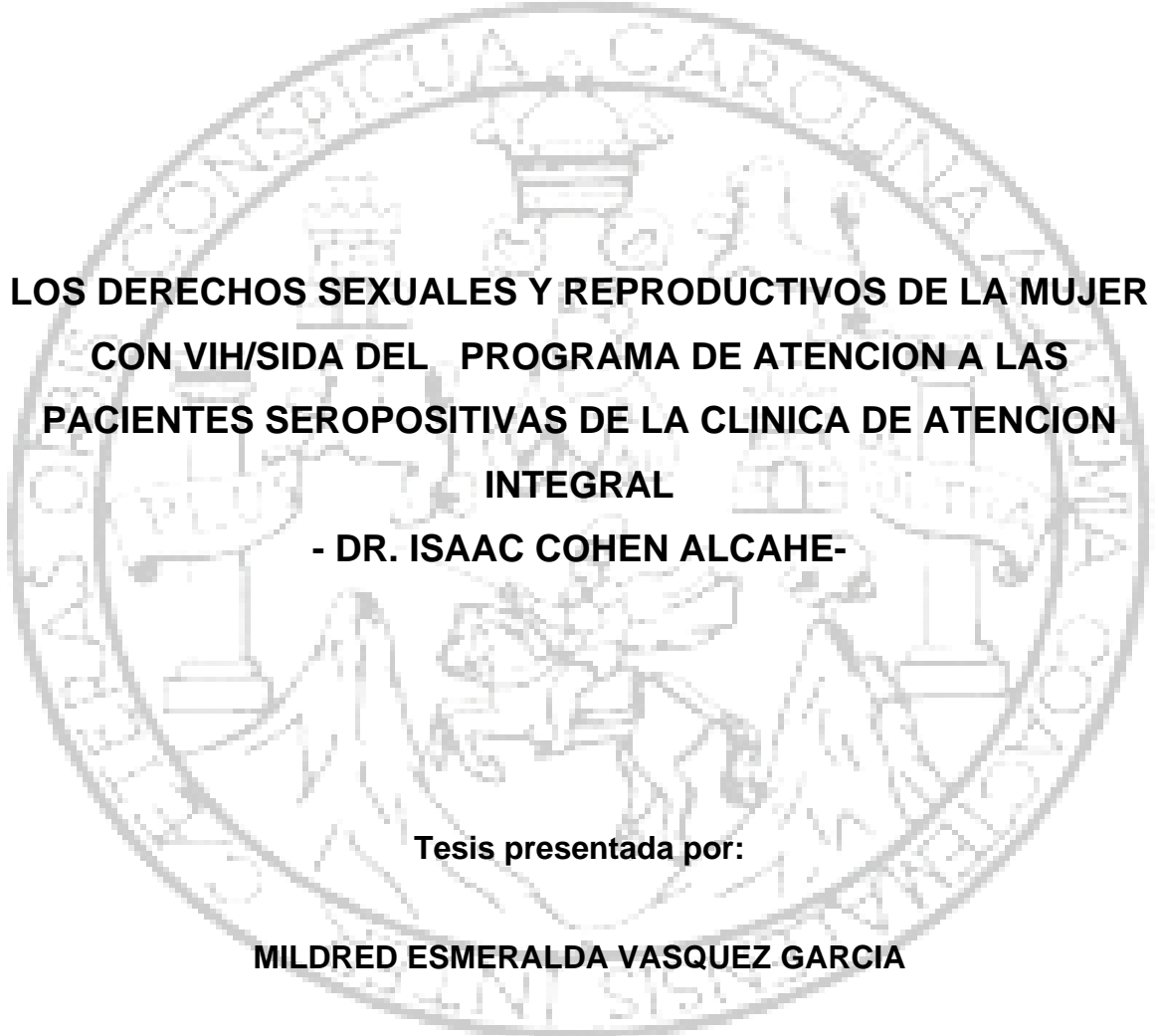


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD**



**LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER
CON VIH/SIDA DEL PROGRAMA DE ATENCION A LAS
PACIENTES SEROPOSITIVAS DE LA CLINICA DE ATENCION
INTEGRAL
- DR. ISAAC COHEN ALCAHE-**

Tesis presentada por:

MILDRED ESMERALDA VASQUEZ GARCIA

Previo a optar el título profesional que le acredita como

MAESTRA EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD

Quetzaltenango, Diciembre del 2010



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE

AUTORIDADES

RECTOR MAGNIFICO
SECRETARIO OFICIAL

Dr. Carlos Eduardo Gálvez Barrios
Dr. Carlos Guillermo Alvarado Cerezo

CONSEJO DIRECTIVO

DIRECTOR DEL CUNOC
SECRETARIO ADMINISTRATIVO

Msc. Eduardo Rafael Vital
Msc. Jorge Emilio Minera

REPRESENTANTES DE DOCENTES

Msc. Teódulo Cifuentes
Dr. Oscar Arango Benecker

REPRESENTANTE DE LOS EGRESADOS DEL CUNOC

Ing. José Nimatuj

REPRESENTANTE DE LOS ESTUDIANTES

Br. Juan Antonio Mendoza Barrios
Br. Eduardo Paúl Navarro Mérida

DIRECTOR DE POSTGRADOS

Msc. Miguel Ángel Oroxom Cobaquil

COORDINADOR MAESTRIAS EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE LA SALUD

Msc. Carlos González López



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE

TRIBUNAL QUE PRACTICO EXAMEN PRIVADO DE TESIS

Presidente: Msc. Miguel Ángel Oroxom Cobaquil

Secretario: Msc. Carlos González López

Examinador: Msc. Roberto Estrada López

Padrinos

Msc. Sandra Ileana Díaz Martínez

RESPONSABILIDAD

Solamente el autor es el responsable de los conceptos y opiniones expresados en el contenido del trabajo de tesis.

Su aprobación en manera alguna, implica responsabilidad para la universidad de San Carlos de Guatemala.

ACTO QUE DEDICO

Al ser supremo Fuente de toda inspiración.

Mis padres y Abuelo Miguel Ángel Vásquez Sac (QED)
Natalia Enoe García Soto de Vásquez
Francisco García Ulin

Quienes siempre me han marcado el camino, demostrando que con el trabajo arduo y honrado, los sueños se consiguen.

A mi esposo Rony Estuardo Hipp Reyna

Quien ha sido y será mi acompañante ideal en esta vida, gracias por cada uno de los momentos vividos.

A mis hijos Rony, Alejandra y Natalia

Quienes son la fuerza que me impulsa cada día y mantienen mi vida llena de esperanza.

A mis Hermanos Ingrid, Flor, Herbert, Miguel, Ruth y mis adorados sobrinos Andrea, Rodrigo y Daniel

Caminar con ustedes esta vida, la ha llenado de completa alegría y cada día es una aventura.

A mi Asesor Msc. Carlos Gonzáles López

Por quien sin su apoyo y aliento no hubiera sido posible la finalización de este proyecto.

A la Asociación IDEI

En especial a la Licenciada. Janet Ikeda y Doctor Cesar Augusto López Tellez, quienes con visión de salud integral enmarcada en el amor al prójimo hicieron posible el sueño de la clínica de Atención Integral Dr. Isaac Cohen Alcahé.

Con especial agradecimiento a las mujeres que viven con VIH/SIDA

Compañeras de este caminar, se que juntas haremos de este país un lugar donde nuestra hijas y nietas, vivan una vida más equitativa y justa; donde sus anhelos se hagan realidad. Y por las que se nos han adelantado, una plegaria pues son nuestro estandarte en esta batalla sin tregua.

Al Centro Universitario de Occidente

Centro de superación, en donde la conciencia social es una obligación y no un derecho.

INDICE

INTRODUCCION	01
CAPITULO I	
DISEÑO DE LA INVESTIGACION	04
1.1 Justificación del Problema-	04
1.2 Planteamiento del Problema	06
1.3 Definición del Problema	09
1.4 Delimitación del Problema	09
1.5 Objetivos	10
1.6 Hipótesis	10
1.7 Operacionalización de Hipótesis	11
1.8 Metodología	16
CAPITULO II	
MARCO DE REFERENCIA	19
2.1 Clínica De Atención Integral Dr. Isaac Cohen Alcahé	19
2.2. Población Atendida	19
2.3 Pruebas de Tamizaje a BK+	20
2.4 Recurso Humano	20
2.5 Servicios Clínicos	21
2.6 Flujograma	22
CAPITULO III	
MARCO TEORICO	24
3.1 Aspectos Generales de VIH/SIDA	24
3.2 Situación VIH/SIDA en Guatemala	33
3.3 Derechos Humanos	40
3.4 Los Derechos Humanos y el VIH/SIDA	51
3.5 Compromisos Regionales e Internacionales asumidos por los Estados- Gobiernos de la Región de Latinoamérica y el Caribe	55
3.6 Derechos Humanos y VIH en Guatemala	61
3.7 Derechos Sexuales y Reproductivos y VIH/SIDA	68
CAPITULO IV	
PRESENTACION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	79
CONCLUSIONES	103
RECOMENDACIONES	107
PROPUESTA	110
BIBLIOGRAFIA	113
ANEXOS	
1. Hoja de Consentimiento Informado	117
2. Entrevista de Usuarios	118
3. Entrevista de Trabajadores	135
4. Declaración de Derechos de la Madre	138
5. Declaración de los Derechos del Recién Nacido	141
6. Glosario	144

INTRODUCCION

Desde que el año 1981, se reporto el primer caso a nivel mundial, del inicialmente llamado “cáncer gay” o “epidemia rosa”, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha llamado la atención mundial desde un inicio por diferentes motivos, en el aspecto medico al encontrarse con un nuevo desafío, llegando hasta la actualidad en donde en países desarrollados se ha convertido en una enfermedad crónica, pero en el caso de países subdesarrollados como Guatemala donde la pobreza, precario acceso a los servicios de salud y las inequidades de género, han desarrollado una epidemia que se considera de urgencia nacional. Desde un inicio del VIH/SIDA, los medios de comunicación tuvieron una importante aportación a la difusión de la nueva enfermedad, pero no en todos los casos coincidían en apoyo a los pacientes, si no, creando el inicio unos de los grandes problemas que implica estar infectado con VIH como es la discriminación y estigma.

El SIDA ha sido considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los tres principales peligros para el planeta junto a los riesgos climáticos y nucleares. La situación de la infección de VIH/SIDA en el mundo es la de una epidemia en curso de expansión.

De la problemática que hay entre VIH/SIDA y el respeto de los Derechos Humanos de los pacientes, se desprende esta investigación que se centro en uno de los actores vulnerables de esta epidemia como es la mujer. La investigación tiene el objetivo de valorar los Derechos Humanos específicamente los Derechos Sexuales y Reproductivos de las pacientes que viven con el virus de inmunodeficiencia adquirida (PVVS) y evaluar la aplicación práctica de la ley General Decreto 27-2000 específicamente Artículo 46. Se realizaron 106 entrevistas a mujeres PVVS que asisten a la Clínica de Atención Integral Dr. Isaac Cohen Alcahé, la cual se encuentra adscrita al Hospital Nacional Dr. Rodolfo Robles de Quetzaltenango, siendo la segunda clínica descentralizada para proveer terapia antirretroviral para personas viviendo con VIH/SIDA en el Sur occidente de Guatemala.

La presente investigación está compuesta de 4 capítulos, el capítulo uno describe del diseño de la investigación. El capítulo dos hace descripción del marco referencial, que en la investigación es la clínica de Atención Integral Dr. Isaac Cohen Alcahé. En el capítulo tres se detalla el marco teórico que describe los aspectos generales de VIH/SIDA, los tratados internacionales de Derechos Humanos, con énfasis a los Derechos Sexuales y Reproductivos. En el capítulo cuatro se describe los resultados y análisis de los datos obtenidos en la investigación.

De los datos y análisis obtenidos de la investigación, se considera que la Ley General Decreto 27-2000 específicamente Artículo 46, cuenta con un marco jurídico adecuado para desarrollar la legislación y políticas que aborden los derechos sexuales y reproductivos, pero se deberá establecer mecanismos de control para evitar la vulneración de los derechos de las personas que viven con la epidemia.

Los datos de estudio revelan que la epidemia de VIH-SIDA en el Sur-Occidente de Guatemala tiene cada vez un rostro más femenino, joven, con nada o poco instrucción formal, y que vive en condición de pobreza. Asociado a ello las mujeres PVVS no conocen que son sus Derechos Sexuales y Reproductivos, únicamente 8.5% (9/106) refirió a través de la investigación conocer más de cinco derechos relacionados a su sexualidad y reproducción. La participación a grupos de pro-derechos es de 6 de 106 pacientes encuestadas. En relación a prevención los datos del estudio revelan, que únicamente el 43% (41/106) mujeres PVVS, utilizan condón en todas las relaciones sexuales. La atención brindada en la clínica en forma general, fue calificada como buena en el 98% (104/106) de usuarias.

Los programas de atención a pacientes que viven con VIH/SIDA, y que tiene enfoque de derechos humanos, específicamente en derechos sexuales y reproductivos, han evidenciado que empoderan a las mujeres, que disminuyen la carga de poder entre usuarias y proveedores de salud, que estimulan la toma de decisión concerniente a su salud sexual y reproductiva, por lo cual se deriva el interés de conocer la aplicación práctica que actualmente se tiene en el programa

de atención integral, encontrando en base a los datos obtenidos de la investigación, aspectos que se deben fortalecer en la promoción, orientación, tratamiento y rehabilitación de las mujeres PVVS, por lo cual se hicieron recomendaciones en cada aspecto, así mismo estimular y remarcar los aspectos que promueven, estimulan, fortalecen los derechos de las mujeres PVVS.

Capítulo I

Diseño de la Investigación

1.1 Justificación

El SIDA ha sido considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los tres principales peligros para el planeta junto a los riesgos climáticos y nucleares. La situación de la infección de VIH/SIDA en el mundo es la de una epidemia en curso de expansión.

Una de las tendencias sobresalientes de la epidemia mundial del VIH/SIDA es la feminización. En 1997, las mujeres representaron el 47% de las personas que vivían con el VIH; desde el 2002, 50% de las personas infectadas son mujeres y niñas.

