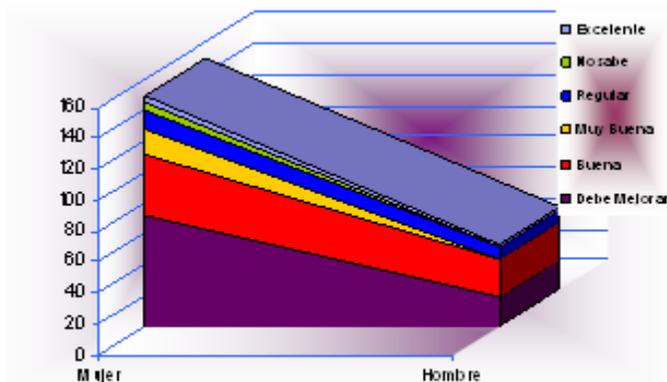
La mayoría de encuestados indican que No conocen el nombre de medicamentos y menos conocen el contenido del Tratamiento Retroviral, en la mujer el porcentaje es de 69% y en hombres que No saben el nombre es de 24%, y Si Conocen el nombre de Medicamento en mujeres 4% y en hombres el porcentaje es de 0.009%. los encuestados el 4% de mujeres saben que el medicamento lo dan en Hospitales Públicos, y el 1.14% de hombres lo dan en el Hospital. Y que lo venden en cualquier farmacia el 1% en las mujeres y en los hombres 0.009%.

En los Municipios donde la población conoce el nombre de medicina es en San Salvador con 4 personas, en Aguilares 2, Ciudad Delgado 2, Rosario de Mora 1 y en Mejicanos 1.

Además al porcentaje de encuestados se les pregunto ¿Qué entiende por Tratamiento Antirretroviral? Pocos saben de la existencia del Plan Estratégico de Prevención contra el VIH-SIDA por parte del Órgano Ejecutivo, y acceso Universal al Tratamiento Retroviral, pero la población eminentemente Capitalina y de los Municipios del Gran San Salvador, en su mayoría mencionan e identifican cuál es el tratamiento que se da para los enfermos del VIH-SIDA, y las nociones que tienen expresan la lectura e interés de la existencia del Tratamiento, pero siempre lo refieren que a otros les puede servir; las opiniones de las 206 personas que indican el TAR tenemos: es un “Cóctel contra el Virus”; “sirve para detener el virus”; es una “terminología a nivel de

Infectología”; “es el tratamiento que se da al enfermo de SIDA antes que se desarrolle la enfermedad”; “tratamiento para detener el contagio del todo el sistema inmunológico”, “tratamiento para mantener el cuerpo estable cuando hay infección por SIDA”; “tratamiento para que no acelere la infección”; “sirve para retardar el virus del SIDA”; “tratamiento que detiene el virus”; son “medicamentos que bloquean el virus”, “es medicina para sobrevivir ante el SIDA”, “carga contra el virus”, “existencia de medicina para la enfermedad SIDA”; “es un medio para ayudar a aumentar defensas y se prolongue la vida”, “detiene el virus”, “es la ayuda a las personas para prevenir la enfermedad SIDA” y es el “medicamento que poco a poco desase el virus del SIDA”.

Las opiniones recogidas indican la existencia del Tratamiento, y se conocen para qué sirve y el efecto que se quiere conseguir. Por otro lado, mostramos las opiniones con poca incidencia, que fueron indicadas por personas de ambos sexos y de clase baja y con poca o educación media: “No se que es, solo sabe que es un tratamiento”; “varias veces lo he oído por Radio pero no lo entiendo”; “no se lo que es pero si lo he oído; “lo he oído pero no le he puesto atención”, “es un tratamiento antes del virus”, “es algo que detienen la enfermedad, la vecina me lo dijo y no se que es” y “sé que es y lo dan para el VIH-SIDA”.

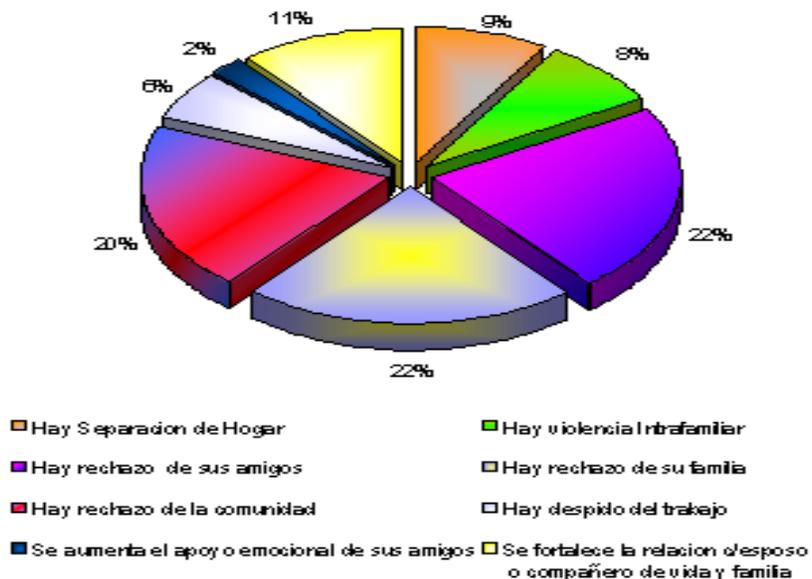


Hecha la pregunta si el Gobierno debe Explicar bien a la población sobre le Enfermedad del VIH-SIDA a la población; SI, debe explicarlo, lo han expresa 201 (98%) y han dicho que No por que no le compete 2%, y aparejada la pregunta de ¿Cómo evalúa la Campaña contra el VIH-SIDA por parte del Gobierno? Al emitir su opinión

dicen: Excelente 5 personas, Muy Buena 17 personas, Buena 63 personas, Regular 21 personas, Debe Mejorar 91 personas y No Sabe 5. En el Entendido que exprese cualquier alternativa se le preguntó que Debe Mejorar, y la población expresa que se la información más explicativa, que no sea al ras, que igual que se asignan fondo para campañas electorales de igual manera se aplique para esta pandemia, que capaciten personal humano capaz de explicar y orientar a los pacientes y personal en alto riesgos, que se realicen encuestas periódicas explicativa, que el gobierno haga conciencia a través de un Programa Especial, y que no se conforme con vallas publicitarias, y que se crea una estrategia para que la información llegue a las zonas rurales.

Los niveles de conciencia sobre la Pandemia, no es por una Cobertura Nacional de la Prevención o la Universalidad de los Tratamientos, es debido al conocimiento de un familiar, vecino o conocido, lo que hace concienciar a los que quedan vivos. Y estos por temor a la discriminación, estigma o rechazo se hacen la prueba en lugares donde no lo conozcan, especialmente en Unidades de Salud fuera de lo rural, contradiciendo que la enfermedad se desplaza hacia el Centro del País. Las personas por el nivel de riesgos prefieren ir a consultar fuera o prefieren ir a morir al lugar de origen. Siendo por consiguiente los registros Epidemiológicos del Ministerio de Salud y Asistencia Social estáticos y la realidad no es posible la movilidad en la infección como en la mortalidad de la fase SIDA. Visto lo anterior, notamos que hay una total ignorancia sobre los Tratamientos, Educación, Prevenciones, y acciones para minimizar la infección y vivir un poco más de vida. Pero ¿Por qué el Gobierno en turno no lo da a conocer explícitamente todo lo relacionado a esta enfermedad?

HIPÓTESIS ESPECIFICA 2. INDICADOR 2. 4.- EL AUMENTO DE LA TRANSMISION VERTICAL AUMENTA LA PROBABILIDAD DE ABANDONO DE NIÑOS Y NIÑAS CON VIH-SIDA.

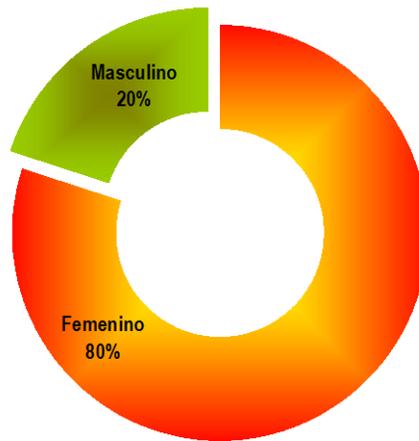


Las consecuencias negativas a las que están sometidas a vivir las mujeres que tienen VIH-SIDA y que están embarazadas son: Separación de hogar (39), violencia intrafamiliar (35), rechazo de sus amigos (101), rechazo de su familia (98), rechazo de la comunidad (89) y despido del trabajo (27). Dentro de las consecuencias positivas, tenemos que se aumenta el apoyo emocional de sus amigos (9) y se fortalece la relación con su esposa o compañero de vida y familiares (49).

Los valores predominantes negativos es el temor a la discriminación de sus amigos y de la propia familia ambos con el 22% y un 20% temor al aislamiento y rechazo de la comunidad, barrio o colonia donde vive. Esto debido a que la gente, reconoce y hace comparaciones empíricas de las manifestaciones físicas, con lo que ha escuchado o leído. Por lo mismo, la mujer al verse en estas consecuencia, y la carga de soportar la propia enfermedad, y sus secuelas; no es apta para sobrevolar la carga de alimentar, cuidar y manutención de un hogar. Las familiar numerosas pueden ayudarle a cuidar sus

hijos, que muchas veces quedan huérfanos por la muerte de ésta. Y la situación legal de los hijos, es de orfandad, que muchas veces el sistema judicial no registra.

La vulnerabilidad de los niños a ser abandonados estriba en las consecuencias sexuales de la madre y las adicciones a estupefacientes y trastornos psiquiátricos pero especialmente la incapacidad económica, insalubridad y falta de educación.



Hemos preguntado a la población, sobre el conocimiento de mujeres con VIH-SIDA, y responden que Si conocen, les hemos preguntado Si la mujer es Cabeza de Hogar. El 80% de mujeres dicen que las mujeres que conocen con VIH-SIDA son Cabezas de Hogar y los hombres dicen que solo el 20% son Cabezas de Hogar. La mayoría que padece esta enfermedad y son Cabezas de Hogar se dio en los Municipio de:

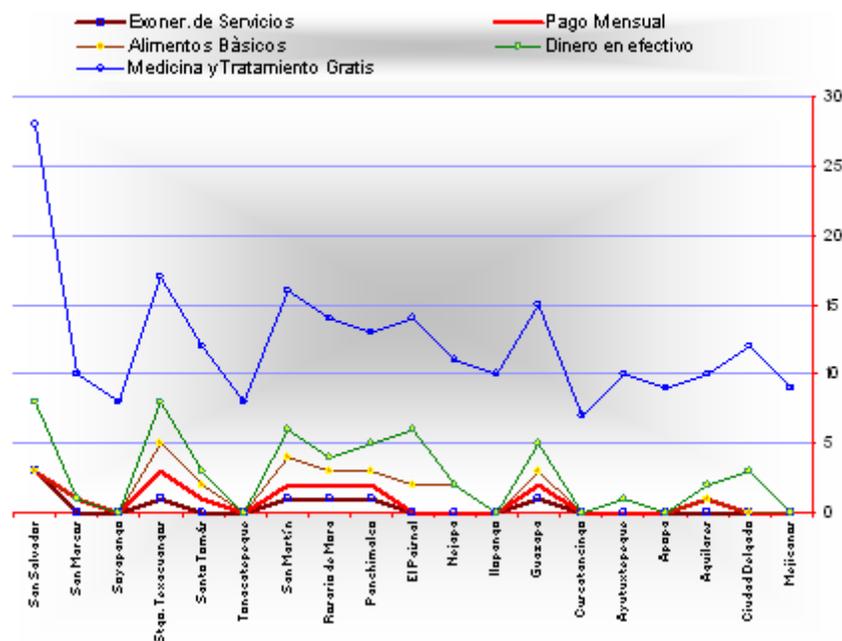
Mujeres Cabezas de Hogar con VIH-SIDA	Mejicanos	Ciudad Delgado	Aguijares	Apopa	Ayutuxtepeque	Cuscatancingo	Guazapa	Ilopango	Nejapa	El Paisnal	Panchimalco	Rosario de Mora	San Martín	Tonacatepeque	Santo Tomás	Stgo. Texacuanguos	Soyapango	San Marcos	San Salvador
SI	1	1	3	2	1	1	4	0	3	6	4	5	1	1	0	1	3	1	5

Para que una mujer abandone a un bebé con VIH-SIDA la cadena de probabilidad inicia con el abandono paterno del hogar y en segundo lugar la incapacidad

económica y social de la madre quien busca apoyo económico moral y social en la prostitución y otros negocios ilícitos para conseguir dinero fácil.

Los niños infectados de madres con VIH-SIDA y que han sido capturados en el sistema de CENID y resguardos donde tratan los niños con VIH-SIDA adscritos al ISNA; los niños deberían de tener dietas distinta dependiendo del estado de la enfermedad, pero según datos proporcionados por nutricionista se les aplica la misma dieta rasa a todos los niños.

