

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES
VI SEMINARIO DE GRADUACIÓN EN CIENCIAS JURÍDICAS. PLAN 1993.



“VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA SALUD POR PARTE DEL ESTADO SALVADOREÑO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS CRITERIOS DE INGRESO PARA LA PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA A LOS ADULTOS PORTADORES DEL VIH.”

TRABAJO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN
CIENCIAS JURÍDICAS

PRESENTADA POR :

ARÉVALO ROMERO, LEONOR ELISA
ESCOBAR DE PAZ, ÁNGELA MARÍA
PORTILLO, WALTER GEOVANNY

ASESOR DE CONTENIDO:

LIC. HENRY ALEXANDER MEJÍA

CIUDAD UNIVERSITARIA, ABRIL DE 2004.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTORA:

DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ

VICE RECTOR ACADÉMICO:

ING. JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA

VICE RECTORA ADMINISTRATIVA:

DRA. CARMEN DE RIVAS

SECRETARIA GENERAL:

LICDA. LIDIA MARGARITA MUÑOZ VELA

FISCAL GENERAL:

LIC. PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES

DECANA:

LICDA. MORENA ELIZABETH NÓCHEZ DE ALDANA

VICE DECANO:

LIC. OSCAR MAURICIO DUARTE GRANADOS

SECRETARIO:

DR. JOSÉ RODOLFO CASTRO ORELLANA

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN JURÍDICA:

LIC. WILMER HUMBERTO MARÍN SÁNCHEZ

ASESOR DE CONTENIDO:

LIC. HENRY ALEXANDER MEJÍA

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

GENERALES

El presente trabajo de investigación ha sido realizado en memoria de los 3.5 millones de personas fallecidas a causa del VIH/SIDA, a los 42 millones de personas que viven con la enfermedad, a los 14 mil que se infectan diariamente en el mundo y a todos aquellos que han sufrido a causa de la misma, esperamos que éste esfuerzo permita concientizar a la población, reducir la discriminación, y mejorar las condiciones de vida de las personas seropositivas.

Dedicamos este trabajo a Dios todo poderoso; pilar fundamental de nuestras vidas, a nuestras amadas familias; fuente de apoyo incondicional, a nuestros compañeros y amigos; quienes nos apoyaron de una u otra forma, y finalmente a todas aquellas personas que hicieron placentera nuestra estadía dentro del recinto universitario.

Dedicamos además el presente a los miembros del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y de las instituciones que realizan actividades en pro de los seropositivos y de entre ellos, especialmente a todos aquellos que velan por mejorar las actuales condiciones del servicio de salud.

Agradecemos al Alma Mater la oportunidad que nos brindó de formarnos en sus aulas y de hacer nuestros los conocimientos que nos permitieron llevar a cabo este trabajo, y que nos permitirán en el futuro aportar a la sociedad.

Son merecedores de agradecimientos, además el personal del Hospital Rosales, el Ministerio de Salud, las Universidades y las Instituciones Gubernamentales y no Gubernamentales relacionadas con la enfermedad por permitirnos la realización de este

estudio, entrevistarnos con sus dirigentes y obteniendo información en sus centros de documentación, enriqueciendo con sus aportes los conocimientos expuestos.

Finalmente y de manera efusiva agradecemos al Lic. Henry Alexander Mejía, asesor de esta tesis de grado, por todo el apoyo académico que de su parte recibimos así mismo por la dedicación y profesionalismo con el que dirigió la presente. Sin su respaldo la misma no hubiera podido realizarse.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	I
GLOSARIO NOMENCLADOR.....	V
PÁGINA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS.....	IX

CAPÍTULO 1: ORIGEN Y DESARROLLO HISTÓRICO DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD CON RELACIÓN AL VIH /SIDA Y DE LAS POLÍTICAS ESTATALES CREADAS PARA LA ATENCIÓN DE SUS PORTADORES.....		1
1-	Evolución Histórica de los Derechos Humanos.....	1
1.1.1-	Origen de los Derechos Humanos.....	1
1.1.1.1-	Edad Antigua.....	1
1.1.1.1.1-	Planteamiento Griego.....	2
1.1.1.1.2-	Planteamiento Romano.....	4
1.1.1.2-	Edad Media.....	4
1.1.1.3-	Edad Moderna.....	7
1.1.1.3.1-	Siglo XVI.....	9
1.1.1.3.2-	Siglo XVII.....	9
1.1.1.3.3-	Siglo XVIII.....	10
1.1.1.4-	Edad Contemporánea.....	11
1.1.2-	Clasificación de los Derechos Humanos.....	11
1.1.2.1-	Derechos de Primera Generación.....	12
1.1.2.2-	Derechos de Segunda Generación.....	14
1.1.2.3	Derechos de Tercera Generación.....	19
1.1.3-	Definición de Derechos Humanos.....	22
1.1.4-	Características de Derechos Humanos.....	24

1.1.5-	Los Derechos Humanos se afirman frente al poder público.....	25
1.2-	Evolución Histórica del Derecho a la Salud.....	26
1.3-	Origen y evolución histórica del VIH/SIDA a nivel mundial.....	28
1.3.1-	Teorías sobre el origen del SIDA.	28
1.3.2-	Historia de la pandemia VIH/SIDA.	30
1.3.3-	Historia de las acciones mundiales contra el SIDA.	35
1.4-	Evolución histórica de los esfuerzos y políticas estatales de atención a los portadores de VIH/SIDA y desarrollo de la pandemia en El Salvador.....	36
CAPÍTULO 2: BASE TEÓRICA Y DOCTRINARIA DE LAS POLÍTICAS ESTATALES		
DEL VIH/ SIDA.....		
2.1-	Política Estatal Formal relativa a la prevención y control del VIH/ SIDA.....	46
2.2-	Principios que rigen la actual política estatal de prevención y control del VIH/SIDA.....	50
2.3-	Teorías y Doctrinas existentes para afrontar el problema que aparentemente se justifica con la escasez de recursos en el combate de la enfermedad.....	55
2.4-	Factores que originaron la creación de Criterios de Ingreso.	58
2.4.1-	Factores Sociales.	59
2.4.2-	Factores Culturales.	60
2.4.3-	Factores Económicos.	62
2.4.4-	Factores Médicos.	65
2.4.5-	Factores que justifican la elección de los actuales Criterios de Ingreso.....	72
CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DEL DERECHO POSITIVO RELATIVO A LA PROTECCIÓN DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD DEL PACIENTE SEROPOSITIVO.....		
		74

3.1-	Generalidades.....	74
3.2-	Normativa Nacional.....	74
3.2.1-	Constitución de la República de El Salvador (1983).....	74
3.2.2-	Legislación Secundaria Salvadoreña.....	76
3.2.2.1-	Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.....	76
3.2.2.2-	Código de Salud.....	78
3.2.2.3-	Código Municipal.....	78
3.2.3-	Jurisprudencia Nacional del Derecho a la Salud.....	79
3.2.3.1-	Caso de Amparo iniciado por el Sr. Jorge Odir Miranda contra el ISSS.....	79
3.2.3.2-	Caso de Amparo iniciado por el Sr. Oscar Ovidio Sánchez contra el MSPAS.....	79
3.2.3.3-	Caso de Amparo iniciado por la Sra. “N” y su menor hija “N” contra el MSPAS.....	80
3.1-	Normativa Internacional.....	81
3.3.1-	Ámbito Universal.....	82
3.3.2-	Ámbito Regional.	83
3.4-	Instrumentos internacionales sobre el tratamiento de las personas portadoras del VIH/SIDA.....	84
3.5-	Jurisprudencia Internacional del Derecho a la Salud.....	86
3.6-	Instituciones Gubernamentales.....	87
3.6.1-	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.....	87
3.6.2-	Concejo Superior de Salud.....	88
3.6.3-	Comité Nacional Contra el Sida (CONASIDA).....	89
3.7-	Instituciones Nacionales no Gubernamentales.....	90

3.8-	Otras Instituciones.....	91
3.9-	Instituciones Internacionales.....	91
3.9.1-	Organización Panamericana de la Salud.....	91
3.9.2-	Organización Mundial de la Salud.....	92
3.9.3-	Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/SIDA. (ONUSIDA).....	93
3.9.4-	Otras Instituciones.....	94
3.10-	Obstáculos que afrontan las instituciones que hacen efectivo el derecho humano a La salud y combaten la epidemia del SIDA.....	94
CAPÍTULO 4: EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD DEL PACIENTE SERO POSITIVO.....		
4.1-	Deficiencias de atención de la enfermedad VIH/SIDA.	97
4.2-	Análisis de la violación al derecho humano a la salud en la aplicación de los actuales criterios de ingreso.....	101
4.3-	Principios de derecho universal vulnerado.....	107
4.4-	Efectos del problema.....	113
4.5-	Alternativas de Solución.....	115
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		
5.1-	Conclusiones.....	118
5.2-	Recomendaciones.....	122
BIBLIOGRAFÍA.....		
	Libros.....	125
	Tesis.....	126
	Otras Fuentes.....	126
ANEXOS.....		
		132

INTRODUCCIÓN

La presente investigación sobre **LA VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA SALUD POR PARTE DEL ESTADO SALVADOREÑO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS CRITERIOS DE INGRESO PARA LA PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA A LOS ADULTOS PORTADORES DEL VIH/SIDA** se presenta como requisito previo a obtener el título académico de Licenciatura en Ciencias Jurídicas de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales de la Universidad de El Salvador.

Su propósito es determinar cuales son los principales fundamentos planteados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que originaron la creación y aplicación de Criterios de Ingreso discriminatorios, ante la necesidad de proporcionar la terapia antiretroviral a los adultos portadores de VIH/SIDA; comprobar su apego a normas de Derechos Humanos y su necesidad de implementación, todo lo cual permite plantear medidas alternativas para aumentar la cobertura y minimizar la pandemia, a través de la creación de políticas estatales que defiendan y hagan cumplir los Derechos Humanos.

Se realiza un estudio y análisis de la Teoría General de Derechos Humanos, de las normas nacionales e internacionales creadas para la defensa de los mismos, así como las normas administrativas hospitalarias para la selección de pacientes seropositivos que recibirán la Terapia Antiretroviral, y la concordancia de estas últimas con las anteriores. Dicho estudio se llevó a cabo a partir del año dos mil tres, en la zona metropolitana de San Salvador y específicamente en el Hospital Nacional Rosales por ser este el nosocomio encargado de la atención de la mayor cantidad de adultos portadores del

VIH/SIDA, se limitó al análisis teórico doctrinario de la aplicación de los Criterios de Ingreso.

Para el cumplimiento de las metas trazadas en la investigación se hizo necesario el planteamiento y logro de objetivos. Para tal efecto se plantearon un objetivo general y siete objetivos específicos los cuales se enuncian a continuación: como Objetivo General “Evaluar los criterios de ingreso del Protocolo de Atención de Personas Infectadas VIH/SIDA, utilizados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social”, y como específicos “Establecer el origen y desarrollo histórico de la legislación sobre VIH/SIDA, y de las políticas estatales para la atención del adulto sero positivo; analizar los fundamentos de las políticas estatales de salud actuales, para el establecimiento de los criterios de selección de pacientes sero positivos en la terapia antirretroviral; analizar la normativa legal nacional que regula la prestación al derecho a la salud; analizar los criterios de ingreso del Protocolo de Atención de Personas infectadas de VIH/SIDA con respecto a la normativa legal internacional ratificadas por el Estado Salvadoreño, que regule el Derecho a la Salud; determinar si la no accesibilidad al servicio de salud constituye un factor determinante al incremento de la pandemia SIDA; hacer un estudio sobre el derecho a la salud nacional e internacional y plantear políticas que faciliten al Estado la adquisición de recursos adecuados para incrementar la cobertura, con criterios de ingreso sin discriminación alguna”.

Para alcanzar dichos objetivos se elaboró una hipótesis general la cual se enuncia de la siguiente manera: “Los criterios de ingreso del Protocolo de Atención de Personas Infectadas VIH/ SIDA, utilizados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, constituyen una discriminación a los hombres adultos portadores del VIH que se ven en la necesidad de clasificar para acceder a la atención en el Hospital Rosales, siendo este un derecho humano”. Se plantearon también dos hipótesis específicas de la siguiente

forma: Las políticas del Estado Salvadoreño en cuanto a la adquisición de recursos obstaculizan la eliminación de criterios de selección de ingreso de pacientes sero positivos en la terapia Antiretroviral; y La clasificación de pacientes VIH+ para el acceso a la prestación del servicio de salud, constituye un factor determinante al incremento de la pandemia SIDA.

Así mismo se desarrolló una estrategia metodológica que consistió en una investigación bibliográfica y empírica , la primera se obtuvo de libros, revistas, tesis, periódicos, boletines y datos estadísticos relacionados con el tema, así como de diversas leyes, reglamentos, declaraciones internacionales y sentencias judiciales; la segunda mediante entrevistas dirigidas a personas consideradas informantes claves, clasificados en tres grupos: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ONG'S, y especialistas en Derechos Humanos, tal como se presenta en las fuentes de información al final del presente trabajo.

La estructura de dicho trabajo se presenta en cinco capítulos. El primero que contiene la evolución histórica de los Derechos Humanos a nivel mundial, su definición y características, así mismo la evolución del Derecho Humano a la Salud y el origen y evolución del SIDA a nivel mundial y nacional, así como de las políticas estatales relativas a la prevención y control de la pandemia.

En el segundo capítulo se realiza un análisis teórico y doctrinario de las políticas estatales relativas a la prevención y control del VIH/SIDA, sus principios y los factores que originan y justifican dentro de dicha política la creación de criterios de ingreso.

Dentro del capítulo tres se hace un análisis de la regulación legal de los Derechos Humanos y especialmente del Derecho Humano a la Salud, a la Vida y la No

Discriminación de los portadores de VIH/SIDA, a partir de la Constitución de la República de El Salvador, el Derecho Internacional, la Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, entre otras, e Instituciones Nacionales e Internacionales relacionadas con la problemática.

En el capítulo cuatro se establece la situación actual del Derecho Humano a la Salud con relación al VIH/SIDA, evidenciándose la violación del Derecho Humano a la Salud del seropositivo ante la negación de la Terapia Antiretroviral, la implementación de los criterios de ingreso discriminatorios, y la falta de voluntad política en la búsqueda de recursos para propiciar la cobertura universal; así mismo se analizan las deficiencias del Sistema Nacional de Salud, los principios de derecho universal vulnerado, los efectos que estos ocasionan y las posibles alternativas de solución.

Finalmente en el capítulo cinco tomando como parámetro los estudios teóricos doctrinarios planteados y los resultados obtenidos en la investigación empírica se fundamentan las conclusiones pertinentes, detallando la comprobación de las hipótesis planteadas, así mismo se hacen las recomendaciones consiguientes para contribuir a la solución de la problemática abordada.

GLOSARIO NOMENCLADOR

CARGA VIRAL:

La cantidad de virus en la sangre.

CD4+:

Conocidos por Células T o glóbulos blancos.

CUIDADOS PALIATIVOS:

Alivio de sufrimientos

ELISA:

(Enzyme linked immunosorbent assays) Prueba para la detección de anticuerpos al VIH mediante ensayos enzimáticos de inmunoabsorción realizada.

ETS:

Enfermedad de Transmisión Sexual; es decir enfermedad que puede contraerse mediante las relaciones sexuales. El SIDA es una enfermedad fundamentalmente que se transmite por vía sexual.

INFECCIÓN OPORTUNISTA:

Infección provocada por un microorganismo que el cuerpo habitualmente tolera bien y que sólo se vuelve patógeno cuando las defensas del cuerpo esta deprimidas. Las manifestaciones más graves del SIDA son causadas por infecciones oportunistas.

LICENCIA OBLIGATORIA:

Autorización concedida a un Gobierno o Empresa para fabricar o vender un medicamento sin permiso del titular de la patente; sólo puede otorgarse en casos de emergencia vinculada a la Salud Pública.

LINFOMA:

Cualquier tumor maligno de los ganglios linfáticos (fluido incoloro que contiene glóbulos blancos que pasan desde los tejidos hacia el cuerpo a través del sistema linfático).

MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRICOS O RETROVIRALES:

Sustancias que reducen la carga viral y fortalecen el sistema inmunitario. Todas están patentadas; son, por lo tanto, caras y han de ser utilizadas combinando varias para ser eficaces.

MEDICAMENTOS GENÉRICOS:

Medicamentos sin marca de fábrica, que pueden ser producidos sin licencia habitualmente después de que la patente original perteneciente al titular original a caducado.

MEDICAMENTOS PATENTADOS:

Los que “pertenecen” a una empresa farmacéutica; fabricados y vendidos exclusivamente bajo la marca de fabrica del titular de la patente o licencia.

PATENTE:

Propiedad legal de una invención o descubrimiento, habitualmente garantizada por veinte años.

RESISTENCIA:

Se produce cuando un virus desarrolla la capacidad de “resistir” a un medicamento, lo cual ocurre normalmente cuando el tratamiento se interrumpe o se dejan de tomar

repetidamente las dosis prescritas, o bien se toman los medicamentos en combinaciones inadecuadas. La resistencia puede aumentar con la difusión del virus.

SARCOMA DE KAPOSI:

Tipo de cáncer que provoca múltiples tumores de los ganglios linfáticos o de la piel, cuya aparición es frecuente con personas con sistemas inmunitarios deprimidos, como consecuencia por ejemplo, del SIDA.

SEROPOSITIVO O VIH POSITIVO (VIH +):

Persona que un análisis selectivo presenta anticuerpos de VIH. Esa persona a estado en contacto con el VIH, y debe de ser considerada potencialmente contagiosa a través de la sangre y las relaciones sexuales. Cuando al análisis no detecta anticuerpos, se dice que la persona en cuestión es seronegativa o VIH negativa.

SIDA:

“Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida”, enfermedad grave causada por el virus VIH, que destruye las defensas inmunitarias del organismo, que pasa a ser víctimas de grandes infecciones oportunistas y ciertos tipos de cáncer.

TRANSCRIPTASA REVERSA:

Es la encima que permite al VIH incorporar su genoma al ADN de la célula huésped en un proceso denominado transcripción.

TRANSMICIÓN PERINATAL O VERTICAL:

Transmisión durante el embarazo, parto o lactancia materna.

TERAPIA COMBINADA:

Terapia que recurre a más de un medicamento una enfermedad.

VIH:

“Virus de Inmunodeficiencia Humana”, provocador del SIDA. Existen dos tipos fundamentales de SIDA: el VIH 1, que es el causante la pandemia mundial del SIDA, y el VIH 2, que también provoca SIDA pero se da principalmente en África Occidental.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICOS:

Conjunto de actividades que permiten reunir información indispensable para conocer oportunamente el comportamiento o la historia natural de la enfermedad y así detectar o prevenir cambios que puedan ocurrir en ella a causa de una alteración de sus factores condicionantes; esta información tiene como finalidad identificar medidas que lleven a la prevención y control de la enfermedad.

VIRUS:

Agente Infeccioso causante de numerosas enfermedades en todos los seres vivos, se trata de partículas extremadamente pequeñas (solo puede verse con un microscopio electrónico), a diferencia de las bacterias sólo puede sobrevivir y multiplicarse a través de una célula viva y a sus expensas (por ejemplo el VIH causante del SIDA).

WESTERN-BLOT:

Prueba confirmatoria.

PÁGINA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

AIDS:	Siglas en inglés de SIDA.
ANEP:	Asociación Nacional de la Empresa Privada.
CDC:	Centro de Prevención y Control de Enfermedades.
CDHES:	Comisión de Derechos Humanos de El Salvador.
DDH-SL:	Departamento de Derechos Humanos del Sínodo Luterano.
CODEFAM:	Comité de Familiares de Personas que se les Violaron los Derechos Humanos.
CONASIDA:	Comité Nacional Contra el SIDA.
CPDH-	Centro de Promoción de Derechos Humanos.
EEUU-	Estados Unidos de Norte América.
ETS-	Enfermedad de Transmisión Sexual.
FUNDASIDA-	Fundación Nacional de Prevención, Educación y Acompañamiento de la persona con VIH/SIDA.
FNUAP-	Fondo de Población de las Naciones Unidas.
GOES-	Gobierno de El Salvador.
ICASO-	Consejo Internacional de Organizaciones de Servicios sobre el SIDA.
IDHUCA-	Instituto De Derechos Humanos De La Universidad José Simeón Cañas
FESPAD-	Fundación de Estudios para la Aplicación del Derecho
ISSS-	Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

ITS-	Infecciones de Transmisión Sexual.
MSPAS-	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
MINED-	Ministerio de Educación.
OEA-	Organización de los Estados Americanos.
OG'S-	Organizaciones Gubernamentales.
ONG'S-	Organizaciones no Gubernamentales.
ONU-	Organización de las Naciones Unidas.
ONUSIDA-	Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH/SIDA.
OMS-	Organización Mundial de la Salud.
OPS-	Organización Panamericana de la Salud.
PASCA-	Proyecto Acción SIDA de Centro América.
PDDH-	Procuraduría para la Defensa de Derechos Humanos.
PNUFID-	Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas.
PMA-	Programa Mundial de Alimentos.
PMS-	Programa Mundial Sobre SIDA.
PNUD-	Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo.
SIDA-	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SNF-	Secretaría Nacional de la Familia.
TAR-	Terapia Antiretroviral.
UNAIDS-	Siglas en inglés del ONUSIDA.
UNICEF-	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

- UNESCO- Organización de las Naciones Unidas para la Ciencia, la Educación y la Cultura.
- UNFPA- Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- USAIDS- Agencia Internacional de los Estados Unidos para el Desarrollo.
- VIH- Virus de Inmunodeficiencia Humana.

CAPÍTULO 1: ORIGEN Y DESARROLLO HISTÓRICO DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD CON RELACIÓN AL VIH/SIDA Y DE LAS POLÍTICAS ESTATALES CREADAS PARA LA ATENCIÓN DE SUS PORTADORES.

1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS DERECHOS HUMANOS.

Los Derechos Humanos han estado presentes desde el inicio de la Humanidad, pero su reconocimiento se dio a mediados del siglo XIX y toman apogeo en el siglo XX, es de considerar, que los Derechos Humanos tienen muchos antecedentes, luchas y sufrimientos que padecieron todos aquellos que buscaban el reconocimiento de estos Derechos inherentes al ser humano. Iniciando el Derecho Natural desde el pensamiento Pre-socrático y después el pensamiento Helénico-Romano, en el que se establecía la existencia de una Ley Universal, hasta nuestros días con las Declaraciones de Derechos a los hombres, se han debido de hacer cambios trascendentales en la conciencia de quienes gobiernan y por qué no decirlo, también en las mismas personas que han de poder exigir su goce. El hecho es que a medida que evolucione la sociedad, así evolucionarán sus sistemas normativos, por tal motivo la historia no está del todo escrita.

1.1.1 ORIGEN DE LOS DERECHOS HUMANOS

1.1.1.1 EDAD ANTIGUA

Período de la historia considerado como la primera edad, que comprende desde el año 4000 a. C.- 476 d. C. En dicho lapso se dio la Comunidad Primitiva, en la que todos los hombres gozaban de iguales derechos y no existía la discriminación, tomando como base fundamental: “el trabajo colectivo, la no-explotación, respeto a la dignidad e igualdad, este momento en la historia, estuvo acompañado de las primeras reglas de conducta, que se denominaron costumbres, que no eran exigibles por medio de la coerción, si no mas bien, por la autoridad de los más antiguos de la comunidad. Para llevar esta armonía

debía de existir alguien que liderara la comunidad, con lo que se le da la autoridad del líder, no se observa en este período un surgimiento del Estado y el reconocimiento de derechos, encasillados en un Derecho Positivo.

En los comienzos de las civilizaciones más relevantes de la humanidad que proporcionaron, bases para los conocimientos que hoy tenemos, se suscitaron los primeros principios de índole filosófica con respecto al valor de la persona humana. Hay que hacer notar que imperios como el Romano y el Griego se daba protección a los derechos como a la vida y a la propiedad, debemos hacer mención que en estos imperios no existió¹ un reconocimiento de los gobernantes a la calidad de ser humano y sus derechos inherentes, por el contrario predominaba una desigualdad entre los llamados ciudadanos y los esclavos o no ciudadanos, ya que su extraordinario desarrollo cultural fue producto de la explotación del hombre por el hombre.

1.1.1.1.1 PLANTEAMIENTO GRIEGO

Pese al Esclavismo, el pensamiento de los filósofos resaltaba la dignidad del hombre, su espíritu y valor; es así como Hesíodo en el siglo VII antes de Cristo, en la obra “Los Trabajos y los Días”, hace mención de la ”existencia de una ley divina que estaría por encima de la ley que dan los hombres, y que ante el conflicto de una y otra, prevalecería La Divina”². Creando así las bases de la primera idea del “Jusnaturalismo”, proponiendo la primacía de las leyes naturales (las disposiciones de los dioses), sobre las leyes humanas (las creaciones del hombre), por lo que se considera al Derecho Natural como antecedente inmediato de los Derechos Humanos. Es así como podemos decir que los

¹ Beltrán Galindo y otros. “Manual de Derecho Constitucional” Tomo II, tercera edición. Talleres Gráficos U.C.A. Pág. 672.

² Thompson, José. “Las Garantías Penales y Procésales en el Derecho de los Derechos Humanos”. Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente. (ILANUD). Unidad Modular I. San José, Costa Rica, 1988. Pág. 6.

Derechos Humanos son tan antiguos como el hombre mismos, ya que “se dan para el hombre por el mismo hombre”³.

La Escuela Filosófica de los Estoicos, al final del Siglo IV A. de C., sostenía que: la igualdad entre todos los hombres, era producto de la racionalidad que se comparte pese a la existencia de diferencias individuales.⁴ Este pensamiento de la racionalidad como la base del Derecho Natural sirvió de gran manera para fundamentar la teoría de los Derechos Humanos.

Con el pensamiento de Sócrates (Siglo III A. de C.) se daba más fuerza a la idea del Derecho Natural y, mantenía que: “el hombre había nacido en un plano de igualdad con sus semejantes; proclamó el principio de la racionalidad en todos los actos de la vida individual y pública, llegando hasta sostener que el gobernado debía obedecer los imperativos de su razón, con preferencia a las leyes positivas estatales, injustas e irracionales, pretendiendo que toda la actuación humana, social o particular, se sujetase a una norma ética de validez universal”.⁵

Con clara diferencia marcada, Platón subestima los derechos de los individuos frente al Estado; según él se debía asimilar al individuo, con lo cual se justificaba las desigualdades de clases, la abolición de la propiedad privada y la inexistencia de la familia, para así poder consolidar al Estado ideal, por lo cual él creía que los hombres mejor preparados debían de gobernar a los que no tenían capacidad para hacerlo⁶.

Para Aristóteles, “las autoridades deberían asumir un papel de tolerancia o consenso frente a una determinada actividad libre del ciudadano, pero nunca se deberían ver obligados a respetarla como si se tratara de un verdadero derecho”⁷, ya que si el hombre quería alcanzar un grado de perfección, debía de tener un radio de libertad, con lo cual se

³ Luna Humberto Oscar. “Hablemos de Derechos Humanos.” Editorial de la Prensa Gráfica, publicación del 7 de enero de 2002.

⁴ Thompson, José. Op. Cit. Pág. 8.

⁵ Burgoa, Ignacio. “Las Garantías Individuales”, segunda Edición, Edit. Porrúa, México, 1954. Pág. 36 y 37.

⁶ Salem Howard. “¿Qué es la Filosofía?” Pág.18.

⁷ Burgoa, Ignacio. Op Cit. Pág. 37.

debía de limitar el poder Estatal. Con esto Aristóteles, no busca la protección de lo Derechos Humanos por parte del Estado, sino que trata de justificar la esclavitud y la existencia de clases sociales.

Pero estos principios nunca lograron obtener fuerza y tuvieron que sucumbir por el sistema esclavista de la era, manteniendo la desigualdad entre los hombres, hasta llegar a ser legítima.

1.1.1.1.2 PLANTEAMIENTO ROMANO

En Roma, ya se ha dicho que existía una clara desigualdad social, su normalidad fue tal que se institucionalizó, pero no obstante, de existir esa realidad, los pensadores romanos como Cicerón y Marco Aurelio, al igual que Hesíodo, planteaban la existencia de una ley universal aplicable por igual a todos los hombres.

De las muestras más importantes de la protección de los Derechos Humanos se tiene en la época de la República la “Ley de las Doce Tablas”⁸; en ellas se consagraba principios que daban una cuasi seguridad jurídica de los gobernados frente al poder público.

Con el surgimiento del Cristianismo⁹, se inicia una revuelta en el pensamiento del Imperio Romano, con la introducción de la doctrina Cristiana y su principio de “Igualdad entre los hombres, por ser imagen y semejanza de Dios.” Es tanta su influencia que el gran imperio Romano fue cediendo a sus prácticas politeístas. Fue específicamente en “el año 313 con el Edicto de Milán.”¹⁰ cuando el Emperador Constantino proclamó el Cristianismo como religión oficial del Imperio Romano.

1.1.1.2 EDAD MEDIA

Este período comprendido desde el año 476-1453 d. C. inicia con la caída del Imperio Romano Occidental con las invasiones de los pueblos Bárbaros del norte de Europa y

⁸ Petit, Eugene. “Tratado Elemental de Derecho Romano”, cuarta Edición, Editorial Porrúa. México, 1988, Págs.37 y 38.

⁹ Montenegro, Walter. “Introducción a las doctrinas Político-Económicas.” Primera Edición. Pág. 119.

¹⁰ Grupo Editorial Océano. “Océano Uno, Diccionario Enciclopédico” Edición de 1992.

Asia, con lo que se fracciona el Imperio Romano en Estados Independientes, en dicho período no existía la protección o un respaldo Jurídico por parte del Estado, por ser un régimen político absolutista y despótico, donde la libertad era nula y prevalecía: La venganza privada, (Ley del Talión) como principal forma de hacerse justicia entre los hombres.

Al iniciarse la Etapa Feudal, no hubo un reconocimiento por el Estado de lo que conocemos como Derechos Humanos, se dan elementos muy particulares como; el dominio del poseedor de la tierra (Dueño de ella), respecto de aquellos que la cultivaban, con lo que se originó la servidumbre. La propiedad territorial, daba a su titular un poder de hecho y de mero derecho, sobre quienes la trabajaban, que debían dar reverencia y jurar obediencia al terrateniente o señor feudal.

La propiedad de los feudos provenía del Rey, quien por el vasallaje de los nobles, les entregaba grandes porciones de tierra llamados Feudos, teniendo sobre ellos Derechos de Soberanía Jurisdiccional.

Durante la Municipal (etapa final de la edad media), se origina también un régimen de legalidad que “limitaba y sometía la autoridad del señor feudal en beneficio de los habitantes de las ciudades”¹¹, por lo que se creó una legislación especial llamada de Derecho de Cartulario, originada por el incremento económico y político que adquirieron los pueblos medievales.

Con el surgimiento de la Carta Magna, en Inglaterra el 17 de julio de 1215, por el Rey Juan Sin Tierra, donde se determinaban los derechos y los deberes del Rey y de los vasallos, dando ciertos privilegios a algunos grupos de personas, permitió que poco a poco se obtuvieran los Derechos Individuales¹².

¹¹ Burgoa Ignacio. Op. Cit. Pág. 41.

¹² Vid. Pacheco, Máximo. “Los Derechos Humanos, Documentos Básicos.” Cap. I. Pág. 12. Edit. Jurídica de Chile .1987.

El pensamiento Cristiano¹³, influyó en la creación de nuevas Teorías Jurídicas, Políticas y Filosóficas, que sustituyeron la Soberanía Real por la Soberanía Popular, en la cual los gobernantes son servidores del interés del pueblo, siendo necesario que observaran los principios del Derecho Natural, del Derecho Divino y del Derecho de la Gente. La Iglesia Católica tuvo grandes exponentes de su doctrina tales como San Agustín creador de la “Patrística”¹⁴ y Santo Tomás de Aquino con la “Escolástica”, influyendo en el pensamiento político–Social de su tiempo, puesto que sus doctrinas planteaban la idea de la existencia de Leyes Superiores, el llamado Derecho Natural, que es anterior y superior a las dictadas por el hombre (Derecho Positivo); estos planteamientos eran mantenidos por Santo Tomás de Aquino¹⁵, siendo el fundamento para la idea del “Bien Común”, con lo cual se restringía la forma de actuar de los gobernantes. Pero este planteamiento del bien común no era aceptado por la Monarquía Absoluta.

No obstante de haber jugado un papel muy importante en este período, por sentar las bases del pensamiento del respeto de la dignidad humana, por el principio “ Igualdad entre los hombres, por ser imagen y semejanza de Dios”, la Iglesia Católica fue también la causante de interrumpir el avance científico de la era y prolongar la Era del Oscurantismo por medio de la Inquisición en nombre de la Fe, dando una actitud intransigente para con los otros credos religiosos existentes, amenazando (maldición del castigo eterno en el infierno) y castigando a todo aquél que participaba de otra creencia religiosa, castigos físicos que iban desde los inhumanos encierros y torturas, hasta las criminales ejecuciones por ahorcamiento, decapitación, estiramiento y hoguera. Por lo que se dejaban de lado los Principios de amor al prójimo y tolerancia de la Doctrina Cristiana.

¹³ Tinetti, José Albino. “Derecho Constitucional, Temas Introductorios relacionados con los Derechos Fundamentales.” (Versión mimeografiada) Págs. 3 y 4.

¹⁴ Flores Sosa, Joaquín. “Filosofía II.” Edit. Publitex, tercera edición. Págs. 84 – 86.

¹⁵ Flores Sosa, Joaquín. Op. Cit. Págs. 87 – 89.

1.1.1.3 EDAD MODERNA

La tercera edad de la historia comprendida de 1453 a 1789, comienza con el Renacimiento¹⁶; dentro de este movimiento surge una era de Humanismo¹⁷ y de grandes descubrimientos, donde aparecen inventos notables; se descubre el continente americano (1492), el modo de producción capitalista substituye al feudalismo; Inicia la famosa “Reforma Religiosa” con Martín Lutero (1483-1546); se crean Movimientos científicos, artísticos- Literarios, que tomando al ser humano como el centro del universo, le dan una revalorización al hombre y se inicia el respeto de sus derechos, por lo que se positivizan los Derechos Humanos.

A partir del siglo XV con el aparecimiento del movimiento renacentista, surgen nuevas corrientes religiosas y filosóficas que generan la solidez de los derechos humanos; el renacimiento en materia de derechos humanos recibe uno de los aportes más importantes: La creencia de los derechos naturales cambia de Dios al hombre mismo, es decir que ya no se considera a Dios como centro del universo, por lo que el hombre se vuelve más valioso y pasa a ser el centro del universo, lo que genera una preocupación más seria por los valores del ser humano.

La crisis en la iglesia católica, origina la lucha entre católicos y protestantes, estas luchas religiosas terminan con el Edicto de Nantes en 1598 y con la Paz de Westfalia en 1648; resultando de ellas el reconocimiento formal de la libertad de conciencia (o pensamiento), y la libertad de culto o religión, podría decirse que éstos son

¹⁶ M.M. Rosental y P.F. Ludin. “Diccionario Filosófico” 1971. Págs 400 y 401.

¹⁷ Juan Bustos Ramírez en su obra “El Pensamiento Criminológico” en la Pág. 15 se refiere a sus pensadores: “Consideraron a la razón como la medida crítica de las instituciones sociales y de su adecuación a la naturaleza humana. El hombre, es esencialmente racional, y su racionalidad puede llevarlo a la libertad. También creían en la perfectibilidad del hombre. El hecho de ser infinitamente perfectible significaba que, criticando y modificando las instituciones sociales, el hombre podía conquistar grados cada vez mayores de libertad.”

prácticamente los primeros Derechos Humanos reconocidos a los hombres, a partir de este momento que se inicia el proceso de positivación de los Derechos Humanos.

La Escuela Clásica del Derecho Natural, en el siglo XVII contribuyeron al desarrollo de los Derechos Humanos, con pensadores como: John Locke con “Las Cartas sobre la Tolerancia” y Thomas Hobbes con el “Leviatán”, relacionadas con los derechos y libertades del hombre¹⁸.

Sin dejar de lado a Charles Louis de Secondant, Barón de Montesquieu (1689-1755) en el siglo XVIII con el “Espíritu de Las Leyes”, dando el concepto de la Ley, y también de la Ley Moral, Natural y Política; pero tal vez su aportación más grande es la elaboración de la teoría de la división de Poderes del Estado en Legislativo, Ejecutivo y Judicial.

Juan Jacobo Rosseau, crítica severamente la situación en que se encuentra el hombre, por medio de su obra “ El Contrato Social”¹⁹, por la desigualdad social y económica, abogando por el establecimiento de una sociedad justa que acerque al hombre a su estado originario en el que nació antiguamente, mediante un contrato o pacto entre todos los miembros de la Sociedad Civil; el francés Francois Marie Arouet, conocido como Voltaire²⁰ (1694-1778) con su obra “El tratado sobre la tolerancia”; el escritor y político británico Thomas Paine (1737-1809) con su obra “La edad de la razón” y entre otros John Adams (1735-1826) y Thomas Jefferson (1743-1826); principales redactores de la Declaración de la Independencia Norteamericana; y quienes llegaron a ser el segundo y tercer presidente de los Estados Unidos de América²¹.

Como resultado de todo el movimiento filosófico, político y religioso que se convirtió además como movimiento Revolucionario en Francia e independentista en los Estados Unidos, surgieron otras obras doctrinarias como: “De Los Delitos Y Las Penas” de

¹⁸ Flores Sosa, Joaquín. Op. Cit. Págs. 94 – 97.

¹⁹ Flores Sosa, Joaquín. Op. Cit. Pág. 108.

²⁰ Flores Sosa, Joaquín. Op. Cit. Pág. 107.

²¹ Degler N., Carl. “Historia de Estados Unidos, 1600 – 1860” Primera Edición. Edit. Ariel. S.A. 1986. Pág. 113.

César Bonenssana, Marqués de Beccaría; opúsculo de Derecho Penal que sustentó las primeras garantías y Derechos de las personas detenidas.

En este periodo que comprendió hasta las Revoluciones del siglo XVIII, se adoptaron además otros instrumentos jurídicos relacionados con los Derechos Humanos, que contribuyeron a la Positivación de éstos. Entre los más importantes podemos mencionar los siguientes.

1.1.1.3.1 SIGLO XVI²².-

- a) El decreto del Rey Carlos I de España, sobre la esclavitud de Indias (1526). En el cual el rey abogaba por la libertad de los indios americanos y por no someterlos a esclavitud alguna.
- b) Las Nuevas Leyes de Indias de 1524. Protegía al aborigen contra posibles abusos de los Españoles, Criollos, y Mestizos, recomendaba su evangelización; más nunca significaron derechos que el indio pudiera oponer al poder público.

1.1.1.3.2 SIGLO XVII.-

- a) El Pacto de May Flower, de 1620, durante el cual los Colonizadores europeos pactaron constituirse en una comunidad política y emitir Leyes que rigiesen y garantizaran el orden de la comunidad respetando sus derechos.
- b) La Petición de Derechos Ingleses (Petition of Right), en 1628. Confirmó las garantías conferidas en Cartas anteriores que habían sido atropelladas.
- c) El Acta de Tolerancias de Maryland en 1649. Reconocía la Libertad de religión y protegía los fieles contra todo tipo de ataques y represalias en su persona o en sus bienes, a causa del ejercicio de su religión.