Datos estadísticos del Hospital Roosevelt revelaron que hay 1.2 hombres que adquirieron el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) por cada mujer infectada. De enero de 2003 a septiembre de 2006, en el hospital se practicaron 16 mil exámenes, entre pacientes adultos y los resultados indicaron que el margen entre hombres y mujeres con VIH tiende a desaparecer, con el incremento de casos entre las mujeres.

Estadísticas del Centro Nacional de Epidemiología, correspondientes al 2006, indican que de 10 personas infectadas con VIH, 6 son mujeres.¹

La mayor vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH posee múltiples rostros: epidemiológico, biológico, y socioeconómico, y se ha suscitado por diversas expresiones de culturas sexuales. La vulnerabilidad epidemiológica de las mujeres se funda en patrones socioculturales como el noviazgo entre hombres mayores y mujeres menores; los hombres mayores son más propicios de haber tenido un mayor número de parejas sexuales, y por lo tanto mayores posibilidades de adquirir el VIH u otra infección de transmisión sexual. En el caso de la vulnerabilidad biológica se ha comprobado que en la relación heterosexual la mujer es más vulnerable que el hombre debido a que la vagina y el ano tienen una zona de exposición al virus de mayor superficie que el pene, y porque la carga

¹ CERIGUA en Lunes, 19 Febrero, 2007

viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales. En el caso de las mujeres jóvenes la mucosa vaginal es más frágil, y como consecuencia hay mayor probabilidad de un trauma resultante que permita la entrada del virus. Además, la transmisión es más probable durante el sexo anal, o el sexo violento o forzado.²

Según la LEY GENERAL PARA EL COMBATE DEL VIH-SIDA Y DE LA PROMOCION, PROTECCION Y DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS ANTE EL VIH-SIDA aprobada en mayo 2000 en su capítulo No. 1 artículo No. 1 dicta literalmente “*Se declara la infección por el virus de inmunodeficiencia humana –VIH- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA- como un problema social de urgencia nacional*”; recalcando en su artículo No. 2 “*garantizar el respeto promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas enfermedades*”. Así mismo, establece dentro su capítulo VI y artículo 46 “*derecho a la salud sexual y reproductiva: las personas que viven con VIH/SIDA tiene derecho a recibir información, consejería y servicios de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar*”.³

Por su parte el ACUERDO GUBERNATIVO 317-2002, da las directrices generales para la aplicación de LEY GENERAL DECRETO 27-2000, Al analizar la ley y el acuerdo gubernativo, existen vacíos, ejemplo de ello es ¿Como una mujer conociendo su derecho a la sexualidad y reproducción, puede tomar una decisión consciente de no esterilizarse, conociendo su condición de portadora y que medidas legales debe realizar para cumplir su deseo? ¿Quién debe evaluar el derecho de reproducción de una pareja VIH positiva? Una de las respuestas que puede responder esta investigación ¿Es posible que los usuarios de programas de los hospitales públicos de la ciudad de Quetzaltenango no demanden sus derechos sexuales y reproductivos porque no los conocen o porque no tienen los mecanismos logísticos para ponerlos en práctica?

La finalidad única de este proyecto de tesis, es el fortalecimiento del programa que se desarrolla el Hospital Rodolfo Robles a través de la Clínica de Atención Integral Dr. Isaac Cohen Alcahé en la ciudad de Quetzaltenango, considerando

² Mujeres Y VIH/SIDA: Una Introducción A La Vulnerabilidad Femenina Ante El Virus. Tamil Kendall

³ LEY GENERAL DECRETO 27-2000 PARA EL COMBATE DEL VIH-SIDA Y DE LA PROMOCION, PROTECCION Y DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS ANTE EL VIH-SIDA

que el resultado de la investigación vendrá a dar recomendaciones para ofrecer un servicio integral basado en el respeto a la persona, dentro del marco de los derechos humanos específicamente lo relacionado a lo sexual y reproductivo con enfoque de género, siendo los beneficiados directos las pacientes portadores del virus del VIH que asisten a las clínicas del Hospital Rodolfo Robles y Hospital Regional de Occidente.

1.2 Planteamiento del Problema

En la década de los ochenta, el mundo fue testigo del nacimiento de una nueva forma de terror: el SIDA, siglas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (en inglés AIDS, Acquired Immunodeficiency Syndrome). A la explosión de casos y muertes por esta enfermedad le siguió una explosión no menos epidémica de informaciones contradictorias, de tergiversaciones, de opiniones sin fundamento. A medida que la investigación científica fue avanzando, el panorama comenzó a despejarse: se trataba de una enfermedad infecciosa, podía prevenirse, podía conseguirse un tratamiento y, eventualmente, una vacuna, la enfermedad es causada por un virus, y más concretamente, por un retrovirus.

El agente causal de la enfermedad fue descubierto en 1983, y tras una sonada polémica, paso a denominarse Virus de la Inmunodeficiencia Humana (mejor conocido por sus iniciales en inglés). El término Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS o SIDA) fue empleado por primera vez en 1982.⁴

La epidemia actual a nivel mundial abarca un aproximado de 34,4 millones de personas que estaban viviendo con VIH al final de 2008. 2.7 millones de personas se infectó recientemente con VIH y un estimado 2.0 millones perdieron sus vidas.⁵ A finales del 2008, las mujeres representaban el 50% de todos los adultos que viven con VIH, en todo el mundo.⁶

En América Latina unos 170,000 se infectaron recientemente con VIH en 2008 y 2 millones suman el número de las personas que viven con el virus. Las

⁴ Los religiosos y religiosas en el mundo de la pandemia VIH/Sida, Vidimus Dominus

⁵ UNAIDS/WHO en noviembre del 2009 con referencia a finales 2008.

⁶ UNAIDS/WHO en noviembre del 2009 con referencia a finales 2008.

epidemias más grandes de la región están en los países con las poblaciones más grandes, Brasil es el país donde uno de cada tres personas viven con VIH en América Latina. Las más intensas epidemias, sin embargo, están pasando en los países más pequeños como Belice donde 2.1% de adultos están viviendo con VIH en 2008⁷.

Actualmente en Guatemala según el Programa de Naciones Unidas sobre VIH-SIDA (UNAIDS) prevalencia de VIH en adultos 0.8%, existe alrededor de 47,200 personas entre las edades de 15-49 años viviendo con el virus de VIH, teniendo 16,000 casos de mujeres y 3900 muertes por SIDA en el 2008. 7,800 número estimado de personas que reciben terapia ARV y 13,000 es el número estimado de personas que necesitan terapia de ARV.⁸

“Aproximadamente 55 mujeres se contagian cada hora de VIH/SIDA en Latinoamérica y 7 mil al mes, el 80 por ciento de ellas son monógamas, casadas o con una pareja estable” según el Director Regional del Programa Conjunto de las Naciones Unidas, César Núñez. Según Annelise de Salazar, ex directora del Programa Nacional del Sida *“ En Guatemala se reporta que el grueso de las nuevas portadoras de la pandemia está entre los 15 y los 19 años de edad y la prevalencia es mucho mayor que en la población adulta, donde se calcula que hay 2.4 hombres contagiados por cada mujer. La pobreza, el machismo, la migración, las relaciones sexuales sin protección, la falta de acceso a educación sexual en las escuelas y la poca capacidad de las mujeres casadas o unidas de negociar un método de prevención, son algunas de las causas que se enumera”*.⁹

Desde el inicio de la epidemia, por los grupos que inicialmente fueron los primeros en desarrollar la nueva enfermedad, esta fue tachada y nombrada “cáncer de los gay”, se desprendieron acciones en contra sus Derechos Humanos, como despidos obligados, falta de confidencialidad, no aceptación a ingreso a hospitales, entre otros, los cuales obligaron que se iniciaran a formar asociaciones, con el fin de ser entidades donde refugiarse de estas agresiones y

⁷ Estimaciones, prevalencias y muertes por HVI/SIDA www.avert.org/southamerica.htm

⁸ Datos estadísticos provistos por la ONU, el Banco Mundial, OMS, ONUSIDA.
www.theglobalfund.org/programs/countrystats/?lang=es&countryID=GUA

⁹ CERIGUA en Martes, 17 Abril, 2007

hacer eco en las instituciones gubernativas para hacer valer sus derechos humanos. La Organización Mundial de la Salud estableció directrices a través de los diversos convenios y tratados internacionales, de los cuales en Guatemala se desprendió LA LEY GENERAL DECRETO 27-2000 PARA LA COMBATE DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA -VIH- Y DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA –SIDA- Y DE LA PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS ANTE EL VIH-SIDA, el cual es el marco legal que establece los lineamientos de cómo el Estado de Guatemala aborda el tema de VIH-SIDA,

La ciudad de Quetzaltenango, cuenta con dos grandes hospitales de referencia del sur-occidente del país, siendo el Hospital Rodolfo Robles y Hospital Regional de Occidente, siendo el primero centro de referencia de enfermedades pulmonares especializado en tuberculosis, con lo cual se convirtió rápidamente en un centro de captación de pacientes positivos a VIH por la asociación que existe entre estas dos patologías. Ambos centros hospitalarios iniciaron clínicas específicas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes positivos al VIH, los programas cuenta con la dirección administrativa-técnica de organizaciones no gubernamentales con expertise en manejo de VIH, financiadas por el Fondo Mundial otorgado a Guatemala, teniendo como directrices la metodología dictada por Programa Nacional de VIH del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPSAS).

Todo centro de atención a personas que viven con VIH deben seguir las directrices que la ley establece para proveer el servicio, para lo cual es fundamental el conocimiento de parte de los usuarios y de los proveedores de la atención, de los privilegios que legal y universal están descritos en la ley a fin de brindar protección a estos individuos. De allí se desprende nuestra interrogante que genera la presente propuesta de investigación: ¿En qué magnitud los programas de atención a mujeres con VIH/SIDA promueven, protegen y defienden los derechos sexuales y reproductivos contenidos en el artículo 46 de la LEY GENERAL DECRETO 27-2000?

1.3 Definición del Problema

El problema de VIH/SIDA en Guatemala ha ido aumentando progresivamente hasta el punto que según el artículo 2 del Reglamento General de la Ley General Decreto 27-200 expone *“Declarado el VIH/SIDA como un problema de urgencia nacional, las instituciones del gobierno deberán apoyar las acciones de atención y prevención que sean necesarias para dar cumplimiento a la vigencia y respeto de los derechos humanos consagrados en los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por Guatemala”*.

Aunado a ello, según datos del Programa Nacional de VIH-SIDA, la epidemia en Guatemala ha tomado un rostro femenino, teniendo los números más altos en la población sexualmente activa.

Asociado a ello, la información incorrecta que se maneja tanto en el ámbito médico y civil sobre el VIH/SIDA deja a las mujeres en un estado precario en cuanto a sus Derechos Humanos y especialmente en los Derechos Reproductivos y Sexual. Existe evidencia a través de las organizaciones pro-derechos humanos de casos de esterilización sin autorización de la paciente que vive con el virus de VIH, casos donde se rechaza el ingreso a centros hospitalarios únicamente por ser portador.

No hay estudios en Guatemala sobre el grado de conocimiento de los Derechos Humanos que tiene la población de PVVS (paciente viviendo con virus de SIDA), y menos aun si los servicios estatales tienen coherencia con lo dictado por la LEY GENERAL.

1.4 Delimitación

El estudio se circunscribió a las pacientes que consultaron a la Clínica Cohen del Hospital Nacional Rodolfo Robles, de enero a julio del 2009, las cuales geográficamente son habitantes del Sur-Norte y Occidente de Guatemala (Huehuetenango, Totonicapán, San Marcos, Quiché, Sololá).

1.5 Objetivos

1) GENERAL

Valorar la promoción, protección y defensa de los derechos sexuales y reproductivos de la paciente VIH positiva, usuaria de los programas VIH-SIDA del Hospital Nacional Rodolfo Robles de la ciudad de Quetzaltenango.

2) ESPECIFICOS

- ◆ Identificar el nivel de conocimientos de los derechos sexuales y reproductivos que tienen las usuarias de la Clínica Cohen del Hospital Nacional Rodolfo Robles.
- ◆ Evaluar la aplicación práctica de los programas de los hospitales nacionales y la LEY GENERAL DECRETO 27-2000 específicamente ARTÍCULO 46 en la atención integral de mujeres VIH positivas del Hospital Nacional Rodolfo Robles.
- ◆ Reconocer los Derechos sexuales y Reproductivos de la paciente VIH positiva, usuaria del programa VIH-SIDA del Hospital Nacional Rodolfo Robles.

1.6 Hipótesis

Los programas de atención a mujeres con VIH-SIDA que se prestan en el Hospital Nacional Rodolfo Robles de la ciudad de Quetzaltenango fomentan la promoción, protección y defensa de los Derechos sexuales y Reproductivos contenidos en el artículo 46 del Decreto 27-2000.