Las cuentas Nacionales y presupuestarias para la prevención del VIH-SIDA en niños no están cuantificables solo se sabe que la principal fuente de fondos es el Ministerio de Salud y Asistencia Social con el 65% de los fondos, le sigue el ISSS con el 17% y es donde se da cobertura de prevención y atención a niños de 6 a 12 años como Política del Gobierno en turno.



La mayoría de las mujeres encuestadas desean que el Gobierno les ayude si tuvieran un bebé con VIH-SIDA con Exoneración de Servicios Básicos el 4%; con Alimentos Básicos el 8%; con Medicina y Tratamientos Gratis el 85%; con pago de Mensualidad el 5% y con Dinero en Efectivo el 15%. La incidencia de ayuda con Tratamiento y Medicina gratis se da en el Municipio de San Salvador con 20 personas. La predominancia de Alimentos Básicos se da en los Municipio de Santiago Texacuango, San Martín, El Paisnal, Nejapa, con 2 personas cada uno. El pedimento predominante de Exoneración de Servicios Básicos se da en Municipio de San Salvador con 3. Que se les ayude con Dinero en Efectivo se da el Municipio de San Salvador y se le de una Pago Mensualidad en el Municipio de Santiago Texacuango con 2 personas.

La desesperanza de la mujer al tener un bebe con VIH-SIDA se relaciona con la carencia de bienes y calidad de vida dada en el hogar. Donde carecen alimentos la población solicita alimentos por ser Municipios pobres. En San Salvador, las madres piden Exoneración de Servicios Básicos, por que el costo de ellos influye económicamente en la vida de sus hijos.

La población encuestada conoce el derecho a la subsidiariedad, y espera no un asistencialismo de parte del Gobierno, si no que es un derecho y deber del Estado, por medio del Órgano Ejecutivo, realizar programas y estrategias para que la Economía Neoliberal, revista de humanidad la Sociedad, en la que están inmersas las mujeres Cabezas de Hogar. Y puedan paliar en lo mínimo, sus necesidades ante esta enfermedad. Ya que muchas mujeres carecen de apoyo económico. Cabría decir, que el Gobierno ofreciera ayuda a las mujeres Cabezas de Hogar con hijos infectados con SIDA, mediante un bono de Calidad de Salud Familiar, manejado por el CENID del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

5.3. PRUEBA DE HIPÓTESIS

Para la comprobación de las Hipótesis realizamos el proceso estadístico llamado Muestreo Probabilístico, y se lo aplicamos a todos los aspectos que se constituyeron a favor o en contra de las Hipótesis Específicas. De este análisis e interpretación se llegó al rechazo o aceptación de las Hipótesis formuladas.

PRIMER HIPÓTESIS ESPECÍFICA.

SI EL ESTADO SALVADOREÑO NO PREVIENE PARA EL ABANDONO DE NIÑOS Y NIÑAS CON VIH-SIDA VIOLA LOS ARTICULOS 2.2. Y 24.1 DE LA CONVENCION SOMBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO.

Se utilizaron las preguntas 20 a la 23.

COMPROBACIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECIFICA

La falta de medidas por parte del Estado Salvadoreño, afincadas en lo administrativo, como ordena la Convención de los Derechos del Niño, en la defensa de la voraz discriminación hacia los menores incapaces, como es el abandono por parte de sus padres; además, los avances de salud notados en el tratamiento Retroviral deben ser extendidos a lo ancho del País, para que no se viole el Artículo 24.1 de la Convención.

HIPOTESIS ESPECIFICA No. 1

No.	PREGUNTAS	POSIBLES RESPUESTAS	RESULTADOS					
			FAVORABLES		DESFAVORABLES		NO CONTESTARON	
			F.	%	F.	%	F.	%
20	¿Cree usted que hay algo que pueda ayudar al bebé infectado por el VIH / SIDA a vivir más saludable y por más tiempo? (No leer alternativas) [Marque todas las respuestas si las dice]	Sí No Está en manos de Dios No sabe Si dice SI. ¿Qué le puede ayudar? • Medicinas • Hospitalización • Consejería y apoyo (familia/comunidad, incluso la iglesia) • Consejería y apoyo de una institución de salud	177		10	34.48%		
			153	86.44%	6	20.69%	13	44.83%
			6	3.39%				
			2	1.13%				
	Sub Totales:		<u>177</u> 206	100%	<u>29</u> 206	100%		
			85.93%		14.07%			
21	¿Sabe o conoció el caso de un bebe abandonado con VIH-SIDA? SI DICE SI PREGUNTAR DONDE?	Sí No Duda No sabe No responde	177	96.72%	22	100%		
			6	3.28%			1	100%
	Sub Totales:		<u>183</u> 206	100%	<u>22</u> 206	100%	<u>1</u> 206	100%
			88.83%		10.68%		0.49%	
22	¿Ha oído hablar de algún Hogar o Albergue de niños infectadas con el VIH/SIDA?	Sí No No sabe No responde	124	62%	5	100%		
			76	38%			1	100%
	Sub Totales:		<u>200</u> 206	100%	<u>5</u> 206	100%	<u>1</u> 206	100%
			97.08%		2.43%		0.49%	
23	Ahora me gustaría saber su opinión personal sobre algunos temas: (Leer todas las alternativas). Si un menor de edad, familiar suyo estuviera infectado con el VIH. 1 ¿Estaría dispuesto a cuidarlo en su hogar? 2 ¿Preferiría usted que su situación permaneciera en secreto?	1 SI NO NO SABE 2 SI NO NO SABE	189	46.55%	2	33.33%		
			15	3.70%				
			153	37.68%	4	66.67%		
			49	12.07%				

	406		6			
	412	100%	412	100%		
Sub Totales:	98.54%		1.46%			
TOTALES	92.59%		7.16%		0.25%	
Total comprobado	100 %					

Cuadro N° 1.

En la primera Hipótesis Especifica se definen las preguntas de la veinte a la veintitrés del cuestionario, dichas preguntas se han aplicado como instrumento para comprobar la primera hipótesis. A continuación se explican los criterios utilizados en cada una de las preguntas seleccionadas en la hipótesis numero uno.

Pregunta N° 20: Se toma coma respuesta favorable a nuestra investigación la alternativa SI, con todas las posibles respuestas y como desfavorable la alternativa NO y sus posibles respuestas.

Pregunta N° 21: Se toma como respuesta favorable a nuestra investigación la alternativa NO y NO SABE, y como desfavorable la alternativa SI.

Pregunta N° 22: Se tomas como respuestas favorables a nuestra investigación las alternativas SI y NO, y como desfavorable la alternativa NO SABE

Pregunta N° 23: Se toma como respuestas favorables a nuestra investigación las alternativas SI y NO, y como desfavorable la alternativa NO SABE

ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECIFICA

En el Cuadro N° 1, se encuentran cuantificados los aspectos favorables y desfavorables del enunciado de la Hipótesis Especifica 1, el promedio de las favorables es 92.59% por tanto supera a las desfavorables que tienen un promedio de 7.16%, y aquellas personas que no respondieron por ignorar el contenido de las respuestas fue de 0.25%, las repuestas favorables exceden el promedio mas alto del 50%; por tanto, las

reglas de decisión explicadas anteriormente, **ACEPTAN EL ENUNCIADO DE LA PRIMERA HIPÓTESIS.**

Concluimos que se ha establecido que el enunciado de la primera hipótesis se ha comprobado, por lo cual, aceptamos la primera Hipótesis Especifica como cierta.

SEGUNDA HIPÓTESIS ESPECÍFICA.

A MENOR ACCESO A LA INFORMACION, EDUCACION, PREVENCIÓN Y APOYO ESTATAL MAYOR ES EL INCREMENTO DEL VIH-SIDA EN MUJERES EMBARAZADAS CON ALTA INCIDENCIA DE TRANSMISIÓN DEL VIH-SIDA DE MADRE A HIJO Y ELEVADA PROBABILIDAD DE ABANDONO DE NIÑOS Y NIÑAS CON VIH-SIDA.

Se utilizaron de las preguntas 1 a la 19.

COMPROBACIÓN DE LA SEGUNDA HIPÓTESIS ESPECIFICA

La certeza de la encuesta realizada a la población, para verificar el grado de conocimiento de la enfermedad, la incidencia en la Transmisión materno infantil y la subsidiariedad estatal, influye para que se incremente el abandono moral y físico de niños padeciendo el VIH-SIDA.

HIPOTESIS ESPECIFICA 2

No.	PREGUNTAS	POSIBLES RESPUESTAS	RESULTADOS							
			FAVORABLES		DESFAVORABLES		PERSONAS QUE NO CONTESTARON			
			F.	%	F.	%	F.	%		
1	¿Cuál es el medio de comunicación que mas usa?	TV Radio Cable Periódico Ninguno	156 78 6 18	60.47% 30.23% 2.33% 6.98%			6	100%		
Sub Totales:			258 <hr/> 264				6 <hr/> 264	100%		
			97.73%	100%			2.27%	100%		
2	¿Con que frecuencia lo hace?	Menos de 1Hora 1-2 Horas 3 –5 horas + 5 horas					32	100%		
Sub Totales:			174 <hr/> 206				32 <hr/> 206	100%		
			84.47%	100%			15.53%	100%		
3	Cuánto sabe o conoce sobre el VIH-SIDA	Bastante Mucho Suficiente Poco Nada					39 16 42	40.21% 16.495 43.30%		
Sub Totales:			109 <hr/> 206				97 <hr/> 206	100%		
			52.91%	100%			47.09%	100%		
4	Conoce o conoció alguna mujer con SIDA	SI Mujer Hombre Bebé NO	90 77 73 18	34.88% 29.84% 28.29% 6.98%					116	100%
Sub Totales:			258 <hr/> 374				116 <hr/> 374	100%		
			68.98%	100%			31.02%	100%		
5	Si dice SI, preguntar si es CABEZA DE HOGAR	SI NO	45	100%			48	100%		
Sub Totales:			45 <hr/> 93				48 <hr/> 93	100%		
			48.39%	100%			51.61%	100%		
6	Cómo cree Ud., que se contagia un bebé con VIH-SIDA?	Correcto Incorrecto					8	100%		
Sub Totales:			198 <hr/> 206	100%			8 <hr/> 206	100%		
			96.12%	100%			3.88%	100%		

7	¿Qué cree usted que puede sucederle al bebé infectado con el VIH/SIDA?	Va a morir	113	58.85%					
		Se va a enfermar	12	6.25%					
		Con medicina, su vida podría prolongarse	54	28.13%					
		Con medicina, el bebé se puede curar	1	0.52%					
		Tendrá complicaciones al nacer	5	2.60%					
		No tendrá un desarrollo normal	7	3.65%					
		No sabe			14	100%			
		No responde							
Sub Totales:			192		14				
			206	100%	206	100%			
			93.20%		6.80%				
8	Cuando Ud., se siente muy mal de salud, a dónde va a pasar consulta (se investiga las direcciones falsa)	La Unidad de Salud	101	66.01%					
		Al medico privado	41	26.80%					
		En San Salvador	8	5.23%					
		En Hospital Público			8	15.09%			
		Al ISSS			45	84.91%			
		Donde no la conozcan	3	1.96%					
Sub Totales:			153		53				
			206	100%	206	100%			
			74.27%		25.73%				
9	Si una mujer se entera de que está infectada con el VIH/SIDA. Según su opinión ¿Debería de llamarlo o decirlo a alguien?	Debe callarlo	48	23.65%					
		Debe decirlo	155	76.35%					
			No sabe			2	100%	1	100%
			No responde						
Sub Totales:			203		2		1		
			206	100%	206	100%	206	100%	
			98.54%		0.97%		0.49%		
¿A quién o quienes, cree usted, que ella debería decirle?	A su esposo		69	25.46%					
	A su compañero sexuales				31	29.81%			
	A sus familiares más cercanos		186	68.63%					
	A sus amigos más cercanos				70	67.31%			
	A los ministros de su iglesia				2	1.92%			
	A los líderes de su comunidad				1	0.96%			
	A nadie - Mantener callado		16	5.90%					
		No Sabe					1	50%	
		No responde					1	50%	
Sub Totales:			271		104		2		
			377	100%	377	100%	377	100%	
			71.88%		27.59%		0.53%		
10	A ¿Quiénes de las siguientes personas cree Usted que deberían saberlo? Además de las anteriores [Lea todas las alternativas]	Compañeros sexuales	16	6.69%					
		Amigos cercanos	70	29.29%					
		Vecinos			7	46.67%			
		Ministros religiosos	27	11.30%					
		Líderes comunitarios							
		Doctor	121	50.63%	4	26.67%			
		Su empleador / su empresa	5	2.09%					
Grupo de apoyo que trabaja con personas infectadas					4	26.67%			
Sub Totales:			239		15				
			254	100%	254	100%			
			94.09%		5.91%				