²² Cf. Beltrán Galindo, Francisco y otros. Op. Cit. Pág. 674 y 675.

d) El Acta de Enmienda del Habeas Corpus de 1679; en el cual la Corona Inglesa reafirmaba el Habeas Corpus a favor de las personas detenidas por delitos, lo ampliaba a otras personas y establecía un procedimiento mas definido, con señalamiento de plazos, destinatarios, beneficiarios, etc. En este procedimiento ya se involucra a la autoridad judicial.

e) La Declaración de Derechos Inglesa (Declaration of Righth) de 1689. En ellas se reconocen derechos judiciales al detenido, y se suprime la tortura y los tratos crueles, como penas o sanciones o delitos.

1.1.1.3.3 SIGLO XVIII.-

a) “La Declaración de Derechos del Buen Pueblo de Virginia” en 1776. En este documento los pobladores de Virginia reconocieron en asamblea publica la existencia de ciertos derechos y libertades; entre ellos: El Derecho a la Vida y al Libertad Personal, el derecho a la Propiedad, Derecho a Elecciones Libres. También ciertas garantías judiciales: Derecho del Acusado a conocer la causa de su detención, Derecho a presentar en Juicio testigos a su favor y el Derecho a ser juzgado sin demora por jurado imparcial. Se reconocía el Principio de Legalidad en materia penal. Se reconocía asimismo la Libertad de Prensa, y se establecía la separación de poderes dentro del Estado.

b) La Declaración de Independencia de Estados Unidos en 1776; en ella se establecen ciertos principios rectores de la organización política Norteamericana, y se reafirman los Derechos Humanos hasta en ese entonces reconocidos.

c) La Constitución de Estados Unidos en 1787. Constituye la primera Constitución en la historia moderna; esta Constitución no reconocía Derechos Humanos ya que estos fueron reconocidos por primera vez a nivel Constitucional en 1789 con las diez enmiendas a la misma.

El siglo XVIII, conocido como el Siglo de las Luces, o el aparecimiento de las luces; en su última etapa se observa de manera mas sistematizada y concreta, con el reconocimiento formalizado de los Derechos Humanos en las diferentes legislaciones de los Estados; con ello se llega a una concepción universal de lo Derechos Humanos, favoreciendo como sujetos pasivos a todos los hombres, sin distinción de ninguna índole.

1.1.1.4 EDAD CONTEMPORÁNEA

Durante esta etapa que inicia a partir de la revolución francesa hasta nuestros días²³, se fortalece el Capitalismo, basado principalmente en la existencia de la propiedad privada. Este movimiento revolucionario permitió el surgimiento de las principales declaraciones de derechos y de las primeras constituciones que contenían leyes relativas a los derechos humanos, los cuales se presentan de una manera mas definida y sistemática.

Por razones de forma y con el objeto de ilustrar más al lector en la evolución histórica de los derechos humanos. Hacemos aquí una pequeña intervención para plantear la clasificación de éstos, para luego así continuar con el desarrollo histórico de los derechos humanos ya clasificados.

1.1.2 CLASIFICACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

Aunque no existe acuerdo en la doctrina en enumerar y clasificar los derecho humanos, puesto que cada uno de ellos han nacido en contextos diferentes. Podemos considerar aceptable la clasificación doctrinaria más común; comprendidos éstos en una división de tres grupos; basados en su origen, los cuales se denominan en generaciones. Es así como a los Derecho Civiles y Políticos se les denomina derechos de primera Generación; los cuales tienen como fin principal la protección de la libertad; la seguridad y la integridad

²³ Aunque de acuerdo a un boletín radial de la cadena ASDER; “Revista Cultural” se comentó que actualmente se considera la existencia de una quinta edad, la Post-modernista, que inicia con la caída del Muro de Berlín. Alemania, en 1992, noviembre 2003.

física y moral de la persona. La segunda generación la conforman los Derechos Económicos; Sociales y Culturales; los que buscan como fin principal garantizar la justicia social; el bienestar económico, y el goce de los beneficios de la educación y la cultura; y a la tercera generación corresponden los Derechos de los Pueblos o de Solidaridad, cuyo fin primordial es el bienestar de todos los pueblos del mundo. Es decir la humanidad. Vemos pues que se han clasificado de acuerdo al momento coyuntural en que surge su aparición.

1.1.2.1 DERECHOS DE LA PRIMERA GENERACIÓN

Los movimientos revolucionarios de finales del siglo XVIII, dieron un importante aporte al desarrollo y reconocimiento de los Derechos Humanos. En el siglo XVIII se producen las revoluciones francesa bajo la consigna “Libertad, Igualdad y Fraternidad” y norteamericana producto de los conflictos políticos de la época²⁴; las cuales influyeron en el mundo entero por provocar luchas internas que ocasionaron violaciones e irrespeto de todos los derechos que como habitantes tenían las personas especialmente el derecho a la vida. En esta etapa fueron reconocidos formalmente los derechos de las personas como Derechos Individuales (Derechos Civiles y Políticos o de la primera generación), estos derechos quedaron plasmados en documentos legales internos de cada país, llamados Constituciones.

En esta época se adoptaron importantes declaraciones de derecho, entre las más importantes tenemos: La Declaración del Buen Pueblo de Virginia en 1776; La Declaración de Independencia de lo Estados Unidos en el mismo año y la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano en 1789. Estas declaraciones reconocían entre otros, los siguientes derechos: A la Vida; A la Propiedad Privada; Al voto de las personas detenidas; Libertad de palabra y Prensa; Libertad Religiosa y otros Derechos Individuales.

²⁴ Degler N., Carl. Op. Cit. Págs. 20 - 22.

Con la revolución francesa nace “La Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano”(Declaración Francesa), proclamada el 26 de agosto de 1789 en Paris, Francia; la cual fue incorporada posteriormente a la Constitución Francesa de 1791 y les otorga rango constitucional es decir, rango de ley fundamental o primaria del estado francés. Esta declaración reconoce que los hombres nacen y permanecen libres e iguales en derechos; que el fin de toda asociación política es conservar los derechos imprescriptibles del hombre, es decir los derechos naturales, por ejemplo: Derecho a la Libertad, a la Seguridad, a la Propiedad y la Resistencia a la Opresión. Ese mismo año con las primeras 10 enmiendas²⁵ a la Constitución Federal de los Estados Unidos de América, en la que se reconocen varios derechos y libertades fundamentales del hombre como: La Libertad de Prensa, Libertad Religiosa, el Derecho de Reunión Pacífica, Derecho al Domicilio y a la Vida Privada, Derecho a la Seguridad de la Persona Humana, Derecho a Disponer de un Proceso Legal en Caso de Acusación Penal, Derecho a Disponer de un Defensor y Aportar Pruebas de Descargo en el Proceso Penal, Derecho a las Personas Detenidas a no ser Castigadas con Tratamientos Crueles y finalmente Derecho a Pedir Reparación al Gobierno en Caso de Agravio Personal.

En 1793 se adoptó la “Segunda Declaración Francesa del Hombre y del Ciudadano”, con la cual se amplió el reconocimiento de los derechos y libertades de la primera declaración y se reconoce el derecho de petición del ciudadano, el derecho a la instrucción y otros. También se da el surgimiento de nuevos Estados con sus propias constituciones y leyes secundarias lo cual fortifica y aligera el proceso de positivación de los Derechos Humanos; se da la proliferación de leyes y derechos relacionados con la esclavitud, el sufragio el sexismo y el racismo.

²⁵ Pacheco G. Máximo. “Los Derechos Humanos. Documentos Básicos” Editorial. Jurídica de Chile. 1987. Cap. I. Págs. 26-28

En el siglo XIX las corrientes socialistas critican fuertemente al régimen democrático liberal desencadenando la formación de movimientos políticos que abogan contra la injusticia que es lo que caracterizó a este régimen.

Desde los últimos años del siglo XVIII hasta los inicios del siglo XX, con el surgimiento y evolución de los Derechos Humanos (suscitado en el marco del Estado Liberal de Derecho²⁶) se da un máximo aporte a su reconocimiento formal, por medio de declaraciones pragmáticas y consecutivamente al plasmarse en cuerpos normativos internos de los Estados, es decir en constituciones y leyes secundarias; siendo esto el fruto de la corriente positivista; reconocida posteriormente como una de las corrientes filosóficas de mayor importancia en el siglo XIX, para la cual “el derecho se expresa solamente como ordenamiento efectivo de la convivencia social en un momento histórico determinado”²⁷, en contraposición a la corriente Jusnaturalista, basada en un pensamiento divino. El Estado Liberal de Derecho, defiende principalmente por el reconocimiento de los derechos individuales del hombre; el proceso de positivación se ve fortificado por las revolucionarias formas de pensamiento que dan vida a concepciones filosóficas, políticas y jurídicas y que se perciben principalmente en el siglo XX.

1.1.2.2 DERECHOS DE LA SEGUNDA GENERACIÓN

Las Revoluciones del siglo XVIII tenían una clara inspiración burguesa, desentendida de los Derechos de la prole, lo que sobrellevó a orientar la lucha hacia la conquista de los derechos económicos y sociales, de contenido laboral y económico, que garantice el trabajo y la seguridad personal en el mismo, salarios justos y la libertad de sindicalización entre otros.

²⁶ Bustos Ramírez, Juan y otros. Op. Cit. Pág. 14.

²⁷ Gutiérrez, Carlos José. “Lecciones de Filosofía del Derecho” 1º Edición. Editorial Tridente, Madrid, 1964. Pág. 64.

En el siglo XIX, con el auge y el desarrollo del Capitalismo, se inician las luchas de los trabajadores por sus derechos; alrededor del mundo se organizan e inician otras Revoluciones, como la Mexicana y la de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), reconociéndose formalmente a través de ellas Los Derechos Económicos Sociales y Culturales, también conocidos como derechos sociales o de segunda generación²⁸.

En la evolución de los Derechos Humanos, es necesario tener en cuenta que en el siglo XIX y XX se dieron los más grandes avances para el establecimiento de éstos como parte del Derecho Positivo de las naciones y también en el reconocimiento Internacional. Con una marcada lucha revolucionaria y los avances en Constituciones de México, la Unión Soviética y Weimar, en los inicios del siglo XX, sembraron con su ejemplo la semilla para que otras naciones adoptaran en sus leyes secundarias y más aun en sus Cartas Magnas.²⁹

Es necesario que consideremos que estos Derechos, los procura el Estado y tiene el deber de erradicar los obstáculos para su ejercicio; desde sus capacidades deben buscar que toda la población pueda acceder a ellos.

El siglo XIX fue importante en la historia de los Derechos Humanos, dado que el proceso de positivación interna de los mismos. Las corrientes socialistas critican enérgicamente el régimen democrático liberal, con lo que plorifera la formación de movimientos políticos que abogan contra la injusticia, incluso la Iglesia Católica elabora la Encíclica “Rerum Novarum”, la cual es considerada el primer documento de la Doctrina Social de la Iglesia, por que critica: Los extremos del Capitalismo y propone

²⁸ Consorcio de O.N.G.'S de Derechos Humanos de E.S. “Guía Didáctica para educadores y educadoras de D.D.H.H.” ANHER Impresores. Primera edición Febrero de 2001. Pág.69.

²⁹ Por ejemplo en la Constitución de nuestro país, de 1983, se han reconocido la gran mayoría de estos derechos. Como los artículos del Título II, Capítulo II con sus cuatro secciones (del artículo 32 al 70) , y el Capítulo III, con los derechos relativos a los deberes y derechos políticos de los ciudadanos. (del artículo 71 al 82.)

nuevos elementos para la relación entre patronos y obreros a favor de la clase desposeída.

Es así como el siglo XX fue constituyéndose la fase más demostrativa en la evolución y aplicación, de los Derechos Humanos, de los acontecimientos que han tenido gran importancia para este desarrollo tenemos:

a) La Revolución Mexicana y la creación de su Constitución en 1917, en la cual se reconoce por primera vez en la historia, los Derechos Sociales³⁰ más importantes como: El Derecho al Trabajo y a la Sindicalización, se reconoce asimismo el derecho a la industria y al comercio; de igual manera se reconoce el Derecho a la Educación, Derecho a la Asociación, el Derecho de Petición de los Ciudadanos frente a los Poderes Públicos, se da el reconocimiento del Amparo, como mecanismo judicial de protección a los Derechos Fundamentales Reconocidos.

b) La Revolución Soviética triunfa en 1918, se da con ella la creación de dos instrumentos muy importantes: La Declaración de los Derechos del Pueblo Trabajador y Explotados³¹, del 14 de enero de 1918, y la Constitución Soviética en julio de ese mismo año. Estos instrumentos tienen un gran contenido Social, y fueron los que ejercieron gran influencia para la propagación de otras constituciones, entre los países socialistas y especialmente en la U.R.S.S. En ella se reconoce básicamente el derecho al trabajo y el derecho a la formación de sindicatos.

c) La Constitución de Weimar en Alemania en 1919, donde igualmente se reconocen los derechos económicos y sociales. Con ella por primera vez en la historia se reconoce los derechos a seguridad social, es aquí donde se crea el primer Instituto de Seguro Social. la Constitución Mexicana y la de Weimar, influyeron de manera positiva en varios textos constitucionales europeos y americanos.

³⁰ Luna, Humberto Oscar. "Antecedentes de los Derechos Humanos." Editorial de la Prensa Gráfica, publicación del 14 de enero de 2002. El Salvador.

³¹ IDEM. Pág. 14.

d) La suscripción del Tratado de Versalles³², siempre en el año de 1919, por medio del cual se pone fin a la Primera Guerra Mundial, creando así la primera Organización de carácter intergubernamental denominada la “Sociedad de las Naciones.” Esta fue la precedente de lo que actualmente se conoce como la Organización de las Naciones Unidas (ONU). La única organización internacional de carácter regional³³ existente en ese entonces era “ La Unión Panamericana” creada en 1890, siendo el precedente de la actual Organización de los Estados Americanos (O.E.A.); y de igual manera se dio el surgimiento de la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.), en ese mismo año. Con estas organizaciones se da el primer paso para la protección internacional de los Derechos Sociales.

En el Estado Democrático de Derecho, se comprenden dos grupos tradicionales de Derechos Humanos: Los Derechos Civiles Y Políticos, y por otra parte los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Cuyo origen es precisamente después de lo Derechos Civiles y Políticos de corte individualista, que surgieron con el Estado Liberal del Siglo XVIII y XIX. Es por ello que se considera que a principios del siglo XX, con el surgimiento de un Estado Social de Derecho y su rol fundamental como defensor de los derechos sociales; en especial del derecho al trabajo, de dicha concepción se realiza la protección jurídica internacional de los Derechos Humanos, denominados Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y su positivación de manera más puntualizada, firme y completa, creando así la Segunda Generación, ya que surgen a la vida del Derecho Positivo. Entre estos derechos podemos mencionar los siguientes: Derecho a la Seguridad Social; Derecho al Trabajo; Derecho a Igual Salario por Igual Trabajo; Derecho a Remuneración Equitativa y Satisfactoria, que asegure la existencia conforme a la dignidad humana; Derecho a Fundar un Sindicato y a Sindicalizarse; Derecho al

³² Sepúlveda, César. “Derecho Internacional”.Edit. Porrúa. 1997. Pág. 201.

³³ J. Sierra, Manuel. “Derecho Internacional Público” Tercera Edición. México. 1959. Pág. 229.

Descanso y al tiempo Libre; Derecho a un Nivel de Vida Adecuado para la Salud y el Bienestar; Derecho a Seguros en Casos de Desempleo, Enfermedad, Invalidez, Vejez y otros casos independientes de la propia voluntad, Derecho a la Protección de la Maternidad y de la Infancia; Derecho a la Educación; Derecho a la Participación en la Vida Cultural de la Comunidad; Derecho de Autor.

En conclusión podemos afirmar que los derechos de Segunda Generación surgen de la concepción que los individuos viven en el contexto de una sociedad, y que de la relación del individuo nacen Derechos y Obligaciones. Es fundamental el concepto que el propio individuo obtiene beneficios de vivir en sociedad y como tal ha de contribuir a ésta. La forma de contribución a la sociedad es a través de la redistribución de la riqueza por medio de un apropiado sistema impositivo. El Estado en este sentido tiene la obligación de garantizar que esto se lleve a cabo. Se trata por tanto la obligación de respetar los Derechos Económicos, Sociales, y Culturales de una obligación positiva de actuación por parte del Estado, es decir se trata del paso de un Estado Liberal basado únicamente en Derechos y Libertades civiles y políticas, a un Estado Social y Democrático de Derechos en el cual el Estado juega un papel garantista, ya no es un estado pasivo, guardián o policía, sino que pasa a tomar un papel decisivo en la vida social y económica con el propósito de orientarlos hacia una dirección determinada: El estado de bienestar de todos los ciudadanos, en el cual todos disfrutan de unas condiciones de vida mínima.

Los Derechos Civiles y Políticos son los Derechos de Libertad por excelencia, mientras que los Derechos Económicos y Sociales responden al valor de la igualdad.

Los Derechos Económicos y Sociales son, al igual que los Civiles y Políticos, Derechos de titularidad individual pero se basan en la posición que cada individuo ocupa en la sociedad, es decir, son derechos basados en una situación objetiva, y no en la abstracción de las características del ser humano como los Derechos Civiles. Los Derechos

Económicos van enfocados al trabajador, al joven, al disminuido, al anciano, etc. Lo cual no quiere decir que se trata de derechos menos fundamentales para la persona humana, que los Derechos Civiles y Políticos, ya que como claramente lo recalcan los órganos de protección y promoción de los Derechos Humanos en el ámbito internacional, existe un estrecho vínculo entre la realización de unos y otros derechos.

Sin un nivel mínimo de vida en el que todos los ciudadanos tengan garantizada la educación, salud y en general una forma de vida digna los Derechos Civiles y Políticos se vacían de contenido, ya que cuando los individuos tienen como principal preocupación su propia existencia, los Derechos Civiles y de Participación en la Sociedad les es ajena, desconocidos e impracticables. Una realización efectiva de los Derechos Económicos y Sociales es la mejor garantía de un respeto de forma progresiva y duradera de los Derechos Civiles y Políticos.

1.1.2.3 DERECHOS DE LA TERCERA GENERACIÓN

Son derechos que reciben varios nombres: Derechos de los Pueblos, nuevos Derechos Humanos, Derechos de Cooperación, Derechos de Solidaridad, Derechos de Tercera Generación. De todas las denominaciones, aquella que tiene mayor aceptación doctrinal es la que habla de los Derechos de la Tercera Generación.

Se considera que derechos de los pueblos es correcta, entre otras razones porque, es sobre todo, a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y de los dos Pactos- los Pactos de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos Sociales y Culturales, de 1966-, cuando empiezan a emerger los pueblos como sujeto de los derechos humanos y no sólo los Estados. Lo cual supone, entre otras cosas, abrir una vía importante para que empiece a quebrar el derecho internacional entendido como un derecho puramente interestatal, cuyo único sujeto sea el Estado.

En el siglo XX, en 1945 en la finalización de la Segunda Guerra Mundial, se da un nuevo tipo de Estado moderno, que es el Estado Democrático de Derecho, surge la concepción democrática de los Derechos Humanos, que concibe en una forma amplia e integral a los Derechos Humanos. También la comunidad internacional tuvo conocimiento de los asesinatos masivos, las torturas y el exterminio planificado, realizados por el nazismo alemán y pudo valorar que tales atrocidades tenían una magnitud superior a la de los más graves delitos que afectaban individualmente a las personas pues trascendían el plano supra individual, convirtiendo a la comunidad en víctima de tales hechos, razón por la cual la comunidad internacional exigió la más enérgica condena; por lo que el mundo queda conformado bajo patrones de organización internacional, es a partir de estos acontecimientos y buscando que no sucedieran hechos violentos entre los países, similares a los de la Primera y Segunda Guerra Mundial, son reconocidos los Derechos de los Pueblos o de los Países; que son los Derechos de las Colectividades que hacen referencia a intereses comunes de la humanidad y a partir de esto se establecen los Organismos Internacionales de protección y respeto de los Derechos Humanos, y se amplía el marco de acción de los organismos internos de protección de los mismos. La concepción más amplia e integral de los Derechos Humanos, se refleja tras la formación de la ONU en 1945,³⁴ la OEA en 1948 y del Consejo de Europa en 1949; quienes giran en torno a los Derechos Humanos y contribuyen en gran medida a la evolución de éstos como derecho positivo, como normas reconocidas a través de las Leyes y los Tratados Internacionales.

Las organizaciones internacionales de la post-guerra (“ONU, OEA y CE”), adoptaron normas, criterios, reglas y principios que benefician a los Derechos Humanos en su conjunto y establecen dispositivos de defensa, que con sus diferencias han alcanzado

³⁴ Verdros, Alfred. “Derecho Internacional Público” Tercera Edición, 1959. Pág. 391.

desenvolverse, y logrado presionar a los gobiernos de los Estados transgresores de la normativa jurídica que protege los Derechos Humanos.

Desde 1945 se han dado Instrumentos jurídicos internacionales, que para los Derechos Humanos han sido fundamentales, por ejemplo: Declaración Universal de los Derechos Humanos, que fue aprobada el 10 de Diciembre de 1948, donde se da la descripción de los derechos que se consideran básicos para la Persona Humana. Siendo esta declaración el resultado de numerosos intentos fallidos realizados por diversos Estados, orientados a su formulación en foros o convenciones internacionales referente a los Derechos Fundamentales regulados en las legislaciones de los países que se reunían, aunque de manera desigual, pero vigentes.

De igual forma en el continente americano, se dieron esfuerzos tales que originaron la adopción de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en 1948, teniendo un alcance territorial regional y que, anteceden por unos meses a la Declaración Universal. Con estos impulsos se dio un surgimiento de declaraciones y tratados que siendo ratificados por los estados, generaban obligaciones específicas para los signatarios. De los documentos que se han adoptado están: El pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos en 1966 y El pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1966.

Más recientemente, se proclamaron declaraciones, se suscribieron pactos y convenciones sobre temas específicos tales como: La Convención Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (promulgada en 1979 y en vigor de este 1981); La Convención Internacional sobre los Derechos de la Niñez y la Juventud (1989); y La Convención Interamericana de Derechos Humanos (1969), también conocida como Pacto de San José.

Entre los Derechos de la Tercera Generación tenemos: La Autodeterminación o Libre Determinación de Los Pueblos; Derechos al Desarrollo de los Pueblos, Derecho a que se Proteja el Patrimonio Común o Cultural de la Humanidad (Arqueológico), a la Protección del Medio Ambiente y Derecho a la Paz.

1.1.3 DEFINICIÓN DE DERECHOS HUMANOS

Es difícil precisar en una definición de derechos Humanos, puesto que existen muchas; todas ellas basadas en fundamentos filosóficos e ideológicos diferentes, empezando por la denominación que se les ha dado a estos derechos, ya que se les ha llamado Derecho Natural; Libertades Fundamentales o Públicas; Garantías Fundamentales; Derechos Fundamentales, propios de personas naturales, pero por extensión se atribuyen a personas jurídicas; y la más común y aceptada por la doctrina Derechos Humanos, que se tienen como propios de las personas humanas. Algunas legislaciones los reconocen como Derechos Humanos, otras como Derechos Fundamentales, y algunas adoptan los dos (como el caso de nuestra Constitución)³⁵ sin embargo hay doctrinas que hacen claras diferencias entre ellas. Al respecto Rubén Hernández Valle en su obra “La Tutela de los Derechos Fundamentales” Pág.12 se refiere a la diferencia que hace la doctrina Constitucional alemana: “los Derechos Fundamentales se tiende a aludir a aquellos Derechos Humanos garantizados expresamente por el ordenamiento jurídico positivo, en el mayor parte de los casos en su normativa constitucional, y que suelen gozar de una tutela reforzada.....Los Derechos Humanos tienen una connotación más axiológica que jurídica. Pues se refieren a todas aquellas exigencias relacionadas con las necesidades básicas de la vida humana y que por diversas razones, no se encuentran positivizadas en

³⁵ Vid. Constitución de la República de El Salvador. 1983. Título II. “ Los Derechos y Garantías Fundamentales de la Persona” y el Título VI del Capítulo IV, en el artículo 194 en lo referente a las atribuciones del Procurador para la Defensa de los Derechos Humanos, hace referencia a estos derechos. Esto se debe que posteriormente a la firma de los Acuerdos de Paz en 1992 se agregó la figura escandinava del Ombudsman a nuestra Carta Magna.

los diferentes ordenamientos jurídicos.” Es por ello que nos apegamos a esta última postura de denominación, por otra parte no se debe olvidar que las personas jurídicas también se ven compuestas de personas naturales. Prosiguiendo con la definición de los derechos humanos, a continuación se plantean algunas de ellas:

a) para la doctrina Constitucional Alemana es “El Conjunto de Facultades e instituciones que en cada momento histórico concretan las exigencias de la dignidad. La libertad y la igualdad humanas”

b) “Son todos aquellos derechos que le pertenecen al ser humano, y que reflejan la satisfacción de las necesidades humanas”³⁶

c) “Valores morales que todo ser Humano posee, sin distinción de sexo, edad, raza, nacionalidad, origen social, posición económica, forma de pensar o por otra causa.”³⁷

d) “Son un conjunto de atributos inherentes a la dignidad del hombre, los cuales no solamente han de ser reconocidos por los Estados, sino que deben ser plenamente garantizados por el ordenamiento jurídico de los mismos.”³⁸

Después de todas estas definiciones se considera adecuada por ser más completa la siguiente definición que hemos elaborado: “Los Derechos Humanos son valores fundamentales y facultades legales que poseen todas las personas por su misma naturaleza humana, y que son reconocidos por los Estados al ser incorporados en su legislación interna, con el fin de respetarlos, al darles cumplimiento en su difusión y protección.”

³⁶ Luna Humberto Oscar. “Conceptualización de los Derechos Humanos.” Editorial de la Prensa Gráfica, publicación del 18 de febrero de 2002.

³⁷ CIDEP, CODEFAM, ONUSAL. “Manual de Derechos Humanos” 1º Edición. Impresora de Artes. 1995. Pág. 3

³⁸ Comisión de Derechos Humanos de El Salvador. Fundamento Jurídico de los Derechos Humanos. San Salvador, julio de 1985. Pág. 3

1.1.4 CARACTERÍSTICAS DE LOS DERECHOS HUMANOS³⁹

- a)* Son universales porque nos pertenecen a todas las personas por igual, no importando el sexo, nacionalidad, raza, edad, posición social, opinión política, credo o religión, condición económica.
- b)* Son incondicionales porque únicamente están supeditados a los lineamientos y procedimientos que determinan los límites de los propios derechos, es decir, hasta donde comienzan los derechos de los demás o los justos intereses de la comunidad.
- c)* Son inalienables porque no pueden perderse, transferirse ni cederse por propia voluntad a otras personas para que los ejerzan en nuestro nombre; son inherentes a la idea de dignidad del hombre.
- d)* Son inviolables porque han sido reconocidos por las leyes de los Estados como atributos inherentes a la persona humana, por medio de leyes, las cuales les obligan a cumplirlos y respetarlos y por lo tanto no pueden ser violados; por lo que es deber de los Estados garantizar el cumplimiento, existencia, protección y respeto.
- e)* Son irrenunciables porque nadie puede ser obligado a renunciar a sus Derechos Humanos ni tampoco se pueden regalar o decir que ya no se quieren.
- f)* Son Imprescriptibles porque se tienen siempre; mientras la persona viva, nunca se pierden aunque pase el tiempo.
- g)* Son interdependientes, integrales y complementarios porque están unidos y en su conjunto responden a los intereses y valores fundamentales de los seres humanos, de los grupos sociales y de la humanidad entera.

³⁹ CIDEP, CODEFAM, ONUSAL. Op. Cit. Págs.10 y 11.

1.1.5 LOS DERECHOS HUMANOS SE AFIRMAN FRENTE AL PODER PÚBLICO.

Los Derechos Humanos implican obligaciones a cargo del gobierno. Él es el responsable de respetarlos, garantizarlos o satisfacerlos y por otro lado, en sentido estricto, sólo él puede violarlos.

El ejercicio del poder no debe menoscabar de manera arbitraria el efectivo goce de los Derechos Humanos. Antes bien, la dirección de tal ejercicio, en una sociedad democrática, debe ser la preservación y satisfacción de los Derechos Fundamentales de cada uno. Ésto es válido por lo que se refiere al respeto y garantía dotado a los Derechos Civiles y Políticos, como por lo que toca a la satisfacción de los Derechos Económicos Sociales y Culturales y de los Derechos Colectivos.

La satisfacción de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de los que forma parte el Derechos a la salud, no dependen en general, de la sola instauración de un orden jurídico ni de la mera decisión política de los órganos gubernamentales, sino de la conquista de un orden social donde impere la justa distribución de los bienes, lo cual sólo puede alcanzarse progresivamente, su exigibilidad está condicionada a la existencia de recursos apropiados para su satisfacción, de modo que las obligaciones que asumen los Estados respecto de ellos, esta vez son de medio o comportamiento.

El control del cumplimiento de este tipo de obligaciones implica algún género de juicio sobre la política económica-social de los Estados, cosa que escapa en muchos casos a la esfera judicial. De allí la principal diferencia de naturaleza que normalmente se reconoce entre los deberes del poder público frente a los Derechos Económicos y Sociales con respecto a los que incumben en el ámbito de los Civiles y Políticos. Estos últimos son inmediatamente exigibles, frente a ellos los Estados están obligados a un resultado: un orden jurídico-político que los respete y garantice. Los otros, en cambio son exigibles en

la medida en que el Estado disponga de los recursos para satisfacerlos, puesto que las obligaciones contraídas esta vez son de medio o de comportamiento, de tal manera que, para establecer que un Gobierno ha violado tales Derechos no basta con demostrar que ha sido satisfecho, sino que el comportamiento del Poder Público en orden de alcanzar ese fin no se ha adecuado a los standars técnicos o políticos apropiados. Así, la violación al derecho a la salud no dependen de la sola privación de tales bienes, como ocurre con el derecho a la vida o a la integridad.

Por otra parte, aunque en general, es cierto que la sola no satisfacción de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales no es demostrativo en sí misma de que el Estado los ha violado, cabe plantearse si la realidad de ciertas políticas configuran la violación de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de manera parecida a los Derechos Civiles y Políticos, es decir, ya no como consecuencia de su no realización, sino por efecto de adopción de políticas que están orientadas hacia la supresión de los mismos. Esto es un tema abierto a la discusión.

1.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL DERECHO A LA SALUD

El Derecho a la Salud es un derecho social. Éstos por lo general en nuestra Constitución son de carácter programáticos, es decir que su eficacia está supeditada a reglamentación o explicación posterior, pero para algunos juristas estas normas carecen de valor normativo, de coacción, ya que consideran que no hay medios jurídicos para obligar al legislador a realizar lo enunciado en una norma programática. El ciudadano no tiene derecho a exigir que se dicte una ley que concrete o ejecute el contenido en estas normas.⁴⁰ Pero además el Derecho a la Salud es considerado un derecho humano básico, que implica esencialmente una igualdad de condiciones para planificar y llevar a la

⁴⁰ Fuenzalida, Hernán L. "El Derecho a la Salud en las Américas." Estudio Constitucional Comparado, Publicación Científica No. 509. O.P.S. Editora en Castellano: Oficina de Asuntos Legales.1989, Pág. 531.

práctica el plan de vida de los seres humanos, para lo cual se le debe de garantizar un nivel mínimo de atención de salud y la protección de la salud pública.

Hemos definido a la salud como aparece en el preámbulo de la Constitución de la Organización mundial de la Salud (O.M.S.) de 1946: “ La Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades.” Se ha dicho que esta definición es excesivamente amplia y vaga a los fines de un texto jurídico; no obstante satisface como declaración de una intención general, ya que al tomar en cuenta esta definición; “ ...un estado de bienestar físico y emocional...” no es un objetivo que se ajuste a la realidad en que vivimos, por que entre los seres humanos existe una serie de variantes que las individualizan, las condiciones de la vida serán por ende diferentes para todos, tales variantes son: las limitaciones naturales, físicas o mentales; los achaques de la edad; las enfermedades incurables como el SIDA por ejemplo; las enfermedades que son hereditarias como la diabetes, todas estas enfermedades impiden que los individuos alcancen un estado de salud perfecta, pero el hecho es que el Derecho a la Salud ha evolucionado, considerándose en un primer momento como un derecho natural, (al igual que el fundamento filosófico de los Derechos Humanos) dimanado de la tradicional creencia occidental, en la existencia de un orden natural superior o divino de permanencia universal.⁴¹ Es decir que los Derechos Naturales dimanan de la naturaleza que Dios ha otorgado al hombre. Posteriormente este derecho se complementaría al ser incorporado en las Constituciones de los Estados como un Derecho Social; luego fue reconocido como un derecho fundamental y regulado en los principales instrumentos internacionales por su gran importancia en la humanidad, aunque en la realidad es un derecho condicionado por factores económicos, políticos y sociales.

⁴¹ Recasen Siches, Luis, “ Tratado General de Filosofía del Derecho.” Primera Edición; México; Edit. Porrúa S.A. 1986, Pág. 53.

El Derecho a la Salud se manifestó en sus inicios con la prestación de atención a los pobres, por medio de órganos de gobierno e instituciones religiosas.

En la era cristiana se funda una gran cantidad de hospitales para los pobres e indigentes, luego es la municipalidad la que se hace cargo de ellos.

En el siglo XVII en Inglaterra se promulgan las Leyes Isabelinas de socorro a los pobres; en las cuales se reconocía la responsabilidad pública con respecto a los pobres e indigentes, y contenía disposiciones relativas a la atención de la salud. No fue hasta finales del siglo XVIII con la Revolución Industrial que se crearon leyes que garantizan el Derecho a la Salud, ya que del mismo proceso cambió el modo de producción; surgen las fábricas; la economía de mercado y las grandes ciudades, surge así también los problemas de salud que plantearon la necesidad de evitar la enfermedad y proteger la salud.⁴²

A finales del siglo XIX producto de la evolución de la ciencia, el aumento de los riesgos en la salud, se sancionan leyes de carácter social en materia de salud. A principios del siglo XX se crea el movimiento social de salud pública, cuyo núcleo de acción radica en lograr un mayor respeto por la dignidad del hombre, cambiando la filosofía de compasión por comprensión del Derecho a la Salud.⁴³

1.3 ORIGEN Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL VIH/SIDA A NIVEL MUNDIAL.

1.3.1 TEORÍAS SOBRE EL ORIGEN DEL SIDA.

Como enfermedad infecto-contagioso el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es de origen desconocido; aproximaciones pueden encontrarse en una serie de teorías que desde sus inicios han tratado de explicarlo:

⁴² Rosen, George, "Una Historia de Salud Pública." INC. N.Y.1958, Pág. 201.

⁴³ Badía, Roberto de Jesús, "Apuntes de Salud Pública" Edit. Universitaria U.E.S. C.A. 1º Edición. 1993, Pág. 21.

Una primera teoría sostiene que el SIDA nació en África Central a mediados del siglo XX, por contagios con el Virus de Inmunodeficiencia de los Simios (VIS), el cual, por mutación evolutiva o por efecto de agentes específicos se convirtió en el retrovirus VIH, a esta teoría se le denominó “Teoría del Mono Verde”, señalándose que pudo haber pasado al hombre por múltiples vías, entre éstas: la ingesta de sangre de mono que muchas tribus hacían en sus ritos religiosos; por alimentarse con su carne; por prácticas zoonóticas de esas tribus o de cazadores o por alguna excepcional transfusión sanguínea con sangre de primate; el Instituto de Investigaciones de Nairobi (Kenia) en 1920-1960, con intención de descubrir si los parásitos de la malaria en la sangre de los animales infectarían a los humanos, realizó al menos con treinta y cuatro personas transfusiones de sangre a humanos con sangre de chimpancé.

Una segunda teoría sostiene que se trataba de un virus logrado experimentalmente en laboratorio, con fines bélicos, y que accidentalmente se había producido una fuga de éste; teoría que fue desvirtuada por comprobarse por vía de análisis de sueros, que un habitante del Zaire, fallecido en 1959, ya había contraído el VIH, quedando desvirtuada finalmente, pues en aquella época la ingeniería genética no disponía de la tecnología necesaria para crear virus. – En opinión de Manfred Eigen (premio Nóbel de química en 1969), opinión que se considera hasta el momento la más factible; el VIH no es un virus nuevo, sino que su origen se remonta a dos milenios o más, en este sentido ha explicado recientemente que “el genoma del VIH presenta regiones constantes variables e hipervariables; aproximadamente el 20% de las posiciones son constantes, serían al parecer, las necesarias para que el VIH, funcione como retrovirus y establecen que el VIH descende de una antigua familia vírica.- Las posiciones variables que rondan el 70% tienen una vida media de 1000 años (siglo más, siglo menos). Diríase que confieren al VIH sus características específicas. Muchas de estas disposiciones difieren en VIH-1, VIH-2 y VIS, hecho que indica que se separaron hace tiempo, para nosotros el proceso

aconteció entre 600 y 1200 años. De esto se deduce que pese a lo sugerido en contrario por las curvas epidemiológicas el VIH no es nuevo, si bien su patogenicidad pudo haber variado con los siglos. Un 10 % del genoma es hipervariable y cambia cada 30 años aproximadamente, responsables de la gran variabilidad que permite al VIH eludir la acción del sistema inmunitario de sus hospedadores y puede ser asimismo culpable en buena medida del daño que causa al sistema inmunitario”⁴⁴ -Sin establecer cual es la teoría más acertada lo cierto es que su transmisión estuvo contenida dentro de las comunidades africanas, por las costumbres sexuales de sus habitantes y por la casi inexistente práctica de transfusiones sanguíneas, su expansión fue producto de la migración de sus portadores, la modificación a sus prácticas sexuales y la contribución con su sangre en transfusiones provocaron su proliferación, motivo por el cual se desarrolló por todo el planeta.