1.7 Operacionalización de Variables

Variable Dependiente	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores
<p>ARTICULO 46 “DERECHOS A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA” de la LEY GENERAL DECRETO 27-2000</p>	<p>Las personas que viven con VIH/Sida tienen derecho de recibir información, consejería y servicios de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar</p>	<p>Recibir información sobre salud sexual y reproductiva y planificación familiar</p>	<p>No. de asociaciones que provean servicios de información de salud sexual y reproductiva</p> <p>Porcentaje de pacientes informadas sobre los derechos sexuales y reproductivos del convenio de Barcelona</p> <p>No. de pacientes con documentos informativos sobre sexo protegido y seguro, derechos sexuales y reproductivos, anticoncepción., maternidad segura.</p>
		<p>Recibir consejería de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar</p>	<p>Decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos e hijas.</p> <p>No. De hijos deseados / número de hijos procreados</p> <p>No. de mujeres quien decidió libremente el número de hijos deseados</p> <p>Decidir libre y responsablemente sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad.</p> <p>No. de mujeres satisfecha con su vida sexual</p> <p>El derecho a ejercer la sexualidad sin riesgos, libre de discriminación, coerción o violencia relativas a la sexualidad.</p> <p>% de mujeres que eligieron tener relaciones sexuales con su pareja durante</p>

			<p>el último mes de vida marital El derecho a la libre orientación sexual. No. de pacientes Bisexuales y MSM satisfecha de su preferencia sexual.</p>
		<p>Recibir servicios sobre salud sexual y reproductiva y planificación familiar</p>	<p>Total de población con acceso a servicios de salud sexual y reproductiva Calidad y acceso de los servicios de salud</p>
Variable Independiente	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores
Atención al paciente con VIH/SIDA	<p>Toda persona con diagnóstico de infección VIH SIDA deberá recibir atención integral de inmediato y en igualdad de condiciones con otras personas para lo cual deberá respetarse la voluntad, dignidad, individualidad y confidencialidad. Como atención integral se entenderá como el conjunto de acciones de salud para la promoción, orientación, tratamiento y rehabilitación de las personas que viven y están infectadas con el VIH/SIDA</p>	<p>Promoción</p>	<p>Servicios de información, asesoramiento, educación comunicación en materia de anticoncepción y salud reproductiva No. de platicas recibidas sobre temas de maternidad segura, métodos anticonceptivos y sexualidad No. de reuniones con psicólogo, técnico de salud, medico sobre maternidad segura, anticonceptivos y sexualidad. No. Pacientes que identifico anuncios radiales, póster o promocionales masivos realizados por organizaciones no gubernamentales en la ciudad de Quetzaltenango.</p>
		<p>Orientación</p>	<p>El derecho a la orientación sobre la sexualidad, reproducción y métodos anticonceptivos: No. de mujeres que identifican el sexo no solamente como medio reproductivo. % de mujeres que mencionaron por lo menos 5 diferentes técnicas</p>

			<p>anticonceptivas.</p> <p>% de mujeres que saben la diferencia entre VIH y SIDA</p> <p>No. de mujeres que mencionaron por lo menos 5 derechos sexuales y reproductivas.</p> <p>Participación de la mujer en la dirección, planificación, toma de decisiones, etc. en los servicios de salud sexual y reproductiva</p> <p>Número de mujeres en órganos de decisión, en asociaciones pro-derechos sexuales y reproductivos</p>
		<p>Tratamiento</p>	<p>Servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y posparto.</p> <p>Porcentaje de mujeres embarazadas PVVS con control sanitario durante el embarazo y con asistencia sanitaria ante complicaciones.</p> <p>Porcentaje de partos de pacientes PVVS atendidos por personal cualificado:</p> <p>Acceso a servicios de post-parto:</p> <p>Cuidados de salud</p> <p>Razón de mortalidad materna en pacientes VIH positivas</p> <p>Proporción de las mujeres en edad fértil (15-49 años) que sufren anemia. .</p> <p>Acceso de ARV</p> <p>% de mujeres con tratamiento de ARV</p> <p>No. de Mujeres con conocimiento de recuento de CD4</p>

			<p>%de mujeres con carga viral</p> <p>Acceso a métodos anticonceptivos seguros modernos.</p> <p>Porcentaje de mujeres que usan el preservativo en todas las Relaciones :</p> <p>Número de mujeres adultas (generalmente entre 15 y 49 años) que utilizan algún tipo de anticonceptivo seguro</p> <p>No. de pacientes quien se realizo esterilización quirúrgica sin consentimiento informado.</p> <p>Tratamiento para las infecciones, incluidas las infecciones de transmisión sexual</p> <p>% de mujeres con ETS en el último mes con tratamiento.</p> <p>Servicios de aborto seguro, y tratamiento de sus posibles complicaciones.</p> <p>Número registrado de casos de interrupción voluntaria del embarazo</p> <p>Servicios de educación y atención en materia de violencia de género</p> <p>No. de pacientes con violencia sexual y tratamiento anticoncepción de emergencia.</p> <p>No. de pacientes con tratamiento psicológico a las víctimas de la violencia de género desde los servicios sanitarios.</p>
--	--	--	--

		Rehabilitación	No. de mujeres que refieren atender su casa sin ayuda externa. No. de mujeres que trabajan fuera de la casa dividida actualmente dividido entre No. de mujeres que trabajaban fuera de casa antes de conocer su diagnóstico. No. de mujeres que refiere sentirse “sanas” al momento de la entrevista
--	--	----------------	--

1.8 Metodología

1.8.1 POBLACIÓN

A) Población:

La población a investigar incluyó las pacientes positivas con VIH y el personal técnico de la clínica de atención especializada en atención en paciente VIH del Hospital Nacional Rodolfo Robles.

B) Selección de participantes:

Para la selección de los participantes se incluyeron los siguientes criterios:

(a) Criterios de inclusión de las PVVS

- i) Toda paciente que firme la hoja de consentimiento informado para formar parte del estudio.
- ii) Edad comprendida entre 15-60 años
- iii) Paciente de sexo femenino.

(b) Criterios de exclusión de las PVVS

- i) No aceptación de participar por parte del paciente.
- ii) Edad comprendida fuera del rango de 15-60 años
- iii) Paciente de sexo masculino

(c) Criterios de inclusión del personal técnico

- i) Aceptación de ingresar al estudio de la clínica especializada del Hospital Rodolfo Robles.

(d) Criterio de exclusión del personal técnico

- i) Negación de ingresar al estudio.

C) Población informante:

- (a) Se efectuará un censo que abarcará el análisis de todos los casos de mujeres infectadas con VIH/SIDA que se encuentran atendidas por los programas del Hospital Rodolfo Robles.

- (b) Se tomaron listados oficiales de todas las pacientes atendidas identificando la fecha más próxima de su visita al servicio Se realizo un censo del personal técnico de ambas clínicas.

1.8.2 COLECCIÓN DE DATOS

Tratamientos efectuados, medidas tomadas y otros datos colectados:

La recolección de datos se realizo a través de entrevistas dirigidas por instrumentos para usuarias de los servicios y para personal técnico del servicio. Los cuales se encuentra detallado en el anexo 2 y anexo 3.

Los pasos para recolección de datos se realizo de la siguiente manera:

- (1) Obtención cartas de aceptación por parte del director y/o organización gubernamental que administra las clínicas de los hospitales públicos de la ciudad de Quetzaltenango.
- (2) Realización de censo de las PVVS y personal técnico, asignando un código preestablecido con el fin de asegurar el anonimato.
- (3) Realización de la prueba piloto de las boletas
- (4) Se asigno un lugar físico específico para la realización de las entrevistas para obtener la mayor privacidad posible.
- (5) La entrevista a través del los instrumento No.1 se realizo durante la espera de la atención medica programada cada mes en el servicio, si no era posible por falta de tiempo se realizaron visitas domiciliarias.
- (6) Al momento de realizar la entrevista, se realizo una breve explicación a las mujeres PVVS sobre los objetivos y contenidos de la encuesta.
- (7) Realización de las entrevistas previo llenado de hoja de consentimiento informado por parte de PVVS
- (8) Se hizo la revisión final de la encuesta para agregar comentarios finales por parte del entrevistador y/o PVVS.
- (9) Realización de las entrevistas al personal técnico de las clínicas especializadas del Hospital Regional y Hospital Rodolfo Robles en base a calendario establecido en acuerdo mutuo de las fechas, en

horario del servicio, tomando en cuenta las responsabilidades del personal técnico, sin que se afectara el desarrollo de las actividades del servicio.

1.8.4 ASPECTOS ETICOS

La investigación realizada, se basó en los principios éticos que toda investigación debe llenar como es: el respeto a las personas, la beneficencia y la justicia. En caso concreto el estudio, se resume a la información requerida, el principio que rigió principalmente fue el de respeto a las personas, que incluyó la libertad de expresión de las mismas¹⁰.

1.8.5 ANALISIS DE DATOS

Se realizó una base de datos en Epi info. 6 para recolección de datos obtenidos en la boleta, utilizando un registro clave para cada una de las boletas ingresadas al programa.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos en la boleta de recolección de datos, seguido de un análisis analítico.

¹⁰ Juan Manuel Lozano León, Álvaro Ruiz Morales. Principios Éticos en investigación clínica y epidemiológica pp. 504

CAPITULO II MARCO DE REFERENCIA

2.1 Clínica de Atención Integral Dr. Isaac Cohen Alcahé.

La Clínica está adscrita al Hospital Nacional Dr. Rodolfo Robles de Quetzaltenango, es la segunda clínica descentralizada para proveer terapia antirretroviral para personas viviendo con VIH/SIDA en el Sur occidente de Guatemala. Se inauguró la clínica el 26 de julio del 2006 mediante la aprobación por el Mecanismo de Coordinador de País de la República de Guatemala y financiamiento por la propuesta de Guatemala ante el Fondo Mundial para la Lucha Contra el VIH/sida, TB y Malaria, “Intensificación de las Acciones de prevención y Atención Integral del VIH/SIDA en Grupos Vulnerables y Áreas Prioritarias de Guatemala”.

2.2. Población Atendida

Todas las personas viviendo con el VIH/SIDA atendidos en la Consulta Externa del Hospital Nacional Dr. Rodolfo Robles de Quetzaltenango y nuevas personas diagnosticadas con el VIH/SIDA referido a la clínica.

Indirecta: Núcleos Familiares y de acompañantes de las PVVS.

Captación y Referencia

Se estableció tres criterios de ingreso de las personas viviendo con el VIH/sida a la Clínica de Atención Integral Dr. Isaac Cohen Alcahé¹¹:

- Pacientes con VIH/sida co-infectadas con Tuberculosis o infecciones pulmonares de la consulta externa de Hospital Robles.
- Pacientes con VIH/sida e infecciones pulmonares referidos de los centros y puestos de salud de Sur-Occidente.
- Pacientes con VIH/sida que llega a la clínica por demanda

¹¹ SEGUIMIENTO DE LA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL PARA LA CO-INFECION DE TUBERCULOSIS Y VIH/SIDA E INFECCIONES PULMONARES EN QUETZALTENANGO “DR. ISAAC COHEN ALCAHE” octubre 2008.

2.3 Pruebas de Tamizaje a BK+

Se ofrece a las personas BK+ o con TB presunta que llegan a la consulta externa del Hospital Nacional Dr. Rodolfo Robles de Quetzaltenango la pre-consejería de prueba de VIH y se solicita su consentimiento para realizar el tamizaje voluntario de VIH y sífilis con pruebas rápidas. Si la prueba rápida es positiva, se realiza otra prueba rápida utilizando otro tipo de proceso. Se realiza una prueba confirmativa mediante ELISA y si es necesario la muestra dudosa pueda ser procesada por medio de un Western Blot en la ciudad de Guatemala. Se provee post-consejería a todas las personas que eligen una prueba de VIH/sida. Se ofrece la prueba de VIH/sida para su pareja y acompañante de personas que viven con el VIH/sida y niños menores de 7 años o casos necesarios.

2.4 Recurso Humano

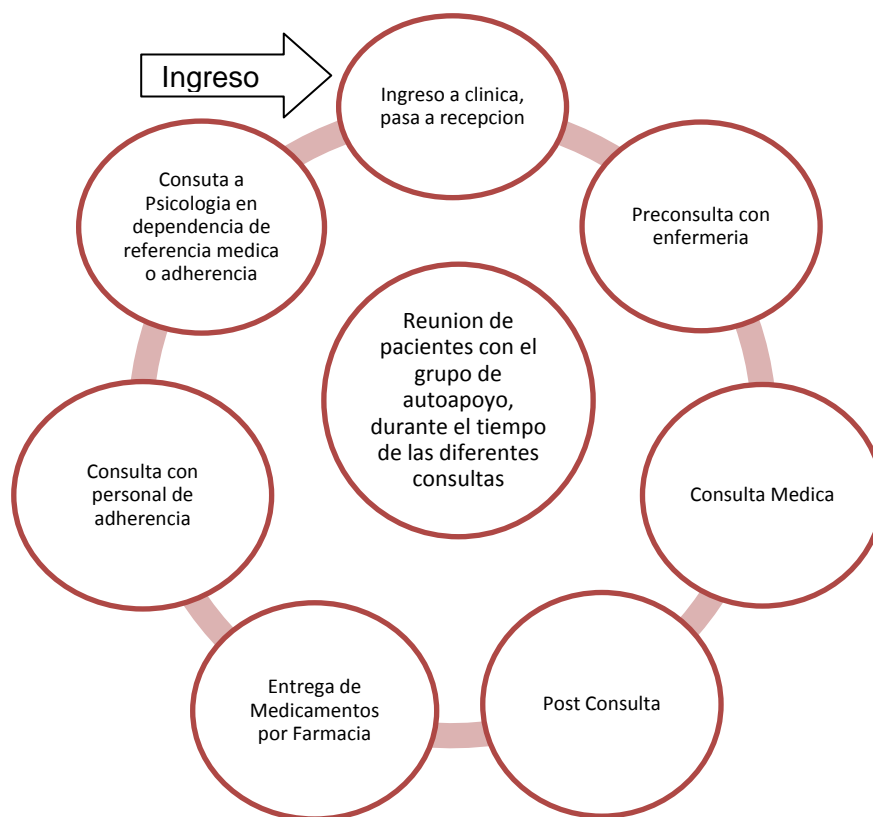
El personal contratado está basado en un modelo que utiliza personal mínimo para poder dar los servicios de atención integral con el enfoque médico, psicológico y social. El personal de la clínica consiste de un médico por 8 horas diarias con 25 años de experiencia en el diagnóstico de Tuberculosis y 3 años de experiencia en la atención integral de VIH/sida con la aplicación de la terapia antirretroviral. Por la necesidad de proveer atención integral de la mujer infectada con el VIH/sida, tenemos una médica ginecóloga por 4 horas diarias con 3 años de experiencia en la atención integral de VIH/sida con la aplicación de la terapia antirretroviral. Con enfoque en las mujeres, las embarazadas y casos especiales de ITS y está especializada en el uso de crioterapia para el control de papilomas y para las pacientes con NIC 1 y 2. Los dos médicos son especialistas en los campos de medicina con diplomados y actualizaciones en la atención integral de VIH/sida. El promedio de pacientes oscila entre 15 a 36 pacientes diarios, con un promedio de 20 minutos por consulta. El personal paramédico consiste de una enfermera profesional por 8 horas diarias quien encarga de pre (15 minutos) y post consulta (15 minutos): signos vitales, exámenes laboratorios, reforzamiento sobre la terapia antirretroviral. También, una auxiliar en enfermería por 8 horas quien se encarga de sacar muestras de sangres en la pre-consulta (15 minutos) para los exámenes

de carga viral (CV), CD4, exámenes químicas y sanguíneas, vacunas y post consulta de planificación familiar, nutrición y cuidado para el paciente (20 minutos). El personal paramédico tiene el diplomado en la atención integral de pacientes de VIH/sida y 2 años de experiencia trabajando con pacientes VIH/sida+ con la aplicación de antirretrovirales.