11	¿Cuáles serían las consecuencias generales para una mujer que tiene el VIH/SIDA?	Hay separación del hogar	39	10.03%				
		Hay violencia familiar	35	9%				
		Hay rechazo de sus amigos	101	25.96%				
		Hay rechazo de la familia	98	25.19%				
		Hay rechazo de la comunidad	89	22.88%				
		Hay despido del trabajo	27	6.94%				
		Se aumenta el apoyo emocional amigos			9	15.52%		
		Se fortalece la relación con su esposo o compañero de vida y la familia			49	84.48%		
Sub Totales:			389		58			
			447	100%	447	100%		
			87.02%		12.98%			
12	Hay medicinas que alargan la vida o controlan el VIH/SIDA en niños y mujeres, conoce el nombre de alguna pastilla y el lugar donde las venden	Conoce el nombre	192	98.46%	10	45.455%		
		No sabe nombre	3	1.54%				
		Cualquier farmacia			12	54.55%		
		Hospitales						
		Dan solo en tratamientos						
Sub Totales:			195		22			
			217	100%	217	100%		
			89.86%		10.14%			
13	1-Que entiende por Tratamiento Anti Retroviral Correcto Incorrecto 2.Que entiende por Transmisión Vertical Correcto Incorrecto	Correcto	180	47.12%	26	86.67%		
		Incorrecto						
		Correcto	202	52.88%	4	13.33%		
		Incorrecto						
Sub Totales:			382		30			
			412	100%	412	100%		
			92.72%		7.28%			
14	¿Cree que el Gobierno debe explicar bien a la población todo lo relacionado al VIH / SIDA?	Si	201	100%	5	100%		
		No						
Sub Totales:			201		5			
			206	100%	206	100%		
			97.57%		2.43%			
15	¿Cómo debe explicarlo?	Respuestas Correctas	201	100%	5	100%		
		Respuesta incorrectas						
Sub Totales:			201		5			
			206	100%	206	100%		
			92.72%		7.28%			
16	Como evalúa la campaña contra el VIH-SIDA por parte del Gobierno	Excelente			5	5.88%		
		Muy Buena			17	20%		
		Buena	21	18.10%	63	74.12%		
		Regular	95	81.90%				
		Debe mejorar						
		No contesta						
Sub Totales:			406		6			
			206	100%	206	100%	5	100%
			56.31%		41.26%		2.43%	
17	¿Qué debe mejorar?	Si Acierta	200	100%	6	100%		
		No Acierta						

Sub Totales:			<u>200</u> 206	100%	<u>6</u> 206	100%		
			97.09%		2.91%			
18	¿Que le gustaría que le explican detalladamente del VIH-SIDA?	Riesgos	54	30.17%	126	100%	4	100%
		Educación Sexual	45	25.14%				
		Métodos de prevención	80	44.69%				
		Mas conocimientos médicos						
No Responde								
Sub Totales:			<u>179</u> 309	100%	<u>126</u> 309	100%	<u>4</u> 309	100%
			57.93%		40.78%		1.29%	
19	Debe el Gobierno ayudar a las familiar que tiene algún enfermo con VIH-SIDA. ¿De qué manera ?	Alimentos básicos			13	19.70%		
		Tratamiento y medicina gratis	179	88.18%				
		Dinero en efectivo	24	11.82%				
		Exoneración los Servicios Básicos			8	12.12%		
		Pago Mensualidad			45	68.18%		
Sub Totales:			<u>203</u> 269	100%	<u>66</u> 269	100%		
			75.46%		24.54%			
TOTALES			81.36%		18.40%		0.24%	
Total Comprobado			100 %					

Cuadro N° 2

En la segunda Hipótesis Específica se definen las preguntas uno a la diecinueve del cuestionario aplicando dichas preguntas como instrumento para comprobar la segunda hipótesis. A continuación se explican los criterios utilizados en cada una de las preguntas seleccionadas en la hipótesis numero dos.

Pregunta N° 1: Se toman como respuestas favorables a nuestra investigación las alternativa TV, RADIO, PERIODICO, CABLE y como desfavorable la alternativa NINGUNO.

Pregunta N° 2: Se toman como respuestas favorables a nuestra investigación las frecuencias de 1 HORA A MAS DE 5 HORAS, y como desfavorable la alternativa MENOS DE 1 HORA.

Pregunta N° 3: Se toman como respuestas favorables a nuestra investigación las alternativa POCO Y NADA y como desfavorable la alternativa BASTANTE, MUCHO Y SUFICIENTE.

Pregunta N° 4: Se toman como respuestas favorables a nuestra investigación las alternativas surgidas de SI y como desfavorable la alternativa NO.

Pregunta N° 5: Se toma como respuesta favorable a nuestra investigación la alternativas SI y como desfavorable la alternativa NO.

Pregunta N° 6: Se toman como respuestas favorables a nuestra investigación las opiniones catalogadas como INCORRECTAS y como desfavorables las opiniones de CORRECTAS.

Pregunta N° 7: Se toman como respuestas favorables a nuestra investigación las alternativas CONTESTADAS y como desfavorable la alternativa NO SABE.

Pregunta N° 8: Se toman como respuestas favorables a nuestra investigación las alternativas de indicios de falsedad de dirección: UNIDAD DE SALUD, MEDICO PRIVADO, EN SAN SALVADOR Y DONDE NO LO CONOZCAN y como desfavorables HOSPITAL PUBLICO E I.S.S.S..

Pregunta N° 9: a) Se toman como respuestas favorables a nuestra investigación la voluntariedad de CALLARLO o DECIRLO y como desfavorables NO SABE. b) Se toman como respuestas favorables a nuestra investigación las alternativa que caen dentro de FAMILIARES Y A NADIE –MANTENERLO CALLADO, y como desfavorables a personas que esta FUERA DE FAMILIARES.

Pregunta N° 10: Se toman como respuestas favorables a nuestra investigación las alternativa que caen FUERA DE LA FAMILIARES, y como desfavorables las alternativas que caen DENTRO DE FAMILIARES.

Pregunta N° 11: Se toman como respuestas favorables a nuestra investigación las opiniones catalogadas como acciones NEGATIVAS y como desfavorables las opiniones catalogadas como acciones POSITIVAS.

Pregunta N° 12: Se toman como respuestas favorables a nuestra investigación las alternativas NO SABE NOMBRE y CUALQUIER FARMACIA, y como desfavorables las alternativas CONOCE EL NOMBRE Y HOSPITALES.

Pregunta N° 13: Se toman como respuestas favorables a nuestra investigación las opiniones catalogadas como INCORRECTAS y como desfavorables las opiniones de CORRECTAS.

Pregunta N° 14: Se toma como respuesta favorable a nuestra investigación la alternativas SI y como desfavorable la alternativa NO.

Pregunta N° 15: Se toma como respuesta favorable a nuestra investigación la alternativa de INCORRECTA y como desfavorable la opinión CORRECTA.

Pregunta N° 16: Se toman como respuestas favorables a nuestra investigación las alternativas REGULAR y DEBE MEJORAR, y como desfavorable las alternativas EXCELENTE, MUY BUENA y BUENA.

Pregunta N° 17: Se toma como respuesta favorable a nuestra investigación la alternativas SI ACIERTA y como desfavorable la alternativa NO ACIERTA.

Pregunta N° 18: Se toman como respuestas favorables a nuestra investigación las alternativas RIESGOS, EDUCACIÓN SEXUAL y MAS CONOCIMIENTOS MEDICOS y como desfavorable la alternativa METODOS DE PREVENCION.

Pregunta N° 19: Se toman como respuestas favorables a nuestra investigación las alternativas TRATAMIENTOS Y MEDICINA GRATIS y DINERO EN EFECTIVO, y como desfavorables las alternativas ALIMENTOS BÁSICOS, EXONERACIÓN DE SERVICIOS BÁSICOS y PAGO MENSUAL.

ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA SEGUNDA HIPÓTESIS ESPECIFICA

En el Cuadro N° 2, se encuentran cuantificados los aspectos favorables y desfavorables del enunciado de la Hipótesis Especifica 2, el promedio de las favorables es 81.36% por tanto supera a las desfavorables que tienen un promedio de 18.40%, y aquellas personas que no respondieron por ignorar el contenido de las respuestas fue de 0.24%, las repuestas favorables exceden el promedio mas alto del 50%; por tanto, las reglas de decisión explicadas anteriormente, **ACEPTAN EL ENUNCIADO DE LA SEGUNDA HIPÓTESIS.**

En conclusión se ha establecido que el enunciado de la segunda Hipótesis se ha comprobado, por lo cual, es aceptada dicha hipótesis como cierta.

CAPITULO 6

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Las mujeres de clase baja y media de los diecinueve Municipios de San Salvador, pueden acceder a determinado medio de comunicación, sin restricción de horarios y tiempo disponible; pero dependiendo de la zona geográfica el medio de amplio acceso Nacional es la televisión y la radio; el 19% de población urbana lee los periódicos de mayor circulación Nacional y pocos tienen cable internacional.

La información y educación a través de los medios de comunicación sobre la prevención del VIH-SIDA, es escasa, mínima y limitada; ya que, las Instituciones pertinentes no están realizando spot publicitarios continuos en forma explicativa, y mucho menos, realizan estrategias en base a horarios, calidad y cantidad de información por edades, sexos, y niveles sociales.

Los conocimientos que la población tiene de la enfermedad están desactualizados, y desean saber más sobre la prevención, los riesgos y como se manifestaran los primeros síntomas del SIDA para ver que se hace.

Además, el 61% desea que le expliquen e informen sobre los Métodos de Prevención; el 39% quiere Más Conocimientos Médicos; los Riesgos el 26%; Educación Sexual el 22%. Dentro de Más Conocimientos Médicos es por que ya saben lo básico de la enfermedad, y les raya que se repita lo mismo.

Esa información la desean a través de Seminarios, visitas casa por casa o en los parques presentar casos reales de personas que padecen la infección del SIDA.

El 5% de la población no se detienen a escuchar o pensar cuidadosamente lo que dicen sobre la enfermedad; pero tienen nociones de su existencia, aunque el 1% cree que es una estrategia del Gobierno para “asustar” a las personas.

El conocimiento de la enfermedad es de 55% de mujeres saben POCO y el 1.9% no sabe NADA, pero el 44% saben bastante, mucho o suficiente sobre el VIH-SIDA.

Los lugares donde se conoce menos o no se sabe nada son Municipios dormitorio o transitorios pues son lugares de descanso o mientras llega el fin de semana para ir y venir hacia el interior del país, donde sus familiares o amigos de origen.

La población, que ha sufrido la pérdida por muerte de algún familiar, amigo o vecino, necesita conocimientos médicos y normativas de cómo atender y manejar a la persona infectada con VIH-SIDA; es decir, los niveles actuales de conscientización sobre la Pandemia, no es por una cobertura Nacional de la Prevención o acceso Universalidad de los Tratamientos.

A pesar de que la mujer sufre la maternidad conoce POCO. Este desconocimiento, se debe a la poca efectividad de los programas preventivos manejados por las Unidades de Salud.

La estigmatización y discriminación es pura en los Municipios donde la población es compacta y se conoce entre si, debido a la ignorancia de la enfermedad.

Las mujeres solteras, temen por la infección y buscan realizarse la prueba de VIH en lugares lejanos o donde no la conozcan. Pero solo 6 de cada 10 mujeres, tanto del área urbana como rural, no conocen al menos un lugar donde hacen la prueba del VIH-SIDA.

Se presume que entre hombres heterosexuales hay o hubieron individuos que en algún momento han mantenido relaciones cóitales de tipo homosexual o bisexual y por razones de estigmatización social encubran su orientación o preferencia sexual; por lo cual, en virtud de las infecciones por transmisión vertical se asume que la transmisión heterosexual y bisexual es la que predomina en nuestro país.

El incremento de mujeres embarazadas con VIH-SIDA, es por causa de la cultura sexual de los hombres y dependencia de las mujeres en lo económico, moral y social de sus esposos, compañeros de vida o compañero sexual. La mujer en edad fértil debería protegerse en sus relaciones sexuales, y antes de embarazarse debería realizarse la prueba del VIH-SIDA, para no entrar en riesgos con su pareja sexual. La cultura del machismo se agota con la cultura preventiva de la mujer.

El Estado gratuitamente ofrece la prueba del VIH-SIDA y el acceso universal al Tratamiento Retroviral; pero esta prueba en mujeres embarazadas, no es voluntaria sino impuesta, pesada y deshumanizante, ya que no hay acceso libre, voluntario y sin discriminación moral y psicológica, debido al interrogatorio previo a la prueba degradando a la mujer contar su intimidad personal.

El 44% de las mujeres Salvadoreñas tienen más conciencia de la enfermedad que el hombre. Y al padecerla sufren quiebre mental con la realidad, aun sabiendo del Tratamiento Retroviral, ellas mismas se resisten o abandonan el tratamiento, debido a cambio de domicilio, suicidio o simplemente no quieren seguirlo por conformismo que siempre se van a morir.