1.3.2 HISTORIA DE LA PANDEMIA VIH/SIDA.

Desde 1979 una serie de raras enfermedades comenzaron a aparecer de forma independiente en Estados Unidos, despertando alerta cuando el Center For Disease Central (D.C.D), es decir los famosos Centros Estadounidenses de vigilancia de las enfermedades y máximo instituto epidemiológico al servicio del mundo entero, con sede en Atlanta Georgia, publicaron un escueto informe clínico en uno de sus boletines semanales el 5 de julio de 1981 con el nombre de “Morbidity and mortality weekly report” (MMWR), en el que dio a conocer cinco casos graves de neumonía, estos pacientes sufrían además de candidosis, que es una afección benigna de las mucosas debido a un hongo, eran adictos al poppeis (nitrito de amilo o butilo) vasodilatador con fama entre los homosexuales de aumentar el orgasmo, se les detectó una disminución de linfocitos T, fueron sometidos a quimioterapia intensiva, sin obtener resultado favorable

⁴⁴ José Augusto de Vega Ruiz. Tratamiento Jurídico del SIDA, Madrid 1992. Pág. 15.

alguno, el primero murió en marzo de 1981, fue diagnosticado en 1978 de la enfermedad de Hodgrin, en el examen post mortem no se encontró rastro de la enfermedad. El boletín destaca la homosexualidad de los enfermos, no establecen explicación de su causa, pero sugieren una posibilidad de una “disfunción de la inmunidad celular ligada a una exposición común que predispone a los individuos a las infecciones oportunistas como la neumocistosis y la candidosis”⁴⁵; se le considera como el primer acta de estado civil del SIDA. Al mismo tiempo en Nueva York en marzo de 1980, un joven homosexual llamado “Nick” sufre una extraña enfermedad de agotamiento, adelgazamiento y consunción lenta de todo el organismo, recorrió New York con su pareja buscando cura y a la vez regando la extraña enfermedad, hasta que el 15 de enero e 1981 muere. En Brooklyn apareció un caso similar, pero era en New York que aumentaban las cifras de esta extraña enfermedad, pero ahora era el Garcoma de Kaposi; “una especie de proliferación tumoral múltiple” enfermedad que atacaba rara vez a grupos étnicos de África, por lo que éstos no reunían las características, en marzo de 1981 ya habían muerto cuatro de estos neoyorquinos homosexuales. El doctor James Curran formó un equipo llamado “Raposi Garcoma and Opportunistio Infection” con el objeto de establecer el mal que mataba a los homosexuales en New York, fue entonces que se publicó el 3 de julio de 1981 un informe epidemiológico con el título “Cáncer raro observado en 41 homosexuales”⁴⁶ en el cual se estableció el desconocimiento de su causa y que no era contagioso, alegando que hasta ese momento no se conocían casos fuera de la comunidad homosexual o entre las mujeres, se alegaba que podría ser un “factor ambiental, se esperaba demostrar que morían por haber respirado, comido o bebido algo especial o por haber adoptado prácticas extraordinarias, o por haber frecuentado lugares sucios o malsanos”⁴⁷. A fines de 1981 se llega a la

⁴⁵ GRMER, MIRKO “Historia del SIDA” segunda edición, México 1990, Pág. 28.

⁴⁶ IDEM. Pág. 28

⁴⁷ IDEM. Pág. 28

conclusión por los investigadores del “CDC” que el agente causal es infeccioso y se transmite por vía sexual, se habla de “neumonía gay”, “cáncer gay”, o “peste gay”. Se consideró que la causa era la adicción al uso del poppers, hipótesis descartada con la realización de pruebas con ratas, se consideraron además agentes causales las “cremas corticosteroides que los homosexuales norteamericanos utilizaban para tratar su dermatosis y sus hemorroides”⁴⁸. El CDC en busca del “paciente cero” por medio de su contacto con la red californiana y otro grupo similar de Nueva York, encontraron un joven llamado Dugas, homosexual activo y pasivo, canadiense, empleado de la aerolínea Air Canadá, podía volar gratis, por lo que se convirtió en gran viajero sembrando la enfermedad y muerte a lo largo de sus escalas a un ritmo de 250 homosexuales al año, convirtiéndose en el eslabón central, “estableciéndose la realidad de la transmisión íntima el activismo de algunos, su peligro infeccioso y contagioso”⁴⁹ indicando promiscuidad; en noviembre de 1982 se le detectó como portador de la desgracia y advertido del riesgo que sufrían sus compañeros, se negó a modificar su ritmo de vida, muriendo en marzo de 1984 a los 32 años de edad, estaba dominado por un deseo de venganza. Este caso ilustra los errores iniciales cometidos por los responsables de la salud pública, las organizaciones homosexuales quienes no actuaron por violentar el derecho a la sexualidad; es hasta 1985 que varios autores se atrevieron a hablar de “irresponsabilidad” por parte de los políticos y de los dirigentes de la comunidad homosexual “ los primeros no aseguraron de inmediato los medios financieros adecuados ni supieron imponer ciertas restricciones legales; los segundos no recomendaron la moderación de las costumbres ni admitieron la medicalización de la sexualidad del grupo”⁵⁰ cabe mencionar que Dugas pudo sólo haber recibido el mal y no se tratara del paciente cero y el virus pudo haber venido a causa de la celebración, de los

⁴⁸ IDEM, Pág. 42.

⁴⁹ IDEM, Pág. 46.

⁵⁰ Shilts (1987).

doscientos años de independencia el 4 de julio en 1978, en alguno de los marinos venidos a festejar. En Europa y Francia ya en 1981 se hablaba de la extraña enfermedad y se conocían casos entre los homosexuales de una neumonía oportunista, del Sarcoma de Kaposi, y de síntomas paralelos como diarrea, astenia, pérdida de peso, tos, etc. Ingresando a la lista heterosexuales, entre éstos se hablaba de parejas que habían permanecido en África entre 1976 y 1979. cabe mencionar que ya se hacían estudios con mujeres y recién nacidos.

En diciembre de 1982 el Dr. James Oleske y colegas Publicaron un reporte describiendo como la enfermedad comenzaba a afectar a niños, muchos de ellos nacidos de drogadictos y prostitutas, el reporte sugería que la enfermedad era transmisible vía transfusiones (presentando un caso); este fue un descubrimiento clave y alertó a todos, ahora se trataba de una enfermedad que podía ser adquirida por medio de la sangre y puso a todos a pensar “yo puedo haber recibido esa transfusión... puedo estar infectados y mis hijos lo estarán también.”

En busca de darle un nombre a la extraña enfermedad sin perjuicios morales o estigmatizantes, fue bautizada como AIDS, que al principio significaba Acquired Immune Deficiency Síndrome, después considerado Acquired Immunodeficiency Síndrome “el uso oficial de esa sigla se inició en 1982 y se entendió rápidamente gracias a los informes de los CDC”⁵¹ no existe seguridad de quien fue su creador, se le atribuye a Don Armstrong y Bruce Voeller; su adopción fue desecha por que causó problemas fuera del inglés, “ en varias lenguas el diptongo inicial se presta a incertidumbres de pronunciación y las dos consonantes finales no son eufónicas.”⁵² En Francia se usó una sigla análoga “SIDA” que significa Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida, (o Síndrome de Inmuno-Depresión Adquirida, según la Dirección General de Salud 1983). AIDS y SIDA, designan un síndrome, un conjunto de síntomas que constituyen una

⁵¹ IDEM, Pág.64.

⁵² Goldmith (1988)

individualidad clínica, aplicado a una enfermedad en sentido propio, y es por ello que consideran que ese nombre no es pertinente, sin embargo no cabe ser discutido en la presente investigación.

Los avances médicos en esa época sobre los retrovirus- una familia muy numerosa de retrovirus a la que pertenece el virus causante del SIDA- favorecieron los estudios para el descubrimiento del virus de inmunodeficiencia humana, especialmente por el hallazgo del profesor Howard Temin y el profesor David Baltimore, con la detección de una enzima llamada, la transcriptasa inversa, mismo por el cuál recibieron más tarde el premio Nóbel. La identificación del virus conocido como HTLV-1 por el Doctor Roberto Gallo fue otro de los avances que permitió el descubrimiento del VIH⁵³

En febrero de 1983, en el instituto Pasteur de Paris un grupo de investigadores dirigidos por el profesor Luc Montagnier, aislaron el virus por primera vez a través de un tejido procedente de un homosexual que presentaba inflamación crónica de sus ganglios, Montagnier y sus colegas creían, acertadamente, haber encontrado el agente causal del SIDA y tomaron de él las primeras fotografías a través de un microscopio electrónico.

En cuanto a la estructura del VIH según trabajos publicados por Roberto Gallo en marzo de 1987, tiene forma esférica con un diámetro de una diez milésima de milímetros aproximadamente. El ámbito del núcleo (corazón) está constituido por dos proteínas denominadas abreviadamente P24 y P18, y es donde se encuentra encerrado el RNA viral, junto con varias moléculas de transcripción reversa enzimática, lo que posibilita la transformación en ADN de las células hospedantes. La membrana externa, que envuelve el ámbito nuclear, consta de una doble capa de lípidos (moléculas grasas) impregnadas de glucoproteínas (albúmina y sacarosa)

A medida que transcurrían los años el SIDA comenzó a difundirse por todas partes del mundo, percatándose así los expertos epidemiólogos de que encontraban frente a un

⁵³ OMS, "SIDA imágenes de la epidemia", Ginebra, 1995, Pág. 4.

Síndrome letal mucho más difundido de lo que creían, esto motivó una respuesta mundial a través de campañas locales entabladas en las comunidades mas afectadas por la epidemia.

1.3.3 HISTORIA DE LAS ACCIONES MUNDIALES CONTRA EL SIDA.

En 1983, la OMS convocó a la primera reunión internacional sobre el SIDA muchas más tuvieron lugar en diversas partes del mundo.

En 1985, en Atlanta, Estados Unidos, se llevó a cabo la primera Conferencia Internacional Sobre SIDA, en la cual un grupo de científicos y profesionales de salud reunidos bajo auspicios de la OMS, elaboraron recomendaciones sobre la prevención de la propagación del SIDA y unos meses más tarde se organizó el primer encuentro sobre SIDA en África; en éste se lograron establecer los criterios clínicos para la declaración de los casos.

Al mismo tiempo la OMS preparaba las líneas de acción de la estrategia mundial para la prevención y control del SIDA que regirían la respuesta internacional. Esta estrategia gozó del respaldo unánime de la Asamblea Mundial de Salud, y fue adoptado oficialmente en septiembre del mismo año por la Asamblea General de Las Naciones Unidas.

El Programa especial de la OMS sobre SIDA, llamado más tarde Programa Mundial sobre SIDA se empezó a aplicar en algunos países desde hacia algunos años, respondiendo a la crisis mediante la determinación de medidas a corto plazo, con la creación de los Programas Nacionales contra el SIDA, los países se volvieron capaces de adoptar medidas a largo plazo en materia de prevención, control y asistencia⁵⁴.

La OPS ha luchado contra el SIDA mediante orientaciones estratégicas y programáticas desde 1983 colaboró con los gobiernos para el establecimiento de los programas nacionales de prevención del SIDA, en sus distintas etapas:

⁵⁴ IDEM, Pág. 5.

La primera de ellas que abarcó desde 1983 hasta 1988, y consistió en el desarrollo de infraestructura iniciando con la fomentación de la preocupación pública y culminando con la constitución de comités y programas técnicos y científicos en todos los países de América Latina.

Entre 1989 y 1994 se busco consolidar la problemática a través de la ejecución de los denominados Planes de Mediano Plazo, así mismo se prestó especial atención en el aumento de la calidad, eficiencia, mediante la capacitación de vigilancia epidemiológica, gerencia y planificación, y se dieron pasos firmes para establecer vínculos ínter programáticos e intersectoriales esto constituyo la segunda etapa.

La tercera etapa se desarrolla desde 1985 y coincide con el establecimiento del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), y se caracteriza por los esfuerzos de integración y concertación de la respuesta intersectorial, a lo que la OPS ha brindado su apoyo mediante la creación de grupos temáticos interinstitucionales sobre el SIDA en los países y las prestación de cooperación técnicas en las diversas disciplinas de la salud pública⁵⁵.

1.4 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS ESFUERZOS Y POLÍTICAS ESTATALES DE ATENCIÓN A LOS PORTADORES DE VIH/SIDA Y DESARROLLO DE LA PANDEMIA EN EL SALVADOR.

El problema del Virus de Inmunodeficiencia Humana y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA ha ido aumentando en forma gradual, desde 1984 cuando se reporto el primer caso siendo este un joven Salvadoreño procedente de EEUU⁵⁶; hasta los 5793 casos de SIDA y 5750 casos de VIH positivo registrados hasta julio de dos mil tres⁵⁷, El Salvador se ha visto en la necesidad de implementar políticas

⁵⁵ OPS, “Hacer frente al SIDA”, Edición Original, Washington D.C. USA, Pág. 15.

⁵⁶ MSPAS-ISSS-Hospital Militar Central-PASCA-UNAIDS Y USAID, “Propuesta de Atención Para Personas Viviendo Con VIH/SIDA En EL Salvador, San Salvador, 2000 Pág. 9 .

⁵⁷ WWW.MSPAS.gob.sv.pogramas.

de atención, prevención y control del virus, con el fin de proteger a la población y unirse a la lucha de la Comunidad Internacional que se esfuerza a erradicar la pandemia.

En 1985 se elabora el Plan Nacional de Salud que tendría una vigencia de cuatro años (1985-1989), las cifras de personas infectadas eran menores en los primeros cuatro años posteriores del apareamiento del virus contando apenas en 1987 con 22 casos, en los dos años subsiguientes se incrementaron las cifras hasta alcanzar para 1989 267 casos⁵⁸, no obstante en éste no existía un programa de prevención, control y tratamiento del VIH/SIDA, es en este momento que ante las alarmantes cifras mencionadas, y la preocupación del Gobierno nace El Programa de Prevención, Control y Tratamiento del VIH/SIDA, con las estrategias siguientes:

Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica: Fundamental para la obtención de información estadística y la obtención de las características epidemiológicas de la enfermedad.

Prevención de la transmisión del HIV a través de la sangre y Hemoderivados, que insiste en la vigilancia del uso de la sangre y hemoderivados y la implementación de técnicas que hagan seguro el uso de estos productos.

Prevención de la Transmisión Perinatal del HIV, el cual también presenta un componente educativo más las actividades técnicas propias.

Reducción del impacto de la Infección HIV en el individuo, la familia y en la sociedad: Componente que constituye la culminación del Programa de control, se basa en los tres componentes anteriores y en la educación de las personas y cuyas acciones resumen y extienden a todo nivel el conjunto de actividades programadas, desde prevención,

⁵⁸ MSPAS, Comisión Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual, "Plan Nacional para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control del SIDA, 1989, 1990, 1991. E.S. enero de 1989. Pág. 11.

tratamiento, educación y vigilancia epidemiológica hasta las necesidades de los enfermos y sus familias, además del control de los grupos con conductas de riesgo.⁵⁹

Por otra parte el 7 de abril de 1987 mediante resolución ministerial No. 117 se crea La Comisión Nacional de la Vigilancia Epidemiológica y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual, la cual en su dependencia del SIDA se enfoca preferentemente en la prevención y educación, sin descuidar el tratamiento de la enfermedad ya adquirida, esto debido a que la cantidad de personas infectadas era baja en aquél momento, por lo que tal atención no generaba un desajuste en el presupuesto destinado para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Los objetivos de dicha Comisión son los siguientes:

- 1- Agrupar a representantes de instituciones con capacidad de decisión a nivel nacional con la función de normatizar asesorar y evaluar la información obtenida a través de la vigilancia epidemiológica de las ETS, específicamente el SIDA, contando con la asesoría de OPS/OMS.
- 2- Elaborar el Plan Nacional de Prevención y Control del SIDA, contemplando acciones para los próximos 5 años.
- 3- Asegurar la eficacia del Sistema de Vigilancia Epidemiológica ETS, y de la aplicación de medidas de control pertinente en pacientes con SIDA.⁶⁰

En el mismo año y dentro del Programa de Prevención y Control se crea “El Plan Nacional para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de SIDA” (1989-1991), el cual operó con el objetivo general siguiente: “Disminuir la morbilidad del síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, mediante la activa coordinación intra y extra ministerial desarrollando un Plan de Prevención y Control a todos los niveles, con amplia participación de las comunidades”. Dicho Plan también poseía los siguientes objetivos específicos:

⁵⁹ ÍDEM. Pág. 2

⁶⁰ ÍDEM. Págs. 5 y 6.

- 1.- Vigilancia serológica en Bancos de Sangre Públicos y Privados.
- 2.- Tamizaje serológico a 15,000 personas pertenecientes a grupos con conductas de riesgo.
- 3- Mantener y reforzar la vigilancia epidemiológica de casos, portadores sintomáticos y de sus contactos.
- 4- Realización de acciones educativas buscando modificar conductas, actitudes y prácticas en grupos con conductas de riesgo.

Inclusión en currículo de educación básico y media, la educación sexual y el control de las ETS.

Reforzar la comunicación inter e intra institucional con fines educativos y de vigilancia epidemiológica.⁶¹

El Plan Nacional de Prevención y Control de SIDA estaba compuesto por seis estrategias las cuales son:

1.-Vigilancia Epidemiológica. Mediante esta estrategia se busca el fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, el establecimiento de un Sistema de estudios centinelas, la búsqueda de contactos la actualización de normas, la disminución de información, promoción de recursos humanos y el mejoramiento del registro de la mortalidad. Los recursos externos destinados a estas actividades representan el 10% del total del primer año.

2.- Prevención de la Transmisión Sexual. Las actividades en esta área están dirigidas a proporcionar educación a diversos grupos poblacionales sobre los riesgos de la enfermedad y la promoción de medidas preventivas entre las personas con practicas sexuales de riesgo. Estas actividades absorberán el 41% de los recursos externos del primer año.

⁶¹ ÍDEM. Págs. 9 y 10

3.- Prevención de la Transmisión a través de la Sangre y Hemoderivados. Desde el terremoto de 1986, el laboratorio central ha estado funcionando marginalmente en condiciones de poca seguridad. Debido a esto una parte sustancial de este plan esta dirigido a fortalecer el componente del laboratorio para apoyar actividades cruciales de control del SIDA. Los objetivos de esta estrategia son organizar, aumentar y mantener la estructura de la red de laboratorios, apoyar la prevención de la transmisión sexual y Perinatal y contribuir a la implementación de normas y recomendaciones para evitar la transmisión por elementos perforantes de la piel. El total de recursos destinados a estas actividades es el 35% del primer año.

4.- Prevención de la Transmisión Perinatal. Se contempla la información a embarazadas o mujeres que planean embarazarse sobre aspectos generales del SIDA, el control prenatal precoz y el tamizaje de mujeres embarazadas.

5.- Reducción del Impacto de la Infección por VIH y SIDA en individuos, grupos y sociedades. Se busca reducir la discriminación hacia los pacientes con SIDA mediante medidas de manejo, el fortalecimiento de servicios clínicos básicos, conserjería a personas infectadas, creación de “casas de paso” y el desarrollo del apoyo comunitario y familiar. El costo de las actividades de esta estrategia representa el 8% de los recursos externos.

6.- Organización y Administración del Programa. Esta estrategia tiene como fin principal planificar, programar, supervisar y evaluar para asegurar el ágil funcionamiento del mismo.

El segundo Plan a Mediano Plazo se elaboró en julio de 1992, para los años 1993-1995, y se contó con la participación de algunas ONG y OGS, con el objetivo de interrumpir la cadena del VIH, a través de la educación sexual y Perinatal; manejo adecuado sangre y hemoderivados en los bancos de sangre; disminuir el impacto social de la enfermedad en

las personas, grupos y sociedades; Administrar, organizar y evaluar dicho programa; y aumentar la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA⁶².

En 1995 se desarrolló el Estudio de Impacto Socioeconómico del SIDA en el Salvador. Las proyecciones efectuadas describen que: "...para el año 2000 podrían haber alrededor de 25,000 a 50,000 personas infectadas con el VIH; (cada día se infectarían de entre 11 a 21 personas); y además fallecerán por SIDA de 4 a 8 personas cada día..."⁶³ además " Se estimó que para el año 2000 el costo promedio de hospitalización de un paciente con SIDA será de 26,573 colones, lo que significa que se necesitarían de 44 a 89 millones de colones para brindarles la atención adecuada a dichos pacientes"⁶⁴, (costo promedio de 19 días de hospitalización por paciente.) Entre otros datos; fue entonces que ante ese preocupante escenario y con el propósito de dar una respuesta eficaz de mayor cobertura se decidió abordar el problema a través de un programa que vinculara a múltiples actores, desarrollando un trabajo conjunto, interdependiente y complementario, bajo la dirección del Ministerio de Salud, participaron en este esfuerzo todas las organizaciones e instituciones involucradas en el tema, El Ministerio de Salud, CONASIDA, ONUSIDA, y un Grupo de ONG's, involucradas en la prevención del SIDA, desarrollando en 1997 un Plan Estratégico para la Prevención y Control de las ETS-VIH/SIDA, que contenía las estrategias, y actividades identificadas como prioritarias.

Un año después, se desarrolla un Taller Nacional inspirado en el Plan anterior, en el cual se crea como instrumento para desarrollar y coordinar las acciones, el "Plan Nacional de Prevención y Control de las ETS-VIH/SIDA 1999-2000," contando con el respaldo técnico y el aval institucional de todos los actores involucrados, permitiendo contabilizar los recursos disponibles para la ejecución de las actividades; conteniendo éste como

⁶² MSPAS, "Situación del BIOCIDA en El Salvador", primera edición, EL Salvador, 1999.

⁶³ MSPAS, Comité Acción SIDA ELS, PASCA, "Situación del VIH/SIDA en El Salvador", El Salvador, junio 1999, Pág. 10.

⁶⁴ Comité Técnico Asesor para la elaboración de Protocolos de atención de personas viviendo con VIH/SIDA. "Propuesta de Atención para personas viviendo con VIH/ SIDA en El Salvador", El Salvador, mayo 2000. Pág. 2.

objetivo principal: “La reducción de la incidencias de las ETS VIH/SIDA en El Salvador y como objetivo estratégico incrementar el acceso y el uso de los servicios de prevención de las ETS VIH/SIDA”⁶⁵. Es de hacer notar que para esta fecha la epidemia SIDA había alcanzado en nuestro país un total de 2,544 casos de SIDA y un total de 2,469 de VIH (+)⁶⁶. Las estrategias fundamentales con las cuales se buscaba la reducción de las ETS VIH/SIDA en El Salvador correspondían con las categorías de análisis de los problemas más comunes enfrentados por las instituciones participantes, estas son:

Fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional de los sectores involucrados en la prevención y control de las ETS VIH/SIDA.

Promocionar la participación activa de los grupos sociales organizados en la prevención de las ETS VIH/SIDA.

Fortalecimiento y promoción de políticas y formulación de el marco legal correspondiente.

Fortalecimiento de la atención preventiva en sus diferentes niveles en el sector público y privado.

Promover estilos de vida saludables en El Salvador a través de la educación.⁶⁷

Con el fin de dar cumplimiento a la tercera estrategia se crea el Comité Técnico Asesor para la “Elaboración de Protocolos de Atención de Personas Viviendo con VIH/SIDA” compuesto por representantes del MSPAS, Hospitales Nacionales y de Asistencia Social, PASCA y ONUSIDA, el cual para el 25 de mayo del 2000 presenta el Proyecto “Propuesta de Atención para Personas Viviendo con VIH/SIDA” cuyo objetivo general era: “Adquirir medicamentos para el tratamiento anti-retroviral de las personas viviendo con VIH/SIDA para brindar atención en salud efectividad, calidad, equidad y calidez”.y

⁶⁵ MSPAS, “Plan Nacional de Prevención y Control de las ETS-VIH/SIDA 1999-2000”, El Salvador, 1998, Pág. 21.

⁶⁶ IDEM, Pág. 10.

⁶⁷ IDEM, Pág. 21.

sus metas podrían resumirse en el tratar al menos el 80% de las personas viviendo con VIH/SIDA que cumplan los criterios de inclusión, mismo que se incluyen dentro de la propuesta de la siguiente manera:

Criterios de ingreso:

Diagnóstico confirmado por pruebas Elisa repetidamente reactivas (2) y otras pruebas confirmatorias cuando se considere necesario según criterio clínico.

Un recuento bajo de linfocitos TCD4+ según criterios aceptados internacionalmente.

Síntomas relacionados con la enfermedad.

Una carga viral elevada en la prueba de reacción de la polimerasa en cadena (PCR).

Una evaluación psicosocial aprobatoria.

La evaluación psico-social debe garantizar lo siguiente:

Que el paciente comprenda los riesgos y beneficios de la terapia.

Que posea el compromiso y convicción personal frente a todos los aspectos de la terapia anti-retroviral.

Que cuente con aspectos sociales y familiares favorables y de una persona responsable en caso de que no sea independiente.

Que el estudio psicológico en si mismo concluye que es posible obtener alta adherencia al tratamiento, así como un comportamiento socialmente responsable. Y cuyo estudio de los factores médicos, sociales, culturales, psicológicos y económicos, dio lugar a la creación del “Protocolos de Atención de Personas Infectadas por VIH”, en Agosto del mismo año, el cual luego de establecer que en un país de recursos limitados como es el nuestro, y dado que la Terapia Antiretroviral es de costos elevados (26,576 colones costo promedio por 19 días de hospitalización por paciente)⁶⁸ y el número de personas que la requieren esta en constante crecimiento notificándose hasta julio de 2003 5793 casos de SIDA, así como 5750 de VIH (+)⁶⁹, justificando así la creación de Criterios de

⁶⁸ MSPAS y otros, Op. Cit. p. 14.

⁶⁹ MSPAS “Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Salvador-1984-julio2003, El Salvador.

Ingreso, para acceder a la Terapia Antiretroviral, los cuales reformulados quedaron de la siguiente manera:

“Criterios de ingreso:

Presencia de síntomas asociados a la infección por VIH.

Diagnóstico confirmado por pruebas Elisa repetidamente reactivas (2) y otras pruebas confirmadoras cuando se considere necesario.

Un recuento de linfocitos TCD4+ bajos. Según normas internacionales.

Una carga viral elevada según la metodología más sensible disponible de acuerdo a normas internacionales.

Una evaluación psicosocial aprobatoria por el comité institucional...”

Es este último requisito el que determina en realidad el ingreso y según el protocolo debe autorizarse solamente cuando:

El paciente comprenda los riesgos y beneficios de la terapia.

Posibles factores de riesgo del paciente sobre la adherencia.

Averiguar situación social, laboral y familiar del paciente.

Conocer situación psicológica y patologías concomitantes (drogodependencia y alcoholismo).

Conocer preferencias y dificultades para el tratamiento; entre otras.

Explicar los objetivos y dificultades para el tratamiento.

Resaltar la importancia de la adherencia en la eficacia del tratamiento.

Y esto debido a que las metas que la terapia persigue son:

Prolongar y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Reincorporarlos al entorno, laboral, social y familiar.

Disminuir el impacto económico de la epidemia sobre la nación

Disminuir la incidencia de infecciones oportunistas.

En el año 2001 se crea un nuevo Plan, denominado “Plan Estratégico Nacional de Prevención Atención y Control de ITS- VIH/SIDA 2001-2004”, cuyos objetivos consisten en reducir la incidencia del VIH/SIDA en El Salvador y su impacto social, para lo cual considera necesario brindar Terapia Antiretroviral a todas las personas viviendo con VIH/SIDA que lo necesiten y que cumplan con los criterios establecidos en las normas y de acuerdo a la disponibilidad de los tratamientos⁷⁰

Dicho plan se orienta bajo los siguientes principios y estrategias:

Principios:

a) Brindar una propuesta amplia e integral; b) Promover el enfoque preventivo; c) Implementar el control de ITS como estrategia asociada; d) Dar vigencia al respeto de los derechos humanos; e) Buscar sostenibilidad de las acciones del programa; f) Garantizar la disponibilidad y acceso directo de los servicios de atención integral ofrecidos a todos los salvadoreños que lo requieran.

Estrategias:

- Fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional de los sectores involucrados en la prevención de las ITS/VIH/SIDA.
- Fortalecimiento de la atención y prevención de las ITS/VIH/SIDA en los diferentes niveles en el sector público y privado.
- Promocionar la participación activa de los grupos sociales organizados, en la prevención de las ITS/VIH/SIDA.
- Promoción de políticas y formulación del marco legal correspondiente.
- Disminuir la vulnerabilidad de la población ante el VIH/SIDA.

⁷⁰ MSPAS, “Plan Estratégico Nacional de Prevención Atención y Control ITS- VIH/SIDA 2001-2004”, El Salvador, 2001.

Según Decreto Legislativo número 588, de fecha 24 de octubre de 2001, se decreta la Ley de Prevención y Control de La Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, publicada en el Diario Oficial número 222, Tomo 353, de fecha 23 de noviembre de 2001, entrando en vigencia el día primero de diciembre del mismo año; con el objeto de 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 VIH 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 el VIH/SIDA con lo que se da cumplimiento a la tercera estrategia del Plan Nacional de Prevención y Control de ETS-VIH/SIDA 1999-2000 mencionado anteriormente.

Esta ley es un primer intento de normar la situación de los personas sero positivas, la cuál no cuenta aun con su reglamento para ser ejecutada.

CAPITULO 2: BASE TEÓRICA Y DOCTRINARIA DE LAS POLÍTICAS ESTATALES DEL VIH/SIDA

2.1 POLÍTICA ESTATAL FORMAL DE SALUD RELATIVA A LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH/SIDA.

Históricamente se ha considerado que todo grupo sea grande o pequeño ha necesitado de conducción y orientación.

El manejo de la política estatal es la principal responsabilidad del Órgano Ejecutivo y especialmente del Presidente de la República. A este Órgano pertenece el Concejo de Ministros; a quien corresponde diseñar los planes y estrategias necesarias para la consecución de los fines que la Constitución le señala al Estado, esto es lo que se ha dado en llamar Política General Estatal.

Cada Secretaría de Estado o Ministerio que compone el Órgano Ejecutivo es la encargada de gestionar los negocios públicos de un área específica (Art. 159 de la Constitución de la República y el Art. 28 del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo RIOE), dentro de éstos encontramos el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que como su nombre lo indica planifica, dirige, coordina y ejecuta la política gubernamental en materia de salud pública y asistencia social; además supervisa las actividades que conforman dicha política (Art. 42 R.I.O.E.).

Definida la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; y la salud pública como el conjunto de servicios públicos o privados que tienen por finalidad mantener o mejorar el buen estado sanitario tanto en lo que se refiere a la sanidad preventiva como a la medicina curativa (OMS) y recordando que el Órgano Ejecutivo en su totalidad se rige por la Constitución de la República y que toda su actividad está encaminada a la consecución de los fines que éste establece para el Estado; llegamos a la conclusión de que la política nacional de salud esta compuesta por todas aquellas acciones de planificación, dirección, coordinación, ejecución y supervisión realizadas por el Estado a través del MSPAS encaminadas a mejorar el nivel de salud de la población Salvadoreña mediante la modernización del sector, y el desarrollo de programas interinstitucionales tendientes a la atención integral de la salud de las personas, y la disminución de los riesgos y daños al Medio Ambiente, elaborada con base en los Art. 65 de la Constitución y 3 del Reglamento Interno del Ministerio de Salud.

En el tercer período consecutivo del partido de gobierno, denominaron su programa de gobierno 1999-2004 como “La Nueva Alianza”, con la visión de convertir al Ministerio de Salud Pública en la “Instancia Rectora del Sector fortalecida, conduciendo de manera eficiente y efectiva el Sistema de Salud y garantizando a la familia salvadoreña servicios

de salud con calidad y calidez. Estimulando para ello la corresponsabilidad y la contraloría social en armonía con el ambiente. ”; proyectándose, “Estructurar un Sistema Nacional de Salud que garantice la provisión de Servicios de Salud en condiciones de Eficacia, Equidad, Calidad y satisfacción de la población salvadoreña”, con base en lo anterior se plantea un salto cualitativo en aspectos importantes como:

- Fortalecer la Rectoría del Ministerio de Salud.
- Reorganizar los Sistemas y Servicios de Salud.
- Definición del Financiamiento Sectorial.

Todo lo anterior mediante el compromiso de Iniciar la Reforma del Sector Salud, impulsar la Descentralización de los Servicios de Salud, fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud.

En dicho plan el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social contempla sus estrategias y metas para dicho período algunas de carácter global como:

- Incentivar programas y proyectos de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y prevención de las enfermedades, que promuevan la participación organizada y sostenida de la comunidad con sus Gobiernos Locales con el objeto de mejorar el estado de salud de la población.
- Iniciar la reforma de Sector Salud, orientada a la construcción de un Sistema Nacional equitativo, eficiente, eficaz y participativo.
- Descentralizar e introducir incentivos de mercado en la provisión de servicios de salud.
- Incentivar programas y proyectos de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y prevención de las enfermedades, que promuevan la participación organizada y sostenida de la comunidad con sus Gobiernos Locales con el objeto de mejorar el estado de salud de la población.

Y otras establecidas como metas finales quinquenales como:

- Producir una mejoría estadísticamente significativa en la satisfacción de los usuarios de los Servicios de Salud.
- Plan de Reforma del Sector Salud elaborado a Septiembre 2000.
- 15 Sistemas Sanitarios implementados, con un porcentaje de avance superior al 50%.
- Hospital periférico de Apopa construido y equipado para mediados de 2004.
- 5 Unidades de Salud construidas.
- Equipo obsoleto reemplazado y actualización tecnológica en Hospitales Nacionales mediante la compra de equipo por 32 millones de dólares.

Las metas son el producto de las estrategias, y éstas se realizan a través de la creación y ejecución de programas institucionales, de tal suerte que el programa tratará de cumplir con las metas propuestas mediante el desarrollo estratégico de descentralizar la gestión:

- Descentralización de la Organización de los Servicios de Salud en zonas o áreas sanitarias.
- Descentralización de la Gestión Financiera.
- Descentralización de la Gestión de los Recursos Humanos.
- Descentralización de los Procesos de Compra.

Para lograr la reforma del Sector Salud el Señor Presidente de la República de El Salvador mediante Decreto Ejecutivo número 15 crea el Consejo de Reforma del Sector Salud, integrado por el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, quien lo preside; el Director General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social y cinco representantes de gremiales e instituciones relacionadas con el sector. (Ver Anexo) Este organismo de carácter consultivo y transitorio tiene por finalidad formular y presentar al Gobierno de El Salvador una propuesta de Reforma al Sector Salud, que reúna condiciones factibles y viables; logrando la garantía de la calidad de los servicios de salud a través del Programa Nacional, mediante la:

- Implementación de la Política Nacional de la Garantía de la calidad de los Servicios de Salud.
- Implementación de Procesos de Contraloría Social y Participación Ciudadana.
- Desarrollo de Procesos de Comunicación a la Población sobre avances del Programa Nacional de Garantía de Calidad.
- Certificación y Acreditación de Instituciones de Salud,
- Implementación de Normas y Protocolos.

Como misión primordial el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, busca facilitar procesos de desarrollo organizacional al interior de las Instituciones de Salud del Sector, potenciando todas aquellas iniciativas que vengán orientadas a garantizar a toda la familia salvadoreña servicios de salud con calidad y calidez y de la consecución de los demás elementos que conforman su visión.

Uno de los programas que más recientemente se ha visto el Ministerio, en la necesidad de crear es el “Programa Nacional de Control de ITS/VIH/SIDA”⁷¹, cuya elaboración está informada en el área de VIH/SIDA por una serie de principios que rigen la denominada política estatal de control del VIH/SIDA, mismos que se estudian a continuación.

2.2 PRINCIPIOS QUE RIGEN LA ACTUAL POLÍTICA ESTATAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH SIDA.

Hablar de principios en materia de derecho, es hablar del fundamento de disposiciones inspiradas por un pensamiento general; en las cuales su contenido se debe y basa a su origen, es decir a lo que le ha dado la vida.

⁷¹ Vid. 1.4 Evolución Histórica de los Esfuerzos y Políticas estatales de atención a los portadores de VIH/SIDA y Desarrollo de la Pandemia en El Salvador. Pág.36 y siguientes del presente trabajo.

Los principios rectores éticos jurídicos en materia de VIH/SIDA que rigen el “Reglamento para la Investigación, Prevención y Control del SIDA”⁷² en su Art. 5, y la “Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana”⁷³ en su Art. 2 (de la que se amplía posteriormente) son los siguientes:

PRINCIPIO DE LA AUTONOMÍA: “Toda persona tiene derecho a la información sobre los métodos para prevenir la propagación del SIDA y sobre los tratamientos más adecuados al respecto.”

PRINCIPIO DE CONFIDENCIALIDAD: “Es el derecho a que mantenga reserva sobre el resultado del diagnóstico, manejo de los exámenes clínicos y de laboratorio, y la Progresividad de la enfermedad. Una vez confirmado el resultado que, técnicos, auxiliares y demás personal encargado de la atención del paciente están obligados a respetar este principio.”

PRINCIPIO DE DERECHO A LA SALUD: “Los órganos estatales y privados, así como los profesionales, técnicos, auxiliares y toda persona directamente relacionada con las actividades de prevención, control y tratamiento del SIDA, están obligados a cumplir las disposiciones y medidas (dictadas por CONASIDA) para evitar su propagación. Los distintos sectores de la población deberán someterse a los exámenes y medidas terapéuticas, de acuerdo a los instructivos emanados del Ministerio.”

PRINCIPIO DE NO DISCRIMINACIÓN: “Todos los habitantes tendrán derecho a la atención médica integral de la enfermedad del SIDA, sin discriminación de ninguna

⁷² Decreto Ejecutivo número 53, publicado en el tomo 320 del Diario Oficial, 9 de julio de 1993.

⁷³ Decreto Legislativo número 588, publicado en el tomo 353 del Diario Oficial, 23 de noviembre de 2001.

naturaleza, a quienes se les deberá reconocer sus derechos individuales, laborales, y en general Derechos Humanos; todo sin perjuicio de sus obligaciones, atendiendo al principio de que el interés público tiene primacía sobre el interés privado.”

PRINCIPIO DE CONTINUIDAD: “Es la aplicación en secuencia lógica, de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de atención, bajo la responsabilidad de un equipo de salud.”

PRINCIPIO DE CALIDAD: “Consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.”

PRINCIPIO DE CALIDÉZ: “Se refiere al trato digno, respetuoso y sensibilidad humana que el personal de salud debe brindar a la población que vive con VIH/ SIDA.”

PRINCIPIO DE EQUIDAD: “Definido como justicia, igualdad; este principio supone el “derecho subjetivo que todo ciudadano posee un trato igual, y que obliga y limita a los poderes públicos a respetarlo, exige que los supuestos de hecho iguales sean tratados idénticamente en sus consecuencias jurídicas abarcando también la igualdad en la aplicación de la ley”⁷⁴, en las políticas estatales de prevención de VIH/SIDA se refleja el derecho que tienen todas las personas con VIH/SIDA sus familiares y allegados a ser

⁷⁴ El Estado y la Constitución Salvadoreña, Montecino Giralt Manuel Arturo y otros, primera edición, El Salvador, Proyecto para el fortalecimiento de la justicia y la cultura constitucional en El Salvador, Unión Europea, Corte Suprema de Justicia, pág. 87.

tratados de manera digna sin discriminación, ni estigmatización en razón de su enfermedad.”

PRINCIPIO DE INFORMACIÓN: “visto como el derecho que posee toda persona a la información; éste encuentra en las políticas estatales de prevención de VIH/SIDA diferentes tipos de aplicación: las personas seropositivas tienen derecho a ser informados de su condición, a conocer el carácter infeccioso de su enfermedad, de los medios de prevención y transmisión, así como a recibir asistencia en salud adecuada e integral, también comprende la obligación de estos de proteger a su pareja habitual o casual, informándole de su condición⁷⁵. En la Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, se encuentra regulado, en los artículos 2, 28 y 30; éstos dos últimos incluyen el deber de las personas viviendo con VIH/SIDA a informar al personal de salud que las atiende, y de las instituciones públicas y privadas a informar de las personas infectadas y de las muertes provenientes de ésta, para fines epidemiológicos y de prevención”(es importante mencionar que en estos tipos de aplicación del principio en mención, se garantiza la confidencialidad para proteger también la esfera jurídica del contagiado).