2.5 Servicios Clínicos:

- ❖ Exámenes de Laboratorio como línea basal: Química, Hepatitis A, B y C, Hematología, CD4, carga viral y Papanicolaou para mujeres, vacunas anti-influenza y otros, (Citomegalovirus, Toxoplasmosis, entre otros.)
- ❖ Evaluación clínica inicial, Detección y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual, crioterapia y eventos oportunistas coexistentes.
- ❖ Evaluación psicológica y socio-económica inicial.
- ❖ Decisión de conducta terapéutica según los protocolos establecidos tanto para los pacientes ambulatorios como hospitalizados.
- ❖ Seguimiento individual los cuales incluyen seguimiento clínico, seguimiento para la mujer y embarazada, cumplimiento terapéutico y su monitoreo a través de un programa de adherencia.
- ❖ Control de los casos de co-infección de VIH/sida y Tuberculosis e Infecciones Pulmonares.
- ❖ Seguimiento preventivo integral incluyendo vacunación, prevención de transmisión vertical, prevención secundaria y seguimiento psicológica y apoyo emocional para el paciente, su núcleo familiar y acompañantes.

2.6Flujograma



Fuente: Elaboración propia en base a manual de funciones del personal de la Clínica de Atención Integral Dr. Isaac Cohen Acahé

El ingreso al flujograma inicia, con el ingreso de la paciente a la clínica siendo atendido por secretario-digitador, quien a través de su carnet que tiene la numeración asignada por registro del Hospital Rodolfo Robles se extrae el registro clínico de los archivos de la clínica. La paciente se traslada a pre consulta que es dada por personal de enfermería que cumple con las ordenes de laboratorio indicadas con anterioridad, toma signos vitales y peso, e inicia con el interrogatorio de sintomatología actual y cumplimiento de adherencia tratamiento. La paciente ingresa a la consulta médica, donde se realiza evaluación clínica, se da seguimiento al tratamiento de enfermedades oportunistas, tratamiento de antirretrovirales y efectos secundarios de los mismos, evaluación de método de planificación familiar y prevención de reinfección, se ordena los laboratorios de control y se deriva a clínicas de adherencia y psicología con recomendaciones

específicas. La paciente prosigue a pos consulta donde se cumple ordenas establecidas, se revisa expediente para derivar a la paciente a clínicas especializadas (cardiología, colposcopia, ultrasonidos, etc.) y fecha de nueva cita. La paciente se traslada a farmacia donde se le suministra el tratamiento ordenado por el médico, de antirretrovirales y/o enfermedades oportunistas y profilaxis; en esta sección se le retroalimenta con información de efectos secundarios de medicamentos, restricción de combinación de medicamentos y alimentos; se realiza un conteo de tabletas restantes. La paciente con medicamentos despachados se traslada a la clínica de adherencia y cambio de comportamiento, su función es de establecer horarios de administración de medicamentos, rotular frascos con dibujos recordatorio de toma de medicamentos, los cuales han sido validados por las PVVS, dotar y evaluar el cumplimiento de uso de condón y métodos de planificación familiar, detectar problemas de adherencia, violencia de género, acceso al servicio. La paciente se traslada a la clínica de psicología si es referida ya sea por el clínico o clínica de CC (cambio de Comportamiento) donde se da tratamiento específico; el psicólogo tiene programación inicial con toda paciente de nuevo ingreso, y seguimiento según condición. Durante tiempo de las diferentes consultas, se tiene una reunión con todos los/las PVVS para impartir charlas sobre diferentes aspectos de VIH, maternidad responsable, Derechos Humanos, adherencia, entre otros.

Capítulo III

Marco Teórico

3.1 ASPECTOS GENERALES DE VIH/SIDA

a) Definición:

SIDA es el acrónimo del **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida** que afecta a los humanos infectados por VIH (**Virus de Inmunodeficiencia Humana**). Se dice que una persona padece SIDA cuando su organismo, debido a la inmunodepresión provocada por el VIH, no es capaz de ofrecer una respuesta inmune adecuada contra las infecciones. Cabe destacar la diferencia entre estar infectado por el VIH y padecer SIDA. Una persona infectada por el VIH es seropositiva y pasa a desarrollar un cuadro de SIDA cuando su nivel de Linfocitos T CD4 (que son el tipo de célula al que ataca el virus) desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre. *No toda persona que vive con el virus está enferma.* El infectado o persona que vive con el virus no tiene síntomas. Se llama persona que vive con HIV (PVVS) a la persona en la que se detecta que ha tenido contacto con el virus.

b) Las vías de transmisión:

Son básicamente las siguientes:

- Relaciones sexuales heterosexuales u homosexuales sin protecciones (vaginales, anales, orales).
- Vía sanguínea, por compartir jeringas para el uso de drogas o cualquier otro elemento cortante o punzante, o a través de la transfusión de sangre no controlada.
- Transmisión perinatal, de madre a hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Es el principal mecanismo de adquisición del SIDA en los niños. Si no recibe atención médica, una mujer HIV positiva tiene, durante el

embarazo, el parto o la lactancia un 30% de probabilidad de transmitir el virus a su bebé. Estas posibilidades se reducen al 2% en caso de recibir adecuada atención médica.¹²

c) Principales teorías de aparición del VIH:¹³

Según un estudio publicado en la revista Nature en febrero de 1.999, puede haberse identificado la fuente original del VIH-1 en una subespecie de chimpancés que habita el oeste de África ecuatorial. Hasta la publicación de este estudio, el origen del VIH-1 estaba confuso: aunque la fuente en primates del VIH-2 ya se había identificado ("cercobebus atys"), y se sabía que algunos chimpancés son portadores del virus de la inmunodeficiencia de los simios (SIV), algunos de éstos aislados de SIV eran tan diferentes del VIH-1 que aunque se sospechaba una relación entre ellos ésta no había podido confirmarse (sólo se habían descrito tres casos de chimpancés infectados con virus similares al VIH-1: de ellos, sólo uno de los virus estaba débilmente correlacionado con el VIH-1).

Los autores del estudio publicado en Nature identificaron un cuarto chimpancé infectado con una variedad del virus de la inmunodeficiencia de los simios (SIVcpz), y utilizaron esta oportunidad para examinar mediante análisis molecular y sofisticadas técnicas genéticas a los aislados de virus hallados en los 4 chimpancés y a los mismos primates. Los aislados de virus fueron comparados con varios aislados de VIH-1 extraídos de humanos.

Los investigadores determinaron también la subespecie a la que pertenecían los chimpancés infectados con el SIVcpz: tres de ellos eran primates de la subespecie "Pan troglodytes troglodytes", mientras que el chimpancé infectado con un tipo de virus más lejano al VIH-1 pertenecía a la subespecie "Pan troglodytes schweinfurthii".

¹² Wikipedia® SIDA

¹³ Francisco Javier Pardo 1.996-2.000

Los resultados del estudio demostraron que los tres aislados de la subespecie "Pan troglodytes troglodytes" se parecían mucho a los diferentes subgrupos del VIH-1: el subgrupo M (responsable de la epidemia) y los subgrupos N y O (que se localizan preferentemente en África ecuatorial). La investigación también reveló que alguno de los aislados era resultado de recombinaciones genéticas en los chimpancés antes de infectar a los humanos. Es significativo que el hábitat natural de estos chimpancés coincide con las pautas de la epidemia por VIH-1 en esta parte de África.

Tomando todos estos datos en consideración, los autores concluyen que la subespecie de chimpancés "Pan troglodytes troglodytes" ha sido la fuente de al menos tres casos independientes de transmisión viral entre especies, de chimpancés a humanos. El estudio teoriza que el VIH-1 puede haberse introducido en humanos cuando cazadores de chimpancés se expusieron a sangre de chimpancés infectada: además, señalan que los humanos pueden encontrarse aún en riesgo de transmisión de diferentes virus desde los chimpancés, dado que la caza de estos animales, para destinar su carne al consumo humano, es una práctica habitual en el oeste de África ecuatorial.

Por otro lado, según un estudio publicado en febrero de 1.998 en la revista Nature, la muestra documentada más antigua del virus causante del SIDA procede de un análisis de sangre realizado en 1959 y podría tratarse de un antepasado común del VIH-1; los autores del estudio señalan que el análisis genético sugiere que dos de los principales subtipos del VIH-1, y posiblemente todos ellos, se desarrollaron a partir de una familia única que afectó a la población africana. Los científicos descubrieron evidencias del VIH en una muestra de sangre que le fue tomada en 1.959 a un bantú habitante de la actual República Democrática del Congo (Léopoldville, actual Kinshasa). El virus de esta muestra fue identificado como VIH-1, pero el material genético al estar muy degradado complicaba su comparación con otros tipos conocidos del VIH. Se determinó que era, probablemente, un antepasado común de los dos principales subtipos del VIH-1, el B y el D. Los investigadores piensan que, dado que se cree que el VIH cambia con

una progresión constante, el virus contenido en la muestra es probable que pasara de los monos al hombre en los 10-20 años anteriores (en la década de 1940 o a principios de 1950, unos 10 o 20 años antes de lo que se había pensado con anterioridad) y que posiblemente los principales subtipos del VIH-1 se desarrollaron en la especie humana a partir de este virus común y no a partir de contactos con monos que tuviesen diferentes variantes del virus.

Un nuevo estudio publicado en Science en junio de 2000, sin embargo, adelanta la fecha de transmisión del virus a los seres humanos. Los autores calculan que la mejor estimación para localizar el ancestro común del VIH-1 es los principios de la década de los 1930, lo que implicaría que la transmisión a los humanos se hubiera producido con anterioridad, posiblemente en el siglo XIX o principios del XX. También es posible que el virus infectara a los humanos alrededor de 1930 y a partir de entonces comenzara a expandirse.

En todo caso la expansión del virus habría sido lenta ya que el VIH existía en humanos desde 1930-1950 pero no se generalizó hasta los 1970: la epidemia habría explotado en los años 50 y 60, coincidiendo con el fin del colonialismo en África, varias guerras, el crecimiento de grandes ciudades en África, la introducción de programas de vacunación generalizada en el continente (con la reutilización deliberada o accidental de agujas), y el crecimiento de los viajes desde y hacia África.

d) Síntoma y Signos:¹⁴

Los síntomas de la infección con VIH y SIDA varían dependiendo de la fase de la infección. Cuando una persona se infecta con VIH, puede no presentar síntomas aunque es común desarrollar un síndrome gripal de 2 a 6 semanas después de infectarse. Estos síntomas se pueden confundir con otras enfermedades y la persona puede no sospechar que esté infectada con el VIH.

¹⁴ www.tusalud.com.mx

Sin embargo, aún si la persona no tiene síntomas, puede transmitir el virus a otros. La persona puede permanecer sin síntomas por 8 a 9 años. Durante este tiempo, el virus continúa multiplicándose y destruyendo células. Existen pruebas que se pueden realizar para observar la disminución del número de estas células en la sangre. Las personas infectadas con el VIH pueden desarrollar infecciones leves o síntomas como:

- Diarrea
- Pérdida de peso
- Fiebre
- Nódulos linfáticos inflamados
- Tos y dificultad para respirar

Durante la última fase de la infección por el VIH (que ocurre aproximadamente de 10 a 11 años después de la infección inicial), se pueden desarrollar síntomas más serios llenando los requisitos de la definición oficial del SIDA.

La definición del SIDA, según los Centros de Control y Prevención de la Enfermedad (CDC), es la presencia de infección por VIH como una prueba positiva para VIH y uno de los siguientes:

- Desarrollo de una infección oportunista que es una infección que ocurre cuando el sistema inmune se encuentra comprometido como Neumonía por *Pneumocystis jiroveci*.
- Una cuenta de linfocitos CD4 de 200 o menor (lo normal es de 600 a 1,000).

Cuando se desarrolla SIDA, la persona está susceptible a infecciones oportunistas. Los signos y síntomas de alguna de estas infecciones incluyen:

- Sudoración nocturna
- Escalofríos y fiebre por semanas
- Tos seca y dificultad para respirar

- Diarrea crónica
- Lesiones blancas en la lengua y boca
- Dolor de cabeza
- Visión alterada
- Pérdida de peso

e) Diagnóstico:

La infección por VIH se diagnostica detectando anticuerpos para el virus en sangre. Las pruebas del VIH no son totalmente seguras al inicio de la infección ya que el cuerpo se tarda algunas semanas para desarrollar anticuerpos (de 6 a 12 semanas). A la persona se realiza un prueba con comprobación en sangre llamada prueba ELISA (Enzyme-linked immunosorbent assay). Si la prueba resulta positiva de nuevo, se realizará otra prueba llamada Western Blot para confirmarla. La prueba de Western Blot confirma la presencia de las proteínas VIH en la sangre. La prueba de Western blot es importante para evitar falsos positivos. Según protocolos nacionales con una prueba rápida y una comprobación con ELISA se diagnostica al paciente como VIH positivo.¹⁵

f) Tratamiento:

Actualmente existen guías para el tratamiento con medicamentos antirretrovirales en personas con VIH. El propósito de los medicamentos antirretrovirales es reducir la cantidad de virus en la sangre hasta tener niveles bajos o no detectables aunque esto no significa que el virus haya desaparecido. Esto generalmente se logra con la combinación de tres o más medicamentos. Las guías del tratamiento enfatizan la importancia de calidad de vida. Por lo tanto, la meta del tratamiento de SIDA es encontrar el tratamiento más sencillo que tenga pocos efectos colaterales. La respuesta al tratamiento se mide por niveles del VIH en sangre (carga viral). Estos niveles deben ser medidos al inicio del tratamiento y cada 3 a 4 meses.