Existe temor infundado de las mujeres, especialmente las amas de casa, de la manera como pueden adquirir el VIH-SIDA entre ellas es “que sus parejas tiene mas relaciones” y “ su pareja pasa mucho tiempo fuera de casa” o por que “ no sabe con quien se junta”.

La mujer infectada por el VIH busca ayuda primero en la familia como soporte moral, psicológico y económico; y un 59% busca al médico como ayuda para su enfermedad; además, la ayuda externa se disgrega hacia los vecinos, jefe de empresa y compañeros sexuales o amantes.

El 80% de mujeres dicen que conocen mujeres con VIH-SIDA y son Cabezas de Hogar; ellas mismas buscan una salida a la enfermedad de sus hijos, mientras que la actitud de los hombres es despectiva y de dejadez.

Las consecuencias negativas a que están sometidas a vivir las mujeres que tienen VIH-SIDA y que están embarazadas son: el temor a la discriminación de sus amigos y

de la propia familia ambos con el 22% y un 20% temor al aislamiento y rechazo de la comunidad, barrio o colonia donde vive. Esto debido a que la gente, reconoce y hace comparaciones empíricas de las manifestaciones físicas, con lo que ha escuchado o leído.

Las mujeres embarazadas, tienen mínimos indicios de como se realiza la Transmisión Vertical; por lo mismo, no saben que hacer si tuvieran un bebé con VIH por desconocer la existencia de medicamentos retrovirales.

La vulnerabilidad para que una mujer abandone a un bebé con VIH-SIDA inicia con el abandono paterno del hogar y en segundo lugar la incapacidad económica y social de la madre quien busca apoyo en la prostitución y otros negocios ilícitos para conseguir dinero fácil.

Generalmente los niños abandonados con VIH-SIDA son cuidados por las abuelas y tías. Y muchas veces tienen que cuidar a los otros hijos, que quedan huérfanos por la muerte de la madre. Estas orfandades nadie las registra.

Los datos de abandono aumentan con los niños reportados por Trabajo Social del Hospital de Nacional de Maternidad que estima que los niños están en “riesgo” cuando la madre abandonó el Tratamiento Retroviral, lo cual, es confirmado como cierto por el ISNA, siendo decisión arbitrarias y discriminatoria la separación de lo bebés de sus madres..

Los niños con VIH-SIDA manejados por el CENID y los colocados en Albergues deben tener dietas diferentes según el grado de la enfermedad.

La discriminación, es acentuada en mujeres católicas o cristianas protestantes, tanto casadas como solteras, pues un 22% no cuidarían a su hijo infectado con VIH. Y el 78% prefiere contarlo a sus vecinos y amigos que tiene un hijo con SIDA. El criterio de no cuidarlo, se debe a que la persona encuestada conoce la experiencia de atender a un enfermo con VIH-SIDA.

Hacen falta políticas sociales que ofrezcan ayuda a las mujeres cabezas de hogar con hijos infectados con SIDA.

Hace falta que el Estado informe a la población femenina la existencia de Hogares para niños abandonados con VIH-SIDA, y de logros médicos significativos en cuanto a la prevención y baja prevalencia del virus del VIH-SIDA.

El virus del SIDA está cambiando constantemente, por tanto, los registros Epidemiológicos del Ministerio de Salud y Asistencia Social son estáticos y no reflejan la realidad de la infección en El Salvador.

Los registros de menores abandonados con VIH-SIDA, no es real por parte del ISNA.

No existen medicamentos propios para niños, los medicamento para adultos son graduados a dosis pediátricas, debido a causas externa de rentabilidad económica de las Farmacéuticas Multinacionales.

La población a la Red Hospitalaria le da una categoría mínima de ayuda al menor, a pesar que la niñez salvadoreña, solo tiene acceso a los Hospitales Públicos y un mínimo goza del Beneficio del ISSS.

RECOMENDACIONES

Crear dos Marcos Regulatorios: Uno Especial para Niños y Niñas con VIH-SIDA, y otro Dirigido a las Madres Embarazadas y Mujeres en Edad Fértil, en la que se haga mención la atención y apoyo a causa del VIH-SIDA en niños y niñas, y que tengan como coerción las consecuencias por su proceder sexual irresponsable de las madres, pero con énfasis a los padres.

Reformar el Sistema de Salud y tenga cobertura Nacional, auto sostenible y de accesibilidad a la población Salvadoreña.

Reformar los Programas Educativos y la Plan curricular Universitario, para que se de educación especial sobre el VIH-SIDA a todos los jóvenes en las Escuelas y Colegios y Universidades, tanto publicas como privadas; pero de una manera acompañada y explicativa por pedagogos especializados.

Reestructurar el CENID, que su experiencia médica y ambulatoria, se deposite en un Hogar Multidisciplinario de Niños y Adolescentes padeciendo el VIH-SIDA.

Crear un fondo Solidario para mujeres Cabeza de Hogar con hijos con VIH-SIDA, teniendo como objetivo financiar el tratamiento Retroviral y el desplazamiento a la red de Salud.

Se ejecute un Centro de Programación Especial de Información sobre el VIH-SIDA, teniendo como misión actualizar, propagar insistentemente todas las formas posibles de prevención del VIH-SIDA utilizando los medios de comunicación con mayor incidencia.

Dimensionar el cúmulo de Planes, Programas y Estrategias hasta ahora establecidos y plasmarlos en el ámbito Nacional al cien por ciento.

Establecer políticas de continuidad de los logros alcanzados sobre la enfermedad del VIH-SIDA, previniendo escasez de medicamentos y alternabilidad en el Gobierno.

ABREVIATURAS.

ABC Abstinencia, Fidelidad y Uso del Condón
AID Agencia para el Desarrollo Internacional
AIN Atención Integral en Nutrición
ANSP Academia Nacional de Seguridad Pública
API Aids Program Effort Index (Índice de Esfuerzo del Programa Sida)
APECAFA Asociación de Productores de Café
ARENA Alianza Republica Nacionalista
ART Terapia Antirretroviral (antiretroviral therapy)
ARV Medicamentos Antirretrovirales
CDC Centros para el Control de la Enfermedad
CEMUJER Centro de Estudios de la Mujer
CONASIDA Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA
CONCASIDA Congreso Centroamericano de ITS/VIH/SIDA
DDHH Derechos Humanos
DGEC Dirección General de Estadísticas y Censos
FESAL Encuesta Nacional de Salud Familiar (El Salvador)
FMLN Farabundo Martí para la Liberación Nacional
FOSALUD Fondo gubernamental para la Salud
FUNDASIDA Fundación para la Prevención, Educación y Acompañamiento de la Persona VIH/SIDA
HIV Human Immunodeficiency Virus
HSH Hombres que tienen Sexo con Hombres
IDU Usuarios que se inyectan drogas
ISNA Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia.
ISSS Instituto Salvadoreño de Seguridad Social
ITS Infecciones de Transmisión Sexual
ITS-VIH-SIDA Infecciones de Transmisión Sexual-Virus Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmuno Deficiencia Humana
LCSHH Sector Salud
MINED Ministerio de Educación
MSPAS Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OIT Organización Internacional del Trabajo.
OMS Organización Mundial de la Salud.

ONU Organización de las Naciones UNIDAS
ONG Organizaciones No Gubernamentales
ONUSIDA Programa de las Naciones Unidas en VIH/SIDA
OPS Organización Panamericana de la Salud
PASCA Proyecto Acción SIDA para Centro América
PASMO Asociación Panamericana de Mercadeo Social
PEN Plan Estratégico Nacional
PENSIDA Plan Estratégico Nacional de Lucha Contra el VIH/SIDA
PIB Producto Interno Bruto
PNC Policía Nacional Civil
PNS Programa Nacional de VIH/SIDA/ITS
PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPL Personas Privadas de Libertad
PREVENSIDA Red Salvadoreña para la Prevención del Sida
PTMI Prevención de la Transmisión Materno Infantil
PVVS Persona Viviendo con VIH/SIDA
REDSAL Red Salvadoreña de Personas Viviendo con VIH/SIDA
SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SIDATEL Centro de Información del VIH-SIDA por medio del Teléfono
SIPPE Sistema de Información de Profilaxis Post Exposición
STD Transmisión de Enfermedad Sexual
TAR Tratamiento Anti Retroviral
TARGA Terapia Antirretroviral Altamente Activa
TCS Trabajadores Comerciales de Sexo
TLC Tratado de Libre Comercio con USA
TMI Transmisión Materno Infantil
UE Unión Europea
UNAIDS Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS Declaración de Compromiso sobre el VIH-SIDA
UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH Virus de Inmunodeficiencia Human
WBIHD Instituto del Banco Mundial División de Desarrollo Humano.

GLOSARIO

ABANDONO: Se refiere al abandono moral o material de un menor de edad, por diferentes causas de los padres. Es el abandono de los derechos de los padres por irresponsabilidades e incapacidad social y económica.

ABSTINENCIA SEXUAL. Ausencia de relaciones sexuales.

ÁCIDO DESOXIRIBONUCLEICO. ADN. Ácido nucleico formado por nucleótidos unidos en cadena. Normalmente se unen dos cadenas formando lo que se llama una doble hélice. Se ha demostrado que el ADN es el material hereditario de los seres vivos. Se transmite de una célula madre a la célula hija, produciendo una copia de sí misma.

ÁCIDO RIBONUCLEICO. ARN. Cadena simple de nucleótidos que tienen ribosa, a diferencia del ADN que tiene desoxiribosa. Se encarga de transportar la información genética desde el ADN hasta donde se sintetizan las proteínas. En algunos virus el ARN es el material que tiene la información hereditaria y por ejemplo en los retrovirus, puede transmitirlo para formar nuevos virus iguales a él. También se le conoce como RNA por sus siglas en inglés.

ACTIVO. Nombre dado al sujeto que en una relación sexual realiza la penetración.

ADENOMEGALIA. Aumento de volumen de uno o más ganglios linfáticos.

ADENOPATÍA. Inflamación crónica de los ganglios linfáticos.

ADINAMIA. Debilidad, falta de fuerzas, astenia. Puede ser una manifestación de anemia o síndrome de desgaste. Es un síntoma de progresión de diversas enfermedades como hepatitis, cáncer o SIDA.

ADMINISTRACIÓN. Forma en que un medicamento es introducido al organismo y puede ser: 1.-Sistémica cuando el medicamento recorre todo el cuerpo, usualmente transportada por la sangre ya sea que se haya ingerido - vía oral - o se haya inyectado - vía intravenosa -. 2.- Local cuando el fármaco es introducido o aplicado en el área específica afectada por la enfermedad, como la aplicación tópica que se hace en la superficie de la piel.

ADN. proteína nuclear que forma parte de los cromosomas. Material genético. Cuando una célula se divide, el ADN se divide y se transmiten porciones idénticas a ambas células. El VIH se vuelve parte del ADN de los glóbulos blancos y así se transmite a toda la progenie de esas células.

ADN POLIMERASA. Enzima Cargada de ensamblar los componentes del ADN: adenina, timina o timidina, guanina y citosina. La polimerasa ensambla o empareja siempre a la adenina con la timina y la guanina con la citosina.

ADN PROVIRAL. Fragmento de ADN que el virus ha transformado a partir de su ARN y lo ha incorporado al ADN de la célula infectada o parasitada y que es transmitido a las células producto de cada división celular.

ADN RAMIFICADO. Prueba desarrollada por Chiron Corporation, para medir la cantidad de virus, entre ellos el VIH, presentes en el plasma sanguíneo. La prueba consiste en una señal luminosa ampliada, cuyo brillo depende de la presencia del ARN viral.

AFASIA. Pérdida de la capacidad para hablar o comprender el habla. Puede ser una manifestación de toxoplasmosis o del complejo de demencia provocado por el SIDA.

AFECTADO. Persona con VIH, con SIDA, sus familiares, amigos, médicos, paramédicos, psicólogos, psiquiatras, abogados y toda la comunidad social de su entorno que de alguna manera, se ve trastornada por la infección.

AMBULATORIO. Que camina o sirve para caminar; se llama paciente ambulatorio al que está en capacidad de acudir por su propio pie a las consultas médicas porque no requiere hospitalización o permanecer en cama.

ANTIGENO: cualquier sustancia que el cuerpo identifica como extraña y contra la cual produzca un anticuerpo. Los virus, las bacterias, los hongos y algunas partículas químicas pueden ser identificadas por el cuerpo como antígenos.

ANTÍGENO P24. Componente proteico de la cápside del VIH. Hay un examen de laboratorio que mide la presencia de esa proteína viral, y que se considera un marcador del grado de replicación viral.

ANTIRRETROVIRAL. Fármacos que se emplean para destruir o evitar la replicación de los retrovirus, tales como el VIH causante del SIDA. Los principales antirretrovirales inhibidores de la transcriptasa inversa del VIH, reconocidos a nivel mundial son AZT, ddI, ddC, D4T, 3TC y la Ribavirina.