PRINCIPIO DE CORRESPONSABILIDAD: “Se refiere a la responsabilidad compartida en:

- a) Identificar a los sectores 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.

⁷⁵ “VIH/SIDA y Derechos Humanos”, Criollo Salazar, Claudia Carolina y otros, trabajo monográfico de graduación preparado para la Facultad de Ciencias del Hombre y la Naturaleza, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, San Salvador, julio 2002 Pág. 28.

c) Planificar, organizar, implantar y controlar la atención integral en al salud de las personas que viven con VIH/SIDA.

d) Utilizar eficientemente los recursos para la satisfacción de las necesidades básicas de las personas que viven con VIH/SIDA.”

El 25 de mayo del año 2000 el Comité Técnico Asesor para la Elaboración de Protocolos de Atención de Personas viviendo con VIH/SIDA, presenta a las autoridades de Salud el Proyecto: “Propuesta de Atención para Personas Viviendo con VIH/ SIDA en El Salvador”, es así como de dicho proyecto el comité antes mencionado, bajo la dirección del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA elabora los “Protocolos de Atención de Personas Infectadas por VIH”, el cual creemos ser atentatorio al derecho humano a la salud, estos protocolos fueron oficializados mediante Resolución Ministerial número 966 el 29 de noviembre del año 2000. Por otra parte el Programa Nacional antes mencionado elabora el “Plan Estratégico Nacional de Prevención, Atención y Control de ITS/VIH/SIDA 2001-2004, (del que ya se ha hecho referencia en el capítulo 1 epígrafe 1.4.) oficializado por Resolución Ministerial número 324 el 15 de junio del año 2001. pero no es hasta finales de ese mismo año que aparece un instrumento jurídico más generalizado, que permitiría prevenir, controlar y atender a las personas viviendo con VIH/ SIDA. Este instrumento al que nos referimos (que nace del Decreto Legislativo Número 588) es la polémica “Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana”, polémica por que desde un inicio se creyeron inconstitucionales algunas de sus disposiciones, y la cual dicho de paso carece de su reglamento que la ejecute, a pesar de que esta ley entró en vigor desde diciembre del año 2001, y su publicación en el Diario Oficial (tomo 353) fue el 23 de noviembre del año 2001 no se ha respetado el artículo 46, en el cual se estipula el plazo de noventa días a partir de su vigencia para que el Presidente de la República emita su Reglamento.

2.3 TEORÍAS Y DOCTRINAS EXISTENTES PARA AFRONTAR EL PROBLEMA QUE APARENTEMENTE SE JUSTIFICA CON LA ESCASEZ DE RECURSOS EN EL COMBATE DE LA ENFERMEDAD.

Ante el enorme impacto del VIH/SIDA en la esperanza de vida y en la salud, ante la pobreza existente y la posibilidad de exacerbarla, los gobiernos se encuentran en la necesidad de afrontar el problema con la menor cantidad de recursos, maximizando los mismos.

Los programas de prevención son la salida más fácil que los estados plantean, su aplicación preferencial obedece a una razón fundamental de índole económica: “es más barato prevenir que tratar y es menos oneroso evitar la enfermedad y la muerte, que preocuparse de los resultados definitivos de la enfermedad”⁷⁶; siempre existen en los gobiernos puntos de vista antagónicos difíciles de conciliar, un estudio realizado en Estados Unidos sobre los costos anuales de tratamiento de un paciente de SIDA en relación con el Producto Nacional Bruto per cápita, demuestra que anualmente el tratamiento de un paciente equivale a costearle la educación primaria a diez niños en un país en vías de desarrollo promedio⁷⁷, consistiendo en una aseveración a lo planteado.

Otra medida utilizada por los Estados es la implementación de programas para influir en el comportamiento privado de las personas disminuyendo así los comportamientos riesgosos; si la prevención ya incluía la información acerca de la enfermedad y sus formas de transmisión consecuentemente la forma de evitar el contagio de ésta, promoviendo la abstinencia, el sexo seguro, entre otras; esta última promueve la creación de normas jurídicas que buscan disminuir el riesgo en algunos

⁷⁶ “El impacto económico del VIH/SIDA y la intervención pública”, Kremer M., Washington, 1996, pag. 28.

⁷⁷ “Los costos anuales del SIDA se obtuvieron de los trabajo de Mann y Tarantola (1996), y el costo anual de educar a diez estudiante de primaria provino de los cálculos de los autores, basados en los datos de treinta y cuatro países. Esto fue tomado de una grafica publicada de Lockheed 1998”.

comportamientos, como la obligación de practicar exámenes médicos a los “trabajadores del sexo”.

Con relación al tratamiento es necesario apuntar que un individuo con VIH/SIDA necesita tres tipos de atención: primeramente asistencia paliativa que comprende el alivio de síntomas, como dolores de cabeza, diarrea, falta de aire, entre otras; en el segundo tipo de atención se encuentra la prevención y tratamiento de enfermedades oportunistas; y finalmente la aplicación de los tratamientos antiretrovirales que buscan combatir al propio VIH. Con la finalidad de reducir los costos que esta trilogía exige, se ha buscado: en la asistencia paliativa la utilización de medicamentos genéricos como la morfina que alivian los malestares y disipan en gran parte la pena del enfermo, además que en términos económicos representan un bajo costo, dado que es posible hacer las últimas dos semanas de vida de un paciente llevaderas, por un valor de cuatro dólares por paciente⁷⁸. Las enfermedades oportunistas por su parte también pueden ser tratadas con productos genéricos baratos al menos en las primeras etapas, lo irónico es que en muchos países estos productos son escasos y se desconoce por parte de los enfermos sus propiedades, los gobiernos podrían solucionar estos problemas al facilitar la distribución y obtención de los medicamentos genéricos necesarios, para la asistencia paliativa y enfermedades oportunistas comunes y su subvención oficial dependería de la política de financiamiento global de salud.

Antes de referirnos a la Terapia Antiretroviral, nos referiremos a otros costos en los que se incurren con ocasión de la enfermedad: el dinero que un país gasta en la realidad, para tratar a un enfermo no se reduce realmente a los medicamentos, sino que depende de innumerables factores como, los insumos propios de la atención de salud, por ello se recomienda reducir lo más posible el costo de la atención hospitalaria, lo cual se logra creando clínicas de tipo ambulatorio, así se evitan los gastos que requiere la

⁷⁸ OPS, “Hacer frente al Sida prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial”, publicación científica número 570, Washintong, Estados Unidos, 1998, Pág.220.

hospitalización y es más conveniente para el enfermo, porque recibe el tratamiento en su hogar; instituciones de beneficencia, ayuda comunitaria y grupos de personas altruistas organizadas ayudan en esta propuesta a reducir además los costos de personal apoyando el programa.

“El tratamiento Antiretroviral es caro y de resultados inciertos”⁷⁹:

El Tratamiento Antiretroviral disminuye los sufrimientos y prolonga la vida pero en definitiva no la salva porque ninguno de ellos suprime la causa de la enfermedad, aquellos que han logrado reducir la carga vírica en la sangre del enfermo son caros y su administración es compleja, sus beneficios a largo plazo son inciertos y su eficacia varía enormemente de una persona a otra.

La Zidovudina (AZT o ZDV) fue el primer medicamento que tuvo la capacidad de inhibir la propagación del virus en un paciente infectado, ésta salvo para la prevención de la transmisión de madre a hijo, rara vez logra beneficios espectaculares, y solamente prolonga unos seis meses la vida sana del paciente promedio, cuyo costo fue de \$10,000 por dosis anual, en el año de 1985 cuando fue su aparición, el cual se redujo a \$2,738 para 1998⁸⁰.

En 1996 se descubrió un tratamiento más eficaz que comprende el uso de tres Antiretrovirales y aunque esta nueva terapia llamada terapia triple demostró tras estudios ser mucho más eficaz en términos generales, subsistieron tres problemas: el costo de los medicamentos, los costos y la dificultad de la vigilancia y los problemas de observancia del tratamiento prescrito, los cuales son mayores en los países en desarrollo. Datos estadísticos demostraron que en países industrializados como Tailandia donde los costos anuales eran de unos \$8,000 anuales y previendo que hayan disminuido hasta en una décima parte por persona anual, es decir, \$80.00 esto sería varias veces mayor que el gasto anual per cápita destinado en salud en muchos países de bajos ingresos; además

⁷⁹ Entrevista con el Director de la unidad de Infectología del Hospital Rosales septiembre 2003.

⁸⁰ Op. Cit. OPS, “Hacer frente al SIDA prioridades de....Pág. 222.

para que el tratamiento sea eficaz se necesita un médico especializado y una clínica perfectamente equipada. En el caso de que todo lo anterior pudiera solucionarse de alguna manera y se contara con los recursos y la infraestructura adecuada seguiría siendo complicado. Las personas sometidas a esta terapia deben de ingerir alrededor de una veinte píldoras al día, según un plan posológico complejo hecho en arreglo a las horas de sueño y consumo de alimentos, sino cumplen con este plan se agravan las probabilidades de que el virus se torne resistente a los medicamentos o que estos debiliten de modo profundo al paciente al punto de que le sea imposible continuar con el tratamiento.

Incluso las personas instruidas sobre el tratamiento de la enfermedad tienen el problema de seguirlo si no están debidamente asesoradas. ¿Qué podríamos decir de aquellas que poseen poca o ninguna?, muchos dicen preferir morir antes de someterse a un régimen tan estricto que además genera efectos molestos como: náuseas, cefaleas, entre otros, y que no garantizan un resultado positivo.

Todo lo anterior apunta a implementar una política netamente preventiva, a través de la desvaloración del tratamiento, distribuyendo información incompleta y orientada a obtener una respuesta negativa con relación al tratamiento de un significativo grupo de pacientes.

Es importante mencionar que aquellos que habiendo superado esta etapa no aplican; o habiendo aplicado permanecen en espera por la falta de medicamentos y desertan o pierden su derecho a acceder por decisión del Comité Institucional; un tercer grupo ya habiendo accedido le es interrumpido su tratamiento por decisión del mismo comité.

2.4 FACTORES QUE ORIGINARON LA CREACIÓN DE CRITERIOS DE INGRESOS.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), que causa el SIDA, ha desencadenado una epidemia mundial mucho más extensa que cualquier otra en el último siglo, más de

39 millones de personas se estiman infectadas (al final del año 2001) según el Programa Mundial sobre el SIDA de la OMS; los problemas que el VIH plantea varían enormemente de un lugar a otro, dependiendo de la magnitud y rapidez de la propagación del virus y de la existencia de un gran número de personas infectadas que han empezado a enfermar o fallecer.

En América Latina la epidemia es un mosaico complejo de patrones de transmisión en el que el VIH continua propagándose a través de las relaciones sexuales y uso de drogas intravenosas, se estima hasta finales del 2001, en esta región 1.5 millones de adultos y niños viven con VIH o con SIDA, lo cual se compara con el 1.4 millones a finales del 2000, cifras que se convierten en alarmantes indicadores de incremento de infecciones.

El Salvador como la mayoría de países en vías de desarrollo, adolece de una gran cantidad de males que han generado la proliferación de la epidemia y muchos de ellos que tratan de justificar la creación de criterios de ingreso a la hora de brindar la atención adecuada a sus portadores

2.4.1 FACTORES SOCIALES:

Dentro de nuestra sociedad, la infección por VIH, fue desde sus inicios una enfermedad estigmatizante, la respuesta ante las personas infectadas a sido frecuentemente, el rechazo y el aislamiento; que se ve reflejado no solo en el trato que recibe un enfermo; sino en la disminución de sus oportunidades de desarrollo.

Aun y cuando el Art.3 de la Constitución establece el principio de igualdad, y la discriminación está prohibida tanto en el ámbito nacional como internacional, el portador de VIH a sido discriminado, frecuentemente la misma normativa creada para su defensa ha propiciado tal discriminación, por ejemplo puede citarse la practica discriminatoria de la que fueron objeto los trabajadores, tras la aprobación por parte de la Asamblea Legislativa de la prueba obligatoria del SIDA como requisito para optar a

un trabajo. Lo anterior estaba contemplado en el Art.16 literal c) de la Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el VIH / SIDA, aprobada en la sesión plenaria del 24 de octubre del año 2001. El artículo en mención prohibía solicitar el diagnóstico de la enfermedad, pero dejaba la puerta abierta al establecer que esa disposición no se aplica en los casos que establece el Art.3, inciso 10 del Código de Trabajo que dice que “es obligación del trabajador someterse a un examen médico cuando fuere requerido por el patrón o por las autoridades administrativas con el objeto de comprobar su estado de salud”.

Esta iniciativa fue apoyada por el Órgano Ejecutivo “para el Vicepresidente de la República, el que el patrón nos exige una prueba de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) no viola las disposiciones constitucionales sobre privacidad y derecho al trabajo. Considera que hay algún tipo de trabajo que las personas infectadas de SIDA pueden realizar, como escribir a máquina, tomar notas o llevar alguna cosa dependiendo de la enfermedad. Pero hay algunas labores, como por ejemplo, en la maquila o en el uso de maquinaria donde existe el peligro que se hiera es recomendable que se emplee”.⁸¹

Esto contrasta con la obligación de no-discriminación que está reconocida en el art. 2 del PIDECOSOC, pero además, atenta contra la dignidad de las y los trabajadores(as) portadores de VIH/SIDA.

Lo anterior aunado a la alta tasa de desempleo y al deterioro que poco a poco sufre en su salud el portador del VIH/ SIDA; debilitando su sistema inmunológico, reduciendo el potencial de ingreso, e imposibilitando el desarrollo del mismo.

2.4.2 FACTORES CULTURALES:

Los científicos han descubierto tres modos de transmisión del VIH y entre ellos el principal es el acto sexual (coito vaginal, anal o bucal, ya sea hetero u homo-sexual) sin

⁸¹ Editorial de El Diario de Hoy. 26/octubre/2001, Pág. 20

protección; proponen como solución la prevención a través del llamado sexo seguro, sin embargo su práctica requiere de una concientización colectiva para lo cual los altos índices de pobreza y analfabetismo que caracteriza a nuestros pueblos, constituyen el más grande impedimento, según el Comité de Acción SIDA el 98.7 % de las personas han oído hablar de SIDA; pero sólo el 27% creen tener riesgo de infectarse.⁸²

Por su parte en el Resumen Ejecutivo del Ministerio de Salud y Asistencia Social del año 2000 mencionaba que “entre los factores detectados de riesgo se tiene el machismo imperante en la sociedad, la promiscuidad sexual, la falta de educación sexual a nivel de grupos de riesgo, la idiosincrasia de nuestra población en lo relacionado a lo sexual, el inicio de las primeras relaciones sexuales a temprana edad, la sumisión de la mujer en relación al sexo y a la introducción de conductas sociales externas a la población (maras)” todo lo cual incrementa los riesgos de contagio y disminuye el interés social de protección al portador dado que erróneamente se le considera un depravado, merecedor de un castigo divino; o un inconsciente merecedor de una sanción a su imprudencia, desensibilizando a las personas; por otra parte el impacto que generó la enfermedad en sus inicios alarmó a la sociedad de tal forma, al considerar al portador de VIH como un condenado a muerte, lo que incentivó a la mayoría de la población a obedecer las medidas recomendadas y a practicar el sexo seguro; así lo manifiesta James Nguyein del Proyecto Sida situado en San Francisco, EEUU, “.....fue un motivador muy fuerte para que las personas cambiarán su comportamiento....”; pero veinte años después y hasta nuestros días muchos jóvenes carecen de esa motivación, toda una generación entera a nacido y crecido sin conocer un mundo sin enfermedad y se ha adaptado a ello, muchos ya no lo ven como una amenaza de muerte sino (gracias a los avances científicos) como una enfermedad crónica llevadera más.

⁸² Estudio realizado por la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS) 2000 El Salvador.

2.4.3 FACTORES ECONÓMICOS:

El aumento de morbilidad y mortalidad tienen a menudo lugar en un contexto de deterioro de los servicios públicos, pobres perspectivas de empleo y pobreza, factores que no se relacionan directamente con la epidemia del VIH, pero que puede verse exacerbada por ella.

Gran parte de la población se ve en la necesidad de enfrentar situaciones de alto riesgo (prostitución, drogadicción, sexo sin protección, etc.) lo que genera mayores índices de infección.

La gran demanda de empleo, vuelve inestable los mismos, que en un país en vías de desarrollo dependerá de la mayor productividad, el portador de VIH debe enfrentarse no sólo a la presión normal, sino que por encontrarse con un sistema inmunológico deteriorado, enferma muy seguido y termina por perder su empleo, en caso de haberlo poseído, lo que agrava aun más su situación económica. El tratamiento del VIH/ SIDA por su parte es de costos muy elevados y no proporciona al paciente más que la esperanza de vivir un poco más, todo esto aunado a la pena de saberse condenado a muerte, al rechazo social, reduce la capacidad de los infectados de responder efectivamente a la enfermedad.

El Estado por su parte no cuenta con los medios económicos y administrativos necesarios para afrontar la epidemia, las instalaciones médicas adecuadas se reducían hasta el año pasado a pequeñas áreas en tres hospitales de referencia en todo el país (Hospital Benjamín Bloom, Hospital Rosales y Maternidad en sus respectivas especialidades), y pese a que para el año 2003 se han hecho grandes esfuerzos, sólo se han logrado habilitar tres áreas más (Hospital Nacional Zacamil, Santa Ana, San Miguel), sin embargo el proyecto de crear un hospital especializado no se concretiza, esto dificulta albergar y dar tratamiento a la población infectada y proteger a los que

trabajan con enfermos o prevenir adecuadamente la proliferación de la enfermedad; dado que no se cuenta con los recursos necesarios para aplicar eficazmente las medidas de bioseguridad o para crear una política permanente de prevención.

Un promedio de días de hospitalización de una persona con SIDA es de 19 días; 434 expedientes clínicos sirvieron para calcular costos de la epidemia en El Salvador; que incluyendo servicios médicos, paramédicos, suministros e infraestructura en 1995 ascendían a ¢ 15,000 por persona; para el año 2000, mayores recursos serian necesarios; el costo promedio de hospitales de un paciente con SIDA seria de ¢ 26,573 presupuestándose como necesarios de 44 a 88 millones de colones para brindarles atención adecuada a dichos pacientes.

Por si fuera poco; la epidemia del VIH / SIDA impactará en las empresas nacionales por lo que la economía se verá afectada (por la epidemia del VIH / SIDA) ya que la mayoría de la población VIH + o con SIDA es la económicamente activa, concentrada en los sectores productivos.

La persona con VIH pierde 23 años productivos debido a su morbilidad y mortalidad prematura, lo que al reducir su productividad representa una perdida del 74 % del ingreso potencial por persona con SIDA.

Este impacto no sólo recaerá sobre la sociedad por efecto del sector productivo sino que tendrá un impacto en el núcleo familiar y en la sociedad salvadoreña y el nuevo rol que el sector público tendrá que desempeñar para enfrentar los problemas estructurales y económicos causados por la epidemia:

a) Atención a pacientes seropositivos: lo que conlleva aumento en medicamentos por la enfermedad y debido al ataque de enfermedades oportunistas también un incremento por estas últimas además un incremento en personal médico y en el costo de este debido al riesgo que conlleva, entre otros.

- b) Albergue a huérfanos de padres con SIDA: especialmente para aquellos niños que debido al uso de AZT no serán contagiados.
- c) Programas de información y prevención: en las escuelas, medios de comunicación etc.
- d) Programas de medidas de bio-seguridad: que permitan garantizar al personal médico y paramédico no ser contagiado y evitar el contagio a otros pacientes dentro del centro hospitalario.

De todos ellos los diferentes programas nacionales siguen más la línea de prevención del VIH / SIDA, orientando a la población en el conocimiento de ésta, sus mecanismos de transmisión, formas de prevención (uso de diferentes estrategia como el condón, la fidelidad de la pareja, retraso de inicio de relaciones sexuales, uso de sangre segura) y se dirige a la población en general haciendo énfasis en la población más vulnerable como los jóvenes, mujeres, obreros /as, amas de casa, adolescentes, homosexuales, trabajadoras del sexo, etc.

Los desarrollos científicos marcan un sentido de esperanza y para muchos la pérdida de vida desproporcionada que se dio en los primeros años a quedado atrás, gracias a los medicamentos que han tornado el SIDA en una enfermedad crónica con la que se vive en lugar de que se muera al menos por poco tiempo, sin embargo esto es engañoso el SIDA es a nivel mundial la cuarta causa de muerte, la primera en África, en nuestro país se encuentra en el décimo lugar, sin embargo es la segunda entre hombres y mujeres de veinte a cincuenta y nueve años⁸³ de edad, ni siquiera, en los países desarrollados que tienen mayor acceso a medicamentos y que tienen mayor recursos estos no son suficientes. Así lo afirma el Dr. Peters Piot de UNAIDS “con los recursos actuales no será posible contener la epidemia”; incluso en los Estados Unidos “ las drogas no pueden ser vistas como solución a largo plazo”, especialmente porque como lo demuestran los estudios realizados en el Centro de Investigaciones Multidisciplinario de

⁸³Editorial de El Diario de Hoy, publicación del 30 de mayo de 2003. El Salvador Pág. 27.

la Universidad de Yale acerca del Sida, las medicinas están siendo burladas rápidamente por la capacidad de cambio que posee el VIH/SIDA, y lo que aparentemente es un beneficio (una mejoría) se vuelve un problema mayor, debido a que el virus adquiere mayor fuerza al vencer el medicamento y es en este período en el que puede ser transmitido con mayor facilidad debido a que los pacientes descuidan su tratamiento y al sentirse mejor dejan de practicar el sexo seguro.

El Gobierno de El Salvador dio inicio a las actividades de prevención y control del VIH en 1984, año en el que se detectó el primer caso de SIDA, desde entonces muchos se han contagiado, aproximadamente existen 25,000 portadores en el país, así lo reconocieron las autoridades de salud en el presente año; después de que hacia ya más de un año que el Programa de Naciones Unidas Para el Sida (ONUSIDA), en la conferencia internacional celebrada en Barcelona, España, así lo manifestarán.

El jefe del Programa Nacional de Las Infecciones de Transmisión Sexual de VIH/SIDA explicó que de ese total más de 12,000 son personas que acuden a los centros de atención nacionales y que están recibiendo algún tratamiento, sin embargo existe un sub-registro de personas contagiadas estimado en 13,000 “algunos de ellos, por miedo o por el mismo desconocimiento de su situación ni siquiera se han hecho la prueba para saber si tienen el VIH”⁸⁴.

De los caso documentados por salud 5750 son VIH positivos y el resto ya han desarrollado la enfermedad.⁸⁵

2.4.4 FACTORES MÉDICOS:

Tras la falla de la Medicina Preventiva y las políticas estatales en ese sentido, encontramos la escasez de medios económicos estatales para la adquisición de medicamentos y tecnologías necesarias para dotar a los centros hospitalarios que

⁸⁴ El Salvador, La Prensa Gráfica, 22 de agosto de 2003, Pág. 2.

⁸⁵ Ídem, Pág. 3.

garanticen que el sistema de salud opere adecuadamente; nuestros centros no cuentan con lo necesario para albergar y dar tratamiento apropiado a las personas que desarrollan la enfermedad; ni con lo necesario para proteger al personal médico que trabajó con enfermos del VIH / SIDA.

El VIH necesita la transcripción de la proteína para transformar el RNA en DNA. Es muy sensible y casi siempre muere espontáneamente a los pocos minutos de estar en contacto con el aire exterior, además resulta sensible de manera especial al calor; lo que dificulta su estudio. Sólo en condiciones muy particulares puede sobrevivir varios días, lo cual fue logrado por investigadores franceses tanto en un ambiente seco (platillo de petri) como en un medio líquido (tubo de ensayo), con virus de alta concentración y en condiciones de esterilidad. El VIH no es muy sensible al frío, de ahí que puede ser transmitido al aplicar coagulantes en caso de hemofílicos o en transfusiones de sangre.

Las células que el VIH ataca y convierte en células hospedantes, son células claves del organismo humano, especialmente en lo que respecta a los importantes circuitos funcionales del sistema inmunológico y del sistema nervioso central.

Si ataca los linfocitos T4, el VIH destruye el sistema defensivo del cuerpo y si ataca las células nerviosas surgen trastornos neurológicos de diferentes niveles de gravedad.

El VIH es responsable de todo espectro de enfermedades, tales como el debilitamiento del sistema inmunológico, trastornos neurológicos y otras enfermedades malignas como por ejemplo, el cáncer de ganglios linfáticos.

En cuanto a la estructura del VIH, como ya se mencionó en la historia de sus orígenes, en el capítulo uno, según trabajos publicados por Roberto Gallo en marzo de 1987, tiene forma esférica con un diámetro de una diez milésima de milímetros aproximadamente. El ámbito del núcleo (corazón) está constituido por dos proteínas denominadas abreviadamente P24 y P18, y es donde se encuentra encerrado el RNA viral, junto con

varias moléculas de transcripción reversa enzimático, lo que posibilita la transformación en ADN de las células hospedantes.

La membrana externa, que envuelve el ámbito nuclear, consta de una doble capa de lípidos (moléculas grasas) impregnadas de glucoproteínas (albúmina y sacarosa).

Las células del cuerpo que principalmente ataca el VIH son los linfocitos T auxiliares y las células fagocitarias conocidos como monocitos, que se convierten en macrófagos cuando salen de la corriente sanguínea para introducirse en un órgano del cuerpo sano, éstos buscan y eliminan las partículas extrañas conocidos colectivamente como antígenos.

La infección por el VIH interfiere con estos dos procesos, deprimiendo el sistema inmunológico.

La detección directa del VIH es técnicamente muy difícil. Aparte de cuestionarios especiales utilizados en la investigación terapéutica, la diagnosis diaria se limita a la detección indirecta del virus mediante los test de anticuerpos basado en la reacción del cuerpo ante el virus introducido se forman anticuerpos (proteínas) de defensa a través de los cuales se puede detectar la infección.

El diagnóstico del SIDA tiene que ser llevado a cabo en la clínica por el médico que trata al paciente, es decir, mediante entrevistas médicas y exploraciones fisiológicas.

Infección no significa lo mismo que enfermedad; el efecto principal de la mayoría de virus de la influenza, por ejemplo, produce gripe entre uno a cinco días; la hepatitis "A" se manifiesta cuatro semanas después de la infección.

El VIH es diferente, es un virus de acción lenta, con la excepción de los malestares leves (fiebre, dolor de garganta, salpullido) que alrededor del 70% de la gente tiene durante unas pocas semanas después de la infección inicial por el virus; la mayoría de la gente infectada con el VIH no tiene ningún síntoma durante los primeros cinco años, tienen un

aspecto saludable y se sienten bien, aunque desde el comienzo de los años pueden transmitir el virus a otras personas (principal causa de proliferación).

Una vez que la persona ésta infectada sigue estándolo de por vida, casi todas las personas infectadas por el VIH, en ultima instancia van a morir de SIDA.

Apenas se produce la infección por el VIH en una persona, el sistema inmunológico genera anticuerpos a fin de neutralizar al virus. Dado que los anticuerpos para el VIH son más fáciles de detectar que el virus en sí; su presencia o ausencia en la sangre constituye la base de la prueba más común de la infección por el VIH. Una persona cuya sangre contenga anticuerpos al VIH se conoce como positiva al VIH o seropositiva, lo que indica que está infectada por el virus.

Los anticuerpos al VIH aparecen en la sangre, normalmente, entre dos semanas y tres meses después de la infección, aún cuando se sabe que pueden tardar más tiempo.

El período anterior a la generación de anticuerpo se conoce como “ventana”, durante el cual los resultados de los análisis de sangre para anticuerpo comunes son negativos, aunque la persona tiene una gran concentración de virus en la sangre y por ende esta infectada.

Si bien el sistema inmunitario del cuerpo reacciona a la invasión del VIH produciendo anticuerpos, éstos no desactivan el virus en forma habitual. En realidad, el virus ataca a las células principales del sistema inmunológico y ocasiona un debilitamiento de las defensas que el cuerpo tiene para combatir otras infecciones.

Los agentes Antiretrovirales contra el VIH pueden dividirse en dos grandes clases de medicamentos: inhibidores de la transcriptasa inversa (ITI) e inhibidores de proteasa (IP). El primer grupo se subdivide en nucleósidos (INTI) y no nucleósidos (INNTI) Estos agentes actúan sobre enzimas que desempeñan una función importante en la replicación del RNA y el funcionamiento del virus.

Existen evidencias de que el tratamiento más eficaz para suprimir la replicación del VIH consiste en combinar varios antiretrovirales. La monoterapia fue abandonada cuando se constató que favorecía el desarrollo de resistencia farmacológica sus efectos adversos y su limitada actividad frente al virus.

Los medicamentos utilizados en nuestro país; todos sin excepción tiene efectos adversos sobre el paciente; efectos que dada su condición de indefinición son más gravosos que en condiciones normales⁸⁶.

El SIDA no es una sola enfermedad, sino la etapa final de la infección por VIH, caracterizada por un conjunto o “síndrome” de enfermedades potencialmente fatales. Si bien existen medicamentos para ayudar a las personas con SIDA, todavía no hay una cura y la mayoría de las personas se mueren al año o tres años después de haber sido diagnosticadas; además los medicamentos existentes aún están en prueba y son altamente tóxicos; cabe mencionar que con las defensas bajas incrementa su toxicidad.

En algunas personas el período que transcurre entre la infección por el VIH y el desarrollo del SIDA puede ser de pocos años pero en otros de 10 años o más⁸⁷.

Estos organismos pueden aprovecharse de un sistema inmunológico debilitado, como el de una persona infectada con VIH. Las infecciones que ocasionan se conocen con el nombre de infecciones oportunistas.

La gente cuyo sistema inmunológico está sano cuenta con más de 950 células CD4+, y siguen gozando de buena salud con 500 células CD4+. El número de células CD4+ normalmente disminuye durante el curso de la infección por el VIH. Las personas con SIDA generalmente tienen un recuento de CD4+ por debajo de 200.

Hay una serie de enfermedades oportunistas que se producen comúnmente durante el SIDA y se ven al principio cuando el recuento de CD4+ todavía está por encima de 100.

⁸⁶ MSPAS, “Protocolo de Atención de Personas Infectadas por VIH”, El Salvador, 2002, Pág. 121.

⁸⁷ Se especula que las variaciones se deben a las diferencias en la agresividad (virulencia) de las distintas cepas de VIH, o a la constitución genética.

La presencia de otras enfermedades que podrían acelerar el proceso infeccioso. El avance de la enfermedad es particularmente rápido en los lactantes y los niños pequeños, alrededor de cuatro de cada cinco se enferman gravemente o mueren antes de cumplir los cinco años.

La mayoría de las personas infectadas por el VIH sufren episodios intermitentes de la enfermedad cuya seriedad va en aumento a medida que deprimen sus sistemas inmunológicos. Hay diferentes microorganismos causantes de la enfermedad que irrumpen en dicho sistema en distintas etapas.

Los médicos pueden decir aproximadamente en qué estado se encuentra el sistema inmunológico por los síntomas que presentan los pacientes infectados por el VIH.

El número de células CD4 + en la corriente sanguínea, también puede proporcionar alguna indicación de la condición inmunológica.

Los seres humanos viven en armonía relativa con una serie de virus, bacterias y hongos que no causan enfermedades a la gente sana cuyas defensas inmunológicas están intactas. Más es por todo lo anterior, por la realidad de la inexistencia de cura; sino la única posibilidad de alargar la vida del paciente hasta unos 10 años aproximadamente y mejorar sus condiciones de vida por el alto costo que esto representa, no sólo en medicamentos, sino en exámenes periódicos necesarios para ver si el virus muta, que ascienden a tres mil dólares aproximadamente al mes por paciente; el Ministerio de Salud hasta este año no contaba con presupuesto para el rubro VIH/ SIDA, y ésto lo llevo a establecer en su Protocolo de Atención a personas infectadas con VIH/ SIDA las siguientes condiciones: “ en un país de recursos limitados como es el nuestro, es indispensable que estos medicamentos que además de costosos, son todos potencialmente tóxicos, sean utilizados con objetivos claros y con adecuada supervisión multidisciplinaria en centros especializados. Toda institución que elabore protocolos de tratamiento que giren alrededor de estas recomendaciones generales y necesariamente

transitorias dada la rapidez con que evoluciona este campo, debe contar de antemano con adecuado servicio de apoyo (gabinete, psicosocial, nutricional, así como óptimo diagnóstico y tratamiento de las infecciones oportunistas.”

En nuestro país, deducido de lo anterior, se cuenta con pocos centros hospitalarios de tercer nivel o de referencia a donde se envía a todo paciente con VIH/ SIDA, y para ingresar a uno de ellos es necesario, tal como se establecen en el protocolo, a una determinación con un grupo médico interdisciplinario y al cumplimiento de una serie de criterios de ingreso, a la letra del protocolo tenemos: “La decisión de iniciar o cambiar terapia Antiretroviral actualmente debe ser guiada por la determinaciones plasmática del ARN viral (carga viral) y conteo de células TCD4+, así como la condición clínica del paciente. La carga viral utilizada inicialmente para determinar el pronóstico de la enfermedad ha demostrado también ser necesaria para monitorizar la respuesta del tratamiento. La determinación de las células CD4+ al demostrar el deterioro o reconstrucción del sistema inmunológico complementa la información proporcionada por la carga viral.”

El Estado orienta su política en minimizar el gasto en pacientes seropositivos; considera más importante la prevención y la atención a pacientes que los recursos permitan y entre estos aquellos que sean seleccionados.

Finalmente es de hacer notar que estos criterios son aplicables de forma rígida al paciente adulto; el niño menor de doce meses será siempre atendido al igual que la mujer embarazada.

Por otra parte aunque en el mercado existan medicamentos como Fuzeón recientemente aprobado por la administración de drogas y alimentos (EEUU), y cuya base es una sustancia de nombre genético fuvirtíde, como medicamento es el primero de una nueva familia de inhibidores de fusión dado que impide que el VIH invada las células (glóbulos blancos de la sangre); en contraste con los medicamentos actuales, contra el

SIDA que trabajan sólo cuando el virus ha invadido estas células pero aunque está a disposición en el mercado internacional y puede ser usado por hombres y niños mayores de seis años desde que se detecta la presencia del virus el costo por pacientes asciende aproximadamente a 20,000 dólares.

Junto a este medicamento funciona como excelente aliado en el combate de la enfermedad la denominada “P24” actualmente es el examen que permite detectar la infección desde el séptimo día de contraída lo que permite ponerse en tratamiento y evitar el contagio a la mayor brevedad posible⁸⁸. Estos medicamentos y de resultados similares no se encuentran disponibles en nuestro país, determinar si las políticas utilizadas para su adquisición son las correctas o si es una justificante valida la falta de recursos actuales para no buscar obtenerlos a futuro, es materia de los capítulos siguientes.

2.5 FACTORES QUE JUSTIFICAN LA ELECCIÓN DE LOS ACTUALES CRITERIOS DE INGRESO.

Los primeros dos criterios que se refieren a la presencia de síntomas de infección y a la confirmación de ésta mediante pruebas ELISA repetidamente reactivas (2) y otras pruebas confirmatorias que se consideran necesarias; su elección se justifica de manera obvia debido al hecho de que la terapia Antiretroviral es exclusivamente para combatir la enfermedad, y requieren de ella solamente aquellos que se encuentran infectados.

La siguiente pareja de criterios establecen como requisito poseer un recuento de linfocitos T CD4+ bajos y una carga viral elevada en la prueba de polimerasas (PCR) de acuerdo a normas internacionales lo cual se ve justificado en estudios médicos realizados que establecen el momento oportuno en el que el paciente debe recibir el tratamiento, buscando retrasar el sometimiento a las reacciones secundarias del

⁸⁸ Entrevista realizada al Doctor Jorge Ubaldo Hernández, Jefe de la unidad SIBASI, Hospital Nacional de Suchitoto, agosto 2003.

medicamento (nauseas, cefaleas, erupciones cutáneas, diarreas entre otras). “La Guía para terapia antimicrobial” (The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy) estableció inicialmente ser necesaria una carga menor a 500 linfocitos T CD4+ como requisito para someterse al tratamiento, en la publicación del año 2002 ésta se redujo a una carga menor de 350 linfocitos T CD4+⁸⁹, finalmente en el 2003 se determinó que la aplicación del tratamiento podía esperar hasta una reducción menor de 200 linfocitos T CD4+⁹⁰; todo lo anterior en relación a pacientes asintomáticos; dado que aquellos que han desarrollado la enfermedad es recomendable el inicio del tratamiento de inmediato.

Como último criterio encontramos, una evaluación sicosocial aprobatoria por el comité institucional, la cual como antes vimos comprende varios puntos:

Que el paciente comprenda los riesgos y beneficios de la terapia, la posibilidad de adherencia, así como la importancia de la misma en la eficacia del tratamiento, preferencias, objetivos y dificultades para el mismo; para que él pueda decidir con verdadero conocimiento de manera autónoma, si se somete o no al mismo (se requiere que dicha información sea completa, de manera contraria se induciría a la adopción de una decisión determinada).

Esta evaluación también comprende el averiguar la situación social, laboral y familiar del paciente, así como la situación psicológica y patológica concomitante (drogodependencia, alcoholismo); con relación a la primera podemos decir que al requerirse una conducta social aceptada, laboral estable y de producción para el estado, así como poseer un núcleo familiar de apoyo, se ve aparentemente justificada por las metas que persigue la actual política estatal, específicamente nos referimos a la de reincorporar al paciente a un entorno social laboral y familiar, disminuyendo el impacto económico de la epidemia sobre la nación, sobre este punto volveremos más adelante;

⁸⁹ Gilbert David N.,MD y otros,The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2002, 32nd edition, Estados Unidos de Norte América, Pág. 112.

⁹⁰ Entrevista con el Director de la unidad de Insectología del Hospital Rosales, Doctor Rolando Cedillos, octubre 2003.

con relación a la segunda su justificación además de involucrar aspectos económicos, como en el caso de una situación psicológica desfavorable produciendo el desperdicio del medicamento al no ser utilizado adecuadamente, o su inaplicación por ser incompatible con alguna adicción; involucra aspectos de factibilidad del uso de los mismos en una persona que pueda hacer uso mejor de ella, (esto último pone en tela de juicio el derecho de no discriminación).

CAPÍTULO 3: MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA SALUD Y EL SIDA.

3.1 GENERALIDADES.

En este capítulo analizaremos el marco jurídico nacional e internacional que engloba el derecho a la salud y la normativa especializada que regula el control y la prevención del VIH/ SIDA, así como las instituciones que protegen y garantizan el derecho humano a la salud del paciente sero positivo. Antes de ahondar en ellas es necesario aclarar que unas de ellas son gubernamentales, mientras que otras son de carácter no gubernamental, cuyo funcionamiento es bajo el auspicio de la Organización de las Naciones Unidas, específicamente operan con el patrocinio de ONUSIDA. Estas últimas enfocan todos sus esfuerzos en prevenir la mortal enfermedad, a la vez que prestan servicios jurídicos de asesoría y denuncia antes las posibles violaciones que puedan suscitarse en un momento determinado, y las primeras administran la salud en general y de alguna manera intentan prevenir y controlar la pandemia.