¹⁵ Guía de tratamiento antirretroviral, y de infecciones oportunistas de Guatemala, Programa Nacional de ITS y VIH/SIDA , Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social, abril 2006

g) Historia del VIH-Sida:

1981 - La página nº 2 del Morbidity and Mortality Weekly Report del 5 de junio de 1981 enunciaba: los investigadores del Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) de Atlanta informaron sobre un repentino aumento en el diagnóstico de casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* y de Sarcoma de Kaposi en hombres jóvenes que tuvieron sexo con hombres, en EE.UU. Dichas enfermedades nunca habían sido relacionadas con ningún cuadro clínico severo en sujetos sin problemas inmunológicos. El 3 de julio de 1981, el New York Times publicó la noticia. La existencia de un nuevo síndrome comenzó así a hacerse pública debido a sus características inusuales. La historia del sida había comenzado. La infección fue inmediatamente asociada con hombres que tienen sexo con hombres, y para fines de 1981 ya se diagnosticaron 422 casos y 159 muertes.

1982 - El CDC relacionó el contagio de la enfermedad con las transfusiones de sangre. Luego de varios casos de contagio de pacientes hemofílicos reportados durante un encuentro de la FDA sobre productos de la sangre, Bruce Voeller, ex director de la National Gay Task Force propuso llamar a la nueva enfermedad Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida). Mientras tanto, el número de casos de sida en EE.UU era 1614, con 619 muertes. Se creó la Gay Men Health Crisis, la primera asociación de lucha contra el sida. Su fundación fomentó el desarrollo de un fuerte movimiento de lucha contra la epidemia.

1983 - El CDC alertó sobre los posibles riesgos en lo que respecta a los bancos de sangre y la escasez de sangre utilizable. Un virus posiblemente relacionado con la epidemia es descubierto por la Fundación Pasteur en Francia. La comunidad científica comienza a comprender que la infección no está limitada a las personas homosexuales o hemofílicas, sino que también existen otros grupos de riesgo como aquellos que utilizan drogas intravenosas, y que la epidemia comienza a afectar no solo a EE.UU. sino a todo el mundo. Se hace evidente que el virus

afecta el sistema inmune, provocando diversas infecciones oportunistas que de otro modo serían fácilmente controladas por un cuerpo saludable

1984 - Se identificó el virus responsable del sida: se lo llama HIV, un virus que puede contagiarse por sangre o por vía sexual. Había 11.055 casos de sida en EE.UU. y 5.620 muertes. En Guatemala se detecta el 1er caso de SIDA.

1985 - Se desarrollaron los primeros test para detectar anticuerpos contra el HIV y se comenzó a testear los productos de la sangre en EE.UU. y Japón. El CDC lleva a cabo la I Conferencia Internacional de Sida en Atlanta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) fue el sponsor de dicha conferencia: alrededor de 2000 investigadores de 30 países descubrieron la presencia de un foco de epidemia en África. Había 22.996 casos de sida en EE.UU y 12.592 muertes: uno de los que fallecieron fue el actor Rock Hudson. Se estimó que el total de casos a nivel mundial era 20.008, pero se perdieron datos del África. Se informó de 1.617 casos de sida en Europa. Se demostró el contagio heterosexual.

1986 - Se publicó el primer informe de sida, que resaltaba la importancia de otorgar información sobre los comportamientos sexuales para prevenir el contagio. La II Conferencia Internacional de Sida se realizó en París y se presentaron las primeras cifras estimativas del África. La OMS calculó que había entre 5 y 10 millones de personas que vivían con HIV en todo el mundo. Se comenzó el testeo de productos de la sangre en Europa. Ya era evidente que la epidemia afectaba a hombres y mujeres, independientemente de su tendencia sexual, a cualquier edad. Se reconoció la importancia de la campaña preventiva, aparecen datos preliminares sobre drogas para la lucha contra el virus.

1987 - Se llevó a cabo la III Conferencia Internacional de Sida en Washington, con más de 12.000 delegados de 110 países. La administración de EE.UU. participó del congreso a través de sus agencias federales: CDC, NIH y PHS. Ronald Reagan mencionó la palabra sida en un discurso oficial por primera vez. La conferencia destacó la importancia del uso de preservativos y el riesgo elevado de contagio por uso de drogas intravenosas. EE.UU. estableció reglas que no

permitían el ingreso de personas infectadas con HIV en el país, a pesar de la existencia de varias denuncias por discriminación realizadas por infectados con HIV. La OMS puso en marcha su Programa Global sobre sida, y la Asamblea de Salud Mundial aprobó una estrategia global para la lucha contra la epidemia. La FDA, luego de la presión de los activistas, redujo el tiempo de aprobación de las drogas contra el sida. La primera droga antiretroviral fue el AZT. Hubo más de 50.000 casos de sida en el mundo.

1988 - Se llevó a cabo la IV Conferencia Internacional de sida en Estocolmo. Por primera vez hubo un importante número de delegados de países en vías de desarrollo. Se informó de la existencia de 96.443 casos de sida en todo el mundo. Se establece el 1º de diciembre como Día Mundial del sida.

1989 - Se llevó a cabo la V Conferencia Internacional de sida en Montreal. Los reclamos de los activistas llegan a los delegados: los activistas ocuparon el podio y gritaron sus reclamos. Los casos de sida se elevaron a 160.000 a nivel mundial. En EE.UU., Burroughs Wellcome se ve obligado a bajar el precio del AZT debido a las protestas de los activistas. John Holmes, la estrella porno más famosa del mundo, muere a causas del sida.

1990 - Ronald Reagan admitió no haber dado la suficiente importancia a la epidemia del sida. Esto no fue suficiente para miles de activistas que, durante la VI Conferencia Internacional de Sida en San Francisco, protestaron en contra de las discriminatorias normas presentadas por el gobierno de George Bush. Se informó de la existencia de 254.000 casos de sida en todo el mundo, de los cuales más de 12.000 eran de Uganda.

1991 - La Organización Mundial de la Salud publica una estimación del número de infectados por HIV en el mundo: diez millones.

1993 - El CDC revisa la definición de caso de SIDA, y paralelamente el estudio europeo Concorde encuentra que la administración precoz de AZT no beneficia a los pacientes. Progresivamente van apareciendo nuevos tratamientos: en 1992 el

ddC, en 1994 el d4T, en 1995 el saquinavir, en 1996 el indinavir. Una nueva estimación de 1997 da un total de 22.000.000 de seropositivos a nivel mundial.

3.2 SITUACIÓN VIH-SIDA EN GUATEMALA

La magnitud del problema del VIH/SIDA, dentro del ámbito regional se ha establecido que Centro América es la sub-región más afectada, después del Caribe, por la epidemia de VIH/SIDA en la región de Latino América y el Caribe.

Siendo Honduras y Guatemala, los dos países con mayores índices con la prevaencia de infección por VIH más alta en América Latina.

La prevaencia de infección por VIH en los adultos es ya superior a 1% en Honduras (1,6%) y Guatemala (1%). Panamá (0.9%), Costa Rica (0,6%), El Salvador (0,6%) y Nicaragua (0,2%) todavía tienen tasas de prevaencia de infección por VIH debajo de un 1%. Se ha estimado que para el año 2010, la epidemia puede alcanzar una tasa de prevaencia en la población adulta en Centroamérica del 2%, cifra que en algunos casos podría sobrepasarse.¹⁶

El estudio de la epidemia de VIH/SIDA en el país identificó algunos importantes aspectos epidemiológicos:¹⁷

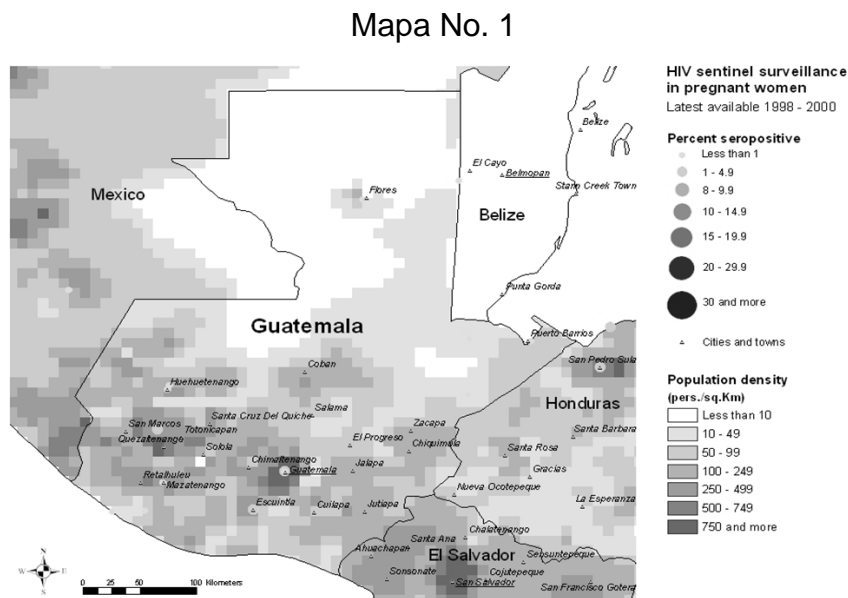
- ◆ La prevaencia de SIDA es alta (53 por 100.000 habitantes, en 2003), con cifras que superan los 100 casos por 100.000 habitantes en los grupos de alto riesgo (HSH, TCS).
- ◆ La transmisión es preponderantemente sexual.
- ◆ La epidemia está concentrada en el grupo de edad de 20 a 39 años (67% de los casos) y particularmente en grupos de alto riesgo (prevaencias de infección por VIH de 11,5% en HSH y entre 5-10 % en TCS).

¹⁶ Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica *Guatemala: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia* Región de Latino América y el Caribe y Programa Global de VIH/SIDA BANCO MUNDIAL Diciembre 2006

¹⁷ Evaluación SVE 2004

- ◆ El número de casos de SIDA en mujeres está creciendo y la razón de casos hombre-mujer decrece. Casi el 30% de los casos de SIDA son en mujeres.
- ◆ El área geográfica de la epidemia se está expandiendo. El departamento de Guatemala ya no es el más afectado, otros 7 departamentos del país (30% del territorio nacional) concentran el 75% de los casos de SIDA.

En el mapa No. 1 se evidencia gráficamente las áreas geográficas mas afectadas según prevalecía, siendo Izabal, Suchitepéquez, Escuintla, Retalhuleu y Quetzaltenango, entre los principales departamentos, los cuales los cruza una línea imaginaria, es la ruta de comercio y camino para migración interna, así como paso migrante para México.



Fuente: Map Data Source: WHO/UNAIDS Epidemiological Fact Sheets and the United States Census Bureau Map production: Public Health Mapping & GIS Communicable Diseases (CDS) World Health Organization.

El panorama general de la situación de Guatemala, en relación a VIH/SIDA, según el último reporte general del Programa de Naciones Unidas sobre VIH-SIDA,¹⁸ el cual se detalla a continuación, en los siguientes cuadros:

Cuadro No. 1				
HIV/SIDA general				
Indicador	Año	Guatemala	América Latina	Mundo
Adultos y niños que viven con HIV/AIDS	2008	59,000	2,000,000	34,400,000
Adultos (edades 15+) que viven con HIV/AIDS	2008	53,000	1,200,000	31,300,000
Mujeres (edades 15+) que viven con HIV/AIDS	2008	16,000	510,000	15,700,000
Niños (edades 0-14) que viven con HIV/AIDS	2008	nd	32,000	2,100,000
Huérfanos del SIDA que viven actualmente (edades 0-17)	2008	nd	nd	15,200,000
Adultos y muertes del SIDA del niño	2008	3,900	77,000	2,000,000
Adultos y niños infectados nuevamente con el VIH	2008	nd	170,000	2,700,000
Nd = ningunos datos				

¹⁸ Los datos regionales y del mundo para este indicador son de la actualización de la epidemia de SIDA de UNAIDS/WHO: Noviembre de 2008 (<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/Default.asp>), y refiere a finales de 2008.

Cuadro No. 2				
Predominio del VIH				
Indicador	Año	Guatemala	América Latina	Mundo
Predominio del VIH del adulto (edades 15-49) (%)	2008	0.9	0.6	0.8
Predominio del VIH, trabajadores femeninos del sexo, ciudad capital (% medianos)	2004-2005	8.7	nd	nd
Predominio del VIH, inyectando a usuarios de droga, ciudad capital (% medianos)	2004-2005	Nd	nd	nd
Predominio del VIH, mujeres embarazadas de los jóvenes (edades 15-24), ciudad capital (% medianos)	2003-2005	Nd	nd	nd
Predominio del VIH, hombres que tienen sexo con los hombres, ciudad capital (% medianos)	2004-2005	11.5	nd	nd
nd = ningunos datos				

Los casos de SIDA reportados anualmente muestran una tendencia de crecimiento sostenido desde 1996. Cerca del 50% del total de los casos reportados desde el inicio de la epidemia se notificaron en los últimos 3 años. El número de casos de SIDA entre mujeres ha crecido más, sin embargo cerca del 71% de los casos son en varones. Al final de los 80s había más de 3.5 varones

con SIDA por cada mujer, pero a partir del 2003 la razón se redujo a 2. Esta es una señal inequívoca de feminización de la epidemia.

Grupos vulnerables¹⁹:

Estudios de seroprevalencia muestran que la epidemia de VIH/SIDA en el país está concentrada en grupos vulnerables como HSH (hombres teniendo relaciones con hombres) y TCS (trabajadoras comerciales de sexo) donde la seroprevalencia es mayor a 5%. Aún cuando el PNS (Programa Nacional de VIH/SIDA/ITS) no ha integrado estudios en población vulnerable el sistema de vigilancia, el VIH/SIDA puede estar afectando más a población móvil e indígenas,²⁰ reflejando nuevos desafíos del control de la epidemia.