ANTICUERPOS: sustancias producidas por los glóbulos blancos en respuesta a los antígenos. Atacan a las bacterias, virus, hongos y sustancias que son peligrosas para el cuerpo o causan enfermedad. Los anticuerpos del VIH producidos por el organismo parecen ser los más ineficaces para neutralizar al virus. Estos anticuerpos sirven de señales para la presencia de o la exposición al VIH.

ARN VIRAL. Ácido ribonucleico donde está contenido el código genético de un virus, en el caso del VIH, una vez que se ha adherido al receptor CD4 de la célula T4, anclando su glucoproteína gp120, la glucoproteína gp41 pone en contacto íntimo a la superficie del VIH con la de la célula, permitiendo la fusión y con ello el traspaso de dos fragmentos del ARN viral y las enzimas virales: ribonucleasa H, integrasa, proteasa y transcriptasa inversa o reversa.

ASINTOMÁTICO. Sin síntomas. Se llama portador asintomático a una persona infectada por un organismo, pero que no tiene manifestaciones de la infección; sin embargo, en el caso del VIH,

un portador asintomático puede transmitir el virus. El periodo o fase asintomática, aunque variable, puede durar más de diez años.

ASISTENCIA SANITARIA: Es el conjunto de acciones que ejecutan las autoridades de salud para garantizar una respuesta organizada, oportuna, eficaz y eficiente en la promoción, prevención, curación y rehabilitación, ante los diferentes problemas de salud que amenazan a la población, haciendo énfasis en las personas viviendo con VIH.

AZT: azidotimidina, o zidovudina o retrovir o 3'-azido-3'-deoxi-timidina. Esta droga interfiere con una de las enzimas del VIH, transcriptasa reversa, responsable de la replicación del virus. El virus no puede multiplicarse tan rápidamente, por lo que el daño por parte del virus al sistema inmunológico disminuye. Los efectos colaterales son fuertes, se medica una vez que la persona enfermo de SIDA.

BISEXUALIDAD. Atracción sexual por individuos de cualquier género. En la búsqueda de culpables de la pandemia del SIDA se ha estigmatizado a los bisexuales acusándolos de llevar la infección a sus hogares y aunque esto es verdad en algunos casos, no lo es en todos y no justifica estos ataques.

CÁLCULO DE CÉLULAS CD4 Y CD8. Se parte del número total de leucocitos totales reportados por el laboratorio: Leucocitos totales 5,000 X el porcentaje reportado para los linfocitos v.g. 20 por ciento / 1,000 linfocitos totales. Multiplicar por el porcentaje reportado para el total de CD4 y CD8 v.g. 40 y 30 por ciento respectivamente: que multiplicados por 1,000 linfocitos totales nos da 400 CD4 y 300 CD8. Pudiéndose finalmente establecer la relación entre CD4/CD8 que en nuestro ejemplo es igual a 1.33.

CARGA VIRAL. Número de copias del VIH en la sangre. Cantidad de virus que existe en el organismo por unidad de volumen de sangre. Los nuevos medicamentos inhibidores de proteasa como el indinavir, ritonavir y saquinavir han demostrado que pueden disminuir la carga viral hasta en un 98%, lo cual permite que el organismo restablezca su sistema inmunológico suprimido por la acción del VIH.

CD4 Proteína que se encuentra en la superficie de algunas células que por esta razón toman este nombre "Células CD4", particularmente la proteína se encuentra en las cooperadoras o linfocitos T4, en macrófagos y células dendríticas; esta proteína es la que atrae al VIH debido a su afinidad con las espículas o protuberancias que éste tiene en su cubierta exterior. Las células CD4 se identifican como T4, OKT4 y linfocitos T4.

CD8. Proteína que se encuentra en la superficie de algunas células supresoras llamadas también linfocitos T8, encargadas de reconocer y matar células cancerosas o infectadas. Entre las células CD4 y CD8 existe un delicado equilibrio en el cual debe existir un predominio de los primeros sobre los segundos, es decir la relación CD4/CD8 debe ser mayor de uno.

CÉLULA CD4. Linfocito T4. Es la encargada de regular el funcionamiento del sistema inmunológico, enviando señales a otras células del sistema para que efectúen sus funciones específicas. La destrucción de estas células es la causa principal de la inmunodeficiencia en

personas con SIDA. A pesar de la baja en su número, el nivel total de células T permanece constante, debido al concomitante aumento de las células CD8.

CÉLULA PLASMÁTICA. Células derivadas de los linfocitos B, que ante la presencia de un estímulo, se replican rápidamente y empiezan a producir anticuerpos. Esta transformación ocurre a través de la interacción con las células CD4 Cooperadoras. La célula plasmática tiene una sobrevivencia muy corta.

CÉLULA T. Linfocito T. Células del sistema inmunológico que se producen en la médula ósea y que se especializan en el Timo. Son células que participan en diversas reacciones relacionadas con la respuesta celular.

CEPA DE VIRUS. Población de virus, que poseen un conjunto de características definidas. El VIH puede mutar sus características, creándose una nueva cepa y pudiendo evitar de esta manera los efectos de los medicamentos, es decir se vuelve resistente a ellos.

CITOMEGALOVIRUS. Virus que ocasiona una infección oportunista. Es un virus de la familia de los herpes. Las infecciones por CMV pueden ser sin síntomas o con síntomas inespecíficos como fiebre, irritación de la garganta, debilidad, escalofríos y crecimiento ganglionar. El virus se elimina a través de la orina, semen, saliva, heces y sudor.

CITOPLASMA. Parte fundamental de la célula que rodea al núcleo como la clara a la yema del huevo, a su vez el citoplasma se encuentra rodeado por la membrana celular. En el citoplasma se encuentran los organelos.

COCKTAIL. Cóctel. Nombre con el que se designa la combinación de AZT, 3TC y un inhibidor de proteasa, preferentemente indinavir y que se considera la mejor combinación de medicamentos disponible actualmente.

CONFIDENCIALIDAD. Compromiso de no dar información sobre un hecho mas que a la persona involucrada y a quienes ella autorice. Los resultados de análisis clínicos y en especial el de VIH deben ser confidenciales.

CONSENTIMIENTO INFORMADO. Aprobación firmada de un aspirante a entrar a un protocolo de investigación de un medicamento o vacuna, previa información sobre las razones por las cuales se efectúa la investigación, quiénes son los investigadores que desean efectuarla, qué se hará durante el protocolo y por cuánto tiempo, qué riesgos tiene, qué beneficios pueden esperarse, qué otros tratamientos están disponibles y el derecho que el participante tiene de abandonar el protocolo en cualquier momento, sin menoscabo de sus derechos como paciente.

CORRESPONSABILIDAD. Se refiere a la responsabilidad compartida en: a. Identificar a los actores sociales y su participación en la problemática de salud de las personas que viven con VIH/SIDA; b. Definir y priorizar los problemas de salud de las personas que viven con VIH/SIDA; c. Planificar, organizar, implantar y controlar la atención integral de las personas que viven con VIH/SIDA; y d. Utilizar eficientemente los recursos para la satisfacción de las necesidades básicas de las personas que viven con VIH/SIDA.

CONTEO DE CÉLULAS. Marcador usado para conocer el estado inmunológico. Se refiere primordialmente a las células CD4 Cooperadoras, cuyo nivel en condiciones normales debe estar entre 500 y 1,500 por milímetro cúbico de sangre,

CUADRO BÁSICO. Materiales y medicamentos básicos con que deben contar las instancias de salud para dar atención a la población.

CUADRO CLÍNICO. Conjunto de características evidentes que permiten a un médico establecer un diagnóstico presuntivo.

DEMENCIA POR SIDA. La demencia es la pérdida de habilidades intelectuales que no permiten llevar una vida social o laboral, puede incluir fallas en la memoria, en el juicio, en el uso del lenguaje y comprensión.

DERECHOS HUMANOS. Aquellos inherentes a la naturaleza humana, sin importar su raza, nacionalidad, lengua, o cualquiera otra consideración que los haga diferentes.

DESINFORMACIÓN. Manejo inadecuado de la información o carencia de la misma que repercute en una interpretación equivocada de los hechos.

DISCRIMINACIÓN. Diferenciar, dar un trato inferior a una persona por su condición nacional, racial, sexual, económica, profesional o de salud. En el caso de las personas con VIH/SIDA se presenta con frecuencia por el temor equivocado de contraer esta enfermedad por contacto casual, lo que motiva despido laboral o escolar, mal trato en sus hogares, escuelas y sitios de reunión donde conocen su condición.

EDUCACIÓN SEXUAL. Proceso social mediante el que el niño o el adolescente adquieren los elementos para formarse un esquema mental de la sexualidad.

ENFERMEDAD DETERMINANTE DE SIDA. De acuerdo con los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de Norteamérica, CDC por sus siglas en inglés, las enfermedades que conllevan un diagnóstico de SIDA son la neumonía por *Pneumocystis carinii*, el complejo *Mycobacterium Avium Intracellulare*, complejo de demencia por SIDA, Síndrome de desgaste, sarcoma de Kaposi y retinitis por citomegalovirus.

ENZIMA VIRAL. Proteína del virus. Las enzimas de que se encuentran en el VIH son: ribonucleasa H, integrasa, proteasa y transcriptasa inversa o reversa.

ESTIGMA. El estigma social es una característica de ciertos grupos, haciéndolos víctimas del rechazo o antagonismo. La estigmatización es una manera de señalar y discriminar a muchos pacientes con VIH que pueden ser expulsados de sus hogares, centros de estudio y trabajos o negarles atención médica por el estigma del SIDA, lo cual es una clara violación de sus derechos humanos.

EXAMEN PARA DETECCIÓN DEL VIH. La mayor parte de las pruebas que existen para el VIH, detectan la presencia de anticuerpos al virus de la inmunodeficiencia humana y no al virus mismo. Hay dos tipos de pruebas: La pruebas presuntivas o de tamizaje la prueba de ELISA y pruebas confirmatorias las pruebas Western Blot y la de inmunofluorescencia.

EXPOSITO: Llamado así al niño abandonado materialmente.

GANGLIO LINFÁTICO. Nódulo donde se concentra la linfa, que es un líquido transparente que contiene linfocitos y células del sistema fagocítico mononuclear, cuya función es filtrar las impurezas del organismo. La inflamación de los ganglios, que se presentan como bolitas en el cuello, axila, abdomen o ingle, denota la presencia de una infección o de un tumor en el organismo.

GENOMA. Conjunto de información genética. Está compuesto por aproximadamente miles de nucleótidos unidos y cuyo orden determina las características genéticas del ser vivo al que pertenecen. Combinación completa de genes en el cromosoma de cada célula de un organismo en particular. Es el mapa genético de un organismo, incluyendo a los virus.

GRUPOS DE ALTO RIESGO. Designación que se da a comunidades que se considera están más expuestas a adquirir el VIH, como los homosexuales, los trabajadores del sexo y los drogadictos por vía intravenosa.

GRUPO DE AUTOAPOYO VIH. Conjunto de personas que viven con VIH/SIDA, que se reúnen para intercambiar experiencias y encontrar consuelo a las situaciones que debido a su condición de salud tienen que vivir, como es la incompreensión en sus hogares, la discriminación en sus lugares de reunión, los despidos de trabajos y su situación anímica derivada de la percepción cercana de la muerte.

HERPES ZOSTER. Infección causada por el virus de la Varicela zoster. Se manifiesta por lesiones mucocutáneas como ampulas, en trayecto nervioso, generalmente intercostal, en media cara o en algún miembro. Su diagnóstico se hace por examen clínico o por biopsia en caso de duda.

HETEROSEXUAL: personas que son atraídas sexualmente por los miembros del sexo opuesto, si tienen relaciones sexuales sólo es con personas del sexo opuesto.

HOMOSEXUAL: personas que sexualmente son atraídas hacia miembros de su mismo sexo, de tener relaciones sexuales será con personas de su propio sexo.

HIV. Virus de la Inmunodeficiencia humana según sus siglas en inglés - Human Immunodeficiency Virus - Nombre adoptado oficialmente en mayo de 1986 para terminar con la duplicidad de designaciones: HTLV-III por el equipo americano del doctor Gallo y LAV por el grupo del doctor Montagnier. En español es correcto usar VIH.

INFECCIÓN POR VIH. La infección comienza cuando el virus encuentra a una célula CD4; entonces la glucoproteína 120 o gp120, de la superficie del VIH se une estrechamente al receptor

CD4 en la superficie de la célula; las membranas del virus y la célula se fusionan con la intervención de otra glucoproteína de la superficie del virus, llamada gp41 para que las proteínas, enzimas y el corazón viral que contiene el RNA del VIH, sean introducidas en la célula ahora infectada.

INFECCIONES OPORTUNISTAS: infecciones causadas por organismos a los cuales el cuerpo normalmente es inmune. Cuando el sistema inmunológico está deprimido como en el caso del SIDA, aparecen las infecciones oportunistas.

INHIBIDOR DE PROTEASA. Bloqueador de la acción de la proteasa, una de las cuatro enzimas del VIH, logrando de esta manera que se impida la producción de partículas virales maduras.