3.1 NORMATIVA NACIONAL

3.1.1 CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR (1983)

El derecho a la salud es un Derecho Social y estos derechos tienen un tratamiento más amplio y moderno que los derechos individuales, por lo que su exigibilidad es un tanto

compleja, máxime en países pobres como el nuestro. Lo cierto es que este derecho es de vital importancia que se le dé cumplimiento, ya que una población enferma está destinada a morir, y si el elemento pueblo muere, también desaparece el Estado, pues es éste la parte esencial que lo que lo compone. Por ello uno de los fines esenciales del Estado es garantizar la vida humana en un conjunto de obligaciones que se conocen como Derechos Humanos, y entre ellos está el Derecho a la Salud, este derecho fundamental es regulado por nuestra Constitución y por normas de carácter internacional que obligan al cumplimiento.

El Derecho a la Salud se ve reflejado en el Art. 1 inciso 2° de nuestra carta magna, el cual estipula como uno de los fines del Estado asegurarle a sus habitantes la satisfacción de sus necesidades físicas, por lo que regula que es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República el goce a la salud; en el Art. 35 de la misma se regula que el Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores, quienes forman parte del Estado también. La sección 4ª del capítulo II de nuestra Constitución regula lo principal de la salud pública y asistencia social. El Art. 65 de ésta determina que la salud de los habitantes constituye un bien público y que el Estado y las personas están obligados a la conservación y su reestablecimiento, al constituir la salud como bien público se refiere a que nadie puede privarnos del acceso a la salud, ya que este es un derecho natural e irrenunciable del que gozamos desde el momento en que estamos en el vientre materno, en la realidad este principio de bien común se vuelve letra muerta cuando un Comité Institucional determina quien es apto para tener acceso a la Terapia Antiretroviral. Por otra parte de acuerdo al Art. 66 la asistencia debe ser gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible. En el artículo 68 se regula la creación de un Consejo Superior de Salud Pública, Institución estatal que vela por la salud del pueblo, de la cual ampliaremos

posteriormente. “También el Estado queda obligado a tener una política de salud; de calidad de los productos químicos y farmacéuticos, y de controlar la calidad de los productos alimenticios y las condiciones ambientales que puedan afectar la salud y el bienestar.”⁹¹ Finalmente en su artículo 70 la Constitución enuncia que “ El Estado tomará a su cargo a los indigentes que, por su edad o incapacidad física o mental, sean inhábiles para el trabajo”⁹² cuando en realidad estas personas son los discriminados principales, muchos de ellos portadores del virus, víctimas de abusos sexuales sufridos a la intemperie de las calles, o por el abuso desenfrenado de drogas, que los hace vender servicios sexuales sin protección alguna o compartir jeringuillas para inyectarse heroína por ejemplo.

3.3 LEGISLACIÓN SECUNDARIA SALVADOREÑA

3.3.1 LEY DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN PROVOCADA POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

En El Salvador la Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, es la única norma que regula específicamente el fenómeno VIH/SIDA representando la formulación jurídica de la Política Nacional frente a dicha enfermedad, entró en vigencia el 1 de diciembre del año 2001, y desde entonces fue objeto de muchas críticas.

En diciembre del año dos mil uno la PDDH en el documento denominado “Comentarios sobre la Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana”, elaborado en base a las Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos, adoptadas en Ginebra en 1996, se establecieron puntos de convergencia y divergencia entre ambas destacándose como puntos contradictorios: del análisis del Art. 1 se desprende que en el Inc. 1° se establecen obligaciones a los

⁹¹ ONU. “Aplicación de las normas internacionales de Derechos Humanos”, Pág. 64.

⁹² Ediciones FESPAD “Constitución Explicada” Sexta Edición, Pág. 69. 2001.

portadores de VIH/SIDA y es hasta en el Inc. 2° donde se establece los derechos individuales y sociales de dichas personas, este hecho pareciera dar a entender que existe en todo su cuerpo normativo, una prevalencia del carácter restrictivo sobre el garantista de los Derechos Humanos de las personas viviendo con VIH/SIDA lo cual contrasta con las Normas Internacionales de Derechos Humanos, que tienen por objeto primordial evitar toda forma de discriminación contra los VIH positivos; así mismo se hace una crítica sobre los Arts. 6 y 9, calificando a estos de innecesarios debido a que el padecimiento de una enfermedad nada tiene que ver con la pérdida de los Derechos Fundamentales.

Puede mencionarse que algunos de sus Arts. después de analizados se vieron en la necesidad de ser reformados debido a que se consideró reñían con pretextos constitucionales, tal es el caso de del artículo 16 de dicha Ley, en el que tras prohibir la solicitud de pruebas para el diagnóstico de infección por el VIH de manera obligatoria, dejaba abierta la posibilidad de realizarse cuando en su literal “d”, facultaba al patrono de poder exigirla, en los casos contemplados en el artículo 31, numeral 10° del Código de Trabajo, dicho artículo obliga a los trabajadores con los patronos, y su numeral décimo regula lo siguiente: “someterse a examen médico cuando fueren requerido por el patrono o por las autoridades administrativas, con el objeto de comprobar su estado de salud.”, lesionando así la dignidad de los trabajadores.⁹³

Por otra parte no se ha creado el reglamento con el que se ejecuten las disposiciones que en ella se regulan, lo cierto es que una ley nueva está más propensa a revisiones y modificaciones de su contenido de ser éste pernicioso para los sujetos pasivos o lesivo a la Constitución de la República o a tratados internacionales.

⁹³ Como se mencionó anteriormente ese literal ya ha sido derogado.

3.2.2.2 CÓDIGO DE SALUD.

El Código de Salud “tiene por objeto desarrollar los principios constitucionales relacionados con la salud pública y la asistencia social de los habitantes de la República y de las normas para la organización, funcionamiento y facultades del Consejo Superior de Salud Pública, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y demás organismos del Estado, servicios de salud privados y la relación de éstos entre sí en el ejercicio de las profesiones relativas a la salud del pueblo.”⁹⁴ Como puede observarse este artículo nos recuerda que no podemos ignorar que una ley secundaria es creada a efecto de que cumpla con el mandato constitucional, pero a la vez también debe adecuarse a normas de carácter internacional ratificadas por el Estado salvadoreño con otros Estados u Organismos Internacionales o Especializados, en este caso en concordancia sobre la materia de salud.

3.2.2.3 CÓDIGO MUNICIPAL.

El Municipio por Constituirse “la Unidad Política Administrativa primaria dentro de la organización estatal”⁹⁵ realiza actividades que tienen relación vinculante con el tema en estudio. Es así como en el artículo 4 del Código Municipal que regula la competencia de los Municipios, en la número 5 regula: “La promoción y desarrollo de programas, como saneamiento ambiental, prevención y combate de enfermedades.” Pese a esta disposición la realidad es otra, puesto que las municipalidades no cuentan con los recursos suficientes para desarrollar activamente todas estas intervenciones que en un primer momento podrían beneficiar de gran manera a la población. Sería fabuloso si el gobierno local desarrollara una campaña continua de prevención contra el virus de inmunodeficiencia en las escuelas y comunidades que pertenecen a su circunscripción.

⁹⁴ Código de Salud. Editorial Jurídica Salvadoreña, 2º edición. Pág. Único Art. 1. Pág. 5. E.S. 1998.

⁹⁵ Recopilación de Leyes en materia Municipal. Editorial Lis. 4º Edición. Título II Pág. Único Art. 2. Pág. 7. E.S. 2001.

3.2.3 JURISPRUDENCIA NACIONAL DEL DERECHO A LA SALUD.

3.2.3.1 CASO DE AMPARO INICIADO POR EL SEÑOR JORGE ODIR MIRANDA CONTRA EL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL.

Entre las Sentencias de la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia Tenemos el Amparo 348-99, favorable al Señor Jorge Odir Miranda Córtez, la cual se dictó a las dieciséis horas del día 4 de abril del año 2001. dicho proceso se inició contra la Directora del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, considerando que violentaba el derecho a la vida, a la salud y a la no discriminación, de conformidad a los artículos 2, 3 y 65 de la Constitución. En dicha resolución la Sala Falló: “ (a) Declárase que ha lugar el amparo solicitado por el señor Jorge Odir Miranda Córtez, contra la omisión atribuida a la Directora del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, por haberle vulnerado sus derechos a la vida y a la salud de conformidad a los artículos 2 y 65 de la Constitución; (b) ordénase a la Directora del Instituto Salvadoreño del Seguro Social suministre al señor Jorge Odir Miranda Cortez, la terapia de combinación de Antiretrovirales denominada triple terapia o terapia Antiretroviral asociada, apropiada a su condición clínica, bajo el obvio control de los médicos responsables para casos como el presente; y (c) notifíquese la presente sentencia.”⁹⁶

3.2.3.2 CASO DE AMPARO INICIADO POR EL SEÑOR OSCAR OVIDIO SÁNCHEZ CONTRA EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.

Posteriormente se inició otro Amparo, registrado bajo el número 538-2000, iniciado mediante demanda presentada a las diez horas y treinta minutos del día veinticinco de septiembre del año dos mil, por el señor Oscar Ovidio Sánchez, contra actos dictados por el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, pues pese a solicitar se le

⁹⁶ Sala de lo Constitucional de la CSJ, Archivo de Sentencias, Amparo 348- 99

suministrara la triple terapia, dicho funcionario no respondió a su petición, por lo que considera esos actos violatorios del derecho de petición, derecho a la salud y derecho a la vida, reconocidos en los artículos 2, 3 y 65 de la Constitución. Además fundó su alegato en el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en el artículo 65 de la Constitución, ya que no suministrar en su caso la terapia requerida, tendría que considerarse contradictorio con las obligaciones contraídas por El Salvador en lo relativo al derecho a la salud, a la vida y a la asistencia médica gratuita.

En la demanda solicitó que se decretara una medida cautelar en el sentido que mientras se sustanciara el proceso, se le suministrara la triple terapia, por lo que la Sentencia fue dictada a las dieciséis horas del día cuatro de febrero de dos mil dos. En dicho fallo resuelve Sobreseer al Funcionario Público aduciendo que como ya se le estaba prestando la atención al demandante (por la medida cautelar solicitada) “no tendría sentido alguno que ante el desaparecimiento del agravio y de la violación constitucional, parámetros subjetivos del conocimiento de toda pretensión constitucional, se continúe con un proceso que justamente espera hacer desaparecer en su momento decisivo la continuidad del acto contra el cual se reclama. Por ello al cesar el efecto negativo violatorio, también debe cesar el conocimiento jurisdiccional en esta sede a través del sobreseimiento.”⁹⁷

3.2.3.3 CASO DE AMPARO INICIADO POR SEÑORA N Y SU MENOR HIJA N CONTRA EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.

De igual forma decide resolverse en un tercer caso de Amparo, bajo el número 322-2002, que inició mediante demanda presentada el día veintidós de marzo del año 2002,

⁹⁷ Sala de lo Constitucional de la CSJ, Archivo de Sentencias, Amparo 538- 2000.

por *Señora*⁹⁸ N, contra omisiones del Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, que considera vulneran los derechos a la vida y a la salud de su persona, asimismo también los de su hija menor de edad N, al solicitar se les suministre la triple terapia, sin recibir respuesta de dicho funcionario, pero en su demanda, también solicita se le decretara una medida cautelar, en el sentido que mientras se sustanciara el proceso, se les suministrara las terapias Antiretroviral combinada y nutricional a fin de proteger sus vidas. “Dicha situación pone de manifiesto la existencia de un defecto en la pretensión constitucional de amparo que impide la conclusión normal del presente proceso, y vuelve procedente la terminación anormal del mismo a través de la figura del sobreseimiento de conformidad al artículo 31 número 3 de la Ley de Procedimientos Constitucionales, en relación con el artículo 12 del mismo cuerpo legal.”⁹⁹ Es por ello que de manera similar al caso anteriormente explicado la Sala de lo Constitucional decide Sobreseer al Funcionario Público, sin sentar precedente en el que se condene a un funcionario en dicha instancia, no sólo a que se preste la atención médica especializada que se le solicita, sino que le dé cumplimiento al artículo 18 de la Constitución, en el cual se estipula que Toda persona tiene derecho a que se le resuelva sus peticiones y que se les haga saber lo resuelto. Pero sucede lo contrario se les presta el servicio gracias a la medida cautelar solicitada y se les hace saber las decisiones ya en un proceso, y eso que en excepcionales casos, pues de las muchas peticiones que entran y no son resueltas, no todos los peticionarios tienen las posibilidades de activar el sistema jurisdiccional, los otros mueren esperando la respuesta.

3.3 NORMATIVA INTERNACIONAL.

En el ámbito internacional la salud ha sido declarada como un derecho fundamental y ha sido reconocido por varios instrumentos de gran peso, a los que la mayoría de países han

⁹⁸ En esta Sentencia se ha omitido el nombre de la actora, así como el de su menor hija, para proteger su identidad

⁹⁹ Sala de lo Constitucional de la CSJ, Archivo de Sentencias, Amparo 322- 2002.

decidido incorporarlos como normativa interna, adquiriendo una obligación de cumplir lo estipulado en el instrumento que ha ratificado o se ha adherido voluntariamente. (Salvo que se haya hecho con reserva) El Salvador ha ratificado algunos instrumentos internacionales en que se regulan el Derecho a la Salud, y entre ellos tenemos algunos universales y otros de carácter regional.

3.3.1 ÁMBITO UNIVERSAL.

La Organización de las Naciones Unidas ha jugado un papel de gran importancia en la creación de instrumentos que garantizan a escala mundial la protección de derechos humanos, aquí se mencionan algunas de ellas:

La Declaración Universal de Derechos Humanos, ONU 10 de Diciembre de 1948, es la máxima expresión en los tratados internacionales, pues ha servido de referencia para la creación de muchos instrumentos internacionales. Esta declaración de derechos en su Art. 25 inciso 1 estipula: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad....” al referirse a un nivel de vida adecuado es el derecho de satisfacer sus necesidades básicas, para el caso, la salud, como vemos con esta declaración se pretende que las naciones del mundo creen las condiciones necesarias para que la humanidad viva en condiciones dignas de su naturaleza; El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966, ratificado por nuestro país el 23 de noviembre de 1979, este instrumento en su articulado prevé la posibilidad de restringir algunos derechos, pero con la finalidad de mantener el orden público y la salud, sería el caso un régimen de excepción por calamidad, catástrofe o epidemia. Por otra parte el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 1966, ratificado por El Salvador el 23 de noviembre de 1979, regula en su

Art. 12.1 que “Los Estados partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.” En el inciso 2 del referido artículo se estipulan las medidas que deben adoptar los Estados Partes en el mencionado Pacto, a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho. Entre ellas se mencionan las dos que se relacionan con el tema: “c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”¹⁰⁰ Con lo anteriormente escrito queda claro el compromiso que tiene el Estado salvadoreño de brindar las condiciones necesarias, para que todos los habitantes de la República tengan acceso a la salud.

3.3.2 ÁMBITO REGIONAL.

En el ámbito regional, es decir en el continente americano, bajo la dirección de la Organización de los Estados Americanos. El Salvador ha ratificado los siguientes instrumentos: La Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la novena Conferencia Internacional Americana de la OEA en Bogotá, Colombia, 1948¹⁰¹, esta declaración en su Art. 11 estipula que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, De igual forma la Convención Americana de Derechos Humanos, OEA 1969, ratificada por El Salvador el 15 de junio de 1978, los artículos 12.3, 13.2, 15, 16 y 22.3, se refieren a la protección del Derecho a la Salud en cuanto su aseguramiento cuando se restrinjan otros derechos ahí regulados. Además en su artículo 26 se estipula el compromiso de los Estados Partes de adoptar providencias internas y externas, “especialmente económica y técnica” para lograr la

¹⁰⁰ Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos “Normas Básicas sobre Derechos Humanos” Segunda Publicación. Pág. 95. E.S. 2000.

¹⁰¹ CEJIL. “Los Derechos Humanos en el Sistema Interamericano” Compilación de Instrumentos. Tercera Edición. Pág. 19 San José, Costa Rica. 2001.

plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos. Y entre ellos está el derecho a la salud.

3.4 INSTRUMENTOS INTERNACIONALES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS PORTADORAS DEL VIH/SIDA.

En la normativa internacional sobre Derechos Humanos se garantiza el derecho a la igualdad ante la ley y a la no discriminación,(siendo éste el interés de la investigación) sin distinción de raza, color sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social, esta última expresión es la que La Comisión de Derechos Humanos ha confirmado que se debe entender que comprende el estado de salud de las personas, incluyendo la situación respecto al VIH/ SIDA¹⁰² por ello los Estados no deben discriminar a los enfermos de SIDA ni a los portadores del virus.

Antes de continuar es necesario aclarar que las resoluciones de la asamblea general de la ONU y de la Asamblea Mundial de la Salud son de carácter obligatorio para los Estados Miembros, a continuación analizaremos algunas de nuestra incumbencia.

En abril de 1988 en Oslo (Noruega), la OMS celebró una Consulta Internacional sobre la Legislación y la Ética Sanitaria en lo referente al VIH/ SIDA. En esta consulta se recomendó eliminar las barreras entre las personas infectadas y las que no lo estaban y levantar barreras eficaces entre las personas y el virus, por ejemplo condones. Más tarde el 13 de mayo del mismo año la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA41.24 bajo el título “Necesidad de evitar toda discriminación contra las personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA” recalcando que el respeto a los Derechos Humanos es indispensable para la eficacia de los programas nacionales de4

¹⁰² Resolución 1995/44 de 3 de marzo de 1995 y 1996/43 de 19 de abril de 1996 de la Comisión de Derechos Humanos

prevención y lucha contra el SIDA, además se instó a los Estados miembros a que evitaran toda medida discriminatoria en la prestación de servicios, el empleo y los viajes en julio de 1989. El Centro de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, aprobó la resolución WHA45.35 del 14 de mayo de 1992, reconoció que desde el punto de vista de la salud pública, carecen de fundamento cualesquiera medidas que limiten arbitrariamente los derechos del individuo, como la detección obligatoria.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en sus resoluciones 45/187 de 21 de diciembre de 1990 y 46/203 de 20 de diciembre de 1991, hizo hincapié en la necesidad de contrarrestar la discriminación y respetar los Derechos Humanos, a la vez determinó que las medidas discriminatorias impulsaban la epidemia a la clandestinidad, volviendo más difícil la lucha contra ella.

Los derechos humanos de las personas con el VIH/ SIDA han sido reconocidos en cartas y declaraciones, que han sido adoptadas en conferencias y reuniones internacionales, entre ellas tenemos:

La Declaración de Londres sobre la Prevención del SIDA, Reunión Mundial en la Cumbre de Ministros de Salud, 28 de enero de 1988; La Declaración de París sobre las mujeres, los niños y el SIDA, 30 de marzo de 1989; La Declaración de Derechos Fundamentales de las Personas Infectadas por el VIH o Enfermas de SIDA, Comité Organizador de la Asociación Latinoamericana de Organizaciones Comunitarias no Gubernamentales de la Lucha contra el SIDA, noviembre 1989; La Declaración de los derechos las personas infectadas por el VIH o enfermas de SIDA, Reino Unido 1991; La Declaración de los derechos y humanidad y la Carta sobre el VIH y el SIDA, Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 1992; Declaración de San José, mayo de 1997¹⁰³.

¹⁰³ www.netsalud.sa.cr/ms/declar/portada.htm.

3.5 JURISPRUDENCIA INTERNACIONAL DEL DERECHO A LA SALUD

A continuación se alistan una serie de casos en los que los diversos tribunales alrededor del mundo han fallado a favor de los seropositivos demandantes, quienes exigen el respeto de sus Derechos Humanos propios de su condición, en ellos se niega atención médica o derecho al trabajo debido a su padecimiento, constituyendo discriminación; con lo cual se afirma que los Derechos Humanos están siendo violentados en todos los niveles y en todos los países, siendo obligación del Estado la garantía de los mismos, tal y como lo reconocen en las siguientes sentencias.

La Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de *Costa Rica* de su resolución pronunciada a las dieciocho horas y nueve minutos del día veintitrés de septiembre de 1997 en el Amparo 5778-V-97, en un caso semejante al de Odir Miranda, en el que el Estado se abstiene de prestar servicio de salud, justificándose en la falta de recursos, estipuló: “(...) De todos modos si lo que precisa es poner el problema en la fría dimensión financiera estima la Sala que no sería menos atinado preguntarnos por los mucho millones de colones se pierden por el hecho de que los enfermos no puedan tener la posibilidad de reincorporarse a la fuerza laboral y producir su parte, por pequeña que sea, de la riqueza nacional. (...)”.

En los *Estados Unidos de Norte América*, el Tribunal Supremo Falló a favor de una mujer seropositiva, que había demandado por discriminación a un dentista que se negó a darle atención, él argumentó que de hacerlo hubiera puesto en peligro su salud.

En *Sudáfrica* una persona demandó a una compañía aérea : Sudáfrica Airways (SAA) por haber sido removido de su puesto de trabajo, al realizarle la prueba sin su consentimiento y haber salido como portador del virus en su resultado. La compañía

llegó a un arreglo por un valor de 100.000 rands, además de pagar las costas procesales.
104

En *Argentina* en el año 1996, 6 de 70 organizaciones vinculadas con el VIH/SIDA decidieron demandar a la administración, por la gran cantidad de pacientes privados de tratamiento, o si bien se les administraba la terapia, después se les interrumpía. Es así como en junio del 2000, el Tribunal Supremo ratificó el veredicto de los tribunales inferiores, que ordenaba al Ministerio de Salud y Acción Social que cumpliera su obligación de prestar atención sanitaria a toda la población, en la que incluía la prestación completa de servicios médicos y suministro periódico de las respectivas medicinas a los pacientes seropositivos.¹⁰⁵

En la *Corte Europea de Derechos Humanos* encontramos la causa número 146/1996/767/964, en contra *del Reino Unido*, por deportar a su país de origen a un condenado por tráfico de drogas, que se le había diagnosticado SIDA, él sería deportado al salir de prisión, pero la Corte determinó que su traslado a un lugar donde iba a carecer de tratamiento, acortaría su vida, privándolo de ese derecho, además moriría en condiciones inhumanas y degradantes.¹⁰⁶

3.6 INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES

3.6.1 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Al Órgano Ejecutivo pertenece el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien por medio de un organismo técnico denominado la Dirección General de Salud, es el ente “encargado de ejecutar las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de todos los habitantes, así como las complementarias

¹⁰⁴ www.aidslaw.ca

¹⁰⁵ UNESCO y ONUSIDA “El VIH/SIDA y los Derechos Humanos” Jóvenes en acción. Pág. 8. 2001

¹⁰⁶ Hseuh Mei Tan “HIV/AIDS Legal Link”, 1997. Australia, Págs. 18 y 19

pertinentes en todo el territorio de la República,....”¹⁰⁷ El Artículo 40 del Código de Salud denomina al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como el Organismo encargado de determinar, la política nacional en materia de salud; al mismo tiempo es el planificador y ejecutor de ésta. Entre otras atribuciones que enumera el Artículo 41 del Código de Salud tenemos que corresponde a este Ministerio establecer y mantener colaboración con los demás Ministerios, Instituciones Públicas y Privadas y Agrupaciones Profesionales o de Servicio, que desarrollen actividades relacionadas con salud; Sostener y fomentar los programas de salud de carácter regional centroamericano aprobados por los organismos correspondientes; intervenir en el estudio y aprobación de los tratados, convenios y cualquier acuerdo internacional relacionado con la salud, a esta atribución se comenta que a pesar de existir Convenios Internacionales que proporcionan el medicamento para personas sero positivas y con SIDA a un costo mucho más barato de lo que lo pueden importar las farmacéuticas privadas, el Estado de El Salvador no los ha ratificado. Asimismo el MSPAS dicta normas relacionadas en la materia, organiza, coordina y evalúa la ejecución de actividades que conciernen con la salud. Es así como el Ministro de Salud mediante resolución ministerial aprueba el Protocolo de Atención de Personas Infeccionadas VIH/ SIDA, en el cual van implícitos los criterios de ingreso que creemos discriminatorios a los adultos portadores del VIH, que se ven en la necesidad de clasificar para acceder al sistema de salud.

3.6.2 CONSEJO SUPERIOR DE SALUD.

El artículo 7 del Código de Salud denomina al Consejo Superior de Salud Pública, como “una corporación de Derecho Público con capacidad jurídica para contraer derechos y adquirir obligaciones e intervenir en juicios” además estipula que goza de autonomía en sus funciones y resoluciones, algo que se pone en entredicho, ya que el artículo 8 del

¹⁰⁷ Código de Salud. Op. Cit. Art. 42. Pág. 28.

mismo código regula que de los catorce miembros que la conforman el presidente y el secretario son nombrados por el Órgano Ejecutivo, razón por la cual vemos que las decisiones o las políticas de salud están orientadas al plan de gobierno del Ejecutivo, dejando a un lado el interés social, o las necesidades reales, por llevar a cabo la realización de intereses políticos de índole partidista. Por otra parte los gremios Médico, Odontológico, Químico-Farmacéutico y Médico Veterinario eligen tres de entre sus miembros para que los representen. Situación bastante restringida, ya que hay otras profesiones en el ramo de salud que no son incluidas, tal es el caso de los epidemiólogos, enfermeras y enfermeros, anestesistas, laboratoristas, psicólogos y fisioterapeutas, por lo que se podría nombrar perfectamente a un representante de cada gremio y así tener representatividad los demás sectores profesionales. Para finalizar podemos decir que el Consejo Superior de Salud Pública es una institución Estatal encargada de velar por la salud del pueblo, además vigila a personas, organismos, instituciones y empresas que ofrecen servicios de salud.

3.6.3 COMITÉ NACIONAL CONTRA EL SIDA (CONASIDA)

La Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en su Título III, capítulo I tendiente a regular la responsabilidad del Estado en la atención integral de la infección. Regula en su artículo 11 la creación del Comité Nacional Contra el SIDA; el cual es considerado como un organismo colegido asesor del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el cual será integrado por un representante de las siguientes instituciones privadas y gubernamentales: MSPAS; MINED; PDDH; ISSS; ANEP; SNF; Ministerio de Trabajo y Previsión Social; Ministerio de Gobernación; Medios de Comunicación; Colegio Médico; y finalmente un representante de los servicios de Sanidad Militar y otro de las asociaciones o fundaciones legalmente establecidas, cuyo objetivo sea la prevención,

protección y defensa ante el VIH/ SIDA. Nótese se dice “será integrada”, pues su forma de elección será determinada en el Reglamento de la Ley, del cual como ya se ha hecho mención de que aún no ha sido emitido. El artículo 13 de la referida ley reglamenta como atribuciones del CONASIDA : Asesorar al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación de la Política de Atención Integral contra el VIH/ SIDA; Proponer estrategias que faciliten la coordinación interinstitucional y multisectorial; y Divulgar la Política de Atención Integral contra el VIH/ SIDA.

3.7 INSTITUCIONES NACIONALES NO GUBERNAMENTALES

ONUSIDA funciona con carácter mundial pero gran parte de su trabajo lo realiza a nivel de país, funcionando principalmente a través de personal de sus siete Copatrocinadores establecidos localmente, quienes forman el Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA del país beneficiario. En otros países organizaciones bilaterales que trabajan en aspectos humanos han sido incluidas, también son incluidos. Gobiernos municipales, corporaciones, medios de comunicaciones, organizaciones religiosas, grupos comunitarios, redes de trabajo de personas que viven con VIH/ SIDA y organizaciones no gubernamentales (ONG) Asimismo, otros organismos de las Naciones Unidas participan de forma cada vez más activa ante la problemática del SIDA. En la mayor parte de los casos el gobierno anfitrión es invitado a ser parte del Grupo Temático. El Salvador es uno de ellos. Los organismos que integran este Grupo comparten información, planifican y vigilan una acción coordinada entre ellas mismas y con otros asociados, además de decidir la financiación conjunta de importantes actividades contra el SIDA; en El Salvador las instituciones que integran el Grupo colaborador con el ONUSIDA se encuentran: FUNDASIDA; ASOCIACIÓN ENTRE AMIGOS; UNICEF; ATLCATL; FLOR DE PIEDRA, organizaciones que además han

elaborado el Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. 2001-2004; y tienen la “coordinación Nacional de la Red de la Lucha contra el SIDA en el Salvador, también son miembros de la Comisión Política de Negociación para el Proyecto del Fondo Global en los Temas de SIDA y Tuberculosis, por un monto de más de 26 millones de dólares”¹⁰⁸

3.8 OTRAS INSTITUCIONES

En nuestro país existen otras organizaciones no gubernamentales que si bien es cierto que su labor no se especializa en materia del SIDA, su aporte es jurídico, y cuyo fin es el de proteger y difundir los derechos humanos, a efecto de que se hagan cumplir y no se violenten, por lo que el derecho humano a la salud no queda fuera de su esfera, tal es el caso del Consorcio De ONG'S de Derechos Humanos de El Salvador (DDH-SL; CODEFAM; CPDH; CDHES); El Socorro Jurídico De La Universidad De El Salvador, organización que presta asistencia Jurídica a personas de bajos recursos, cuya sede se encuentra en las instalaciones de la Universidad de El Salvador. De igual forma el Instituto De Derechos Humanos De La Universidad José Simeón Cañas (IDHUCA) y la Fundación de Estudios para la Aplicación del Derecho (FESPAD).

3.9 INSTITUCIONES INTERNACIONALES

3.9.1 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

Podemos decir que la OPS es un “organismo que desde 1983 colabora con los Gobiernos Miembros para el establecimiento de programas nacionales de prevención del SIDA”¹⁰⁹, su trabajo se puede cuantificar en tres distintas etapas, de las cuales la primera se llevó a

¹⁰⁸ Esta información fue brindada por el Lic. William Hernández, Director Ejecutivo de la Sociedad Entre Amigos, en una entrevista que se les circuló a dicha institución. Ver anexo.

¹⁰⁹ OPS, y OMS. “Hacer Frente al SIDA” 1º Edición. 1998. Pág. XV.

cabo entre 1983 y 1988, y se fundamentó en el desarrollo de infraestructura, además se establecieron planes y programas nacionales, fomentado por la preocupación pública y por el interés biomédico en el SIDA, esta etapa culminó con la constitución de comités y programas técnicos y científicos en los países de la región. En la segunda etapa, que transcurrió entre 1989 y 1994, los esfuerzos se centraron en la consolidación programática mediante la ejecución de planes a mediano plazo, el agrupamiento de profesionales capacitados, se documentaron los primeros logros en la prevención de la transmisión sanguínea del VIH, y se buscó establecer lazos inter programáticos e intersectoriales. La tercera etapa se desarrolla desde 1995 y coincide con el ONUSIDA, resaltando aquí los esfuerzos de integración y concertación de la respuesta intersectorial, a los que la OPS apoya, mediante la creación de grupos temáticos interinstitucionales sobre el SIDA.

3.9.2 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

“ La labor contra el VIH SIDA corría a cargo de la Organización Mundial de la Salud desde 1986, la cual se encargaba de ayudar a poner en marcha en diversos países programas encargados de la cuestión el SIDA. Sin embargo, debido a la alarmante propagación del VIH y a que se hicieron evidentes los efectos de esta pandemia en ámbitos como el humano y el del desarrollo económico y social, se buscó la forma de aumentar los esfuerzos de las Naciones Unidas para luchar contra el VIH/SIDA. Así se buscó una solución innovadora, la cual consistió en crear un programa el cual se encargaría de coordinar los esfuerzos de algunos organismos de las Naciones Unidas con el único fin de combatir la epidemia del VIH/SIDA. Este es el Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/SIDA, conocido por sus siglas como ONUSIDA”¹¹⁰

¹¹⁰ www.onusida.org.com

3.9.3 PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS DEDICADO AL VIH/SIDA (ONUSIDA)

Es el principal promotor de la acción mundial contra el VIH/SIDA, que dirige, refuerza y apoya una respuesta ampliada, encaminada a prevenir la transmisión del VIH, prestar asistencia y apoyo, reducir la vulnerabilidad de los individuos y las comunidades al VIH/SIDA y mitigar el impacto de la epidemia. Fue establecido en 1996, está compuesto por 129 expertos en la materia y cuenta con un presupuesto de 60 millones de dólares, el cual es un presupuesto relativamente bajo. La Secretaría del ONUSIDA, cuya Secretaría está situada en Ginebra, Suiza, opera como un catalizador y coordinador de las labores relativas al SIDA más que como un fondo directo o un organismo implementador de medidas directas. y engloba los preceptos de conciencia ante la epidemia, esperanza en la búsqueda de soluciones al VIH/SIDA y apoyo a todas aquellas personas que viven con VIH/SIDA y a sus familiares. Este Programa tiene por objeto combinar con la mayor eficacia posible los conocimientos, recursos y alcance de dichos organismos, los cuales son: El Banco Mundial; Organización internacional del Trabajo (OIT); Organización Mundial de la Salud (OMS); Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID); Programa Mundial de Alimentos (PMA); Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); Organización de las Naciones Unidas para la Ciencia, la Educación y la Cultura (UNESCO); Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) “Estos organismos son conocidos también como Copatrocinadores del ONUSIDA y aumentan su campo de acción a través de alianzas estratégicas con otros organismos de las Naciones Unidas”¹¹¹ Entre estos podemos encontrar al Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

¹¹¹ UNESCO y ONUSIDA “El VIH/SIDA y los Derechos Humanos” Jóvenes en acción. Pág. 2. 2001

3.9.4 OTRAS INSTITUCIONES

El Salvador al ratificar o adherirse a los instrumentos internacionales relativos al fomento y protección de los Derechos Humanos, se somete a la jurisdicción de Organismos Internacionales que se crearon en dichos instrumentos con el objeto de velar por el cumplimiento de los derechos humanos que ahí se regulan, tal es el caso de la Comisión de Derechos Humanos; Comité de Derechos Humanos; Oficina del Alto Comisionado para la Defensa de Los Derechos Humanos; y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Organismos facultados para recibir denuncias de presuntas violaciones a los Derechos Humanos, asimismo pueden hacer observaciones a los Estados que han violentado algún derecho, o elaboran dictámenes para que los estados restituyan los derechos violentados, de no cumplirse éstos publican los informes ante las correspondientes asambleas generales de las respectivas organizaciones o lo envían a los Órganos jurisdiccionales Internacionales, como lo son la Corte Internacional de Justicia o Corte Interamericana de Justicia para que decida sobre el caso.

3.10 OBSTÁCULOS QUE AFRONTAN LAS INSTITUCIONES QUE HACEN EFECTIVO EL DERECHO HUMANO A LA SALUD Y COMBATEN LA EPIDEMIA DEL SIDA.

En todo proceso hay algún obstáculo por vencer, y el que desarrollan las instituciones relacionadas con el virus del SIDA no son la excepción. Al hablar de obstáculos afrontados, nos encontramos básicamente con los siguientes tres: Económicos; Sociales y Políticos. Estos obstáculos impiden a las instituciones que buscan limitar la propagación del VIH, la realización de labores en una condición óptima. Para iniciar analizaremos el problema Económico, como sabemos la mayoría de estas instituciones sus actividades son financiadas con fondos provenientes de los gobiernos donantes y las ONG, de tal suerte que en la mayoría de países es insuficiente por el alto porcentaje

de personas que poseen el virus, por lo que los esfuerzos en su mayor parte se orientan a los países más necesitados, es ahí donde se quiere justificar la no-prestación del servicio de salud al que tenemos derecho todos los seres humanos, en nuestro caso con la implementación de criterios de selección; en cuanto al obstáculo Social nos encontramos con factores de índole cultural, que impiden la adopción de un comportamiento menos riesgoso por parte de las personas. Es por ello que se debe generar desde ya un cambio en las normas sociales de los pueblos, ya que algunas de ellas “disuaden a las personas de seguir comportamientos que transmitan el VIH. En tanto que otras pueden alentar comportamientos de alto riesgo o desalentar la adopción de una conducta más prudente.”¹¹² Ejemplo de ello es que el virus se propaga de manera más amplia en los lugares donde tener varias parejas es bien visto, y se respeta a los hombres que realizan muchas conquistas de mujeres, por otra parte tenemos como parte del denominado machismo; la vieja tradición de que el padre a cierta edad de su hijo le patrocina la cita con una prostituta, y últimamente con la mala interpretación de la llamada liberación femenina las jóvenes tienen sexo desenfrenado y desprotegido, con el afán de buscar un estatus en igualdad de condiciones con los hombres dentro de la sociedad; de igual forma la presión psicológica que generan los amigos que incitan a los jóvenes a buscar servicios sexuales (en la mayoría de los casos desprotegidamente) con trabajadoras del sexo, quienes a la vez son víctimas de otro problema de carácter social, el cual es la pobreza, puesto que ésta puede también determinar la decisión de las personas para asumir un comportamiento riesgoso. La pobreza obliga a las mujeres a considerar la prostitución como un trabajo fácil y lucrativo, una persona pobre no puede comprar ni condones para prevenir enfermedades sexuales, mucho menos pagar un tratamiento médico cuando las contraen; una persona pobre por lo general no tiene acceso a la educación, por ende tienen menos acceso a los medios de comunicación en

¹¹² OPS Y OMS “Hacer Frente al SIDA” Op. Cit. Pág. 153.

los que sus mensajes buscan prevenir el contagio del virus, o si lo tienen, no poseen la capacidad suficiente para comprender los mensajes, por lo que los mensajes son desatendidos; y por último tenemos los obstáculos Políticos, los cuales impiden una política eficaz contra el SIDA, los intereses difusos entre los grupos involucrados es el principal obstáculo para el desarrollo pleno de una política eficaz contra el SIDA, no existe una real unificación entre dichos grupos, podemos ver entidades del gobierno y su actitud pasiva contra las epidemias, justificando su falta de atención, las ONG defienden a los portadores y exigen la atención inmediata de ellos, al obtener recursos, se disputan su administración para luego ser mal invertidos, muestra de ello es que por momentos las campañas contra el sida cobran fuerza, pero luego es suspendida por falta de presupuesto, originando olvido en la población; de igual forma es común ver que en las unidades de salud no hay condones, y si los hay, ya están vencidos y de mala calidad. Con esto podemos decir que no existe una continuidad en las políticas. Por otra parte podemos ver las declaraciones de los funcionarios públicos que engañan a la población y al mundo entero haciéndoles creer que no existe problema alguno, cuando se debería actuar en *contrario sensu* para generar conciencia con el pánico y obtener ayuda internacional, tal es el caso de un cuestionario sobre la aplicación en El Salvador de la Declaración de Compromisos en la Lucha contra el VIH/SIDA, que la Secretaría de las Naciones Unidas envió a nuestro país el 21 de febrero del año 2003, por medio del representante de la Misión Permanente ante dicha organización: Embajador Víctor Manuel Lagos Pizzati para que fuera resuelto por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en dicho cuestionario que fue recibido por el director del ONUSIDA el 22 de abril del mismo año se manipula información para que nuestro país salga adelante de estar en la mira de la comunidad internacional como un país que hace poco o nada en la lucha mundial contra el SIDA. Para concluir es de hacer notar que la existencia de uno de estos problemas u obstáculos genera la de los otros, creando así un círculo

vicioso, es decir que si no hay fondos suficientes para que la gente tome conciencia de los problemas que originan la epidemia, ésta aumentará, de tal manera que si aumenta la población contagiada, habrá menos presupuesto para llegar a todos y las políticas colapsan por no ser suficientes o acéfalas.