Trabajadores Comerciales del Sexo (TCS)

Para las TCS la tasa de prevalencia de VIH varía de una región a otra. Las cifras más altas se encuentran en el departamento de Izabal, con una tasa del 11%, y en ciudad de Guatemala con una tasa del 5%.

Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) El Estudio Multicéntrico que incluyó 165 HSH en la Ciudad de Guatemala en 2003 reportó un incremento en las tasas de prevalencia que llegaron a 11,5%.²¹ El estudio indicó también que el 31% de las PVVS son HSH. Dos tercios de HSH reconocieron que el uso del condón es un medio adecuado para evitar la transmisión de VIH e ITS. Sin embargo, se encontró una proporción alta de personas que no usan el condón en forma sistemática con la pareja regular, y aún si tenían relaciones sexuales regulares y casuales con múltiples parejas. Uno de cada cinco mantiene relaciones sexuales, tanto con pareja masculina como femenina. Esto señala la importancia de este grupo demográfico como puente epidemiológico, que podría estar contribuyendo a la diseminación de la epidemia de VIH hacia la población general.

¹⁹ Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica Guatemala: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia Guatemala, Diciembre 2006

²⁰ Reporte final del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Guatemala, CDC/GAP 2004.

²¹ Estudio Multicéntrico de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en HSH en Guatemala, 2003. PASCA y otros, 2003.

Personas Privadas de libertad De acuerdo a las consultas realizadas en el PNS, no existen datos sobre el número de personas privadas de libertad que tienen VIH/SIDA.

Mujeres Las mujeres se consideran un grupo vulnerable a raíz de la tendencia a la feminización de la epidemia. Hay un total de 16.000 casos registrados, acumulados, de SIDA en este grupo, desde enero del año 1987 hasta finales del 2006. De estos casos, el 83% están dentro del grupo económicamente activo y en la edad reproductiva entre 15 y 49 años. Información de dos clínicas especializadas en VIH/SIDA ubicadas en la ciudad Capital (Clínica Familiar “Luis Ángel García”, y Clínica del Hospital Roosevelt), revelan que durante el año 2004, el 74% de los casos positivos eran amas de casa sin otro riesgo que la actividad sexual con sus parejas regulares.

Mujeres embarazadas Los estudios realizados por el Ministerio de Salud con apoyo de CDC/MERTU en mujeres embarazadas entre 2002 y 2003, en los departamentos de Chimaltenango, Escuintla, Guatemala, Izabal, Jutiapa, Petén, Quetzaltenango, Retalhuleu, San Marcos, Santa Rosa, Suchitepéquez y Zacapa indicaron que de 6,170 mujeres embarazadas entrevistadas con relación al conocimiento de dos métodos de prevención del VIH, el 84,3% reconoció la fidelidad como una medida de protección contra la infección, mientras que el 72,1% afirmó que el uso del condón previene la transmisión del virus a través de relaciones sexuales. Sin embargo, el 65,3% (4.576) coincidió en identificar las dos prácticas como válidas. Estos estudios también encontraron que el 43% tiene la creencia errónea de que el VIH se puede transmitir a través de la picadura de mosquito. El estudio señaló que el 13% tuvo más de una pareja en los dos últimos años y que 1 de cada 21 mujeres, que tuvieron 4-5 parejas, tuvo un resultado positivo, lo que representa una tasa de infección de 4,8%.

Jóvenes vulnerables El 88% del total de casos de SIDA que se notificaron en el período de 1984 hasta agosto de 2005, se encuentra en el rango de 15-49 años

de edad. De éstos, el 32% son mujeres. La epidemia está concentrada en el grupo de edad de 20 a 39 años (66,8% de los casos de SIDA). Esto significa que la mayor parte de los casos de SIDA que se notifican se encuentran en la población económicamente activa. No se encontró ningún estudio específico para tratar el tema de los jóvenes con relación al VIH/SIDA, aún cuando se abarcan parcialmente en estudios de otras poblaciones vulnerables (TCS, HSH, mujeres embarazadas).

Huérfanos De acuerdo a estimaciones del año 2005, el 14.9% de los huérfanos se debería al VIH/SIDA, cifra que ha venido ascendiendo de 0,3% en el año 1990 y que había alcanzado 9,4% en 2001.

Grupos migratorios y poblaciones móviles en regiones afectadas Se considera a los camioneros una población en riesgo, especialmente aquellos que se mueven en la denominada “ruta del SIDA”, que corresponde a los departamentos que atraviesan las dos principales carreteras del país: la ruta al Atlántico, que va de Guatemala a Puerto Barrios y la del Pacífico, que va de Guatemala a Escuintla y Tecún Umán, población fronteriza con México. (PEN 2006-2010). Aún así, se desconoce la situación de este grupo demográfico en relación al VIH/SIDA.

Grupos indígenas y afro-descendientes Guatemala es un país multiétnico y multilingüe, en el que conviven más de 20 grupos culturales, con idiomas diferentes y una concepción del mundo y la sexualidad, distinta al modelo occidental. La situación de estos grupos respecto del VIH/SIDA no se conoce bien. La falta de programas dirigidos a estos grupos en su propio idioma, es un obstáculo que impide acercarse a estas poblaciones y existe también la percepción de que estos grupos ven en el VIH/SIDA como una epidemia exclusiva de la población occidental.

3.3 DERECHOS HUMANOS

Desde los inicios de la aparición de la epidemia, reportada en homosexuales con infecciones inusuales, existía una discriminación por defecto. Este “nuevo mal” fue catalogado como “la revancha de la naturaleza contra la homosexualidad” por Patrick Buchanan, entonces asesor republicano del presidente de los Estados Unidos. “Cáncer gay” o “enfermedad de los homosexuales” eran términos comunes utilizados en los inicios de los 80’s. Lo más grave es que no sólo fueron palabras y adjetivos, sino también hubo acciones contra esta población tales como pérdida de trabajo, separación de seres queridos, entre otras. Si bien la población discriminaba a los infectados, esta enfermedad no discriminaba a los que infectaba. Otros grupos, entre ellos los drogadictos endovenosos, se contaron entre las siguientes víctimas y la discriminación fue extendida a dichos grupos “marginales”. Más adelante cuando los que sufrían de hemofilia se contagiaron con el VIH, dada la necesidad de repetidas transfusiones sanguíneas, comenzó entonces una ola de temor por la epidemia. “La revancha de la naturaleza” o la enfermedad que afecta a los grupos marginales era capaz también de atacar a niños pequeños o a heterosexuales.²²

En estos tiempos, cuando se supone que hay un mayor conocimiento del tema, aun hay hechos que nos reflejan que poco se ha avanzado: que una niña seropositiva no sea aceptada en un colegio (a mas de 20 años del inicio de la pandemia)²³ o que los médicos de diversos hospitales no den pase a unidades de cuidados intensivos a estos pacientes, o incluso no los aceptan para hospitalizar²⁴; como vemos, este rechazo, nunca justificado, es practicado por profesionales de la salud y educación, persistiendo hasta nuestros días.

²² Human Rights And Health: The Case Of HIV/AIDS, Ugarte Gil Cesar Augusto, Miranda Montero J. Jaime

²³ Denuncian a director de colegio por impedir ingreso de niña con sida. Diario Correo. En: <http://anteriores.epensa.com.pe/enlinea/ediciones/2004/mar/18/locales/loc01.asp>. (Visualizado el 24 de marzo del 2004).

²⁴ UNAIDS. Vive y deja vivir: Campaña Mundial del SIDA 2002-2003. En: http://www.unaids.org/wac/2002/Spanish/posters2_sp.html (Visualizado el 6 Diciembre 2003).

Es innegable que cada vez el conocimiento acerca del VIH/SIDA es mayor, sin embargo, es un problema aún difícil de resolver por la complejidad de los diversos factores en juego: sociales, económicos y políticos, todos ellos mas allá del nivel individual, que de por sí, son también complejos. Dentro del ejercicio médico se continúa dando una mayor importancia a los aspectos clínicos y terapéuticos de las enfermedades, siendo una visión reduccionista del espectro total de una enfermedad. Uno de los factores al que se le presta poca atención es el respeto de los derechos de toda persona –sea o no un paciente- por parte del personal de salud: específicamente los derechos humanos son vistos como un aspecto nada “médico”. Al no ser conscientes de ello, hacemos de este un comportamiento natural y —socialmente y profesionalmente—aceptable.

.La protección de los derechos humanos resulta fundamental para salvaguardar la dignidad y para asegurar la existencia de los individuos y las sociedades. En el caso del VIH/SIDA en particular, la protección de los derechos humanos alcanza esas metas globales. Jonathan Mann²⁵, en los inicios de la lucha contra la epidemia, argumentó que el respeto a los derechos humanos reduce la vulnerabilidad a la infección por VIH, porque ayuda en la prevención de la enfermedad, reduciendo además el impacto del VIH/SIDA en aquellos que ya están infectados, alentándolos a sobrellevar la enfermedad.

“... la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana...” Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948. Preámbulo.²⁶

Los derechos humanos son el fruto de largos procesos de lucha social por la dignidad y contra los abusos y arbitrariedades de la autoridad a lo largo de la historia. Como resultado de estas luchas, se va logrando el progresivo reconocimiento jurídico de los derechos de la persona frente al Poder Público, y el fin de las prerrogativas de la autoridad absoluta del monarca sobre la vida y

²⁵ Mann J. Human Rights and AIDS: The Future of the Pandemic. In: Mann J, Gruskin S, Grodin M, Annas G, eds. *Health and Human Rights: A Reader*. New York: Routledge;1999:7-20

²⁶ VIH/Sida y derechos humanos Manual Introductoria E. Carrasco E. Enrique

demás atributos de las personas. De este largo proceso surge progresivamente el derecho de los derechos humanos, a través de Constituciones y leyes nacionales y pactos y declaraciones internacionales.

El gran valor de los tratados de derechos humanos como herramientas para luchar por la dignidad es la concreción de derechos y libertades de las personas y los deberes consecuentes del Estado, en acuerdos jurídicamente vinculantes para los Poderes Públicos. Es precisamente su dimensión jurídica la que permite exigir de los mismos un comportamiento acorde con los términos establecidos en esos tratados y leyes, y de ahí la relevancia de luchar por una mejor concreción de los derechos inherentes a la persona humana, así como por el establecimiento de mecanismos que permitan su entrada en vigencia.

Historia

Si bien muchas culturas y religiones antiguas produjeron pensamientos o doctrinas que apuntaban en distinto grado y formulación a la igualdad entre los seres humanos, no es hasta la Edad Media europea que se producen los primeros acuerdos formales de control de la autoridad del Estado frente a sus súbditos – siendo el más representativo la *Carta Magna* (Inglaterra, 1215). En los siglos siguientes y en contextos diversos, otros pactos limitarán contractualmente la acción del Estado en beneficio y protección de las libertades individuales. El desarrollo de las ideas republicanas y de un nuevo concepto de ciudadanía se reflejará en la Declaración de Independencia de América del Norte (1776), así como en la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, producto de la Revolución Francesa (1789). Estos son los primeros instrumentos de naturaleza normativa en afirmar la igualdad universal del ser humano y la existencia de derechos innatos asociados a la libertad. A partir de entonces, se sucederán las transformaciones de orden político y jurídico que sentarán progresivamente las condiciones para la consolidación del Estado moderno: la separación de los poderes, el ejercicio de la democracia representativa y los sistemas de justicia y derecho modernos, y su codificación mediante Constituciones políticas.

Inicialmente, el derecho constitucional se centró en la tutela de la libertad, la seguridad y la integridad física y moral de la persona frente a la acción de las autoridades públicas, así como en el derecho a participar en la vida pública. En el presente siglo, y tras la proclamación de las Constituciones Mexicana (1917) y Soviética (1918), se consagran constitucionalmente los derechos económicos, sociales y culturales – lo que supuso la extensión del concepto liberal de los derechos humanos a la garantía de condiciones de vida y de desarrollo, así como de acceso a bienes materiales y culturales en términos acordes con la dignidad humana.

El derecho internacional de los derechos humanos

Al término de la 2ª Guerra Mundial, con la firma de la Carta de las Naciones Unidas (1946) y la proclamación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), se iniciará el largo proceso de internacionalización de VIH/SIDA y derechos humanos. Manual introductorio. ACCSI / PNS. la protección de los derechos humanos. De esta manera, los sujetos tradicionales del derecho internacional – los Estados – dejan paso a una nueva concepción que coloca en el centro del nuevo sistema de derecho internacional al individuo. Veinte años después de la proclamación de la Declaración Universal, se proclamaron y abrieron a la firma dos convenios de derecho internacional vinculante para los Estados parte: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto de Derechos Civiles y Políticos. Al entrar en vigor en 1976, ambos pactos impartieron obligatoriedad jurídica a muchas de las disposiciones de la Declaración Universal para los Estados que los ratificaban.

Concepto y principios

Hoy en día, existe el entendimiento general de que los derechos humanos emanan de la dignidad inherente a la condición humana. Esto significa que no son concesiones de la sociedad o prebendas del Estado, y que no dependen del

reconocimiento por parte de éste, sino que se desprenden de la condición humana común a todos los individuos. La consagración de los derechos humanos se concreta en normas de naturaleza jurídica que el Estado, como ente encargado de ejercer el poder público, está obligado a observar. Las normas del derecho de los derechos humanos establecen las bases de la relación entre los poderes públicos y los individuos y colectivos, creando obligaciones de carácter jurídico de necesario cumplimiento por parte de los Estados. Por ello, los derechos humanos son a la vez derechos de titularidad de las personas frente al Estado, y normas de obligatorio cumplimiento para este último. Si bien las relaciones entre individuos tienen repercusiones fundamentales sobre el disfrute de los atributos inherentes a la persona humana, de ellas no se desprenden obligaciones de derechos humanos, en la medida en que los mismos están orientados a regular las relaciones entre el Estado y las personas, y no entre individuos. Algunos de los rasgos fundamentales de los derechos humanos son:

- Se trata de derechos inherentes a la persona humana;
- Significan una garantía para la protección integral del individuo ante el ejercicio del Poder Público;
- Mientras la titularidad de los derechos humanos recae sobre los individuos, la responsabilidad por su cumplimiento recae sobre el Estado;
- Asimismo, los individuos tienen el deber de comportarse de acuerdo a las normas de derechos humanos, si bien sobre ellos no recae responsabilidad de derechos humanos en caso de comportamiento ilícito;
- De la codificación de los derechos humanos se desprenden una serie de normas jurídicas de obligatorio cumplimiento para los órganos del poder público.