INMUNIDAD HUMORAL. Respuesta específica mediante la cual las células B al ser activadas por un antígeno se transforman en células plasmáticas y secretan anticuerpos específicos a través de los cuales se defiende el organismo.

INMUNODEFICIENCIA. Disminución o deterioro de la capacidad del organismo para defenderse de los microorganismos que la atacan, incluye la incapacidad de eliminar células cancerosas o extrañas. También se le llama inmunosupresión. Puede ser heredada o adquirida.

INTEGRASA. Enzima, es decir proteína del VIH, que le sirve para integrar el DNA viral al ADN de la célula CD4 parasitada. La integrasa opera después de que la transcriptasa inversa ha creado una versión ADN de la forma ARN de los genes del VIH.

LACTANCIA. Periodo inmediato al nacimiento en que la madre alimenta a su bebé con la leche de su seno, lo que constituye un riesgo de transmisión del VIH.

LINFOCITOS T. Grupo de Linfocitos que se encargan de la inmunidad celular. Se subdividen en: Linfocitos T Cooperadores o T4, también llamados CD4; Linfocitos T Supresores o T8, también llamados CD8 y Linfocitos Citotóxicos o T8. Ver Célula CD4.

MARAS: Grupo juvenil con característica violentas y significativamente problemático, agrupados en barrios y consignas, sobreviven por las prácticas delictivas de baja cobertura y extrema violencia.

MEDIDAS PREVENTIVAS: son las medidas dirigidas a frenar la transmisión del VIH de persona a persona.

MÉTODOS DE BARRERA: Métodos temporales que disminuyen el riesgo de adquirir Infecciones de Transmisión Sexual incluyendo el VIH, y que podrían prevenir el riesgo de adquirirlas.

MUJER CABEZA DE HOGAR: la mujer que lleva adelante por sí sola el Hogar, en cuanto a lo económico y social.

NORMAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD: Conjunto de medidas para el control y prevención de las infecciones, que deben ser adoptadas universalmente como forma eficaz para la reducción del riesgo ocupacional y de la transmisión de microorganismos infecciosos.

ORGANIZACIÓN NO GUBERNAMENTAL. Asociación de personas de la sociedad civil, que trabajan con un propósito definido, como la defensa de los derechos humanos, la ecología, etcétera. En el caso de la lucha contra el SIDA, existe un gran número de organizaciones con diferentes proyectos, algunos de ellos fundamentales.

PANDEMIA. Existencia de una enfermedad en muchos lugares al mismo tiempo, sin consideración de fronteras. El SIDA es una pandemia.

PERINATAL. La transmisión perinatal del VIH, cuando se dice que un bebé nace con la infección, en realidad lo que ocurre es que se han detectado anticuerpos al VIH en su sangre; sin embargo, en el caso de los recién nacidos, estos anticuerpos pueden ser de la madre, que se los pasó sin haberle transmitido el virus; en este caso, y en vista de que el bebé no tiene el virus, los anticuerpos desaparecen y se dice que el niño se seroconvirtió a negativo.

PERIODO DE VENTANA. Es el tiempo que transcurre entre el momento de la infección y aquel en el que es posible detectar los anticuerpos generados por el organismo. En el VIH este período es de 4 a 6 semanas en promedio, pero puede ser hasta de algunos meses.

PERSONA QUE VIVE CON VIH/SIDA. Término con el que se ha acordado nombrar a las personas con la infección o con la enfermedad desarrollada, para evitar el término de "sidoso" que tiene una fuerte carga peyorativa.

PORTADOR ASINTOMÁTICO. Que lleva algo. En el caso del SIDA se nombra así a la persona que tiene el VIH. Puede ser un portador asintomático lo cual no impide que desde el primer momento de la infección esté en capacidad de transmitirla.

PROMISCUIDAD. Relaciones sexuales con varias parejas. La promiscuidad es un factor de riesgo para contraer y diseminar el VIH.

PROTEASA. Enzima proteolítica. La proteasa del VIH desencadena la ruptura de proteínas. Una nueva serie de medicamentos contra el SIDA son los inhibidores de la proteasa como el indinavir, saquinavir y el ritonavir de los laboratorios Merck, Roche y Abbott respectivamente.

PROTOCOLO DE ATENCION. Procedimientos establecidos para realizar una investigación. Conjunto de directrices normativas que el Ministerio de Salud ha dado sobre el manejo integral de las personas viviendo con el VIH/SIDA que deben de adoptar las instituciones estatales, autónomas y privadas con la finalidad de prevenir, controlar y manejar la infección por el VIH/SIDA.

PRUEBA DE ELISA. "Enzyme Linked Immuno Sorbent Asssay". Estudio inmunológico de laboratorio por medio de reactivos para detectar diversos gérmenes, tales como virus o

protozoarios, mediante la detección de anticuerpos específicos contra ellos o alguno de sus antígenos.

PRUEBA DE WESTERN BLOT. Prueba confirmatoria de la presencia en la sangre de anticuerpos al VIH. Se emplea después de que una prueba de ELISA, ya que detecta de 8 a 10 anticuerpos VIH contra uno que detecta la de ELISA, pero es más difícil y costosa.

PRURITO. Comezón. Puede ser secundaria a infección de la piel por ácaros, resequedad de la misma en pacientes con síndrome de desgaste o por fármacos.

REPLICACIÓN VIRAL. Reproducción o multiplicación del virus. En el caso del VIH se lleva a cabo en el interior de la célula infectada a la cual el virus ha introducido su código genético por medio de la transcriptasa inversa.

RESISTENCIA VIRAL. Mecanismo por el cual el virus no es susceptible de ser atacado por un medicamento, lo cual puede deberse a que ha mutado y se ha hecho resistente a la sustancia activa del fármaco.

RETROVIRUS. Virus que poseen la cualidad de poder transformar su ARN en ADN para de esta manera transmitir su código genético a la célula infectada y lograr así que cuando la célula intente reproducirse, en realidad produzca retrovirus. El proceso de transcripción genética lo efectúa una enzima viral llamada transcriptasa inversa.

RNA. Ácido Ribonucleico. RNA por sus iniciales en idioma inglés *Ribonucleic acid.*. Ver Ácido ribonucleico.

SARCOMA DE KAPOSI. SK. Cáncer causado por el virus herpes 8. Son lesiones rojo violáceas que no causan dolor y que al parecer se reproducen como consecuencia de una sustancia angioproliferativa. Esta afección se presenta frecuentemente en las personas atacadas por el VIH. Su presencia conduce a una calificación de SIDA.

SEROPOSITIVO. De reacción positiva al suero. Por que se han encontrado anticuerpos específicos al VIH y por tanto se establece que es portador del virus de la inmunodeficiencia humana.

SEROPREVALENCIA. Porcentaje de personas en un lugar y tiempo determinados que tienen anticuerpos contra alguna enfermedad, lo que indica qué por ciento de ellos han tenido contacto con un agente infeccioso específico.

SEXO SEGURO. Relación sexual en que no existe posibilidad de transmisión de enfermedades, básicamente porque no hay penetración ni aún con condón, ni cualquier otra forma en que pueda intercambiarse fluidos corporales como sangre, semen, fluidos vaginales.

SIDOSO. Persona que padece SIDA. Debido a que se le ha dado una connotación peyorativa, debe sustituirse por Persona que vive con SIDA.

SÍNDROME DE DESGASTE. Situación caracterizada por pérdida acentuada de peso, de más del 10%; diarrea continua o intermitente, resequedad de la piel, caída del pelo, fiebre por periodos prolongados, 30 días o más y sudoraciones profusas. Es común observarlo como dato inicial de la infección por VIH o como indicador de la progresión de la enfermedad..

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. Conjunto de síndromes, habitualmente con predominio de uno de ellos. Inmunodeficiencia significa que el sistema inmunológico está disminuido y no es capaz de defender eficazmente al organismo contra el ataque de microorganismos y Adquirida significa que no se transmite por herencia, no es congénita y tampoco aparece por el envejecimiento.

SISTEMA INMUNOLÓGICO. Conjunto de distintas poblaciones de células distribuidas en todo el organismo, incluyendo a órganos como el timo, el bazo y los ganglios linfáticos. La función de este sistema es reconocer antígenos y células cancerosas para su anulación

SISTEMA LINFÁTICO. Red de vasos linfáticos, ganglios, bazo y timo, por la cual circula la linfa y que funciona como lugar de almacenamiento y funcionamiento de los linfocitos.

TERAPIA COMBINADA. Conjunción de varios tipos de tratamiento, como cirugía, quimioterapia, radiación, etcétera, con el fin de obtener los mejores resultados contra una enfermedad como el cáncer o el SIDA. Ver Tratamiento Combinado.

TRABAJADOR (A) DEL SEXO. Personas que obtienen un ingreso en efectivo o en especie, por tener relaciones sexuales con quien requiera sus servicios.

TRABAJADOR (A) SOCIAL. Es un profesional que en las instituciones médicas tiene como función proporcionar información y ayuda al paciente para resolver problemas administrativos, emocionales, sociales, familiares y laborales que afectan su salud o tienen influencia en su enfermedad, sirviendo como auxiliar o interviniendo entre el médico y el paciente, favoreciendo el adecuado aprovechamiento de los recursos con que cuenta la Institución.

TRANSCRIPTASA INVERSA. Llamada también transcriptasa reversa. Es una enzima del retrovirus que le permite transformar su ARN en el ADN de la célula con el objeto de integrar su material hereditario al de la célula, para lograr de esta manera que cuando ésta se replique, el producto sea nuevos virus, llamados en su etapa temprana "viriones".

TRANSMISIÓN PARENTERAL. La que se da por contacto directo con tejidos, por ejemplo la que se efectúa por medio de agujas y jeringas infectadas. Es la principal forma de transmisión sanguínea ya sea por transfusión de sangre y sus derivados o por inyección de fármacos legales o ilegales sin las medidas de protección adecuadas, así como por trasplante de órganos de personas seropositivas al VIH.

TRANSMISIÓN VERTICAL. La que ocurre durante la gestación, el parto o la lactancia, de una madre infectada a su producto.

VÍAS DE TRANSMISIÓN. Las del virus de la inmunodeficiencia humana son: sexual, sanguínea y perinatal. Ver Transmisión.

VIH-1. Virus de la inmunodeficiencia humana que se presenta preponderantemente en América y Europa.

VIH-2. Virus de la inmunodeficiencia humana que se presenta preponderantemente en Africa.

VIH-SIDA. Formula para designar Virus de la Inmunodeficiencia Humana y/o el SIDA.

VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA. El virus de la inmunodeficiencia humana destruye las células inmunológicas, provocando que el organismo quede indefenso, lo que aprovechan diversas infecciones y cánceres, que por esta razón se denominan oportunistas, para atacar al organismo y causar su muerte.

BIBLIOGRAFÍA

Libros:

1. Beltrán Buendía, Carlos J, ¿Es posible Eliminar la Transmisión Madre-Hijo del Virus Inmuno Deficiencia Humana en Chile?, principales aspecto de la nueva Norma de Prevención de la Transmisión Vertical, jefe del Departamento de Infectología, Complejo Asistencial Barros Luco, Chile.
2. Buitrago, Anita, Et All. Manual de Derecho de Familia, San Salvador, El Salvador.
3. Caballero Minero, José Luis. Los Escritos de Tertuliano. BAC, Madrid, 1989
4. Caballero Minero, José Luis. Los Escritos de Tertuliano. BAC, Madrid, 1989, pagina 166.
5. Cintero, Miguel. El Interés Superior del Niño en el Marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, en Infancia; ley y Democracia. Editorial Temis, Ediciones DEPALMA, Santa Fe de Bogotá- Buenos Aires, 1998.
6. David Kabiswa.. El impacto del VIH y el SIDA en los niños, España 2005
7. Gomes Da Costa, Antonio Carlos. Futuro de las Políticas Públicas para la Infancia en América Latina. En el IV Seminario Latinoamericano sobre Niñez y Adolescencia, Octubre 1995.
8. López López, Pío Historia del VIH-SIDA, Asociación Colombiana de Infectología, Universidad del Valle, Colombia 2003.
9. López, Pio M.D. Sida Pediátrico “Generalidades, Tratamientos y Transmisión Vertical, pediatra infectologo, profesor titular del Departamento de Pediatría, Uiversidad del Valle, Colombia 2004.
10. Pérez Cortés , Dr. Carlos, Profesor Adjunto de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, Evitar, 2006
11. Millán Puelles, Antonio, Persona Humana y Justicia social, Madrid, Rialp, 1973.
12. Kassam, Nadya. Et all. Niños y Niñas El Rostro Oculta del SIDA. ONUSIDA, UNICEF. Octubre 2005
13. Osorio, Manuel. Diccionario CC.PP. y CC. Editorial Heliasta, 1984
14. Pavia Ruz, Nielse. Niños Infectados por VIH vía Perinatal. Edigrafic., volumen 23, N° 4 Diciembre 2003
15. Vaquerano Gutiérrez, Nelson Armando. Diez Años de la Convención sobre los Derechos de la Niñez. FESPAD Ediciones. San Salvador, 2002