CAPITULO 4: EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD DEL PACIENTE SERO POSITIVO.

4.1 DEFICIENCIAS DE ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD VIH/SIDA.

El 90% de las infecciones de VIH se produce en países en desarrollo, como el caso de El Salvador donde los recursos son escasos para enfrentar adecuadamente la epidemia; como se apuntó previamente, la prevención se encuentra justificada debido a la escasez de recursos, como la forma más viable a implementar, ésta debe de estar basada en políticas que permitan influir en el comportamiento privado de las personas, lo cual en nuestro país ha alcanzado niveles embrionarios existiendo una campaña educativa basada en la abstinencia, fidelidad o sexo seguro. Esta última fundamentada en el uso adecuado del preservativo, promovida en un 90% por la empresa privada encargada de la producción y comercialización de los mismos, lo que vuelve esta medida exclusiva de aquellos que pueden pagar por ella, a excepción de un porcentaje ínfimo que los obtiene de manera gratuita y limitada del sistema de salud nacional. Así mismo el trabajo directo con las personas que se encuentran en grupos de alto riesgo; es de mencionar que el control de hemoderivados y órganos es según datos estadísticos una medida efectiva, de los 5497 casos de SIDA reportados hasta junio del 2002, tres de ellos fueron adquiridos por esta vía¹¹³.

Por otra parte sensibilizar a la población es muy importante en la prevención, en nuestro país persisten aún barreras, miedos y prejuicios que desde un inicio volvieron a la

¹¹³ OPS, MSPAS, "Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA en El Salvador", boletín informativo, años 1984-2002, El Salvador.

enfermedad estigmatizante, gran parte de la población sigue pensando que el paciente seropositivo es el resultado de una vida antimoral llevada por él, dado que hay pruebas científicas que indican que la infección se transmite a través de conductas censuradas (homosexualidad, bisexualidad, lesbianismo, promiscuidad, prostitución, drogodependencia entre otras), por lo que se muestran temerosos de informarse del tema y de apoyar a los portadores, adoptando conductas de indiferencia ante la epidemia y discriminando al VIH positivo. Esto repercute en que aquellos que estando dentro de los grupos de riesgo, no guardaron las medidas preventivas, tampoco buscan conocer su condición y por lo tanto huyen de las pruebas, por el temor a descubrir que padecen la enfermedad y a todo lo que ella conlleva como es: el rechazo social, la pérdida del empleo, el aislamiento; más que a las consecuencias directas de la enfermedad¹¹⁴.

El paciente seropositivo conocedor de su condición además de enfrentarse a todo lo anterior debe enfrentarse a una enfermedad que se anuncia como una sentencia de muerte, para la cual sólo existen medicamentos que permiten prolongar la vida y hacerla más llevadera, medicamentos que no se encuentran a su alcance, al menos no de manera directa, por lo que debe acudir al sistema de salud en busca del mismo, donde se encuentra ante un anacronismo burocrático, que requiere de él, un grado de educación básico para entender lo complicado de la enfermedad, y de los métodos establecidos por el sistema nacional de salud para acceder a la atención, que van desde solicitar una cita para la realización de prueba ELISA, hasta obtener la Terapia Antiretroviral. Para muestra enlistaremos los siguientes casos:

- a) El de un paciente homosexual que se presentó ante el médico general por adolecer de síntomas presentando una prueba ELISA reactiva, realizada en una organización no

¹¹⁴ ONUSIDA, MSPAS, "Commemoración del Día Mundial del SIDA, enmarcado en el lema de la Campaña Mundial Contra el SIDA 2002/2003 Estigma y Discriminación "vive y deja vivir"", El Salvador, 2002.

gubernamental, solicitándole se le practicara una segunda prueba confirmatoria, la cual se le programó para mes y medio después, cita a la que nunca se presentó porque su enfermedad no le permitió trasladarse desde su lugar de origen en el interior del país, falleciendo al poco tiempo.

- b) Una paciente que ya se encontraba en el programa de lista de espera de Terapia Antiretroviral, después de varios meses de espera y con un sistema inmunológico reducido por debajo de 200 TCD4+, se ausentó a una reunión semanal por no tener como conducirse hasta el centro hospitalario, y al presentarse se le comunicó que por decisión del comité institucional las posiciones habían sido corridas colocándola al final de la lista.
- c) Una joven de veintidós años, que a causa de la pérdida de su hijo de tres años por la enfermedad, sufrió demencia (encefalopatía por VIH o encefalitis sub-aguda), y acompañada de su madre solicitó tratamiento, el cual le fue negado luego que se le practicara la evaluación sicosocial por el comité institucional, debido a que no cumplía con los criterios de ingreso.¹¹⁵

Se hace necesario en este punto aclarar que la información antes relacionada fue obtenida de propia voz de pacientes que presenciaron estas vivencias, en el Hospital Rosales y sin autorización, debido a que las autoridades niegan el acceso a la misma.

Como pilar fundamental de la deficiencia de atención se encuentran la escasez de recursos en todos los niveles, en cuanto a infraestructura nos encontramos que el sistema nacional de salud en el área de VIH no responde a las necesidades, ya que para la atención de pacientes seropositivos, sólo se cuenta con tres hospitales de referencia: Benjamín Bloom para atención de niños (cabe mencionar que éstos gozan del privilegio de recibir la Terapia Antiretroviral sin clasificar si son menores de 12 meses, y los mayores de 12 meses con ciertos criterios de ingreso similares a los estudiados, punto en

¹¹⁵ Datos obtenidas de las mismas personas infectadas en visitas clandestinas realizadas por el grupo de investigación al Hospital Nacional Rosales, septiembre de 2003.

el que no profundizaremos por ser ajeno a nuestro tema de investigación¹¹⁶), institución que cuenta con 289 camas para atender la demanda general, de las cuales se asignan parte de ellas para la atención de seropositivos y un laboratorio¹¹⁷.

El Hospital de Maternidad que atiende solamente mujeres y brinda Monoterapia Antiretroviral (AZT), para disminuir las posibilidades del contagio vertical, reduciéndolas a un 10% cuando se recibe el tratamiento (se ha logrado distribuir a nivel nacional, medicamento gratuito para toda embarazada seropositiva, logro obtenido mediante la elaboración de el fortalecimiento del Programa de Prevención de Transmisión Vertical en dicho hospital, a través del Convenio 2002/2003 entre Médicos y el MSPAS y el Foro Nacional Materno Infantil VIH/SIDA, en el que se estableció el Convenio MSPAS con el St. Jude Childrens Hospital de Memphis Tennessee USA, con el cual se logró descentralizar la Terapia¹¹⁸), se encuentra equipado con 225 camas y un laboratorio para atención general¹¹⁹.

El Hospital Rosales para la atención de adultos en general, cuenta con una área específica para la atención de seropositivos exclusivamente, que no padecen ningún tipo de enfermedad oportunista, un área para cuidados intensivos de enfermos terminales, y el resto de clasificados por la enfermedad oportunista, ubicados en áreas generales del hospital, dirigidas por el Dr. Rolando Cedillos, quien manifestó, en una entrevista, que generalmente se brinda atención de quince a veinte personas internas, equipado con 437 camas y un laboratorio general¹²⁰.

Además el país cuenta con cuatro hospitales más, habilitados para la distribución de la Terapia Antiretroviral, los cuales son el hospital Zacamil y Soyapango para el área metropolitana de San Salvador, Santa Ana para la zona occidental y San Miguel para la

¹¹⁶ MSPAS, “Protocolo de Atención de Personas Infeccionadas por VIH”, El Salvador, 2002, Pág. 124.

¹¹⁷ MSPAS, “Red Nacional de Camas Hospitalarias”, El Salvador, diciembre 2002, Pág. 2.

¹¹⁸ www.mspas.gob.sv/programas

¹¹⁹ MSPAS, “Red Nacional.....”, Op. Cit, Pág. 2.

¹²⁰ Ídem, Pág. 2

Zona Oriental; lo cual forma parte de lo contemplado dentro de las metas del Programa ITS/ VIH /SIDA 1999-2004, consistente en la ampliación de este servicio hasta llegar a un total de nueve, aún falta por habilitar los hospitales de San Francisco Gotera y Sonsonate, es de aclarar que hasta la fecha ya se iniciaron capacitaciones al grupo multidisciplinario de estos últimos nosocomios.

4.2 ANÁLISIS DE LA VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA SALUD, EN LA APLICACIÓN DE LOS ACTUALES CRITERIOS DE INGRESO.

El VIH/SIDA es una epidemia mundial de consecuencias desastrosas, en el tema de derechos humanos no sólo ha actualizado antiguos problemas, sino que ha generado nuevas preocupaciones.

Los Estados se enfrentan a una enfermedad, que divide los intereses de las partes ubicando en posición antagónica a los infectados y a las personas sanas, la cual debe tratarse mediante acciones que permitan conciliar puntos de vista diferentes sin violentar los Derechos Humanos de ninguna de ellas, generando beneficios para ambas; pero cómo lograrlo es un asunto complicado, no existe uniformidad en las acciones gubernamentales aplicadas, mientras en Cuba confinan a las personas infectadas para proteger a las demás del riesgo de enfermarse, en Los Estados Unidos las leyes protegen a los infectados, y les otorgan el derecho a mantener su situación en secreto, aún después de su muerte estando prohibido informar a los familiares y aun a las mismas parejas sexuales sin que los enfermos lo autoricen (ambos extremos criticados), el primero por desconocer los derechos de los portadores y el segundo por sobre protegerlos dejando sin protección a otros sectores igualmente vulnerables y ambos por contribuir a la proliferación de la enfermedad.

El tratamiento de algunos delitos que a consecuencia de la enfermedad se convierten en más nefastos como las violaciones o la prostitución forzada, o nuevos tipos causados

debido a la existencia de la misma, como el infectar deliberadamente; exigen un tratamiento más severo y una mayor protección a las posibles víctimas.

Finalmente encontramos la toma de decisiones al asignar recursos para la atención pública; si bien es cierto que la prevención basada en la información de las formas de transmisión, la incidencia en la conducta privada de las personas pertenecientes a los grupos de riesgo y los cambios de la misma, es una de las estrategias más eficientes y equitativas contra la proliferación del VIH, pero que de aquellos que han contraído la enfermedad, cuál es la manera correcta de actuar con relación a ellos, muchos insisten en el tratamiento, proponiendo un incremento de los recursos destinados a esta enfermedad, afirmando que desde la dimensión financiera es mayor la cantidad de millones perdidos por el hecho de que los enfermos no tienen la posibilidad de reincorporarse a la fuerza laboral y producir su parte por pequeña que sea de la riqueza nacional, que aquella que se reinvertiría en su tratamiento, ésto sin mencionar que en atención a las normas de derechos humanos “... el Estado está obligado a gestionar la obtención de recursos económicos para brindar la óptima atención en salud y demostrar que existe voluntad política para ello, demostrando interés en garantizar los derechos, buscando brindar atención a todo aquel que lo necesite”¹²¹.

Otros consideran que las presiones sobre el incremento de presupuesto de salud para atender a las personas seropositivas pueden llegar a generar grandes problemas, dado que el sistema de salud podría colapsar, se tendría que reducir la atención a pacientes con otras enfermedades para lograr el incremento de atención de los pacientes con VIH/SIDA lo que significaría violación al derecho a la salud en forma inversa, todo lo cual se fundamenta en el hecho de que los medicamentos necesarios para la aplicación de la terapia Antiretroviral son extremadamente caros, a lo que el primer grupo responde

¹²¹ Carvajal Mirla, Abogada Asesora, IDHUCA, entrevista realizada el 18 de septiembre de 2003, San Salvador, El Salvador.

con la primacía del derecho de los infectados sobre cualquier argumento de carácter financiero.

Si se coincide en criterio con la primera afirmación el Estado deberá de implementar la atención hasta llegar a atender a todo aquel que la necesite, aún cuando esto signifique aumentar el presupuesto, lo que es posible, sin que el sistema de salud colapse ejemplo de ello es la Republica Federal de Brasil donde se instituyó una política de acceso universal a los fármacos Antiretrovirales, que se logro a través de la producción nacional de medicamentos que no se encontraban patentados, el acceso universal a la terapia redujo en menos de 3 años a la mitad las muertes por SIDA y entre un 60 y 80 % la incidencia de las infecciones oportunistas en el mismo período, se evitaron además unas 146,000 hospitalizaciones relacionadas con el SIDA, lo que condujo a un ahorro de aproximadamente 289 millones de dólares, compensando en parte el elevado precio de la terapia Antiretroviral, que costó aproximadamente 339 millones de dólares, mediante la reducción de los costos de Antiretrovirales.¹²²

Si por el contrario se coincide con el segundo, de igual manera los gobiernos deben de crear políticas que permitan distribuir el gasto público de manera equitativa, pero evitando privilegios presupuestarios, para lo cual se debe buscar brindar con los recursos asignados tratamiento a mayor número de personas, promoviendo el acceso igualitario al mismo, esta medida es vista como una excusa para no gestionar y evadir responsabilidad, debido a que el Estado escudado en la falta de recursos, olvida su obligación que tiene de proporcionar las condiciones necesarias para el goce de la salud de sus habitantes.

En nuestro país pareciera que se comparte la segunda postura como anteriormente se dijo, la Terapia Antiretroviral es costosa y de resultados inciertos por lo tanto se espera que las entidades encargadas de dispensarla lo hacen de la mejor manera posible, sin

¹²² ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, junio 2000.

embargo la escasez de recursos no permite grandes logros y ante la falta de éstos se han visto en la necesidad de crear criterios de ingresos para acceder a la terapia, estos criterios podrían verse justificados en el mejor aprovechamiento de los recursos pero nunca deben violentar Principios Universales de Derechos Humanos, para el caso es evidente que cuando se habla de derechos como la salud, los únicos criterios válidos y que no constituirían violación de derechos humanos son aquellos que atienden a las características propias de la enfermedad.

Sin llegar a establecer que los actuales criterios utilizados para acceder a la Terapia Antiretroviral son discriminatorios, la sola negación del acceso a todas las personas infectadas que lo requieren, evidencian ya una violación de Derechos Humanos, debido a que el estado como tal está obligado a tutelar la Salud Pública a través de todas las medidas preventivas y de reestablecimiento que puedan referirse en un caso específico, por mandato constitucional.

Según la doctrina de Derechos Humanos el Derecho a la Salud, es un derecho programático y su exigibilidad depende de condiciones políticas, jurídicas, económicas y Sociales, como la existencia de recursos disponibles y el grado de desarrollo de un país determinado para que se logre la plena efectividad del derecho, sin embargo cuando se crean políticas destinadas a la supresión de los derechos, con la excusa de falta de recursos se observa una conducta que viola Derechos Humanos y que busca evadir la responsabilidad que se tiene de garantizar los mismos,¹²³ una justificación basada en ello no es válida pues no puede basarse la negación de un servicio que es vital para el que lo recibe, en la falta de recursos, mucho menos es válido el crear criterios de acceso que ponen en condiciones de desigualdad a los seropositivos que pretenden obtenerla.

¹²³ ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, junio 2000.

Bajo la premisa de no-discriminación está un mandato de igualdad formulado por la ley; en otros términos el legislador es el único que puede determinar por medio de sus valoraciones la regulación de los diferentes supuestos en los que es permitido el tratamiento normativo desigual, pero le está prohibido regular un tratamiento desigual carente de razón suficiente que justifique la diferenciación, está prohibida la diferenciación arbitraria que existe cuando no se encuentra un motivo razonable de la realidad sujeta a regulación, así lo afirmo la Sala de lo Constitucional de La Corte Suprema de Justicia en la resolución 348-99 de fecha 4 de abril de 2001. Con lo anterior se demuestra que sólo pueden establecerse diferencias que garanticen igualdad y como lo afirma la ya citada Licenciada Mirla Carvajal asesora del IDHUCA: “en el derecho a la salud los únicos criterios que pueden tomarse en cuenta para seleccionar si un paciente recibe o no determinada atención médica son los basados en las características de la enfermedad, como la gravedad del caso y la necesidad de aplicarlo oportunamente”.

En este punto es necesario traer a cuenta los criterios utilizados actualmente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para seleccionar a las personas que tendrán acceso a la TAR anteriormente mencionados.

No se necesita mucho análisis para darse cuenta que una evaluación psicosocial con las condiciones propuestas no refleja una condición característica de la enfermedad que determine la necesidad del tratamiento, sino más bien pretende establecer condiciones sociales, laborales, familiares, psicológicas y patológicas concomitantes en que se encuentra el paciente, en este punto es necesario preguntarse si la condición social y económica como requisito de selección para acceder a la TAR son constituyentes de discriminación, como bien apunta la Lic. Mirla Carvajal “esto depende; si la condición permite proporcionarla o negarla”¹²⁴, es decir si la situación social y económica se toma

¹²⁴ Op. Cit. Carvajal Mirla.

en cuenta para garantizar que aquellos que se encuentran en peores condiciones obtengan la terapia es una discriminación positiva que no se considera tal, si por el contrario es causal de denegación es una total violación al derecho de igualdad y al imperativo de no discriminación, la condición social y económica desfavorable se debe tomar en cuenta para proporcionar la TAR, no para negarla, lo mismo opera con la situación psicológica y patológica concomitante especialmente por que suelen ser resultado de la enfermedad o factores que originaron el contagio, especialmente cuando se pertenece a un grupo de riesgo.

Una evaluación de este tipo es necesaria exclusivamente para conocer las limitantes del paciente y brindarle la ayuda necesaria para que pueda solventar sus carencias y proporcionar con éxito la TAR; además parece acertada la observación de la Dra. Ana Guadalupe Flores Flores de FUNDASIDA, quien afirma que “...tales datos son necesarios por razones epidemiológicas, de registro y estadística, pero con otro fin son lesivas a los derechos humanos...”.

Además no se puede negar que se violan los derechos humanos cuando por discriminación se dificulta a los grupos de riesgo acceso a ayuda, información, tratamiento temprano, atención médica, educación, trabajo, dignidad y respeto, lo que lleva a la clandestinidad la enfermedad incrementando la proliferación de la epidemia.

Todo lo anterior aunado a innumerables instrumentos internacionales de Derechos Humanos ratificados y aun internos, derivado de lo establecido en el Art. 2 en coordinación con el Art. 65 de la Constitución de la República es obligación del Estado brindar atención médica a todo aquel que lo necesite en condiciones de igualdad y por ende el Estado Salvadoreño esta obligado a obtener las herramientas necesarias para hacer efectivo tales derechos como bien lo estableció el Doctor Rolando Cedillos, implementando medidas que permitan solventar el problema recursos tratamientos como: “Gestionarlos de la sociedad civil, de organismos internacionales y de los otros

poderes del estado” (ver subtítulo 4.5), y en su defecto al menos garantizar el acceso en condiciones de igualdad al mismo, si se falla en esto no cabe duda que no sólo se violan los derechos humanos sino que se hace con plena conciencia, que no existe la intención de que el derecho alcance efectividad de manera progresiva, debido a que se aplican políticas discriminatorias evidentes que persiguen todo lo contrario la supresión del mismo.(ejemplo: decisión de dejarse morir por desinformación o pérdida de la confianza en el sistema.)

4.3 PRINCIPIOS DE DERECHO UNIVERSAL VULNERADO.

En el capítulo dos, se enuncian los principios reconocidos por la legislación Salvadoreña en materia de VIH/SIDA, principios que deben ser llevados a la práctica por el sistema nacional de salud, no sólo por el hecho de estar reconocidos en nuestras normas internas, sino además por ser principios fundamentales de Derechos Humanos a nivel Internacional ratificados por el Estado; los cuales encuentran sus fundamentos en categorías más amplias de Derechos Universales aplicables a cualquier ámbito.

Después de analizados los criterios de ingreso a la luz de los Derechos Humanos en el apartado anterior es evidente que no todos son aplicados, al momento de seleccionar pacientes seropositivos para recibir la Terapia Antiretroviral, algunos de ellos son violados de manera más evidente que otros, a continuación se listan los principios violados en razón de su importancia para esta investigación:

PRINCIPIO DE NO-DISCRIMINACIÓN: Nuestra Carta Magna en su artículo 3 reconoce que “todas las personas son iguales ante la ley. Para el goce de los derechos civiles no podrán establecerse restricciones que se basen en diferencias de nacionalidad, raza, sexo o religión”. En este artículo se contempla no sólo la exigencia de un trato igualitario, sino la prohibición de la discriminación o trato discriminatorio; mismas que

se reconocen en las Normas Internacionales sobre Derechos Humanos, analizadas anteriormente.

La fuerza expansiva de los Derechos Humanos y en especial la aplicación del principio Pro homine¹²⁵, hace que dicho principio no se limite exclusivamente a las causales referidas sino que éstos se vean sólo como ejemplos enunciativos y no como una enumeración exhaustiva de posibilidad de fundamentación de una discriminación, con relación al VIH/SIDA, este principio se entiende como el derecho que poseen todos los habitantes a la atención médica integral de la enfermedad del SIDA, sin discriminación de ninguna naturaleza, a quienes se les deberá reconocer sus derechos individuales, laborales, y en general Derechos Humanos.

Como se ha hecho hincapié anteriormente en el Criterio de Ingreso número cinco, que consiste en una evaluación sicosocial aprobatoria por el Comité Institucional; este principio es vulnerado, ya que la misma comprende un estudio de la situación tanto social, laboral y familiar del paciente como psicológica y patológica; que en la mayoría de los casos son desfavorables a consecuencia de la misma enfermedad; un paciente VIH positivo se ve afectado tanto en su entorno social, laboral y familiar, así mismo puede sufrir trastornos patológicos y psicológicos derivados de esta misma, siendo así, el tomar estos puntos como criterios de selección para brindar un tratamiento constituye una grave discriminación porque se basan en efectos mismos de la enfermedad.

Bajo la premisa de la no-discriminación, el principio contempla tanto un mandato en la aplicación de ley por parte de las autoridades administrativas y judiciales, así como un mandato de igualdad en la formulación de la misma, prohibiéndose la diferenciación arbitraria que puede existir cuando no es posible encontrar un motivo razonable que

¹²⁵ En atención de la interpretación de máximos que impone el principio Pro Homine, la obligación básica que se desprende del contenido del artículo 2 de la Constitución ateniende al derecho a la vida, es que para evitar la existencia de una forma comisiva de violación al derecho de la vida se deben observar todos los actos de abstención orientados al logro de tal fin; y para evitar la existencia de una forma omisiva de violación al derecho a la vida, se deben observar todos los actos de intervención o participación que sean necesarios para el mismo fin.

surja de la realidad sujeta a regulación por lo que a dos personas en condiciones iguales debe de dárseles un trato igualitario, ésto es lo que constituye el derecho de igualdad en su dimensión subjetiva; específicamente las condiciones económicas, sociales, familiares, laborales, psicológicas y patológicas de los enfermos de VIH/SIDA, entre si sólo podrían justificar una discriminación a favor de los menos favorecidos, pero nunca en contrario.

Con la salvedad que estos datos deben de conocerse para fines estadísticos, de control y mejor atención médica según las necesidades y condiciones del paciente, pero no pueden ser las que determinen si el paciente recibe o no atención, esta última parte solo puede ser determinada por criterios médicos y no de otra índole para recibir la Terapia Antiretroviral debe bastar el requerir de ella.

PRINCIPIO DE EQUIDAD: “Definido como justicia, igualdad; este principio supone el “derecho subjetivo que todo ciudadano posee a obtener un trato igual, obliga y limita a los poderes públicos a respetarlo, exige que los supuestos de hecho iguales sean tratados idénticamente en sus consecuencias jurídicas abarcando también la igualdad en la aplicación de la ley”¹²⁶, en las políticas estatales de prevención de VIH/SIDA se refleja el derecho que tienen todas las personas con VIH/SIDA sus familiares y allegados a ser tratados de manera digna sin discriminación, ni estigmatización en razón de su enfermedad.”

Este principio con relación al anterior son indisolubles, pues constituyen una unidad, es decir, que no puede entenderse el uno lejos del otro, ambas son caras de una misma moneda, la equidad supone un trato igualitario y el principio de no discriminación

¹²⁶ El Estado y la Constitución Salvadoreña, Montecino Giralt Manuel Arturo y otros, primera edición, El Salvador, Proyecto para el fortalecimiento de la justicia y la cultura constitucional en El Salvador, Unión Europea, Corte Suprema de Justicia, 2000.

prohíbe el trato desigual; la estigmatización por su parte es una forma de discriminación con etiqueta.

PRINCIPIO DE DERECHO A LA SALUD: “El derecho a la salud puede definirse como aquel derecho por virtud del cual la persona humana y los grupos sociales, en cuanto que titulares del mismo, pueden exigir de los órganos del Estado y de los grupos económicos y profesionales, en cuanto que sujetos pasivos, que establezcan las condiciones adecuadas para que aquellos puedan alcanzar un estado óptimo de bienestar físico, mental y social, y garanticen el mantenimiento de estas condiciones”.¹²⁷ El cumplimiento de este derecho y la incorporación de tal como principio dentro de la regulación de salud en materia de VIH, no solo corresponde al aspecto negativo de este, es decir, a estar contra la enfermedad, sino además el derecho a una existencia con calidad de vida, constituyendo este el aspecto positivo del derecho a la salud, por lo que es deducible que se encuentra implícitamente reconocido a través del genérico derecho a la vida.

A través del reconocimiento del derecho a la integridad psicofísica y moral se encuentra de una manera general, implícito el derecho a la salud, anteriormente se estableció como consecuencia del padecimiento de VIH, trastornos psicológicos y estigmatización por considerarse una enfermedad de personas con ritmo de vida de grupos de riesgo, y que hoy se conoce que nadie está alejado de infectarse, que no constituye sólo un problema que visita a nuestro vecino, sino que todos podríamos vernos ante esta situación, por lo que debemos de exigirle al Estado que proteja al paciente, en la manera posible que los descubrimientos científicos lo permitan, por lo que si la Triple Terapia coadyuva al paciente a mejorar su vida, también gozar de este beneficio médico le permite una

¹²⁷ PDDH, Erick Romero, boletín informativo, 2002.

mejora psicológica, física y moral, pues le refuerza su sistema inmunológico permitiendo no evidenciar en su exterior y en su vida su padecimiento, mejorando su sistema de ánimo, permitiéndole una vida feliz.

Lo anterior nos permite reconocer, que al incorporar criterios de ingreso para la selección de pacientes seropositivos que recibirán la Terapia Antiretroviral y ésta entre sus beneficios es el reestablecer el sistema inmunológico que se encuentra debilitado en un paciente a causa del aumento de la carga viral, permitiéndole al paciente llevar su vida con más normalidad, manteniéndole con calidad de vida; es lógico aseverar que nos encontramos en presencia de una inaplicación de este principio, puesto que es obligación del Estado asegurarnos la salud y al conocer que medicamentos como la denominada triple terapia permiten gozar al paciente de una calidad de vida, y siendo así es negada para algunos que no llenan los requisitos del último criterio mencionado anteriormente, pero si los criterios médicos, y a otros que aún siendo aprobados por el Comité Institucional, se encuentran engrosando la lista de espera, estamos en presencia de una violación al derecho a la salud y a la vida por omisión, violándoles a los pacientes que ni siquiera aplican pues son rechazados por el Comité Institucional doblemente sus derechos.¹²⁸

PRINCIPIO DE CORRESPONSABILIDAD: Este se refiere a la responsabilidad compartida que debe existir entre el Estado y los VIH positivos a la hora de identificar a los sectores sociales y su participación en la problemática; definir y priorizar los problemas; Planificar, organizar, implantar y controlar la atención integral y Utilizar eficientemente los recursos para la satisfacción de las necesidades básicas de las personas que viven con VIH/SIDA; exigiendo del Estado un papel principal en la

¹²⁸ Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, Ref.348-99, El Salvador, Pág.13.

atención de los VIH positivos, como corresponsable junto a ellos, de la búsqueda de una mejor calidad de vida para ellos, al no brindar el tratamiento en igualdad de condiciones para la adquisición se violenta este principio pues pareciera que es responsabilidad exclusiva del enfermo que no cumple con estos requisitos su salud.

PRINCIPIO DE CALIDAD: engloba la utilización de todos los recursos que la ciencia y la tecnología médica aportan para el beneficio máximo en la salud de los pacientes seropositivos, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos logrando equilibrio entre éstos. La Triple Terapia y el AZT, constituyen entre otros logros médicos en la mejora o solución de la pandemia VIH/SIDA y de sus portadores, es satisfactorio en nuestro país la utilización del AZT como medida de evitar al 90% la posibilidad de contagio vertical, no constituye así la Triple Terapia pues para obtener este avance médico se encuentra el seropositivo ante inmensos obstáculos, tratados repetidamente en esta investigación por la importancia de ellos en la determinación del acceso a la salud. Contándose además que el incentivo salarial al gremio médico y la poca capacitación al respecto, agranda la situación desfavorable al paciente seropositivo pues se topa con personal poco capacitado y sin deseos de evidenciar calidad en su labor consecuentemente en la atención.

PRINCIPIO DE CONTINUIDAD: “Es la aplicación en secuencia lógica, de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de atención, bajo la responsabilidad de un equipo de salud.”

Ésta se ve violentada en la medida en que se realizan todos los eslabones del proceso, la prueba repetida ELISA, el conteo de células CD4 + entre otras, y al llegar a merecer los medicamentos idóneos como lo es la Terapia Antiretroviral se encuentra destruida la secuencia, al engrosar la lista de espera o no aplicar ni siquiera a ella.

PRINCIPIO DE CALIDÉZ: Beneficia al paciente seropositivo porque al obtener un trato digno, respetuoso y sensibilidad humana por el personal de salud, mejora su situación. En el sistema nacional de salud hay que reconocer que no todos sus miembros se encuentran en la disponibilidad de brindarla, en repetidas ocasiones se han conocido de la voz popular y de la prensa la violación a este principio pues son numerosas las personas que han obtenido un trato inhumano por parte del personal de salud.

4.4 EFECTOS DEL PROBLEMA.

El VIH además de ser una enfermedad que poco a poco deteriora la salud del infectado también influye en su identidad, y su condición social, es por ello que la estigmatización y discriminación que rodean al VIH pueden ser tan desbastadores como la enfermedad misma.

El no reconocimiento de Derechos Humanos a las personas con VIH/SIDA además de generar sufrimientos innecesarios y menoscabar su dignidad, contribuyen directamente a la proliferación de la epidemia, haciendo más difícil solventar el problema.

Cuando es necesario afrontar la discriminación al tomar la iniciativa de solicitar consejo, practicarse un examen o test, someterse a tratamiento o buscar apoyo, éste se ve frenado; pero si la discriminación y la violación de Derechos Humanos es por parte del Estado se vuelve doblemente perjudicial.

Las encuestas demuestran que las personas que se encuentran en los grupos de riesgo son en su mayoría las mismas que sufren discriminación en su connotación general por cualquier condición, ya sea ésta económica o social, o que se encuentran marginados por su condición jurídica, son éstas las más afectadas por su condición y ésta incrementa su discriminación, negarle sus derechos representa:

1. Deficiencia de información: los grupos poblacionales de alto riesgo son los que menos tienen acceso a la información en general, no cuentan con educación o es mínima, y aún en el caso de tener el interés de informarse ante el posible irrespeto a sus derechos evitan hacerlo, la historia ha demostrado que muchos han contraído la enfermedad por falta de conocimiento sobre las formas de contagio y de protección.
2. Pérdida del trabajo: la misma ignorancia sobre las formas de contagio convierte al VIH positivo en un ser que genera temor, si a esto le sumamos la inexistencia de leyes que le protejan contra la discriminación y por el contrario se crean normas aunque sea reglamentarias u operativas que van en contra del derecho a la vida privada, la confidencialidad y su dignidad, se produce el rechazo en la vida laboral de éste y se limita al mismo económicamente reduciendo sus posibilidades de atención y protección para evitar su reinfección y nuevas infecciones; esto aunado al incremento de pobreza que sufren las familias de los seropositivos al perder el aporte de uno de sus miembros, el incremento en gastos médicos y de niños huérfanos a causa de la enfermedad.
3. Falta de acceso a medicamentos: aún cuando se conoce de la existencia de una serie de medicamentos que permiten retrasar los efectos de la infección y llevar una vida digna éstos no están al alcance de todos debido a los altos costos, esto en sí ya representa una violación de Derechos Humanos, dado que violenta el Derecho a la Salud, pero se ve justificado en la inexistencia de los mismos por razones económicas; sin embargo es doblemente grave la utilización de criterios de ingreso discriminatorios al seleccionar a aquellos que gozarán del tratamiento especialmente cuando estos están basados en condiciones que reúne la mayor parte de la población infectada, dado que no sólo se violenta el Derecho a la vida y la salud, sino que se hace de manera intencional ya no por razones

económicas, sino de estigmatización, convirtiendo al pobre, a la prostituta, al drogadicto y a todo aquel que reúne una condición que a juicio del comité institucional es causal para la no aplicación, en un sentenciado a muerte sin ninguna esperanza.

De todo lo anterior se concluye que el VIH positivo no cuenta con ningún incentivo que lo impulse a asumir su condición, él hacerlo representa para él la pérdida de su identidad, cargar con el reproche de una sociedad que lo considera un depravado merecedor de su propio sufrimiento, perder su trabajo y permitir que con ello la condición económica de su familia empeore (aún y cuando se encuentre en período de latencia), verse afectado en su vida privada, social y familiar, todo lo anterior sin la prerrogativa de obtener el tratamiento.

4.5 ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN.

Con el fin de propiciar la labor de los comunicadores sociales a favor de la prevención del VIH/SIDA, la educación, información y no-discriminación, el MSPAS y UNICEF realizaron el primer concurso “Premios al periodismo en VIH/SIDA”, en el cual participaron todos los trabajos publicados, impresos, televisivos o radiales, comprendidos entre el uno de octubre de 2001 y el treinta de septiembre del 2003¹²⁹; esto es un claro ejemplo de que tanto el gobierno como las organizaciones internacionales coinciden en que la educación, la información y la no-discriminación, son las medidas que permitirán de manera efectiva ganarle la lucha al SIDA; tan es así que la campaña mundial contra el SIDA 2001-2003 “Estigma y Discriminación, vive y deja vivir”.

¹²⁹ Editorial Diario El Mundo, 20 de agosto de 2003, El Salvador, Pág.37.

Una buena campaña debe contener la información necesaria sobre la enfermedad, las formas de transmisión y no transmisión, de protección, así como los medicamentos y los derechos de los VIH positivos, todo en busca de evitar la estigmatización y la discriminación, que como ya se apuntó anteriormente influyen en la proliferación de la enfermedad.

La prevención mediante una buena campaña educativa, de información, debe acompañarse de acciones concretas, que permitan solventar los problemas de los actuales portadores:

1. Los VIH positivos tienen Derecho a la vida, al pleno desarrollo de su potencial y a la protección de los abusos y la explotación, así como acceder a la información y el material destinado a fomentar su salud y bienestar, al igual que cualquier otro ser humano, pero para que puedan hacer uso de esos derechos debe dárseles las herramientas que les permitan exigirlos, especialmente por que se trata de sectores de la población que carecen en su mayoría de la instrucción mínima, se debe implementar un servicio de salud más adaptado a estas personas y proporcionarles además asistencia jurídica gratuita para que puedan defender sus derechos ante cualquier atropello. Los Estados están obligados a respetar los Derechos Humanos, a protegerlos y a darles cumplimiento.
2. proporcionar atención médica y medicamentos es quizá la tarea más difícil, pero la más importante que debemos implementar en materia de Derechos Humanos y SIDA; Ésta incluye: apoyo social, orientación, alimentación adecuada, tratamiento de las enfermedades oportunistas, alivio de síntomas, y acceso a la Terapia Antiretroviral; alcanzar a proporcionar todo esto requiere de una gran inversión que países como el nuestro no están en condiciones de realizar, sin embargo esto no es justificante para no buscar otorgarlos, es por ello que debe

implementarse un programa que permita obtener mayores recursos a través de donaciones del Fondo Global sobre SIDA y de la Organización Mundial de la Salud, así mismo deben obtenerse medicamentos genéricos (libre de patentes), que permitan obtenerlos a menores costos, ya sea fabricándolos o comprándolos a aquellos países que los producen como lo es la Republica Federal del Brasil¹³⁰.

3. Finalmente se debe promover la igualdad de acceso a la medicación y al tratamiento médico, por ende deben crearse las leyes que sean necesarias y eliminar todas aquellas prácticas que propician la discriminación, así mismo el último criterio bastante desarrollado en esta investigación, debe de ser utilizado exclusivamente con fines epidemiológicos y de mayores conocimientos de la situación del paciente para brindar una mejor atención pero no como determinantes para la obtención de la Triple Terapia.

¹³⁰ ONUSIDA, “Informe sobre la Epidemia Mundial del Sida”, junio de 2000.

CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Tras haber estudiado la problemática planteada en cada uno de sus aspectos se logró establecer que:

1. El VIH/SIDA como enfermedad infectocontagiosa ha sido desde su aparición en 1979, la peor epidemia que ha sufrido la humanidad en los últimos años; el último informe de ONUSIDA refleja que existen en el mundo más de cuarenta millones de personas que viven con VIH o que ya han desarrollado SIDA, de éstas, cinco millones contrajeron la enfermedad el año pasado, lo que equivale a catorce mil contagios diarios y que ha ocasionado tres millones de muertes en ese mismo año, cifras alarmantes que revelan que la evolución de la enfermedad no permite ningún respiro, avanzando rápidamente.
2. La Política Estatal en salud relativa al VIH/SIDA; esta orientada a la prevención de la enfermedad, mediante el tamizaje de todos los hemoderivados, órganos a transferir, así como la realización de la prueba de VIH gratuita a mujeres embarazadas y la aplicación del medicamento AZT a aquellas que la presenten, para lograr la disminución de probabilidades de transmisión vertical, y especialmente mediante educación, buscando minimizar el contagio, evitando las conductas de riesgo, para lo cual se está haciendo uso de programas educativos en los centros escolares directamente y de campañas orientadas a informar sobre la enfermedad, formas de contagio y prevención, así como las de no contagio, con el fin de evitar los mitos sobre la misma; sin embargo ésta es una campaña muy pobre que se interrumpe constantemente, pese que se ha creado incentivos como el premio al periodismo en VIH/SIDA con el fin de

incidir en los comunicadores sociales a tratar temas relacionados con el VIH/SIDA.