Las normas de derechos humanos conllevan entonces una serie de obligaciones para el Estado, que deberá garantizar y respetar los atributos de la persona humana, así como dirigir su acción a la satisfacción de las necesidades de la persona humana. Para ello, deberá establecer los mecanismos necesarios para garantizar su vigencia, así como para su resarcimiento en caso de ser vulnerados.

Principios de los derechos humanos

De la inherencia de los derechos humanos, así como de su desarrollo conceptual, doctrinario y normativo, se desprenden una serie de principios, que permiten interpretar su alcance y sentido.

El ***principio de universalidad*** consagra el entendimiento progresivo de que los derechos humanos le corresponden a toda persona en virtud de su propia condición humana, independientemente de los criterios y los patrones culturales que cada comunidad particular desarrolla, o de las diferencias individuales o de grupos que caracterizan al conjunto de las comunidades.

El ***principio de interdependencia*** de los derechos humanos significa que todos los derechos de la persona tienen igual jerarquía. Por ello, la promoción o respeto de ciertos derechos no justifica de ningún modo el menoscabo o negación de otros derechos.

Todos los seres humanos nacen en ***igualdad de derechos***, sea cual sea su condición económica, social, cultural, de género o de cualquier otra índole. El principio de igualdad de derechos se refleja en los derechos a la igualdad ante la ley, a igual protección de la ley y a la igualdad de oportunidades. Asimismo, del principio y derecho a la ***no discriminación*** se desprende la obligación para los Estados de adoptar medidas y establecer mecanismos que garanticen la vigencia del principio de igualdad. El principio de no discriminación permite entonces exigir que el Estado adopte medidas tanto legislativas como políticas para proteger a las poblaciones vulnerables, reducir las desigualdades y erradicar las prácticas discriminatorias. El derecho a no ser discriminado reviste especial importancia en el marco de la epidemia del VIH/SIDA, y ha sido de hecho una herramienta fundamental para exigir el respeto a la dignidad de las personas seropositivas.

Los derechos humanos son así mismo de ***naturaleza progresiva***, como lo muestra la tendencia a ampliar su ámbito de protección y las garantías desde las primeras declaraciones hasta los comienzos del siglo XXI. El Estado, en conjunto

con la sociedad, está obligado a realizar permanentes esfuerzos para favorecer el disfrute pleno de los derechos de todas las personas. Este principio se pone de manifiesto en el contexto del VIH/SIDA, cuando vemos que las primeras reacciones fueron de discriminación y estigmatización, y gracias a las luchas a favor de los derechos de las personas afectadas por la epidemia, este tema se ha incorporado vigorosamente en la agenda de los derechos humanos, así como estos han pasado a formar parte esencial de la lucha contra la epidemia.

Los derechos humanos en el ámbito internacional

La formulación de los derechos humanos en textos jurídicos internacionales trajo como consecuencia su progresiva internacionalización, lo que significa el establecimiento de compromisos que establecen responsabilidad no sólo ante los propios ciudadanos y habitantes de un Estado dado, sino también ante la comunidad internacional en su conjunto. Las normas internacionales establecen los contenidos de los derechos de las personas, así como un mínimo de condiciones para el comportamiento legítimo de los órganos del poder público. En consecuencia, si los derechos son vulnerados por actos imputables al poder público, o si la gestión estatal no se ordena adecuadamente para obtener la satisfacción de los derechos en los términos pactados, el Estado involucrado estará incumpliendo sus obligaciones y violando no sólo los derechos de las víctimas, sino las normas de derecho internacional que los consagran.

Existen dos tipos de instrumentos en el derecho internacional: por un lado, los de naturaleza declarativa (declaraciones y principios), que representan compromisos éticos de los Estados hacia la consecución de los fines de la persona humana, pero que no son vinculantes; y por otro, los de naturaleza contractual (tratados, convenios y convenciones), que significan la adopción de compromisos jurídicos vinculantes de obligatorio cumplimiento por parte de los Estados signatarios. Hasta la fecha, no existe ningún tratado internacional específico para la protección de las personas seropositivas, pero si existen múltiples declaraciones orientadoras de la acción estatal. Asimismo, los derechos consagrados a los tratados le

corresponden a todas las personas por igual, por lo que éstos son también la base para la defensa y protección de los derechos de las personas afectadas por la epidemia.

El Sistema Internacional

Los instrumentos más importantes del sistema internacional son la Declaración Universal y los dos Pactos ya mencionados. Si bien la Declaración no es de naturaleza vinculante, es considerada como de costumbre del derecho e impone un fuerte compromiso ético a los gobernantes hacia el pleno respeto de sus principios, debido a su prestigio y universalidad. Las principales diferencias entre ambos Pactos radican en la formulación de los derechos y en los mecanismos de supervisión. Mientras el Pacto de derechos civiles y políticos enumera derechos individuales, el Pacto de derechos económicos, sociales y culturales establece deberes estatales, identificando obligaciones en materia de adopción de medidas para su desarrollo progresivo.

Por otro lado, desde la Declaración Universal, el sistema internacional de protección ha adoptado más de 60 tratados y declaraciones sobre derechos humanos, que abordan con más detalles los derechos y libertades fundamentales que figuran en la Carta Internacional de Derechos Humanos. Cuatro de ellos se consideran instrumentos fundamentales de derechos humanos y – al igual que los dos Pactos –, son de naturaleza vinculante y cuentan con sus respectivos mecanismos de supervisión. Estos son: la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (adoptada en 1965, entró en vigor en 1969); la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979/1981); la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984/1987); y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989/1990).

El Sistema Interamericano

El primer instrumento de derechos humanos del sistema interamericano – anterior en unos meses a la Declaración Universal, y por ello el primero de su tipo – es la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana (Bogotá, 1948). La Convención Americana sobre Derechos Humanos de 1969 (conocida también como Pacto de San José), que entró en vigencia en 1978, es el equivalente de los Pactos, al establecer obligaciones jurídicas y determinar la jurisdicción de los órganos del sistema sobre su observancia.

La Convención establece la obligación de respetar los derechos y libertades reconocidos en ella. Si bien se centra en la protección de los derechos civiles y políticos, establece el compromiso de adoptar medidas para el logro progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales – sin que haya un enunciado de los derechos protegidos.

En 1988, se abrió a la firma el Protocolo de San Salvador, que consagra el derecho al trabajo y a condiciones laborales adecuadas; el derecho a la seguridad social; el derecho a la salud; a un medio ambiente sano; a la alimentación; a la educación; a los beneficios de la cultura; el derecho a la familia y los derechos de los niños, así como los derechos de los ancianos y minusválidos. Otros instrumentos del Sistema Interamericano referidos a los derechos humanos son: la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (1995); el Protocolo a la Convención Americana sobre Derechos Humanos relativo a la Abolición de la Pena de Muerte (1990); la Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas (1996); y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará – 1995), que está destinada a proteger a la mujer de toda forma de violencia.

Los derechos de la mujer

Un importante avance del desarrollo doctrinario de los derechos humanos en las últimas décadas es el reconocimiento explícito de los derechos de las mujeres. Si bien todos los tratados internacionales establecen el principio de no discriminación, su aplicación para elevar la dignidad de la mujer y combatir los factores de vulnerabilidad y sometimiento que le afectan ha sido muy relativo. En 1967, se aprobó la Declaración sobre la eliminación de la discriminación contra la mujer. En 1979, se adopta asimismo la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que establecía obligaciones de naturaleza vinculante para los Estados signatarios. Posteriormente, la 4ª Conferencia Mundial de los Derechos de la Mujer, celebrada en 1995 en Beijing (China), significará un importante impulso a las iniciativas de reivindicación de los derechos fundamentales de la mujer. Este proceso – al igual que el vinculado con el reconocimiento de los derechos de los niños, que incluye la adopción de la Convención de los Derechos del Niño en 1989 –, evidencia una vez más la progresividad de los sistemas de protección de los derechos humanos.

Otros sectores de especial vulnerabilidad aguardan por el reconocimiento internacional de sus derechos inalienables. En el capítulo siguiente se aborda específicamente el proceso de reconocimiento de la relación entre los derechos humanos, la vulnerabilidad por VIH/SIDA y las respuestas de salud pública a la epidemia, así como los avances normativos en esta esfera.

Derechos humanos y obligaciones del Estado

Las normas internacionales de derechos humanos obligan al Estado a adecuar el ejercicio del poder público hacia la consecución de un orden interno que permita y promueva su pleno ejercicio.

Corresponde al Estado decidir cuáles van a ser los medios más adecuados para dar cumplimiento a las obligaciones correspondientes, pero en todo caso esos

medios deben orientarse a respetar las normas internacionales. Existen varias clases de obligaciones genéricas en materia de derechos humanos:

- La obligación de respetar
- La obligación de proteger
- La obligación de garantizar
- Y las obligaciones de satisfacer y promover.

La **obligación de respetar** los derechos humanos exige que el Estado se abstenga de realizar actividades o adoptar medidas que puedan afectar el goce de los derechos, y la prohibición de vulnerar o lesionar esos mismos derechos. Por ejemplo, debe abstenerse de perseguir o discriminar a grupos específicos de población por motivo de su condición social o de salud, como ha sido el caso en múltiples países con las personas seropositivas.

La **obligación de proteger** los derechos humanos exige que el Estado adopte las medidas necesarias para prevenir que actores privados vulneren la dignidad y derechos de otras personas. En el ámbito de la salud, por ejemplo, esto significa que debe supervisarse la actividad de los centros privados, para que brinden atención con los derechos humanos – garantizando, entre otras cosas, que las personas seropositivas reciben atención en las mismas condiciones que los demás.

La **obligación de garantizar** los derechos humanos obliga a los Estados Partes a adoptar las medidas necesarias para su efectiva vigencia, incluida la adopción de medidas legislativas que establezcan como ilícitas las violaciones a los derechos consagrados, así como la existencia de medios judiciales sencillos y eficaces para su protección. Asimismo, los Estados tienen la obligación de prevenir, investigar, sancionar y resarcir las violaciones a los derechos humanos.

Los derechos económicos, sociales y culturales, que apuntan a la existencia de condiciones de vida y acceso a bienes materiales y culturales que garanticen el

desarrollo en dignidad de todo individuo y colectivos, conllevan también las **obligaciones de promover y satisfacer**. Estas obligaciones significan la adopción de medidas y la asignación de recursos en los ámbitos de la promoción y del diseño e implementación de políticas, programas y sistemas de protección necesarios para la satisfacción de los derechos.

3.4 LOS DERECHOS HUMANOS Y EL VIH/SIDA

*“La protección de los derechos humanos es imprescindible para salvaguardar la dignidad humana de las personas con el VIH/SIDA y para que se dé una respuesta eficaz de carácter jurídico, a las cuestiones que plantea el VIH/SIDA”.*²⁷

Los primeros diagnósticos de VIH/SIDA a comienzos de la década de los 80 dieron pronto lugar a las primeras violaciones y amenazas de violación a los derechos humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA (PVV). Las denuncias sobre estos atropellos ocurrieron inicialmente en el área de la salud, sobre todo ante la negativa para atender a los y las pacientes. Más tarde, con el descubrimiento de las pruebas de anticuerpos contra el VIH, la discriminación se extendió a los ámbitos laboral, educativo, de servicios públicos y movimiento migratorio, entre otros.

Asimismo, la asociación de la incidencia del VIH con conductas supuestamente irresponsables o cuestionables (homosexuales, usuarios de drogas por vía intravenosa, trabajadores y trabajadoras sexuales) y con las minorías étnicas y nacionales provocaron una respuesta discriminatoria y estigmatizante de una sociedad poco informada y prejuiciada. Estos atropellos masivos contra la dignidad humana, así como la necesidad de apoyar a los sectores afectados – que incluían a los transfundidos y a los hemofílicos –, generó en diversos países una movilización sin precedentes en el área de los derechos humanos, para luchar contra la discriminación. Estos antecedentes son la base de un importante trabajo que, en los últimos quince años, ha logrado insertar la

²⁷ Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y derechos humanos – ONUSIDA. 1996.

problemática de la epidemia en el ámbito de los derechos humanos, así como ha provocado una auténtica revolución en el área de la salud pública.

Los derechos humanos y el VIH/SIDA en la salud pública

Al inicio de la epidemia, la preocupación oficial estaba regida fundamentalmente por una concepción policial de la salud pública. Sin embargo, la respuesta de los grupos sociales afectados en demanda de sus derechos, así como el progresivo conocimiento de las reales dimensiones de la epidemia, han ido cambiando este panorama. La acción decidida de sectores no gubernamentales, junto a la creciente disposición de los Estados y de los organismos internacionales a desarrollar una respuesta concertada a la epidemia, ha logrado progresivamente introducir la problemática de los derechos humanos de las PVV y los poblaciones vulnerables (PV) en el ámbito de la salud pública.