Tesis y Monografías:

16. Barahona, Jorge Alberto, et all. El Papel del procurador General de la República en la Protección de los menores en situaciones de abandono. Tesis para Licenciatura en Ciencias Jurídicas, UES, Abril 2002
17. Cañada Argueta, Dina Gladys, et all. Causas del abandono del menor en El Salvador y sus implicaciones. Trabajo de graduación para optar al título de Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Evangélica de El Salvador, 1995.
18. Herrera Barrera, Carlos Humberto. La Eficacia del Principio de Interes Superior del Menores en el Proceso de Filiación Adoptiva en Menores de 0 -11 años en el Municipio de San Salvador periodo 1995-1998. tesis para optara l título de Lic. en Ciencias Jurídicas de la Universidad de El Salvador, Mayo 2000.
19. Meléndez Ruiz, Mario Edgardo, et all. Abandono de menores en Hospitales Públicos por razones económicas de las madres circunscritas en el área Metropolitana de San Salvador. Tesis para optar al título de Lic. en Ciencias Jurídicas de la Universidad de El Salvador, junio 2001.
20. Simán Siri, Rodrigo Dr. Abordaje de Niños con VIH-SIDA, Clínica para niños con Inmuno Deficiencia. Hospital Nacional para niños Benjamín Bloom.
21. O' Dobell, Daniel. La Doctrina de la Protección Integral y las Normas Jurídicas Vigentes en Relación a la Familia. Tesis para obtener Doctorado de Licenciaturas, Ciudad de México, México. Septiembre 2004
22. Padilla de Gil, Marina Dra. Salud sexual de los y las Adolescentes en El Salvador publicado en la Revista de la sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia. Año 2001.
23. Recinos, Miran Estela. trabajo Ex aula del Diplomado del VIH-SIDA para equipo Multidisciplinario Intra Hospitalario. Facultad de Medicina Universidad de El Salvador, enero 2005

Documento / Informe Oficial:

24. La lucha contra el SIDA en El Salvador, un Compromiso de Nación Programa Nacional de ITS-VIH-SIDA. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de ITS-VIH-SIDA San Salvador El Salvador, Centro América, Gobierno de El Salvador, Junio 2006.
25. Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en El Salvador Años 1984 – 2004. Ministerio de Salud y Asistencia Social, Programa Nacional de ITS-VIH-SIDA. San Salvador, diciembre 2004.
26. Examen de los informes presentados por los Estados Partes en virtud del Artículo 44 de la Convención sobre los Derechos del Niño, El Salvador, Comité de los Derechos del Niño/CRC/C/15/add.223, 30 de junio 2004

27. El VIH/SIDA y los Derechos del Niño. Observación General N°3 (2003). Comité de los Derechos del Niño. CRC/GC/2003/3 32° Periodo de sesiones 2003
28. Informe de PNUD, 2003
29. Documento de Estrategia de País 2005-2008, Cooperación Española El Salvador, pàg. 9
30. Epidemia de VIH-SIDA, Estimaciones y proyecciones periodo 1980 -2010, Proyecto PASCA, San Salvador Noviembre de 2002
31. Synergy Project, USAID El VIH y el SIDA en El Salvador, febrero del 2002.
32. Política Nacional para el Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia, Secretaria Nacional de la Familia, GOES-ISNA 2001-2010, San Salvador, El Salvador 2006.
33. Informe sobre los Derechos de la Niñez en El Salvador, PDDH, El Salvador, enero 2004.
34. La Aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño. El Salvador. La repercusión de los acuerdos internacionales por los que se rigen los derechos de propiedad intelectual en el acceso a los medicamentos y el respeto de los derechos del niño. Declaración Ministerial de Doha de la OMC relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud publica, documento WTMIN(01) fecha 14 de Noviembre de 2001
35. Apoyo y Barrera para Reducir la Transmisión Vertical del VIH/SIDA en El Salvador, Proyecto CHANGE de la Academia para el Desarrollo Educativo (AED) / Manoff Group Internacional, en colaboración con Grupo Técnico de ONUSIDA, financiado por USAID/El Salvador. Ejecutado por Carranza Flores, S.A. de C.V., Vol. I y II.
36. Informe de País El Salvador, Septuagésima Octava Reunión del Consejo Directivo del Instituto Interamericano del Niño, mayo 2003.
37. El cuidado de los niños afectados por el VIH-SIDA: La urgente necesidad de reglas internacionales. Mejorar la Protección de los Niños privados del cuidado de sus padres. Servicio Social Internacional y UNICEF. Ginebra, Suiza, Octubre 2004.
38. Boletín informativo sobre la Situación del VIH – SIDA en EL Salvador Junio 2006
39. Encuesta de Opinión Publica en Centroamérica 2003 y 2006 (CID GALLUP), Percepción sobre el SIDA en El Salvador, con el apoyo de la USAID
40. Guía de Atención del VIH/SIDA. Servicios de Salud de Colombia, Bogotá, Ultimas Normas, Resolución número 004 de Diciembre de 2000
41. Análisis de situación menores en circunstancias especialmente difíciles. Informe preliminar, N°9
42. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control del VIH-SIDA e ITS. 2005-2010. UNFRA 2005.
43. Epidemia de VIH/SIDA, Estimaciones y Proyecciones, Periodo 1980-2010, con el Apoyo PASCA, San Salvador, Noviembre 2002

Periódicos y Revistas:

44. UNICEF Critica la Labor del ISNA, periódico El Diario de Hoy, San Salvador, El Salvador, 27 de marzo 2006, páginas 2-4
45. Arias, Mauro. El Rostro Oculto de la Inocencia. La Prensa Gráfica, viernes, 1 de Dic./2006 Pág. 30
46. Revista Pediátrica Electrónica, Zañartu 1085, <independencia, Santiago de Chile, Corre electrónico: pedinorte@med.uchile.cl

Tratados Internacionales:

47. Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, San José, Costa Rica 22 de Noviembre 1969: Convención Americana sobre Derechos Humanos
48. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, Convención de Belem do Parà
49. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
50. Declaración de UNGASS, Compromiso asumidos en el Foro Mundial sobre la Educación (UNESCO, abril 2000)
51. Objetivo del Milenio

Leyes Nacionales:

52. Decreto Legislativo N°603, Diario Oficial 54 de fecha 4/03/52 tomo 154: Ley Orgánica del Ministerio Públicos.
53. Decreto Legislativo N°212, Diario Oficial 241 de fecha 07/12/2000: Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República
54. Decreto Legislativo N°482, Diario Oficial 63, Tomo 318, de fecha 31/03/1993. Ley del Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de La Niñez y Adolescencia.
55. Decreto Oficial 231, tomo 321, publicación 13/12/1993. Código de Familia
56. Decreto Legislativo N° 133, fecha 14 Septiembre de 1994, Diario Oficial N°173, Tomo 324: Ley Procesal de Familia.
57. Decreto 7739: Código de la Niñez y Adolescencias, Asamblea Legislativa de la Republica de Costa Rica, Sancionado el 6 de Enero de 1998 y Publicado el 6 de febrero de 1998.

Pagina Web:

Por temas y Mail:

58. Día de Debate General del Comité de los Derechos del Niño. Los niños que viven en los tiempo del VIH/SIDA, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos del Niño: www.unhchr.ch/spanish/html/menu2/6/aids_sp.htm
59. Los Derechos del Niño y el SIDA. Derechos del Niño. www.latinsalud.com/articulos/00483.asp?ap=2
60. Alonso, Fernando Saieh. El Principio de Subsidiariedad y Aplicación en Chile. www.alertaaustral.cl/ediciones2005/edicion14nov2005/principiosubsidiariedad.html
61. Vásquez, César. Constitución, Estado-Gerdarne y Estado Subsidiario. Tomado de www.cavb.blogspot.com/2006/09/constitucin-estado-gerdarne-y-estado.html 04/01/2007
62. Los Derechos del Niño y el SIDA. En el Contexto del VIH/SIDA. www.latinsalud.com/articulos/00483.asp?ap=3
63. Medicamentos y Derechos de la Niñez. El Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas advierte que los TLC amenazan el acceso a medicamentos asequibles y servicios sociales para los pobre. www.noaltc.com/modules.php?name=News&file=article&sid=56
64. Médicos Sin Fronteras denuncia el “abandono” de niños con SIDA. www.gara.net/idatzia/20051129/art141133.php.
65. <http://www.venezolano.web.ve/archives/185-Historia-de-VIHSIDA,-del-Mono-al-hombre>.
66. www.projint.org/spanish/fs/lopinavirsp.htm
67. www.aidsinfonet.org/428e-tenofovir.html
68. <http://www.venezolano.web.ve/archives/185-Historia-de-VIHSIDA,-del-Mono-al-hombre>.
69. www.projint.org/spanish/fs/lopinavirsp.htm
70. www.aidsinfonet.org/428e-tenofovir.html
71. <http://www.univerxity.com/aspSmartUpload/12200518745.doc>
72. <http://www.google.com/sv/search?hl=es&q=HOHAR+MENSAJEROS+DE+LA+PAZ+EN+SAN+MARTIN%2C+EL+SALVADOR+AND+NI%C3%91OS+CON+VIH+SIDA&lr=>

ANEXOS



**GUIA - ENTREVISTA PARA EL PERSONAL
DEL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD**

AÑO 2006

1. Por que la infección perinatal es la principal vía de transmisión del VIH-SIDA en los niños _____

2. Cuantos casos anuales (2000 – 2005) de mujeres embarazadas infectadas con el VIH tienen registrados

3. Vienen mujeres embarazas sin prueba del HIV-SIDA, SI_____,NO_____A que se debe_____

4. Desde cuándo se ha implementado la Prevención de la Transmisión Vertical en este Hospital_____

5. Como considera esa prevención (TV): Muy Buena ___ Buena ___ Regular__Deficiente__Por que_____

_____y según su opinión que se debe mejorar_____

6. Cuales son las causas para que mujeres embarazas abandonen el TAR_____

7. La asistencia a los programas en el Hospital para las madres infectadas por el VIH, como la cataloga: constante_____, discontinua_____ y escasa_____. A que se debe ese fenómeno de participación_____

_____ que otro tipo de ayuda se les puede ofrecer _____ a quien le compete ofrecerla _____

8. Cuantos niños nacen al día con VIH _____ al mes _____ por años: 2000_____, 2001 _____, 2002_____, 2003_____, 2004 _____ 2005 _____

9. Cuantas mujeres que abandonan el TAR dan a luz en este Hospital

_____, cual es la calidad de vida de esos niños con VIH/SIDA

generalmente a que edad mueren _____

10. Usted me puede decir que entiende por "alto grado de salud en los niños" _____

_____ y por discriminación infantil _____

11. Hay medicamentos retrovirales pediátricos _____ Cual es su costo _____, son eficientes ? _____, a que se debe

12. Bajo que normativa los retrovirales de adultos son medibles a cantidades pediátricas _____ quien evalúa la dosificación correcta _____

_____ y en caso de no ser correcta como se procede _____

13. Cual es el Protocolo que aplican para el tratamiento de niños con VIH/SIDA _____

14. Cuanto niños son abandonados anualmente en este Hospital _____ niños, _____ niñas _____ y su procedencia geográfica _____

15. Cuantos niños con VIH son abandonados en este Hospital _____
mensualmente, _____ por años: 2000 _____, 2001 _____,
2002 _____, 2003 _____, 2004 _____ 2005 _____

16. Cuales son las causas principales de abandono de niños con VIH

_____ y
según su opinión el factor económico como influye _____

17. Adonde son remitidos los niños abandonados (en general)

_____ que procedimiento (administrativo o judicial)
se sigue con esos niños abandonados _____

18. A su criterio que hace falta para combatir eficientemente la transmisión
del VIH/SIDA en las mujeres _____

Que se debe mejorar para un eficientemente tratamiento pediátrico

19. Que aspectos legales se deben implementar o mejorar respecto a la prevención de TV._____

20. Que tipo de propaganda sobre el VIH/SIDA hace falta dar a conocer a la población femenina_____

y quien la debe hacer_____

21. Se dice que la epidemia del VIH/SIDA se esta feminizando, esta capacitado el Hospital de Maternidad para atender pandemia de SIDA en madres infectada_____



**GUIA - ENTREVISTA PARA EL PERSONAL DEL INSTITUTO
SALVADOREÑO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y
ADOLECENCIA (ISNA).**

AÑO 2006

1. ¿CUALES CON LAS CAUSAS INTERNAS A LA FAMILIA PARA ABANDONAR A
NINOS (AS) CON VIH-
SIDA? _____

_____ ¿CUALES SON LAS CAUSALES EXTERNA A LA FAMILIA PARA
ABANDONAR A NIÑOS (AS) CON VIH-
SIDA? _____

_____ ¿CUALES SON LAS CAUSAS DE ABANDONO DE NINOS(AS)
CUANDO LA MADRE ES CABEZA DE
HOGAR? _____

¿COMO ES EL CONTEXTO SOCIO ECONOMICO Y CULTURAL DE LA MADRE CABEZA DE HOGAR CON HIJOS INFECTADO POR VIH-SIDA?