3. La Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana que debe orientar la Política Estatal de Salud sobre VIH/SIDA, contrasta con las Directrices y Resoluciones específicas de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, al convertirse en una norma que restringe al seropositivo cuando su objetivo debería ser el reconocimiento y defensa de los Derechos Humanos de estas personas, especialmente la defensa contra la discriminación de la que son objeto; debido a que entre los comentarios a las Directrices la Comisión de Derechos Humanos y ONUSIDA establecen que la función del Derecho como respuesta al VIH no debe exagerarse ni servir de vehículo para poner políticas coactivas o abusivas.
4. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no cumple con su obligación de garantizar el Derecho Humano a la salud y a la vida de las personas seropositivas, debido a que no proporciona la Terapia Antiretroviral a todo aquel que la necesita, como es su obligación por mandato constitucional, lo cual violenta desde ya Derechos Fundamentales como los antes mencionados
5. La defensa de los Derechos Humanos debe comenzar con la garantía del derecho a la vida, soporte necesario de todos los demás derechos, su disfrute incluye además el derecho a obtener una atención médica, psiquiátrica y psicológica especial, y al tratamiento gratuito si no se tienen los medios de afrontar sus costos en la medida en que las verdaderas posibilidades del Estado lo permitan por lo que se debe trabajar su ampliación; esto, junto al derecho a la salud, es indispensable para gozar de una vida digna.
6. El Estado Salvadoreño relega a un segundo plano el tratamiento de la enfermedad y justifica la no prestación del servicio de salud, en su mayoría por

la falta de recursos, aún las mismas autoridades de salud, manifiestan que "...en primer lugar no hay medicamentos; Segundo por falta de recursos y tercero porque está demostrado que no salva vidas", tal como lo manifestó el Doctor Eduardo Interiano cuando en 1999 ostentaba el cargo de Ministro de Salud. Por su parte la obtención del tratamiento también se ve minada por la burocracia hospitalaria, por la discriminación efectuada de los encargados de suministrar el servicio de salud, quienes muchas veces alegan desconocer los derechos de los seropositivos, justificación que es absolutamente inaceptable.

7. Para acceder a la Terapia Antiretroviral el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social exige que se cumplan con los Criterios de Ingresos establecido en el Protocolo de Atención de personas Infectadas con VIH/SIDA, los cuales consisten en: Presencia de síntomas asociados a la infección por VIH, diagnóstico confirmado por pruebas Elisa repetidamente reactivas (2) y otras pruebas confirmadoras cuando se considere necesario, un recuento de linfocitos TCD4+ bajos. Según normas internacionales, una carga viral elevada según la metodología más sensible disponible de acuerdo a normas internacionales, una evaluación psicosocial aprobatoria por el comité institucional...
8. El no suministro del servicio de salud y específicamente de la Terapia Antiretroviral a los seropositivos, violenta el Derecho a la Vida y a la Salud de las personas que la padecen dado que el Estado está obligado a suministrarla tanto por la normativa internacional como por la nacional, como atinadamente cuestiona la Sala de lo Constitucional de la Honorable Corte Suprema de Justicia "...¿de que sirven todos los demás derechos y garantías, las instituciones y sus programas, las ventajas y beneficios de nuestro sistema de libertades si la persona no puede contar con que tiene asegurado el Derecho a la

Vida y a la Salud? ...”¹³¹, dado que puede referirse que en un supuesto específico si a una persona que deba atenderse de una forma determinada no se le preste la atención correspondiente con la cual se le genere una vida digna y esto pueda llevarla a la muerte, se está violentando frontalmente el Derecho a la Salud y aún más el de la Vida.

9. Los actuales Criterios utilizados para seleccionar de entre las personas que requieren tratamientos a las que los recibirán, como tales, son a todas luces injustificados y violatorios de Derechos Humanos, dado que para acceder a un tratamiento especialmente cuando de éste depende que la persona pueda llevar una vida digna, no se deben de exigir más requisitos que los propios de la enfermedad, de otra manera se violenta el Derecho a la Vida y a la Salud; cuando estos criterios además contienen componentes discriminatorios como es el caso, debido a que se toma en cuenta la condición económica, psicológica y social del paciente se hace doblemente evidente y perjudicial.
10. El Estado salvadoreño con la aplicación de los actuales Criterios incumple la obligación contraída en una amplia gama de Normas Universales de Derechos Humanos ratificadas y con nuestra Normativa Interna, inicialmente porque no brinda la atención a todo aquel que la requiere, luego porque realiza una selección discriminatoria para aquellos a los que la brinda y finalmente porque en lugar de ir creando las condiciones para que de manera progresiva la cobertura asistencial se amplíe, crean políticas encaminadas a la supresión del servicio. Tales como la inclusión de criterios económicos y sociales, que no permiten a las personas de bajos recursos en su fase terminal de la enfermedad obtener la TAR.

¹³¹ Resolución dictada a las dieciocho horas y treinta y dos minutos del día veintitrés de septiembre de mil novecientos noventa y siete, en Amparo número 5778-V-97.

11. La discriminación a la que son sometidos los VIH positivos alcanza sus mayores niveles cuando el Estado les discrimina y no les brinda atención deja a éstos sin incentivos para reconocer su condición, llevando la epidemia a la clandestinidad, haciendo con ello más difícil evitar la proliferación de la enfermedad, lo que nos demuestra que efectivamente el no acceso al servicio de salud constituye un factor determinante del incremento de la pandemia SIDA.
12. Pocos han sido los esfuerzos realizados por el Estado salvadoreño para obtener recursos relativos al VIH/SIDA (medicamentos, tecnología y personal capacitado), y esto debido a la posición adoptada en sus políticas, olvidando que parte de la prevención está en ayudar al que ya contrajo la enfermedad, como contraste a esto existen actualmente una serie de formas aplicadas en otros Estados y que han demostrado dar buenos resultados, hacia las cuales el Estado salvadoreño ha demostrado poco o ningún interés. De estas últimas se habla en el apartado relativo a recomendaciones.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Reorientar la actual política de salud relativa al VIH/SIDA, buscando un equilibrio entre la prevención y el tratamiento dejando de lado los mitos y prejuicios con la visión de luchar contra posiciones como la sostenida por los Ministros de Salud desde los períodos presidenciales del gobierno actual, además fortalecer las campañas preventivas volviéndolas constantes, ejecutándolas por todos los medios de comunicación masiva, y más que todo en el área rural, donde no se tiene acceso a la mayoría de éstos. De una forma personalizada realizar charlas educativas en los centros escolares y hacer énfasis en las nuevas generaciones.

2. Revisar y reformular en lo pertinente La Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y convertirla en una herramienta eficaz para la defensa de Derechos Humanos y de lucha contra la discriminación; creando mecanismos de denuncia de violaciones, aprobando el Reglamento de la misma, difundiendo su contenido, creando oficinas de consultoría gratuita para su aplicación y defensa.
3. Crear e implementar programas que permitan poco a poco ampliar la cobertura de atención en salud hasta convertirla en universal como se ha logrado y demostrado que es posible en otras latitudes.
4. Que El Estado salvadoreño se pronuncie por los Derechos Humanos especialmente por la garantía de aquellos que tienen carácter fundamental como el derecho a la vida y a la salud, atendiendo toda denuncia, facilitando el goce de los mismos, creando albergues y los servicios que sean necesarios para garantizar una vida digna de los portadores del VIH/SIDA, así como brindar capacitación tanto al personal involucrado en la atención de estos para evitar malos tratos y violaciones a sus derechos aún a los mismos portadores para que puedan exigirlos y hacer buen uso de ellos.
5. El Estado debe brindar la asistencia social, sin albergar la posibilidad del falso paradigma de que los derechos sociales son programáticos, es decir que no son exigibles del todo al Estado, y debe buscar las formas de obtener los recursos necesarios para brindar la atención a todo aquel que lo necesite, para ello debe de obtener medicamentos mediante la ratificación de Convenios Internacionales con las empresas farmacéuticas productoras de medicamentos que contrarrestan la enfermedad, orientados a solventar la problemática del SIDA, por ejemplo los convenios internacionales que permiten a los países obtener medicamento más barato de los países productores que de las empresas farmacéuticas privadas;

Gestionar donaciones de éstas; Obtener préstamos subvencionados de instituciones financieras internacionales como el Banco Mundial, eliminar los impuestos de importación a los medicamentos rretrovirales e insumos para su fabricación, para que sean más baratos. Y obtener las franquicias o patentes para la producción de medicamento por droguerías o farmacéuticas nacionales a cambio de incentivos fiscales, todo ello con el fin de que su precio sea más accesible y se beneficien todas las personas infectadas necesitadas.

6. Los Criterios de Ingreso del Protocolo de Atención de Personas Infectadas con VIH, que violentan los derechos humanos a la salud, la vida, no-discriminación y la igualdad, es decir aquellos criterios con aspecto social económico y psicológicos, deben mantenerse como medios para obtener datos estadísticos, pero no deben considerarse elementos que determinen la aprobación o negación de la Terapia Antiretroviral; en cuanto a los Criterios Médicos se consideran fundamentales para determinar cuando es necesario aplicar la Terapia Antiretroviral.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

Badía Roberto de Jesús, “Apuntes de Salud Publica”, Editorial Universitaria, UES, San Salvador, Primera edición 1993.

Beltrán Galindo, Francisco, Tinetti, José Albino, Kuri de Mendoza, Silvia Lissette, Orellana, María Elena, “Manual de Derecho Constitucional”, Tomo II, UCA Editores, San Salvador, 1994.

Cerdas Cruz, Rodolfo y Nieto Loica, Rafael “Manual de Fuerzas Armadas”. Edit. San José Costa Rica: IDH, San José 1994.

Fuenzalida Hernán L.”El Derecho a la Salud en las Américas”, estudio Constitucional comparado, Publicación científica Numero 509, OPS 1989, Editor en Castellano Oficina de Asuntos Legales.

Nikken, Pedro, IDH ,“Antología básica de Derechos Humanos, OEA editorial, San José,1996.

Recasen Siches, Luis, “Tratado General de Filosofía del Derecho”, Novena Edición, México, Editorial Porrúa, S.A.1986.

Rosen George, “A History of public Health. M.D.”, publication Inc, Nueva York, 1958.

TESIS

Benítez, Rodrigo, “Frecuencia del SIDA” Tesis UES, San Salvador, 1997.

Díaz Mena, Jocelyn Vivian, Estrada Arguello, Marta Cecilia, “SIDA profilaxis, conciencia social” Tesis UES, San Salvador, 1999.

Díaz del Valle Martínez, Verónica Lisette, “Hospital Rosales y El SIDA” Tesis UES, San Salvador, 2001.

Durán Rosa, María Juana, López Cornejo, Ana Miriam Eduviges, Rodas Rivas, Elena del Carmén, “Exposición al Riesgo SIDA” Tesis UES, San Salvador, 1994.

Flores Hernández de Aparicio, “Detección y control y seguimiento de casos de infección por VIH/ SIDA”. Tesis UES, San Salvador, 1997

Fuentes Palma, Roberto Antonio, Ramírez Quintanilla, Francisco Antonio, “SIDA en el Hospital Rosales” Tesis UES, San Salvador, 2000.

OTRAS FUENTES

Constitución de la República de El Salvador, 1983, FESPAD, sexta edición, 2001.
Todas las citas de esta Constitución se refieren a esta edición.

Constitución de la OMS, S.E. New York 19 de junio, 22 de julio de 1946. Cuando fue suscrita por representantes de 61 Estados.

Concejo Nacional para Prevención y Control del SIDA, “Guía para la atención médica de atención de pacientes con infección por VIH/ SIDA en consulta externa y hospitales” México, 2000.

Fundación Nacional de Prevención Educación y Control del paciente VIH/ SIDA, “Manual para el uso Rota folio: el SIDA no distingue sexo, edad ni ocupación, El Salvador.

ISSS, Programa de educación para la salud, departamento de medicina preventiva, “Enfermedades de transmisión sexual (ETS)” El Salvador, 1999.

MSPAS “Situación del VIH/ SIDA en El Salvador”, El Salvador, junio, 1999.

MSPAS-ISSS-USAID-IDSCAP-OPS-OMS “Estudio del Impacto socioeconómico del VIH/ SIDA en El Salvador”, El Salvador, 1995.

MSPAS-ISSS-FUNDASIDA-USAID-IDSCAP-“Cómo se desarrolla el VIH/ SIDA en nuestro cuerpo”, El Salvador, 1999.

MSPAS, Comisión Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual, “Plan Nacional para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control del SIDA, 1989, 1990, 1991. E.S. enero de 1989.

MSPAS, Comisión Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual, “Plan Nacional a Mediano Plazo, Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control del SIDA, 1990- 1992. E.S. 1989.

MSPAS, “ Plan Nacional de Prevención y Control de ETS-VIH/SIDA 1999-2000” San Salvador, 1999.

MSPAS, “Plan Nacional de Prevención y Control de ETS- VIH/SIDA 2001, San Salvador, 2001.

MSPAS, “Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA 2001-2004” San Salvador, julio 2001.

MSPAS, “ Proyecto Propuesta de atención para personas viviendo con VIH/ SIDA en El Salvador, 2000.

MSPAS, “Protocolo de atención de personas infectadas con VIH/ SIDA, El Salvador, 2000.

OPS/ OMS, “V Informe de Progreso de Planes a Mediano Plazo para la Prevención y Control del VIH,” Oficina Subregional VIH/ SIDA, América Central, octubre 1995.

ONUSIDA, “Informe Sobre la Epidemia Mundial del VIH/ SIDA” Ginebra, Junio, 2000.

Plan Internacional MSPAS-MINED-FUNDASIDA, “Proyecto escolar de promoción y capacitación para la prevención de SIDA” Graficolor, El Salvador, 1994.

PDDH, “Derechos Humanos y VIH/ SIDA modelo jurídico introductorio para uso de capacitadores” El Salvador, 1999.

Resolución 1995/44 de 3 de marzo de 1995 y 1996/43 de 19 de abril de 1996 de la Comisión de Derechos Humanos.

www.aidslaw.ca

www.onusida.org.com

http://www.aids_sida.org/diccsida-htm

www.unesco.org/hiv-human-rights

www.unhchr.ch

www.an aids.org/publications/documents/human

www.icaso.org/accionpack.html

www.unicef.org/programme/health/index.htm

www.unfpa.org/modules/aidsclock/index.htm

www.who.int/regions

www.worldbank.org/atr.aids/resources.htm

www.VIH.net.ch/eurocaso

www.undop.org/VIH/

www.MSPAS.gov.sv.programans

www.icaso.org

www.netsalud.sacr/ms/declar/portada.htm

www.europa.eu.int/comm/development/aids

www.ifmsa.org.

Entrevista dirigida al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Rolando Cedillos

Jefe del Servicio de Insectología Hospital Nacional Rosales

9 de septiembre de 2003.

Entrevista dirigida a Organismos No Gubernamentales

Dr. Ana Guadalupe Flores Flores

Directora de FUNDASIDA

8 de agosto de 2003.

Entrevista dirigida a Organismos No Gubernamentales

Lic. William Hernández

Director de Entre Amigos

17 de septiembre de 2003.

Entrevista dirigida a Especialistas en Derechos Humanos

Licda Mirla Carvajal

Abogada Asesora IDHUCA

18 de septiembre de 2003.

Entrevista dirigida a Especialistas en Derechos Humanos

Lic. Gustavo Pineda Nolasco

Procurador Adjunto de Los Derechos Civiles Individuales (PDDH)

10 de marzo de 2004.

Entrevista dirigida a Especialistas en Derechos Humanos

Licda. Dora Estela Rivera

Coordinadora del Área de Derechos Humanos ATLACAT

26 de Septiembre de 2003.

ANEXOS

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR

CONSIDERANDO

I- Que de conformidad a la Constitución, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República el goce de la salud, dentro de la cual se encuentra el bienestar biológico, psicológico y social del individuo y de la colectividad;

II- Que la salud de los habitantes de la república constituye un bien público, para lo cual el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento; congruente con ese principio, es obligación estatal dar asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible;

III- Que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA-, cuyo agente etiológico es el virus de la Inmunodeficiencia Humana -VIH-, es una enfermedad transmisible de gran impacto en la vida de los seres humanos, por sus implicaciones médicas, económicas, éticas, sociales y culturales.

lo que hace necesario contar con un instrumento jurídico que permita prevenir, controlar y atender a las personas viviendo con VIH/SIDA.

POR TANTO

en uso de sus facultades Constitucionales y a iniciativa del Presidente de la República por medio del Ministro de Salud Pública y Asistencia Social y de los diputados Elvia Violeta Menjívar, Donato Eugenio Vaquerano Rivas, Mario Antonio Ponce López,

Ernesto Angulo Milla, José Tomas Mejía Castillo, José Ascensión Marinero Cáceres, Jorge Antonio Escobar Rosa, Juan Angel Alvarado Álvarez, Alfonso Aristides Alvarenga, Norman Noel Quijano González, Douglas Alejandro Alas García, Rafael Edgardo Arévalo, Vinicio Peñate, Juan Ramón Medrano Guzmán, Margarita Guillén, Zoila Beatriz Quijada, René Napoleón Aguiluz Carranza, Mauricio Hernández Pérez, David Humberto Trejo, Juana Isolina Alas de Marín y Agustín Díaz Saravia.

DECRETA la siguiente:

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

TÍTULO I

DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

CAPÍTULO ÚNICO

OBJETO DE LA LEY

OBJETO

Art. 1.- La presente ley tiene por objeto 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 el VIH/SIDA.

PRINCIPIOS RECTORES.

Art. 2.- 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 Salvador.

DEFINICIONES

Art. 3.- Para el objeto y finalidad de la presente ley se utilizarán las siguientes definiciones:

Allegado(a): Persona con la que se relaciona habitualmente el individuo viviendo con el VIH/SIDA.

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.

Calidad de la Atención Técnica: Consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.

Calidez: Se refiere al trato digno, respetuoso y sensibilidad humana que el personal de salud debe brindar a la población que vive con VIH/SIDA.

Confidencialidad: Es el derecho a que se mantenga reserva sobre el resultado del diagnóstico, manejo de los exámenes clínicos y de laboratorio, y la progresividad de la

enfermedad. Una vez confirmado el resultado que demuestre la presencia del VIH las autoridades, profesionales, técnicos, auxiliares y demás personal encargado de la atención del paciente están obligados a respetar este principio.

Continuidad: Es la aplicación, en secuencia lógica, de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de atención, bajo la responsabilidad de un equipo de salud.

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 en la salud 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.

Integralidad: Se refiere el carácter de conjunción armónica y efectiva para la satisfacción de las necesidades en salud de la población que vive con VIH/SIDA. Su aplicación implica:

- a) la existencia de una política de atención integral contra el VIH/SIDA;
- b) la participación efectiva y complementaria de la red de establecimientos del sector salud y los niveles de atención, y
- c) la existencia de un modelo de Atención en Salud cuyas diferentes acciones privilegien al ser humano en su contexto biológico, social y cultural, en armonía con el ambiente.

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.

Normas Técnicas: Guía completa y sistemática que ayuda al proveedor de atención y al paciente a tomar decisiones sobre la atención apropiada.

Normas Universales de Bioseguridad: Conjunto de medidas para el control y prevención de las infecciones, que deben de ser adoptadas universalmente como forma eficaz para la reducción del riesgo ocupacional y de la transmisión de microorganismos infecciosos.

Persona viviendo con VIH/SIDA: Persona que tiene en su organismo el virus de inmunodeficiencia humana.

Procedimiento Invasivo: Procedimiento que implica la pérdida de continuidad de la piel y mucosas.

Protocolos de Atención: 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.

Seropositivo(a): Término clínico utilizado para nombrar al portador de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana.

Sexualidad Responsable: Es aquella que asume con responsabilidad las consecuencias de un acto sexual y que no pone en riesgo la salud de las personas; disminuyendo la posibilidad de que se pueda infectar, reinfectar, transmitir o contraer infecciones de transmisión sexual.

SIDA. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, estadio final de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana.

VIH: Siglas del Virus de Inmunodeficiencia Humana.

TÍTULO II DERECHOS Y OBLIGACIONES

CAPÍTULO I DE LOS DERECHOS

IGUALDAD

Art. 4.- Las personas viviendo con VIH/SIDA, sus familiares y allegados tienen derecho a ser trasladados de manera digna, sin discriminación ni estigmatización, en razón de su enfermedad.

No se considerará discriminación, el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.

ATENCIÓN

Art. 5.- Toda persona viviendo con VIH/SIDA tiene los siguientes derechos:

a) Asistencia sanitaria, tratamiento médico, quirúrgico, psicológico y de consejería de manera oportuna y en igualdad de condiciones y a medidas preventivas que impidan la progresividad de la infección.

b) Tener confidencialidad sobre el resultado del diagnóstico y la progresividad de la enfermedad.

- c) 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.
- d) Tener acceso a la educación ya sea pública o privada y a no ser excluido en razón de su enfermedad; y
- e) Participar, organizarse o congregarse para desarrollar actividades lícitas de carácter cívico, social, cultural, religioso, deportivo, político o de otra índole.

DERECHOS DE LOS INFANTES Y ADOLESCENTES.

Art. 6.- 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.

TUTELA

Art. 7.- El Estado, por medio de las instancias respectivas tiene la obligación de tutelar a los infantes y adolescentes que se encuentren privados de su entorno familiar a causa de la infección del VIH/SIDA.

CREACIÓN DE ALBERGUES

Art. 8.- El Estado, en coordinación con organizaciones públicas y privadas, promoverá y apoyará la creación de albergues y centros de asistencia para infantes y adolescentes viviendo con VIH/SIDA, a quienes a falta de familiares o tutores legales, se les provea

de alimentación adecuada, atención médica, apoyo psicológico o cualquier otro servicio de asistencia.

También creará 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 médica, apoyo psicológico o cualquier otro servicio de asistencia.

CAPÍTULO II OBLIGACIONES

PRÁCTICAS SEXUALES

Art. 9.- Todas las personas y especialmente aquellas viviendo con VIH/SIDA están obligadas a practicar su sexualidad de manera responsable, utilizando métodos adecuados, a fin de minimizar los riesgos de transmisión del virus a otras personas.

PROHIBICIÓN DE DONAR

Art. 10.- 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 fluidos o derivados 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 término que dure la condena.

TÍTULO III
POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL

CAPÍTULO I
RESPONSABILIDAD DEL ESTADO EN LA ATENCIÓN
INTEGRAL DE LA INFECCIÓN

ESTABLECIMIENTO DE LA POLÍTICA INTEGRAL CONTRA EL VIH/SIDA

Art. 11.- El Estado a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que en el presente texto podrá denominarse El Ministerio, en un plazo de seis meses contados a partir de la vigencia de esta ley, establecerá la política de atención integral contra el VIH/SIDA, la cual deberá contener acciones de prevención, vigilancia epidemiológica, control, diagnóstico, atención de la infección con enfoque intersectorial y con la participación de la sociedad.

CREACIÓN DE LA COMISIÓN NACIONAL CONTRA EL SIDA

Art. 12.- Créase la Comisión Nacional Contra el SIDA, que en el texto de la presente ley podrá llamarse "la Comisión" o "CONASIDA", como un organismo colegiado asesor del Ministerio, que se integrará de la manera siguiente:

- a) Un representante del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien la presidirá
- b) Un representante del Ministerio de Trabajo y Previsión Social
- c) Un representante del Ministerio de Educación
- d) Un representante de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humano.

- e) Un representante de los servicios de Sanidad Militar
- f) Un representante de los Medios de Comunicación
- g) Un representante del Ministerio de Gobernación
- h) Un representante del Instituto Salvadoreño del Seguro Social
- i) Un representante de las Asociaciones o Fundaciones cuyo objetivo sea la prevención, protección y defensa ante el VIH/SIDA, legalmente establecidas
- j) Un representante de la Asociación Nacional de la Empresa Privada
- k) Un representante del Colegio Médico y
- l) Un representante de la Secretaría Nacional de la Familia.

La forma de elección del CONASIDA, será determinada en el reglamento de la presente ley.

ATRIBUCIONES DE LA COMISIÓN NACIONAL CONTRA EL SIDA

Art. 13.- La Comisión tendrá las siguientes atribuciones:

- a) Asesorar al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación de la Política de Atención Integral contra el VIH/SIDA.
- b) Proponer estrategias que faciliten la coordinación interinstitucional y multisectorial
- c) Divulgar la política de atención integral contra el VIH/SIDA

INFRAESTRUCTURA, PRESUPUESTO Y GESTIÓN DE LA COMISIÓN NACIONAL CONTRA EL SIDA

Art. 14.- El Ministerio, deberá proporcionar la infraestructura, personal y los fondos necesarios para impulsar el trabajo que realice la Comisión.

La Comisión, podrá además aceptar donaciones, gestionar fondos de instituciones nacionales para dar cumplimiento a sus objetivos.

DIAGNÓSTICO

Art. 15.- La ejecución de toda prueba con el fin de diagnosticar la infección del VIH, así como sus resultados, deberán realizarse respetando la confidencialidad y acompañarse de asesoría y orientación antes y después de la prueba, salvo las excepciones previstas en la presente ley.

PROHIBICIONES

Art. 16.- Se prohíbe la solicitud de pruebas para el diagnóstico de infección por VIH de forma obligatoria, salvo en los casos siguientes:

- 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; y
- d- DEROGADO (1).

PRUEBAS SEROLÓGICAS

Art. 17.- No podrá solicitarse la prueba serológica para el ingreso al país, para acceder a bienes o servicios o para formar parte de instituciones educativas.

AUTORIZACIÓN DE PRUEBAS EN MENORES

Art. 18.- Las pruebas serológicas para el diagnóstico de VIH/SIDA que estén indicadas a menores de edad, requieren que los padres o representantes legales de éstos lo permitan.

Éstos deberán estar informados y prestarán su consentimiento por escrito para la realización de la extracción sanguínea, salvo las excepciones previstas en la presente ley.

INFORMACIÓN DE RESULTADOS

Art. 19.- El médico tratante o personal de salud capacitado en VIH/SIDA que informare a una persona de su condición seropositiva, hará saber además el carácter infeccioso de ésta 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 paraje habitual o casual, todo con garantía a su confidencialidad.

IMPOSIBILIDAD DE INFORMAR

Art. 20.- En caso que la persona que vive con VIH/SIDA se negare o no pueda notificar a su pareja habitual o casual de su diagnóstico, el médico tratante o personal de salud deberá notificar a la misma, de la manera especificada en el reglamento de esta ley.

CAPÍTULO II

ACCIONES DE PREVENCIÓN

OBLIGACIÓN DE PROMOVER ACCIONES CONTRA EL SIDA

Art. 21.- Es obligación de toda persona natural o jurídica realizar y promover acciones encaminadas a prevenir la infección del VIH/SIDA a fin de que se conviertan en agentes activos en la lucha contra la epidemia.

DEBER DE ESPECIALIZAR RECURSOS HUMANOS

Art. 22.- Las instituciones públicas o privadas que presten servicios de salud, deberán contar con recursos humanos especializados de la promoción, prevención, control, investigación y lucha contra el VIH/SIDA.

ACCESO A INFORMACIÓN

Art. 23.- Toda persona tiene derecho a recibir y tener acceso a la información orientación, educación veraz y científica necesaria sobre la infección del VIH.

DIFUSIÓN DE MÉTODOS DE PREVENCIÓN

Art. 24.- 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, colaborarán 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.

MÉTODOS DE PREVENCIÓN

Art. 25.- El preservativo o condón como método de prevención, debe garantizarse su fácil acceso para que constituya un método que disminuya la diseminación de las enfermedades de transmisión sexual.

Los establecimientos públicos y privados de salud y el Instituto Salvadoreño de Seguro Social de acuerdo a los servicios que presten deberán contar con dispensadores de éstos.

Los establecimientos que presten servicios de habitación ocasional quedan obligados a entregar como mínimo dos condones, como parte del servicio básico que presten.

Todo preservativo o condón, que se comercializa en el país deberá contener inscrita en su empaque en un lugar visible una leyenda de advertencia que especifique que el preservativo o condón no es efectivo en un cien por ciento para prevenir el SIDA.

PREVENCIÓN EN CENTROS ESPECIALES

Art. 26.- En los centros de readaptación social, de seguridad y guarniciones o establecimientos militares, se promoverán acciones de prevención y educación del VIH/SIDA, y deberá cumplirse con lo establecido en el inciso segundo del artículo anterior.

Cuando una persona se encontrare detenida o privada de libertad por orden judicial, tiene derecho a recibir la información, orientación, educación veraz y científica necesaria para la prevención del VIH/SIDA, así como a recibir la atención médico-hospitalaria que requiera en condiciones que no vulneren su dignidad personal.

ESTUDIO DEL VIH

Art. 27.- El Ministerio de Educación deberá Asegurar que en la currícula en el área de educación sexual, respetando los principios y valores tradicionales de nuestra sociedad, se incorpore el estudio de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA y que sea desarrollada en todos los centros educativos del país, sean públicos o privados.

CAPÍTULO III VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

DEBER DE COMUNICAR

Art. 28.- Toda persona que haya sido notificada como seropositiva, está obligada a comunicarle tal situación a su pareja ya sea permanente o eventual, presente o pasada y demás personas con quienes haya tenido, tenga o pueda tener contactos de riesgo.

Es obligación de toda persona viviendo con VIH/SIDA, informar sobre su condición al personal de salud que le atienda.

La misma obligación, tendrán los familiares o allegados en caso que la persona portadora no estuviere en capacidad de informarlo.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD

Art. 29.- 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 un riesgo.

Toda persona que ejerza su profesión y oficio en donde se realicen procedimientos que signifiquen riesgo para la persona que atienden, está obligada a cumplir con las normas de bioseguridad establecidas.

Las instituciones públicas y privadas donde se realicen procedimientos de riesgo deberán proporcionar los materiales y equipos necesarios para la práctica de las normas de bioseguridad.

DEBER DE INFORMAR CON FINES DE VIGILANCIA

Art. 30.- Las instituciones de salud, públicas y privadas y los profesionales de la salud deberán informar sobre las personas diagnosticadas con VIH/SIDA al Ministerio, así como las muertes provenientes de la infección, con fines epidemiológicos y de intervención, garantizando la confidencialidad.

En la misma obligación incurrirán las personas naturales que tengan conocimiento de la defunción de una persona por VIH/SIDA o los familiares de éste.

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN SERES HUMANOS

Art. 31.- La investigación en seres humanos 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 Colegio Profesional correspondiente, así como, cualquier otra normativa específica dictada para el efecto, se exceptúa lo establecido en el literal "c" del artículo 16 de esta ley.

PROHIBICIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Art. 32.- 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 esté autorizado a darlo.

TÍTULO III

DE LAS INFRACCIONES, SANCIONES Y PROCEDIMIENTOS

CAPÍTULO I

DE LAS INFRACCIONES Y SANCIONES

AUTORIDAD COMPETENTE

Art. 33.- Corresponde al Ministerio o a sus delegados conocer de las infracciones a la presente ley y su reglamento e imponer las sanciones respectivas, sin perjuicio de la responsabilidad penal correspondiente si los hechos revistieren el carácter de delito.

Para los efectos del inciso anterior son delegados del Ministro, los Directores de Establecimientos Públicos de Salud y los funcionarios que sean nombrados como tales por medio de Acuerdo Ejecutivo.

INFRACCIONES

Art. 34.- Las infracciones a la presente ley, serán sancionadas con multa de UNO A DIEZ SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES URBANOS VIGENTES e inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión u oficio de uno o dos años si el infractor realizare actividad médica, paramédica o sanitaria. Constituyen infracciones:

a) Infringir lo establecido en el artículo 4 de esta ley;

- b) Incumplir lo dispuesto en el artículo 5 de esta ley;
- c) Infringir lo establecido en el artículo 17 de esta ley;
- d) Incumplir las normas especiales de convivencia dictadas por la autoridad competente;
- e) Infringir las normas técnicas y procedimientos de laboratorio clínico aprobados por el Ministerio en relación a esta enfermedad;
- f) Hacer propaganda o promesa de tratamiento curativo contra el VIH/SIDA, en los casos que no estén comprobados científicamente;
- g) Incumplir lo establecido en los incisos 1° y 2° del artículo 28;
- h) Infringir lo dispuesto en los artículos 10 y 29 de esta ley, respecto a las medidas de bioseguridad; e
- i) Incumplir lo establecido en el artículo 30 de esta ley.

REINCIDENCIA

Art. 35.- La reincidencia en los casos del artículo anterior hará aumentar la multa en el doble de las mismas.

CAPÍTULO II PROCEDIMIENTO SANCIONATORIO

OFICIOSIDAD

Art. 36.- El procedimiento podrá iniciarse de oficio o por denuncia. El Ministro o sus delegados que tuvieren conocimiento por medio de denuncia o de aviso, ordenará inmediatamente que se inicie el procedimiento.

FACULTAD DE DENUNCIAR

Art. 37.- Cualquier persona que resultare perjudicada por una contravención a la presente Ley podrá denunciarla ante la autoridad competente, por sí o por medio de su representante legal.

FORMA DE DENUNCIA

Art. 38.- La denuncia podrá presentarse por escrito o en forma verbal. La autoridad competente que la recibiere, se cerciorará de la identidad del denunciante y no la admitirá si no se identifica.

CONTENIDO DE LA DENUNCIA

Art. 39.- La denuncia por escrito deberá contener:

- a) Nombre y generales del denunciante;
- b) La relación circunstanciada del hecho, con especificación del lugar, tiempo y modo como fue cometido;
- c) La identidad del infractor si fuere conocido y de las personas que presenciaron el hecho, así como el lugar donde pueden ser citados; y
- d) Todas las indicaciones y demás circunstancias que ayuden a la comprobación del hecho denunciado.

La denuncia verbal se recibirá en acta en la que se consignará la información a que se refiere el artículo anterior. El denunciante firmará el acta si supiere, y en caso contrario, dejará impresa la huella digital del pulgar de su mano derecha, o en su defecto, de cualquier otro dedo.

CITACIÓN

Art. 40.- Iniciado el procedimiento la autoridad competente ordenará la citación del presunto infractor, para que comparezca dentro del término de tres días hábiles a manifestar su defensa.

Toda citación y notificación deberá hacerse a la persona que se denuncia con entrega de una esquila contentiva de la providencia que la ordena y una relación sucinta del hecho que la motiva, en todo caso debe observarse lo prescrito en el artículo 210 del Código de Procedimientos Civiles.

REBELDÍA

Art. 41.- La persona será citada una sola vez, por esquila, por telegrama, con acuse de recibo, debiendo comparecer a la audiencia señalada en el término legal a manifestar su defensa, y si el presunto infractor no lo hiciere, de oficio se le declarará rebelde y se continuará con el procedimiento en su rebeldía. El citado podrá comparecer personalmente o mediante su representante legal o acompañado de éste.

PRUEBA

Art. 42.- Si el presunto infractor compareciere en el término legal e hiciere oposición al contestar el emplazamiento o fuere declarado rebelde, se abrirá a prueba el procedimiento por el término de ocho días hábiles, dentro del cual deberá producirse las pruebas ofrecidas y confirmar las mencionadas en la denuncia.

Cuando el presunto infractor no hiciere oposición o confesare la infracción, podrá omitirse la apertura a prueba.

Si fuere necesario practicar inspección, compulsas, peritaje o análisis de laboratorio, se ordenará inmediatamente aunque no haya apertura a prueba.

Las pruebas por documentos podrán presentarse en cualquier estado del procedimiento, antes de la resolución definitiva.

RESOLUCIÓN

Art. 43.- Concluido el término de prueba, si hubiere tenido lugar, y recibido las que se hubieren ordenado o solicitado, la autoridad competente dictará resolución dentro del tercer día, con fundamento en las pruebas y disposiciones aplicables.

La autoridad administrativa para imponer la multa tomará en cuenta la gravedad del daño causado y la capacidad económica del infractor.

EJECUTORIEDAD

Art. 44.- Transcurrido el término legal, si no se interpusiere ningún recurso contra la resolución que impone la multa, se declarará ejecutoriada.

El sancionado tendrá ocho días hábiles para efectuar el pago de la multa en la Dirección General de Tesorería del Ministerio de Hacienda, contados a partir de la fecha en que sea declarada ejecutoriada.

La certificación de la resolución que impone la multa y que causa ejecutoria tendrá fuerza ejecutiva e iniciará la acción correspondiente el Fiscal General de la República.

Las multas que se impongan podrán permutarse por servicios sociales prestados a la comunidad.

Cuando proceda la inhabilitación para el ejercicio profesional la impondrá la autoridad competente previo notificación del Ministerio, de que se ha comprobado la comisión de la infracción.

RECURSO

Art. 45. La resolución que impone la multa admitirá apelación para ante el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CAPÍTULO III

DISPOSICIONES FINALES Y DEROGATORIA

FACULTAD REGLAMENTARIA

Art. 46.- El Presidente de la República deberá emitir el reglamento de la presente ley en un plazo de noventa días, contados a partir de su vigencia.

La ausencia de reglamentación al vencimiento del plazo indicado en el inciso anterior, no afecta la eficacia y exigibilidad de la misma.

APLICACIÓN SUPLETORIA

Art. 47.- En todo lo no previsto en la presente ley se observará lo dispuesto en el Código de Procedimientos Civiles, en lo que fuere aplicable.

RESPONSABILIDAD PENAL

Art. 48.- Lo dispuesto en la presente ley se entenderá sin perjuicio de la responsabilidad penal en que se incurra.

DEROGATORIA

Art. 49.- Derógase cualquier disposición que contraríe lo preceptuado en la presente ley.

VIGENCIA

Art. 50.- La presente ley entrará en vigencia ocho días después de su publicación en el Diario Oficial.

DADO EN EL PALACIO LEGISLATIVO: San Salvador, a los veinticuatro días del mes de octubre del año dos mil uno.

Walter René Araujo Morales

Presidente

Ciro Cruz Zepeda Peña

Vicepresidente

Julio Antonio Gamero Quintanilla

Vicepresidente

Carmen Elena Calderón de Escalón

Secretaria

José Rafael Machuca Zelaya

Secretario.

Alfonso Aristides Alvarenga
Secretario.

William Rizziery Pichinte
Secretario

Rubén Orellana Mendoza
Secretario

Agustín Díaz Saravia
Secretario

SA PRESIDENCIAL: San Salvador, a los veintinueve días del mes de octubre del año
dos mil uno.

PUBLIQUESE,

FRANCISCO GUILLERMO FLORES PEREZ,
Presidente de la República.

JOSE FRANCISCO LOPEZ BELTRAN,
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social.

REFORMAS

(1) D.L. N° 1016, del 10 de octubre del 2002, publicado en el D.O. N° 211, Tomo 357,
del 11 de noviembre del 2002.



**PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL
DE LAS INFECCIONES
DE TRANSMISIÓN SEXUAL/VIH/SIDA
SAN SALVADOR AGOSTO 2000**

AUTORIDADES NACIONALES

**DR. FRANCISCO LOPEZ BELTRAN
MINISTRO DE SALUD**

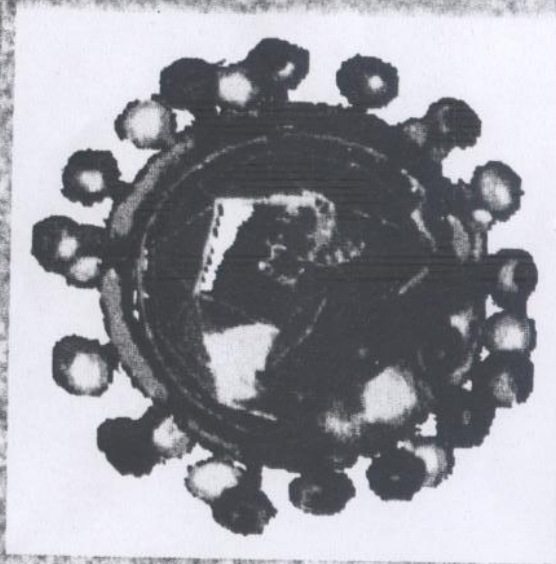
**DR. HERBERT BETANCOURT
VICE MINISTRO DE SALUD**

**DR. CARLOS ROSALES
DIRECTOR GENERAL DE SALUD**

**DRA. GLADYS H. DE BONILLA
JEFE NACIONAL DEL PROGRAMA ITS/VIH/SIDA**

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

**PROTOCOLOS DE ATENCION
DE PERSONAS INFECTADAS
POR VIH**



PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS/VIH/SIDA
EL SALVADOR, ABRIL 2002



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y
ASISTENCIA SOCIAL
REPUBLICA DE EL SALVADOR, C.A.