2. ¿QUE EFECTOS PSICOLÓGICOS Y MEDICOS PADECEN LOS NIÑOS (AS) INFECTADOS POR VIH-SIDA POST ABANDONO?

3. ¿QUE EFECTOS PADECEN LAS FAMILIAS POST ABANDONO DE LOS NIÑOS (AS) CON VIH SIDA?

4. ¿CUALES SON EFECTOS SOCIALES SURGEN DESPUÉS DEL ABANDONO POR LOS PADRES O LA FAMILIA DEL NIÑO (AS) CON VIH-SIDA?

5. ¿CUALES SON LAS NORMATIVAS INTERNACIONALES QUE SE VIOLENTAN POR EL ABANDONO DE NIN@S CON VIH-SIDA?_____

6 ¿CUANTOS NIÑOS INFECTADOS CON VIH-SIDA HAN SIDO ABANDONADOS CADA AÑO DESDE EL AÑO 2000 HASTA EL 2005?_____

7 ¿CUANTO NIÑOS INFECTADO CON VIH-SIDA FUERON ABANDONADOS, CUANTIFICADOS POR DEPARTAMENTOS DE EL SALVADOR?_____

Ahuachapàn_____	Sonsonate_____
Santa Ana_____	La Libertad_____
Chalatenango_____	Cabañas_____
San Salvador_____	Cuscatlan_____
La Paz_____	San Vicente_____
Usulutàn_____	Morazán_____
San Miguel_____	La Unión_____

8 ¿QUE PROTOCOLO APLICAN EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON VIH-SIDA, EN LOS DIFERENTES LUGARES ADCRITOS AL ISNA?_____

9 ¿CUÁL ES EL LIMITE DE SOBREVIVENCIA DE NIÑOS ABANDONADOS CON VIH-SIDA? _____

10 ¿ HAY TRATAMIENTO AMBULATORIO DE NIÑOS CON HIV-SIDA AL HOSPITAL BLOOM, DESDE LOS HOGARES ADSCRITOS AL ISNA?

11 ¿EXISTEN PROGRAMAS DE APOYO A LAS FAMILIAR O MUJERES CABEZA DE HOGAR CON HIJOS INFECTADOS POR EL VIH-SIDA.?

_____ ¿ CUALES SON Y DONDE FUNCIONAN? _____

12 ¿ DE QUE LUGARES E INSTITUCIONES PROCEDEN LOS NIÑOS (AS) INFECTADOS CON VIH-SIDA. ¿CUANTO DEL HOSPITAL BLOOM?, _____ ¿CUANTOS DEL HOSPITAL DE MATERNIDAD?, _____ ¿CUANTOS DE LOS DIVERSOS UZGADOS, _____ OTROS.? _____

13 ¿QUÉ ACCIONES DEBE EJECUTAR EL GOBIENO CENTRAL PARA EVITAR EL ABANDONO DE NIÑOS CON VIH-SIDA? _____

¿CÓMO RESPONDE EL ISNA ANTE ESTE TIPO DE BANDONO? _____ ¿A
QUE SE DEBE LA SEPARACIÓN POR EDAD DE LOS NIÑOS ABANDONADOS
ENTRE EL HOGAR REINA SOFIA Y EL HOGAR MENSAJEROS DE LA
PAZ? _____

14 ¿QUÉ ENTIENDE EL ISNA POR DISCRIMINACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON VIH-
SIDA? _____

15 ¿CÓMO SE CONCRETIZA LA DOCTRINA DE LA PROTECCION INTEGRAL EN UN
NIÑ@ INFECTADO CON VHI-
SIDA? _____

16 ¿EL ISNA TIENE PRESUPUESTO PARA CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN DEL
ABANDONO EN
GENERAL? _____

17 ¿ES VERDAD QUE LA CONVENCION DE LOS DERECHOS DEL NIÑOS FUE PENSADO PARA NIÑ@ SANOS?_____

_____¿HAY ALGUNA NORMATIVA VIGENTE QUE REGULE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS ENFERMOS POR VHI-SIDA?_____

18 ¿SI LA ENFERMEDAD DEL VHI-SIDA SE ESTA FEMINIZANDO PUEDE INCREMENTARSE LA TRANSMISION VERTICAL EN EL SALVADOR?

19 ¿QUÉ POLÍTICAS ECONOMICAS HACEN FALTA PARA APOYAR EL SOSTENIMIENTO DE PROGRAMAS DE NIÑOS ABANDONADOS CON VIH-SIDA MANEJADOS POR EL ISNA?_____

20 ¿DEBERIA EL ESTADO SALVADOREÑO CONSTRUIR UN HOSPITAL GENERAL PARA NIÑOS INFECTADOS CON VIH-SIDA? SI_____, NO _____ POR QUE ?_____

21 ¿ DE LA DINAMICA, NIÑO, FAMILIA Y ESTADO CONTEMPLADO EN LA CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO, QUIEN MAS PUEDE INTERVENIR EN EL AUXILIO DE LA FAMILIA CUANDO NO PUEDE CUMPLIR SUS DEBERES Y OBLIGACIONES?_____

22 ¿A QUE SE DEBE QUE NO SE CUBRE EL 100% DEL DERECHO DE SALUD EN EL SALVADOR?_____

23 ¿ A JUICIO DEL ISNA HA SIDO SUFICIENTE LA INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y PROPAGANDA SOBRE EL VHI-SIDA Y SU PREVENCIÓN MANJEDA A ESTE DIA?, QUE SE DEBE MEJORAR?_____

24 ¿A QUE SE DEBE LA CONCEPCIÓN POPULAR QUE SIDA ES SINÓNIMO DE MUERTE?_____

25 USTED CREE EL ESTADO SALVADOREÑO PUEDE SUBSIDIAR A LAS FAMILIAS DE ESCASOS RECURSOS CON HIJOS VIH-SIDA? SI _____ NO _____ ¿QUE CLASE DE SUBSIDIOS_____

26 ¿ QUE ACCIONES CONCRETAS SE NECESITAN PARA LOS CAMBIOS CONDUCTALES Y CULTURALES PARA QUE SEAN EFECTIVAS LAS PREVENCIONES DEL VIH-SIDA, INCLUYENDO ADEMÁS EL ABANDONO DE NIÑ@ CON VIH-SIDA?_____

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE DERECHO PRIVADO Y PROCESAL



ENCUESTA DE OPINIÓN PÚBLICA
SOBRE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH/SIDA Y GRADO DE CONOCIMIENTO DE DICHA ENFERMEDAD
POR LA MUJER SALVADOREÑA 2006

Estamos realizando una encuesta en los Municipio de San Salvador para conocer la opinión pública sobre la eficacia de la prevención del VIH / SIDA y el grado de conocimiento de la enfermedad. Antes de comenzar, me gustaría explicarle cómo funciona esta encuesta. Su participación en este cuestionario y cada aspecto de este estudio es completamente voluntaria. Le agradecemos enormemente su colaboración. Finalmente, su nombre no será registrado en este ni en ningún otro formulario. Tampoco aparecerá publicado en ningún informe o estudio sobre el tema. ¿Estaría dispuesto(a) a participar?. Muchas Gracias.

Ciudad: _____ ACTITUD. Evasiva, Interesada, Dudosa, Le repugna el tema

a.	Edad y Sexo	_____ años	M.	F.
b.	Nivel de Estudios	Ninguna - I Ciclo - II Ciclo - III ciclo - Bachiller - Superior		
c.	Colonia / Barrio			
d.	Estrato Social	Bajo Medio Alto		
e.	Estado Civil	Soltera Casada Acompañada Separada Divorciada Viuda		
f.	Religión	Católica Evangélica / Protestante Ninguna Otra _____		
g.	Número de Hijos	0 1 2 3 4 5 + 5		

1	¿Cual es el medio de comunicación que mas usa?	TV - Radio - Cable - Periódico - ninguno
2	¿Con que frecuencia lo hace?	Menos de 1Hora 1-2 Horas 3 -5 horas + 5 horas
3	Cuanto sabe o conoce sobre el VIH-SIDA	Bastante - Mucho - Suficiente - Poco - Nada
4	Conoce o conoció alguna mujer con SIDA	SI NO
5	Si dice SI, preguntar si es CABEZA DE HOGAR	
6	Como cree Ud., que se contagia un bebé con VIH- SIDA? (Mencionar o hacer que diga lo que le han dicho en las Unidades de Salud, lo que ha visto, contado o leído) DE QUE MANERA Y CUANDO	Apuntar lo que diga (No mencionar la TV)
7	¿Qué cree usted que puede sucederle al bebé infectado con el VIH/SIDA? (No leer alternativas)	Va a morir Se va a enfermar Con medicina, su vida podría prolongarse Con medicina, el bebé se puede curar Tendrá complicaciones al nacer No tendrá un desarrollo normal Otro _____ No sabe

		No responde
8	Quando Ud., se siente muy mal de salud, a dónde va a pasar consulta (se investiga las direcciones falsa)	La Unidad de Salud Al medico privado En San Salvador En cualquier Hospital Publico Al ISSS de _____ Donde no la conozcan
	Si una mujer se entera de que está infectada con el VIH/SIDA. Según su opinión ¿Debería de callarlo o decirlo a alguien?	Debe callarlo Debe decirlo Otro _____ No sabe No responde
9	¿A quién o quienes, cree usted, que ella debería decirle? (No leer alternativas) (Marque todas las que mencione)	A su esposo A su compañero sexuales A sus familiares más cercanos A sus amigos más cercanos A los ministros de su iglesia A los líderes de su comunidad A nadie - mantener callado No Sabe No responde
10	A ¿Quiénes de las siguientes personas cree Usted que deberían saberlo? Además de las anteriores [Lea todas las alternativas]	Compañeros sexuales Amigos cercanos Vecinos Ministros religiosos Líderes comunitarios Doctor Su empleador / su empresa Grupo de apoyo que trabaja con personas infectadas
11	¿Cuáles serían las consecuencias generales para una mujer que tiene el VIH/SIDA? (Leer todas las alternativas) FAMILIA Y COMUNIDAD	Hay separación del hogar Hay violencia familiar Hay rechazo de sus amigos Hay rechazo de la familia Hay rechazo de la comunidad Hay despido del trabajo Se aumenta el apoyo emocional de sus amigos Se fortalece la relación con su esposo o compañero de vida y la familia
12	Hay medicinas que alargan la vida o controlan el VIH/SIDA en niños y mujeres, conoce el nombre de alguna pastilla y el lugar donde las venden	Conoce el nombre..... No sabe nombre..... Cualquier farmacia Hospitales Dan solo en tratamientos
13	1- Que entiende por Tratamiento Anti Retroviral 2- Que entiende por Transmisión Vertical	APUNTE LO QUE DIGA:
14	¿Cree que el Gobierno debe explicar bien a la población todo lo relacionado al VIH / SIDA?	Si No
15	¿Como debe explicarlo?	Apuntar todo lo que diga

16	Como evalúa la campaña contra el VIH-SIDA por parte del Gobierno	Excelente Muy Buena Buena Regular Debe mejorar	Apunte alguna causa y solución.
17	¿Que debe mejorar?		
18	¿Que le gustaría que le explican detalladamente del VIH-SIDA?	Riesgos Educación Sexual Métodos de prevención Mas conocimientos médicos	Apunte alguna otra situación -
19	Debe el Gobierno ayudar a las familiar que tiene algún enfermo con VIH-SIDA. De qué manera <i>Apunte todas las que indique</i>	Alimentos básicos Ropa, medicina y consultas gratis Transporte y dinero en efectivo No cobren los Servicios Básicos de luz y agua Pago Mensualidad Otros	Apunte alguna causa y solución
20	¿Cree usted que hay algo que pueda ayudar al bebé infectado por el VIH / SIDA a vivir más saludable y por más tiempo? (No leer alternativas) [Marque todas las respuestas si las dice]	Si No Está en las manos de Dios No sabe Si dice Si. ¿Qué le puede ayudar? <ul style="list-style-type: none"> • Medicinas • Hospitalización • Consejería y apoyo (familia/comunidad, incluso la iglesia) • Consejería y apoyo de una institución de salud 	
21	¿Sabe o conoció el caso de un bebe abandonado con VIH-SIDA? SI DICE SI PREGUNTAR DONDE?	Si No Duda No sabe No responde	
22	¿Ha oído hablar de algun Hogar o Albergue de niños infectadas con el VIH/SIDA?	Si No No sabe No responde	

	Ahora me gustaría saber su opinión personal sobre algunos temas: (Leer todas las alternativas)			
	Si un menor de edad, familiar suyo estuviera infectado con el VIH			
23	¿Estaría dispuesto a cuidarlo en su hogar?	SI	NO	NO SABE
	¿Preferiría usted que su situación permaneciera en secreto?	SI	NO	NO SEBE