San Salvador, noviembre 2000

HOY SE EXPIDIO LA RESOLUCION MINISTERIAL No. 966 QUE DICE

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador a los veintinueve días del mes de noviembre del año dos mil. De conformidad a lo establecido en el artículo 6 literal i) del Reglamento Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Esta Secretaría ha elaborado los procedimientos para el manejo de las personas infectadas con el virus del VIH/SIDA. En virtud de los anterior RESUELVE: oficializar los Protocolos de Atención antes referidos, para su implementación en los niveles operativos de esta Secretaría de Estado, por lo que solicita a las diferentes instancias involucradas, proceder a su divulgación e implementación a partir de esta fecha. HAGASE SABER. El Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, (f) J. LOPEZ"

Lo que transcribo a usted para su conocimiento y efectos consiguientes.

DIOS UNION LIBERTAD



Dr. José Francisco López Beltrán
MINISTRO DE SALUD



COMITE TECNICO ASESOR PARA LA ELABORACION
DE PROTOCOLOS DE ATENCION DE PERSONAS
VIVIENDO CON VIH/SIDA

COMITE:

DRA. GLADYS DE BONILLA	- MINISTERIO DE SALUD
DRA. ELIZABETH DE VIANA	- MINISTERIO DE SALUD/ISSS
DRA. CELINA DE MIRANDA	- MINISTERIO DE SALUD
DR. ROLANDO CEDILLOS	- MINISTERIO DE SALUD
DR. RODRIGO SIMAN	- MINISTERIO DE SALUD
DR. MARIO GAMERO	- MINISTERIO DE SALUD
DR. JORGE PANAMEÑO	- ISSS
DR. JOSE VIANA	- ISSS
DR. SALVADOR MARENCO	- HOSPITAL MILITAR
DR. WILFREDO R. PEÑATE	- MINIST. DE SALUD/HOSP. MILITAR
DRA. LICIDA BAUTISTA	- PASCA
DRA. ELIZABETH RODRIGUEZ	- ONUSIDA

SAN SALVADOR, NOVIEMBRE 2000



EL MINISTERIO DE SALUD RECONOCE LA
VALIOSA CONTRIBUCION EN LA NORMA
A LOS DIFERENTES MEDICOS E INSTITUCIONES
QUE REPRESENTAN A:

- **SOCIEDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**
- **SOCIEDAD DE PEDIATRIA**
- **SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA**
- **SOCIEDAD DE ODONTOLOGIA**
- **SOCIEDAD DE INFECTOLOGIA**
- **SOCIEDAD DE CIRUGIA**
- **SOCIEDAD DE MEDICINA GENERAL**
- **SOCIEDAD DE ONCOLOGIA**
- **UNIVERSIDAD SALVADOREÑA ALBERTO MASFERRER**
- **UNIVERSIDAD EVANGELICA DE EL SALVADOR**
- **UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**
- **HOSPITAL MILITAR**
- **INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**
- **HOSPITAL NACIONAL BENJAMIN BLOOM**
- **HOSPITAL NACIONAL ROSALES**
- **HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD**

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	
ANTECEDENTES.....	
A. Estructuras y características de VIH.....	
B. La respuesta inmune al VIH.....	
C. Vías de Transmisión.....	
D. Vigilancia Epidemiológica.....	
E. Diagnóstico del laboratorio de la infección por el VIH	
DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE ADULTO CON LA INFECCIÓN POR VIH.....	
A. Diagnóstico.....	
B. Flujograma para el diagnóstico.....	
C. Definición de casos OPS/Caracas.....	
D. Definición de casos por CDC.....	
E. Evaluación clínica de la persona viviendo con VIH.....	
DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE INFECCIÓN POR VIH EN LA MUJER.....	
A. Diagnóstico de la Mujer.....	
B. Manifestaciones Ginecológicas por VIH.....	
• Candidiasis Vulvovaginal.....	
• Virus de Papiloma Humano y Cáncer Cervicouterino.....	
• Flujograma de Candidiasis Vulvovaginal.....	
• Enfermedades Pélvica Inflamatoria.....	
• Tratamientos de las ITS en la Mujer.....	
C. El manejo de la Mujer Embarazada.....	
• Entrevista de la Mujer Gestante.....	
• Diagnóstico de Laboratorio de la Mujer Gestante.....	
• Tratamiento de la Mujer Embarazada VIH(+)/SIDA.....	
• Vía de Resolución del Embarazo.....	
• Manejo del Recién Nacido.....	
• Manejo del VIH Perinatal sin Trabajo de Parto.....	
• Gestante en Trabajo de Parto.....	
• Control Ginecológico Post-Parto.....	
DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH EN NIÑOS	
• Diagnóstico.....	
• Entrevista Inicial.....	
• Interpretación del Laboratorio.....	
• Diagnóstico de Infección de VIH(+) en Niños menores de 13 años.....	
• Definición de casos.....	
• Categorías Clínicas.....	
• Clasificación Pediátrica del VIH en Niños menores de 13 años.....	

PROTOSCOLOS DE ATENCION DE PERSONAS INFECTADAS DE VIH/SIDA

XI. MANEJO NUTRICIONAL DEL PACIENTE VIVIENDO CON VIH/SIDA.....	1
• Adulto.....	1
• Falla de Crecimiento en Niños con VIH(+)	1
XII. TERAPIA ANTIRETROVIRAL.....	1
A. Generalidades.....	1
B. Propuesta de Terapia.....	1
C. Medicamentos Antirretrovirales para el Adulto.....	1
D. Agentes Iniciales Antirretrovirales en Niños.....	1
XIII. NORMAS DE BIOSEGURIDAD.....	1
• Métodos de Protección al Personal.....	1
• Normas para la Toma de Muestras de Sangre.....	1
• Atención Hospitalaria.....	1
• Profilaxis Post Exposición al VIH en Trabajadores de la Salud.....	1
Bibliografía.....	1
Anexos.....	1
Glosario.....	1

PROTOSCOLOS DE ATENCION DE PERSONAS INFECTADAS DE VIH/SIDA

INFECCIONES OPORTUNISTAS	48
• Fiebre.....	48
• Diarrea Crónica.....	52
• Linfadenopatía.....	55
• Manifestaciones cutáneas.....	58
- Infecciones.....	59
- Neoplasicas.....	60
- Inflamatorias mixtas.....	61
• Trastornos respiratorios.....	64
• Tuberculosis.....	67
• Candidiasis oral y esofágica.....	71
• Afección neurológica.....	73
• Tratamiento de Infecciones Oportunistas en Niños con VIH/SIDA.....	90
• Tratamiento de Tuberculosis Infantil.....	95
• Esquema de Vacunación Recomendada para Niños VIH/SIDA.....	96
I. INMUNIZACIONES	97
• Inmunización en Niños VIH/SIDA.....	97
• Recomendaciones para Inmunización de Adulto VIH(+)......	99
II. MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES VIVIENDO VIH/SIDA	100
• Manifestaciones bucales.....	100
• Objetivos para el manejo de pacientes VIH (+).....	100
• Objetivos para prevenir la contaminación cruzada.....	102
• Medidas preventivas.....	102
• Recomendaciones Generales.....	103
MANEJO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO ADULTO VIH/SIDA	104
• Cirugías Electivas.....	104
• Cirugías de Emergencia.....	104
PATOLOGÍA	105
• Linfadenopatía Persistente Generalizada.....	105
• Patología del Timo.....	105
• Cambios Esplénicos.....	106
• Lesiones Pulmonares Linfoides.....	106
• Cambios de las Arterias, Corazón y Sistema Nervioso Central.....	107
• Cambios en el Tracto Gastrointestinal.....	107
• Cambios Renales.....	107
• Cambios Perinatales y Placentarios.....	107
• Infecciones Oportunistas.....	108
• Angiomatosis Bacilar.....	108

I. INTRODUCCION

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), uno de los padecimientos que más recientemente se han descrito, indudablemente ha causado un gran impacto en la vida moderna.

Aun cuando las investigaciones, hallazgos científicos y médicos progresan para dar una respuesta a la enfermedad, las implicaciones médicas, éticas y legales han generado la necesidad de brindar un abordaje con equipos multidisciplinarios para la atención de las personas viviendo con VIH/SIDA

El impacto que esta enfermedad genera en la salud de la población principalmente en los países en desarrollo es importante; la elevada tasa de mortalidad, la disminución de la esperanza de vida al nacer, el aumento de la morbilidad de otras infecciones y sobre todo el impacto socio-económico son algunas consecuencias que arrastra esta problemática. Aunado a esto las personas infectadas no solo padecen la enfermedad, sino también son víctimas de estigmatizaciones y discriminación.

Ante esta realidad, es necesario abordar la temática bajo guías de atención integral que faciliten el diagnóstico certero, la atención temprana y la referencia oportuna, con el único objetivo de dar una atención en forma efectiva con equidad, accesibilidad y calidez humana. En esta lucha El Salvador ha retomado la iniciativa a nivel sectorial para la elaboración de las guías de atención las cuales brindarán un esquema en el abordaje del adulto, madre y niño; así como recomendaciones generales de la atención en los diferentes niveles de la red de servicios, dependiendo de los recursos disponibles, la accesibilidad y la infraestructura.

Las guías constan de información general; flujogramas de seguimiento, tratamientos de enfermedades oportunistas anti-retrovirales, así como plantea la importancia de un seguimiento a las personas que viven con VIH/SIDA y sus familiares, por un equipo técnico de médicos, paramédicos y Psicólogos.

PROTOCOLOS DE ATENCION DE PERSONAS INFECTADAS DE VIH/SIDA

indetectables según el método más sensible disponible. La determinación de CD4+ debe acompañar estas determinaciones.

2. Criterios de ingreso

- Presencia de síntomas asociados a la infección por VIH
- Diagnóstico confirmado por pruebas ELISA repetidamente reactivas (2) y otras pruebas confirmadoras cuando se considere necesario.
- Un recuento de linfocitos T CD4+ bajos. Según normas internacionales.
- Una carga viral elevada según la metodología más sensible disponible. De acuerdo a normas internacionales. *
- Una evaluación psicosocial aprobatoria por el comité institucional.

Esta última evaluación debe garantizar los siguientes puntos:

- 1) Que el paciente comprenda los riesgos y beneficios de la terapia
- 2) Posibles factores de riesgo del paciente sobre la adherencia
- 3) Averiguar situación social, laboral y familiar del paciente.
- 4) Conocer situación psicológica y patología concomitante (drogodependencia, alcoholismo).
- 5) Conocer preferencias y dificultades para el tratamiento
- 6) Explicar los objetivos y dificultades para el tratamiento
- 7) Resaltar la importancia de la adherencia en la eficacia del tratamiento

3. FASE DE CONSENSO Y COMPROMISO

- Adaptar el tratamiento a la vida cotidiana del paciente
- Posponer el tratamiento hasta conseguir el consenso y el compromiso con el mismo.
- Tratar las situaciones concomitantes (depresión, ansiedad, alcoholismo, drogodependencia).
- Solicitar el compromiso del paciente en la adherencia al tratamiento por escrito.

C. MEDICAMENTOS ANTIRETROVIRALES PARA EL MANEJO DEL ADULTO

Basados en la evidencia actual se sugiere para cualquier protocolo inicial un esquema terapéutico que considere una de las siguientes combinaciones:

RECOMENDADOS

Columna A

Indinavir
Nelfinavir
Ritonavir
Efavirenz

Columna B

Zidovudina + Didanosina
Estavudina + Didanosina
Zidovudina + Lamivudina
Estavudina + Lamivudina

Existen ahora evidencias científica para la utilización del Ritonavir como potenciador de inhibidor de las proteasa, esto último es importante en tratamiento de rescate. Los estudios de resistencia y sensibilidad son útiles en la conducción de estos tratamientos

* Este criterio está siendo evaluado por el comité técnico

II. TERAPIA ANTIRETROVIRAL

1) GENERALIDADES

Los agentes antiretrovirales contra el VIH pueden dividirse en dos grandes clases de medicamentos: inhibidores de la transcriptasa inversa (ITI) e inhibidores de proteasa (IP). El primer grupo se subdivide en nucleósidos (INTI) y no nucleósidos (INNTI). Estos agentes actúan sobre enzimas que desempeñan una función importante en la replicación del RNA y el funcionamiento del virus.

Existen evidencias de que el tratamiento más eficaz para suprimir la replicación del VIH consiste en combinar varios antiretrovirales. La monoterapia fue abandonada cuando se constató que favorecía el desarrollo de resistencia farmacológica, sus efectos adversos y una limitada actividad frente al virus.

En un país de recursos limitados como es el nuestro, es indispensable que estos medicamentos que además de costosos, son potencialmente tóxicos, sean utilizados con claros objetivos y con adecuada supervisión multidisciplinaria en centros especializados. Toda institución que elabore protocolos de tratamiento que giren alrededor de estas recomendaciones generales y necesariamente transitorias dada la rapidez con que evoluciona este campo, debe contar de antemano con adecuados servicios de apoyo (gabinete, psico, psicosocial), nutricional así como óptimo diagnóstico y tratamiento de las infecciones oportunistas.

Es así entonces, que las metas de la terapia antiretroviral persiguen:

- Prolongar y mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Reincorporar al paciente al entorno laboral, social y familiar.
- Disminuir el impacto económico de la epidemia sobre la nación.
- Disminuir la incidencia de infecciones oportunistas.
- Minimizar el daño al sistema inmunológico.

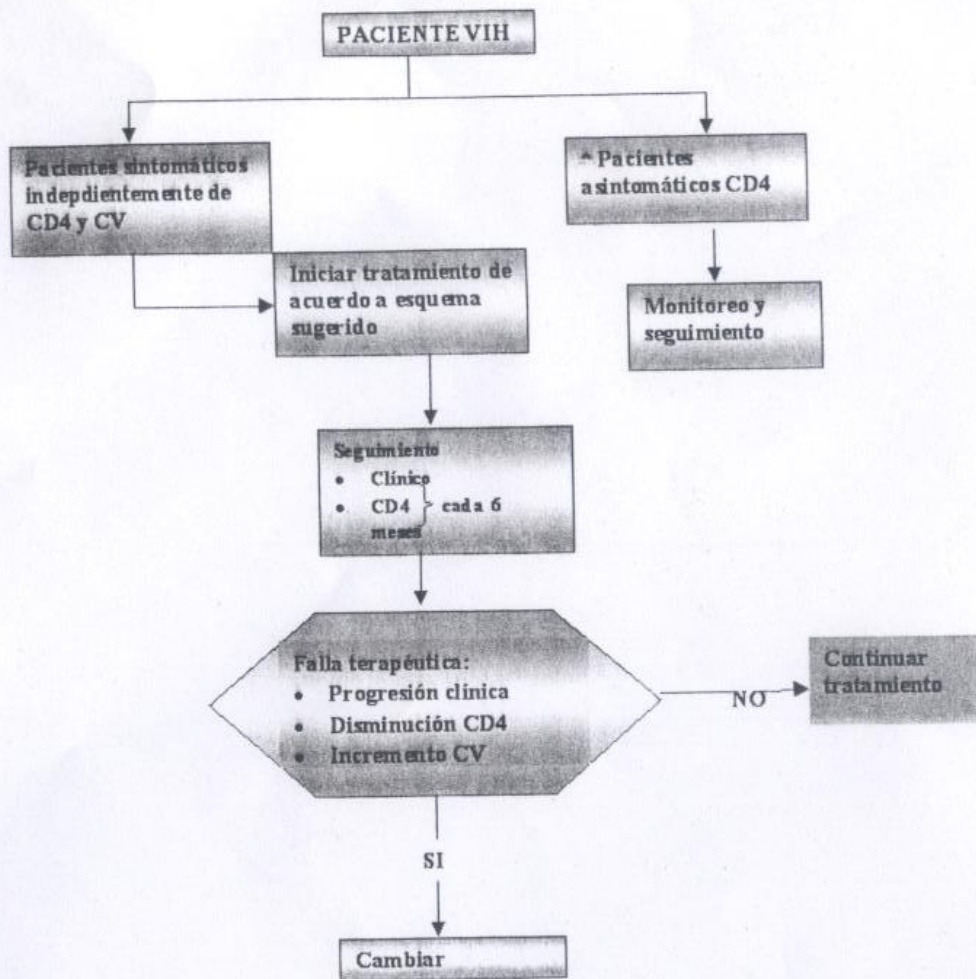
2. PROPUESTA DE TERAPIA ANTIRETROVIRAL

Utilización de marcadores serológicos y virales

La decisión de iniciar o cambiar la terapia antiretroviral actualmente debe ser guiada por las determinaciones plasmáticas de ARN viral (carga viral) y conteo de células T CD4+ así como la condición clínica del paciente. La carga viral utilizada inicialmente solo para determinar el pronóstico de la enfermedad ha demostrado también ser necesaria para monitorizar la respuesta al tratamiento. La determinación de las células CD4+ al demostrar el deterioro o reconstrucción del sistema inmunológico complementa la información proporcionada por la carga viral.

La carga viral se debe cuantificar inmediatamente antes de iniciar la terapia, a las ocho semanas de comenzada y cada cuatro meses. El objetivo es lograr que llegue a niveles

PARA TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL



* De acuerdo a normas estandarizadas tanto internacionales como nacionales, al momento de la elaboración de estas normas el CD4 < 350 ml y CV > 10,000 copias

PROTOCOLOS DE ATENCION DE PERSONAS INFECTADAS DE VIH/SIDA

EFFECTOS ADVERSOS

Cuadro # 32

Medicamento	Reacciones adversas	Interacciones medicamentosas entre
Delavirdina	Erupción cutánea, pruebas de función hepática anormales.	Rifampicina, rifabutina, antiácidos, antiepilépticos, inhibidores de la proteasa.
Didanosina (ddI)	Pancreatitis, neuropatía periférica, náuseas o vómitos y diarreas.	Fluoroquinolonas, dapsona, isoniazida, itraconazol, ketoconazol, tetraciclina.
Indinavir	Hiperbilirubinemia, nefrolitiasis.	Rifabutina, rifampicina, cisaprida, terfenadina, astemizol, warfarina.
Lamivudina (3TC)	Náuseas, vómitos, pancreatitis.	
Nelfinavir	Diarrea	
Nevirapina	Erupción cutánea, síndrome de Stevens-Johnson, pruebas de función hepática anormales.	Inhibidores de la proteasa, rifabutina, rifampicina, indinavir.
Ritonavir	Náuseas o vómitos, diarrea, hipertrigliceridemia, pruebas de función hepática anormales, neuropatía periférica, parestesia peribucal, cefalea.	Alprazolam, claritromicina, diazepam, eritromicina, ketoconazol, itraconazol, rifabutina, saquinavir, anti depresivos tricíclicos, anticonceptivos orales.
Saquinavir	Insuficiencia hepática grave, diarrea, náuseas, dolor abdominal.	Ketoconazol, rifampicina, rifabutina, fenitoína, carbamezapina.
Stavudina (d4T)	Neuropatía periférica, pancreatitis, anemia, neutropenia, cefalea, náusea.	
Zalcitabina (ddC)	Neuropatía periférica, pancreatitis, estomatitis.	Warfarina.
Zidovudina (AZT, ZVD)	Anemia, neutropenia, cefalea, náuseas.	
Efavirenz	Insomnio, sueño vívidos	

* la información de este cuadro no es exhaustiva.

SOLICITUD DE INSCRIPCION AL TRATAMIENTO ANTI-RETROVIRAL

Hospital: _____ Código: _____

Fecha de Solicitud: _____

Nombre del Paciente: _____ # de Expediente _____

1er. Apellido	2° Apellido
1er. Nombre	2° Nombre

Edad				Sexo	F	M
:				:		
	Día	Mes	Año			

Peso: _____ Lbs.

de C.I.P. _____

Dirección particular: _____

_____ Teléfono: _____

Municipio: _____ Departamento: _____

Situación Laboral:

Trabaja	<input type="checkbox"/>	Am a de Casa	<input type="checkbox"/>
No trabaja	<input type="checkbox"/>	Estudiante	<input type="checkbox"/>
Pensionad o	<input type="checkbox"/>	Menor de 12 años	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Mayor de 65 años	<input type="checkbox"/>

Lugar de Trabajo: _____

Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

Situación Social:

Vive con familiares	<input type="checkbox"/>	Vive en establecimiento colectivo	<input type="checkbox"/>
Vive con amigos	<input type="checkbox"/>	Vive en penitenciaría	<input type="checkbox"/>
Vive solo/a	<input type="checkbox"/>	Sin domicilio	<input type="checkbox"/>

Estado Civil:

Casado	<input type="checkbox"/>	Viudo	<input type="checkbox"/>
Soltero	<input type="checkbox"/>	Acompañado	<input type="checkbox"/>

Fecha de Diagnóstico VIH(+): _____

 Día Mes Año

Acceso a salud:

Nuevo	<input type="checkbox"/>
Consecuente	<input type="checkbox"/>

PROTOSCOLOS DE ATENCION DE PERSONAS INFECTADAS DE VIH/SIDA

Número de ingresos hospitalarios en los últimos doce meses: _____

Número de consultas externas en último año: _____

Datos Clínicos:

Vía de transmisión más probable:

Prácticas heterosexuales	<input type="checkbox"/>	Desconocido	<input type="checkbox"/>
Prácticas homosexuales	<input type="checkbox"/>	Herpes Simple	<input type="checkbox"/>
Prácticas bisexuales	<input type="checkbox"/>	Gonorrea	<input type="checkbox"/>
Drogas IV	<input type="checkbox"/>	Herpes Zoster	<input type="checkbox"/>
Recepción hemoderivados	<input type="checkbox"/>	Leshmaniasis	<input type="checkbox"/>
Transfusión sanguínea	<input type="checkbox"/>	Cancer invasivo de cuello uterino	<input type="checkbox"/>
Transmisión vertical	<input type="checkbox"/>	Infección por UPH	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	Condilomatosis	<input type="checkbox"/>

Grado de Autonomía del enfermo:

a) Deambulación

Individual Con ayuda Incapaz

b) Alimentación

Individual Con ayuda Incapaz

c) Aseo

Individual Con ayuda Incapaz

Servicio de atención en la salud:

C. Ext. O Ambulatorio Hospitalización

Estado actual de la enfermedad:

Asintomático	<input type="checkbox"/>
Sintomático sin SIDA	<input type="checkbox"/>
Paciente con SIDA	<input type="checkbox"/>

Cantidad de última determinación CD4: _____

Fecha:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Día	Mes	Año

Carga viral No. de copia: _____

Fecha:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Día	Mes	Año

Anti-retrovirales utilizados actualmente por el paciente:

	SI	NO	Tiempo en semanas
AZT = Zidovudina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

PROTOCOLOS DE ATENCION DE PERSONAS INFECTADAS DE VIH/SIDA

DDI = Didanosina			
DDC = Zalcitabina			
TC = Lamivudina			
D4T = Stavudina			
Indinavir =			
Ritonavir =			
Saquinavir =			
Otros =			

Problemas diagnósticos:

Mantoux: 1-Positivo 2-Negativo 3-No realizado

Tratamientos:

Profilaxis para TB: 1-Si 2-No

Profilaxis para P. Carini: 1-Si 2-No

Ha sido diagnosticado o recibe tratamiento para una de estas enfermedades:

<input type="checkbox"/>	CMV
<input type="checkbox"/>	Sarcoma de kaposi
<input type="checkbox"/>	Neumonía linfoide
<input type="checkbox"/>	Neumonía por P. Carini
<input type="checkbox"/>	Tb extrapulmonar
<input type="checkbox"/>	Toxoplasmosis cerebral
<input type="checkbox"/>	Candidiasis oral
<input type="checkbox"/>	Leucoencefalopatía multifocal progresiva
<input type="checkbox"/>	Criptosporidiasis
<input type="checkbox"/>	Salmonelosis
<input type="checkbox"/>	Neumonía bacteriana
<input type="checkbox"/>	Encefalopatía por VH
<input type="checkbox"/>	Infección nosocomial
<input type="checkbox"/>	Criptococosis extrapulmonar
<input type="checkbox"/>	Caquexia por SIDA
<input type="checkbox"/>	Isosporidiasis
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B
<input type="checkbox"/>	Linfoma no Hodgkin
<input type="checkbox"/>	Hepatitis C
<input type="checkbox"/>	Herpes Zoster

Medicamentos por esquemas que se recomiendan

PROTOCOLOS DE ATENCION DE PERSONAS INFECTADAS DE VIH/SIDA

Adulto:
AZT + 3TC + I ó N

Esquema alternativo
DDI + D4T + I ó N

Embarazada:
AZT



SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ESTRATEGIAS DEL MINISTERIO DE SALUD EN EL MARCO DEL PLAN DE GOBIERNO

LA NUEVA ALIANZA Y LA ALIANZA SOLIDARIA

EL SALVADOR, SAN SALVADOR DEL 2000

PROGRAMA DE GOBIERNO 1999-2004

LA NUEVA ALIANZA

PROGRESO Y CONSOLIDACIÓN DEMOCRÁTICA

ALIANZA POR EL TRABAJO

- POLÍTICAS SECTORIALES AGROPECUARIO, MICRO Y PEQUEÑA EMPRESA, EXPORTACIONES, INVERSIONES
- SALVADOREÑOS EN EL EXTERIOR SOCIOS DEL DESARROLLO
- NUEVA CULTURA DE TRABAJO
- INFRAESTRUCTURA ECONOMICA

INTEGRACION PRODUCTIVA Y COMERCIAL CON C.A.

ALIANZA POR LA SEGURIDAD

- SEGURIDAD PUBLICA EFECTIVA
- SEGURIDAD JURIDICA
- SEGURIDAD Y DEFENSA NACIONAL
- SEGURIDAD EN CASOS DE DISASTROS

ALIANZA SOLIDARIA

- PARTICIPACION LOCAL Y DESCENTRALIZACION DE LA GESTION GUBERNAMENTAL
- GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA PROGRESAR
- ACCESO EFECTIVO A SERVICIOS BASICOS
- DESARROLLO PERSONAL E INTEGRACION FAMILIAR

ALIANZA POR EL FUTURO

- DESARROLLO SOSTENIBLE EN ARMONIA CON EL MEDIO AMBIENTE
- HAGAMOS QUE EL GRAN SALVADOR FUNCIONE
- INTEGRACION CON C.A. Y EL MUNDO

TRABAJO, CREATIVIDAD, RESPONSABILIDAD, IDENTIDAD



PROPOSITO DE LA ALIANZA SOLIDARIA



ALIANZA PARA EL TRABAJO

DESARROLLO PERSONAL E INTEGRACION FAMILIAR

- Apoyo integral a la familia
- Apoyo a la inserción productiva de la mujer
- Solidaridad con grupos vulnerables y la discapacidad
- Ampliación de espacios de participación para los jóvenes
- Cultura, recreación y deporte

ALIANZA PARA LA SEGURIDAD

ACCESO EFECTIVO A SERVICIOS BASICOS

- Caminos rurales
- Infraestructura social y económica
- Agua potable y saneamiento
- Reforma del Sector Salud
- Vivienda accesible

GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA PROGRESAR

- Profundización de la Reforma Educativa
- Caminos rurales
- Alianzas Productivas Locales
- Redes solidarias con salvadoreños en exterior

COMUNICACIONES EN PROGRESO

ALIANZA PARA EL FUTURO

PARTICIPACION Y DESCENTRALIZACION

- Fortalecimiento municipal
- Organización y Participación Social en la provisión de servicios
- Contraloría Social

ESTABILIDAD MACROECONOMICA



PROPOSITO DE LA ALIANZA SOLIDARIA



ALIANZA PARA LA SEGURIDAD

DESARROLLO PERSONAL E INTEGRACION FAMILIAR

- Apoyo integral a la familia
- Apoyo a la inserción productiva de la mujer
- Solidaridad con grupos vulnerables y la discapacidad
- Ampliación de espacios de participación para los jóvenes
- Cultura, recreación y deporte

ALIANZA PARA EL TRABAJO

ACCESO EFECTIVO A SERVICIOS BASICOS

- Caminos rurales
- Infraestructura social y económica
- Agua potable y saneamiento
- Reforma del Sector Salud
- Vivienda accesible

GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA PROGRESAR

- Profundización de la Reforma Educativa
- Caminos rurales
- Alianzas Productivas Locales
- Redes solidarias con salvadoreños en exterior

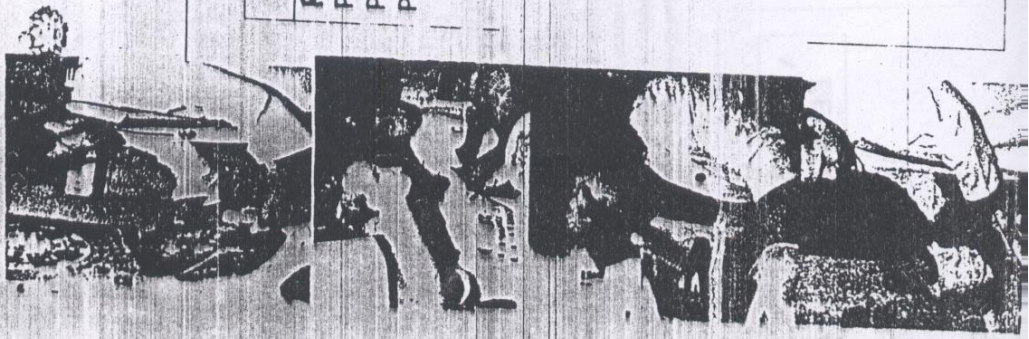
COMUNICACIONES EN PROGRESO

ESTABILIDAD MACROECONOMICA

- Fortalecimiento municipal
- Organización y Participación Social en la provisión de servicios
- Contraloría Social

ALIANZA PARA EL FUTURO





METAS GLOBALES DE LA GESTION

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

PROGRAMA INSTITUCIONAL	METAS GLOBALES	META QUINQUENAL 1999'2004
PI 85 PI 86 PI 130 PI 208	Incentivar programas y proyectos de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y prevención de las enfermedades, que promuevan la participación organizada y sostenida de la comunidad con sus Gobiernos Locales con el objeto de mejorar el estado de salud de la población. (LE 3.03.05) <i>Continuación...</i>	108 x 1000 hab. Producir una mejoría estadísticamente significativa en la satisfacción de los usuarios de los Servicios de Salud. 45 x cien mil nacidos vivos. 12 x mil nacidos vivos. 30 x mil nacidos vivos. Cero casos para el año 2003. Cero casos para el año 2003.



NUESTRA MISION COMO MINISTERIO DE SALUD

- Facilitar procesos de desarrollo organizacional al interior de las Instituciones de Salud del Sector, potenciando todas aquellas iniciativas que vengán orientadas a garantizar a toda la familia salvadoreña servicios de salud con calidad y calidez y la consecución de los demás elementos que conforman nuestra visión.

VISION DEL MINISTERIO DE SALUD
PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

- Instancia Rectora del Sector fortalecida, conduciendo de manera eficiente y efectiva el Sistema de Salud y garantizando a la familia salvadoreña servicios de salud con calidad y calidez. Estimulando para ello la corresponsabilidad y la contraloría social en armonía con el ambiente.



METAS GLOBALES DE LA GESTION

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

PROGRAMA INSTITUCIONAL	METAS GLOBALES	META QUINQUENAL 1999-2004
PI 85	Iniciar la reforma del Sector Salud orientada a la construcción de un Sistema Nacional equitativo, eficiente, eficaz y participativo. (LE 3.03.03)	Plan de Reforma del Sector Salud elaborado a Septiembre 2000.
PI 201	Descentralizar e introducir incentivos de mercado en la provisión de servicios de salud (LE 3.03.04)	15 Sistemas Sanitarios implementados, con un porcentaje de avance superior al 50%.
PI 85 PI 86 PI 130 PI 208	Incentivar programas y proyectos de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y prevención de las enfermedades, que promuevan la participación organizada y sostenida de la comunidad con sus Gobiernos Locales con el objeto de mejorar el estado de salud de la población. (LE 3.03.05)	Hospital periférico de apoyo construido y equipado para mediados de 2004. 5 Unidades de Salud construidas. Equipo obsoleto reemplazado y actualización tecnológica en Hospitales Nacionales mediante la compra de equipo por 32 millones de dólares.



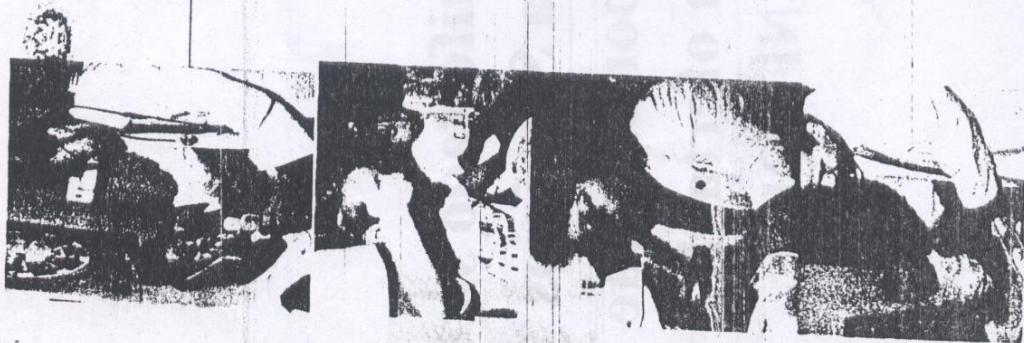
PROYECCION DEL GOBIERNO AL SISTEMA DE SALUD

- “Estructurar un Sistema Nacional de Salud que garantice la provisión de Servicios de Salud en condiciones de Eficiencia Equidad, Calidad y satisfacción de la población Salvadoreña”, con base en lo anterior planteamos un salto cualitativo en aspectos importantes como:

- *Fortalecer la Rectoría del Ministerio de Salud*
- *Reorganizar los Sistemas y Servicios de Salud*
- *Definición del Financiamiento Sectorial*



**La población ha manifestado su
necesidad por optar a Servicios
de Salud integrales, por ello que
estamos ajustando la oferta de
SERVICIOS CON ENFOQUE
INTEGRAL**



COMPROMISOS DEL SECTOR SALUD

- ◆ Iniciar la Reforma del Sector Salud
- ◆ Impulsar la Descentralización de los Servicios de Salud.
- ◆ Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud.



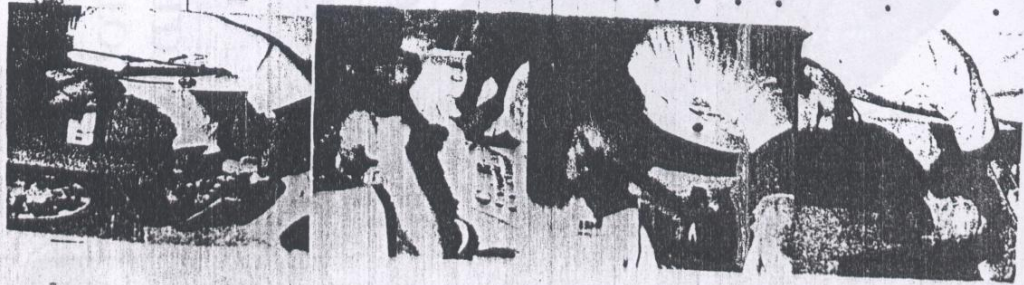
PROGRAMA NACIONAL DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- Implementación de la Política Nacional de la Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud
- Implementación de Normas y Protocolos
- Implementación de Procesos de Contraloría Social y Participación ciudadana
- Desarrollo de Procesos de Comunicación a la Población sobre avances del Programa Nacional de Garantía de la Calidad
- Certificación y acreditación de Instituciones de Salud



DESCENTRALIZACIÓN DE LA GESTIÓN

- Descentralización de la Organización de los Servicios de Salud en zonas o áreas sanitarias
- Descentralización de la Gestión Financiera
- Descentralización de la Gestión de los Recursos Humanos
- Descentralización de los Procesos de Compra



CONFORMACION DEL CONSEJO RECTOR DE LA REFORMA

Decreto No. 15

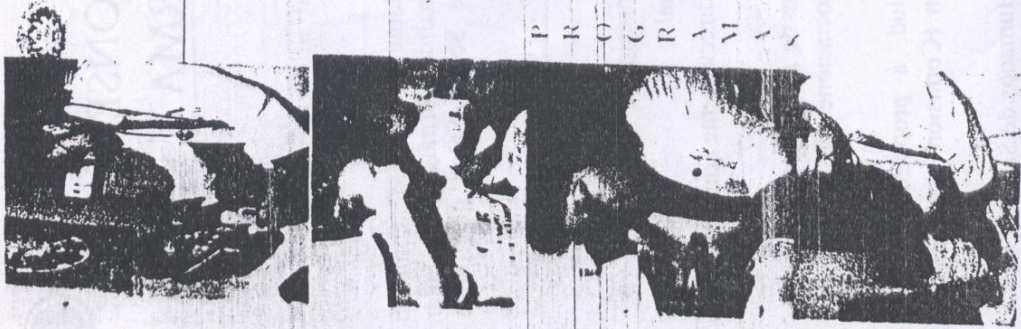
El Presidente de la República de El Salvador

Decreta:

Art. 1. Créase el Consejo de Reforma del Sector Salud, en adelante "el Consejo", como un organismo de carácter consultivo y transitorio, que tendrá por finalidad formular y presentar al Gobierno de El Salvador una propuesta de Reforma de Sector Salud que reúna condiciones de factibilidad y viabilidad.

Art. 2. El Consejo estará integrado por:

- El **Ministro de Salud Pública y Asistencia Social**, quien lo presidirá
- El Director General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social
- Un representante de las gremiales profesionales relacionadas directamente con la salud
- Un representante de las gremiales empresariales
- Un representante de las instituciones proveedoras de servicios de salud, incluyendo las Fundaciones y Organizaciones No Gubernamentales y las Asociaciones de Hospitales y Clínicas Privadas
- Un representante de los usuarios de los servicios de salud, a propuesta de sus Asociaciones y de los Grupos Gestores del Plan de Nación (Comisión Nacional de Desarrollo)
- Un Representante de las Instituciones formadoras de Recursos Humanos de Salud



REFORMA PROGRAMATICA CON ENFOQUE DE
 "ATENCIÓN INTEGRAL EN SALD"

Desarrollo y Crecimiento	Salud Sexual y Reproductiva	Promoción de la Salud	Atención a la Morbilidad	Salud Ambiental
			SALUD DEL NIÑO (A) (22 semanas de gestación a 9 años)	
			SALUD DEL ADOLESCENTE (10 a 19 años)	
			SALUD DE LA MUJER (20 a 59 Años)	
			SALUD DEL ADULTO (20 a 59 Años)	
			SALUD DEL (A) ADULTO (A) MAYOR (60 a más Años)	
			SALUD AMBIENTAL	

P R O G R A M A S



ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