A partir del reconocimiento de la relación entre la protección de los derechos humanos y una respuesta eficaz al VIH/SIDA, se han desarrollado múltiples iniciativas locales e internacionales para abordar la lucha contra la epidemia desde una perspectiva de derechos humanos. Ya en 1988, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendaba eliminar la segregación de las personas infectadas y apuntar los esfuerzos hacia el combate contra el virus, a través del desarrollo de medidas de prevención. Ese mismo año, la Asamblea Mundial de la Salud subrayó que el respeto de los derechos humanos es indispensable para la eficacia de los programas nacionales de prevención y lucha contra el SIDA, e instó a los Estados miembros a que evitaran toda medida discriminatoria en la prestación de servicios, en el empleo y en los viajes. A partir de 1990, tanto la Comisión de Derechos Humanos de la ONU como otros programas internacionales comienzan a abordar el tema del VIH desde una perspectiva de derechos humanos, recomendando a los Estados la sustitución de las políticas discriminatorias por programas educativos y preventivos. Había quedado en evidencia que la discriminación impulsa a la clandestinidad, afectando no sólo los derechos individuales sino también las posibilidades de elaborar una

respuesta concertada a su propagación. La Comisión reafirmó que la discriminación por VIH o SIDA está expresamente prohibida por las normas internacionales vigentes en materia de derechos humanos, ya que la expresión "*o cualquier otra condición social*", que figura en las disposiciones sobre no discriminación de esas normas, "*debe interpretarse en el sentido de que abarca el estado de salud, incluso el VIH y el SIDA*". Es precisamente desde la perspectiva de la igualdad y la prohibición correlativa de discriminación que se han logrado avances jurisprudenciales en muchos países – incluida Venezuela – en defensa de los derechos de las personas seropositivas. En los últimos quince años, se han desarrollado un número considerable de cartas y declaraciones internacionales y regionales que apuntan al reconocimiento de los derechos humanos de las personas con el VIH/SIDA. Entre ellas, figuran la *Declaración de derechos fundamentales de las personas infectadas por el VIH o enfermas de SIDA* (Asociación Latinoamericana de Organizaciones Comunitarias no Gubernamentales de Lucha contra el SIDA, noviembre de 1989); la *Declaración de derechos y humanidad y la Carta sobre el VIH y el SIDA* (Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 1992); la *Declaración de Dakar sobre ética, derecho y el VIH* (PNUD, julio de 1994); la *Declaración de París de la Cumbre Mundial sobre el SIDA* (París, 1994). Estas declaraciones incorporan un fuerte compromiso internacional de parte de los Estados signatarios. Además, revelan la voluntad política de asumir con urgencia la problemática de la epidemia. En paralelo, diversos países han adelantado iniciativas de reforma legislativa en materia sanitaria y de libertad de circulación, para luchar contra la discriminación por motivo de VIH/SIDA.

Aún así, a pesar de la adopción de estos instrumentos declarativos, y de algunas medidas internacionales y nacionales positivas para promover y proteger los derechos humanos en lo relativo al VIH/SIDA, sigue habiendo una gran distancia entre estos reconocimientos y las políticas aplicadas.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA/ ONUSIDA

Por otra parte, la preocupación de los organismos internacionales acerca de la propagación del SIDA a nivel mundial llevó al desarrollo de diversos programas específicos. A mediados de los 90, se identificó la necesidad de aumentar la eficacia de la respuesta global, creándose el programa conjunto ONUSIDA, en el que participan diversas agencias del sistema de las Naciones Unidas (OMS, PNUD, UNICEF, OIT, UNESCO, FNUAP, PNUFID y Banco Mundial), en un esfuerzo concertado para frenar la epidemia y diseñar marcos nacionales y regionales de protección y prevención – en los cuáles la protección de los derechos humanos es un elemento destacado.

Las *Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos*, producidas por la sociedad civil internacional con el apoyo de ONUSIDA en 1996, son un ensayo de recoger lo más destacado de los aprendizajes hasta la fecha, centrando la atención en los planes de acción para aplicar las normas y directrices desarrolladas en los niveles nacional, regional e internacional. Sin embargo, es poco el efecto que ha tenido su adopción, debido entre otras cosas a que se trata de un documento no vinculante.

La epidemia y los derechos humanos en el siglo XXI

Con la llegada del nuevo siglo, el VIH/SIDA se ha convertido en un tema cada vez más prioritario en la agenda de las naciones, debido a la concienciación acerca de las dimensiones reales que cobra con el tiempo. Preocupa fundamentalmente la situación en Africa, donde la población afectada alcanza proporciones alarmantes. No menos preocupante es la situación en el resto de países, incluida América Latina, debido a la necesidad de desarrollar los programas que permitan detener su avance y luchar contra sus efectos devastadores sobre los individuos y los colectivos.

Entre el 25 y el 27 de junio del año 2001, tuvo lugar por primera vez una Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el tema de VIH/SIDA, en la que

los derechos humanos se erigió como uno de los aspectos prioritarios en agenda. Si bien en los procesos de discusión se pudo constatar una vez más la existencia de importantes dificultades y obstáculos a la hora de diseñar respuestas acordes con la dignidad integral de las personas, como producto de esta actividad, los Estados adoptaron una Declaración de Compromisos, en la que hay un apartado específico sobre los derechos humanos. En concreto, los Estados se comprometen a adoptar las medidas necesarias para, entre otras cuestiones:

- Promulgar leyes y normas que eliminen todas las formas de discriminación que viven las PVV y las PV, para *“asegurarles el pleno disfrute de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales”*, y desarrollar estrategias para combatir el estigma y la exclusión social.
- Asegurar en particular el acceso de las PVV y las PV a, entre otras cosas, educación, derecho de sucesión, empleo, atención de la salud, servicios sociales y de salud, prevención, apoyo, tratamiento, información y protección jurídica, siempre respetando la intimidad y la confidencialidad.
- Desarrollar estrategias que promuevan el adelanto de la mujer y el pleno disfrute de sus derechos, así como la responsabilidad compartida entre hombres y mujeres, para asegurar relaciones sexuales sin riesgo y en libre consentimiento de las partes.
- Adoptar medidas y establecer estrategias para garantizar a las mujeres servicios de atención a la salud y a la salud reproductiva y sexual, así como la eliminación de todas las formas de discriminación y violencia contra las mujeres.²⁸

3.5 COMPROMISOS REGIONALES E INTERNACIONALES ASUMIDOS POR LOS ESTADOS – GOBIERNOS DE LA REGIÓN DE LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

La epidemia del VIH/ SIDA cada vez más ocupa la agenda formal de los Presidentes y Jefes de Estado y de Gobierno en las Cumbres Iberoamericanas.

²⁸ VIH/SIDA Y DERECHOS HUMANOS MANUAL INTRODUCTORIO Programa Nacional de VIH/SIDA e ITS – MSDS / Acción Ciudadana Contra el SIDA (ACCSI) Programa Conjunto de Naciones para el SIDA (ONUSIDA) Autores: Edgar Carrasco y Enrique González Caracas, 26 enero 2002

Durante la Cumbre realizada en Brasil en julio de 1993 se signó por vez primera una Declaración denominada "Recomendaciones sobre SIDA", que en su aparte 1 referente al Impacto Socioeconómico, acordó: *"A los efectos de determinar el impacto socio-económico de la epidemia y garantizar que la utilización de recursos se lleve a cabo de acuerdo con directrices técnicas y controles administrativos, es necesario desarrollar sistemas de información socioeconómica en prevención y control de VIH/ SIDA. Recomendamos:*

1.1 Definir áreas prioritarias nacionales para la movilización y asignación de recursos financieros, en consideración a la realidad y políticas de salud del país, así como la situación de la epidemia a nivel local, regional y mundial.

1.2 Elaborar protocolos para estudiar en forma sistemática los costos directos e indirectos de la epidemia.

1.3 Desarrollar y/o adaptar metodologías orientadas a evaluar el entorno económico y social de las estrategias de prevención del SIDA.

Durante la I Reunión de Ministros de Salud de Iberoamérica, celebrada en Cuba, en octubre de 1999, la Declaración Final contiene entre las tareas a acometer, la siguiente: *"En relación con el SIDA, dar especial atención al desarrollo de programas nacionales e interpaíses que permitan la investigación y la acción conjunta para la prevención, control, disminución, y el tratamiento adecuado de la enfermedad, incluyendo el acceso de todos nuestros pueblos a sangre segura. Para ello, intensificar los esfuerzos y movilizar todos los sectores de la sociedad, con el objetivo de reducir la transmisión, incluyendo la vertical y la vulnerabilidad de los individuos y de las comunidades."* La II Reunión de Ministros y Ministras de Salud de Iberoamérica, celebrada durante la Cumbre Iberoamericana de Panamá, en octubre de 2000, los Estados y los Gobiernos se comprometieron a implementar condiciones adecuadas de tratamiento integral y acceso universal y gratuito de los tratamientos antirretrovirales. Bajo el título, "Unidos por la Niñez y la Adolescencia, Base de la Justicia y la Equidad en el Nuevo Milenio", se acordó en materia de VIH/ SIDA y acceso a tratamientos ARV y atención integral, lo siguiente:

“Los Ministros y las Ministras de Salud de Iberoamérica reunidos en la ciudad De Panamá, los días 19 y 20 de octubre de 2000, con el propósito de buscar soluciones a los problemas relacionados con la salud de la niñez y adolescencia, en un marco de paz y respeto, con base en los acuerdos internacionales suscritos en la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979), la Convención Sobre los Derechos del Niño (1989), la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (1990), la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994), la IV Conferencia Mundial Sobre la Mujer (1995) y la IX Cumbre de Iberoamérica (1999).”

“Los Ministros y las Ministras de Salud de Iberoamérica, ante el alarmante aumento de la incidencia del VIH/SIDA y de sus implicaciones sociales y económicas, nos comprometemos a poner en ejecución medidas que lleven a incrementar esfuerzos en la prevención y en el tratamiento de la enfermedad, en la población en general, con énfasis en la niñez, adolescencia y mujeres embarazadas. Exhortamos a los países, que aún no lo han hecho, a desarrollar instrumentos legales para la consecución de estos fines.”

“Los Ministros y las Ministras de Salud de Iberoamérica, conscientes de la necesidad de asegurar el acceso a la población de medicamentos y alimentos indispensables para salvar vidas y conservar la salud, en especial de los niños, niñas y adolescentes, expresamos nuestro rechazo por medidas y acciones de cualquier naturaleza y/o procedencia que atenten contra dicho acceso.”

El 29 de septiembre de 2000, la Asamblea de Ministros de Salud de las Américas, adoptó la 13ª Resolución del 42º Consejo Directivo, Oficina Panamericana Sanitaria (OPS), en la que urgió a los países del continente a tener un entendimiento real para prevenir la epidemia del VIH/ SIDA y ofrecer acceso a los tratamientos -incluidos los antirretrovirales- para todas las personas que viven con VIH/ SIDA en estos países. La Resolución aprobada hace un llamado para que consoliden esfuerzos nacionales en la lucha contra el SIDA, haciendo énfasis en la mejora de los informes epidemiológicos, prevención del VIH por la transmisión sexual, prevención vertical y para consumidores de drogas por vía endovenosa. Igualmente se urgió a los países a que continúen tomando las

medidas apropiadas, universales, antes señaladas de acuerdo a los avances de la ciencia. Los Ministros de Salud solicitaron a la OPS que continúe trabajando en el Fondo Rotatorio para la adquisición de suministros vitales para la salud pública, tales como: compra de medicamentos a bajos precios y a que facilite el intercambio de información y precios de los ARV. La Resolución E/CN.4/2001/L50 ECOSOC de la Comisión de Derechos Humanos hace un llamado en el ámbito internacional a los Estados Miembros: "Para facilitar, siempre que sea posible, el acceso en otros países a las tecnologías esenciales de prevención, cura o alivio, productos farmacéuticos o médicos utilizados para tratar pandemias como el VIH / SIDA o las infecciones oportunistas más frecuentes que las acompañan, así como ampliar la cooperación necesaria, siempre posible, especialmente en situaciones de emergencia." Esta resolución fue propuesta por el Brasil y aprobada con el voto de varios países latinoamericanos y del Caribe, a saber: Argentina, Guatemala, Dominicana, Chile, Honduras, Uruguay, Colombia, México, Costa Rica, Nicaragua, Cuba, Paraguay, El Salvador, Panamá, Ecuador y Perú. Hay que destacar que de este grupo de países a 8 les fueron impuestas obligaciones provenientes de Medidas Cautelares dictadas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, las cuales fueron dictadas posteriormente a la firma de dicha Resolución. En junio del año 2001 los países de Latinoamérica y del Caribe, como Estados Miembros de las Naciones Unidas, signaron la *"Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA"*, durante el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

La Declaración acuerda que el respeto a los derechos humanos y las libertades fundamentales son indispensables para reducir la vulnerabilidad al VIH/SIDA e impulsar acciones eficaces contra la epidemia. Por tanto la Declaración se fija una serie de metas acordadas por los Estados Miembros, entre las que se encuentran la "Atención, apoyo y tratamiento", a este respecto el artículo 55, acuerda: *"Para 2003, asegurarse de que, en estrecha colaboración con la comunidad internacional, incluidos los gobiernos y las organizaciones intergubernamentales competentes, así como la sociedad civil y el sector empresarial, se establezcan estrategias nacionales, apoyadas por estrategias*

regionales e internacionales, a fin de fortalecer los sistemas de atención de la salud y hacer frente a los factores que afectan el suministro de medicamentos contra el VIH, incluidos los medicamentos antirretrovirales, como, entre otros, la asequibilidad y el precio, incluida la fijación de precios diferenciados, y la capacidad de los sistemas técnico y de atención de la salud. Asimismo, y con carácter de urgencia, hacer todo lo posible por proporcionar en forma gradual y sostenible el tratamiento de la más alta calidad posible para el VIH/SIDA, incluidos la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas y la utilización eficaz de la terapia antirretroviral, en forma cuidadosa y vigilada y bajo control de la calidad, para mejorar la adhesión al tratamiento y su eficacia, y reducir el riesgo de crear resistencia; Cooperar constructivamente para mejorar la normas y prácticas farmacéuticas, incluidas las aplicables a los medicamentos genéricos y a los regímenes de propiedad intelectual, a fin de promover más la innovación y el establecimiento de industrias nacionales en forma compatible con el derecho internacional.”Estas declaraciones contienen un fuerte compromiso internacional de parte de los Estados- Gobiernos signatarios. Además, revela el compromiso político de los Estados de asumir con urgencia la problemática de la epidemia, determinando un marco de acción. Estos compromisos hacen muy visible la importancia que la epidemia ha cobrado últimamente en los foros regionales relacionados con la salud. Igualmente suponen un bagaje de herramientas político declarativas relevantes, a la hora de plantearse nuevas necesidades de la población, en los países en donde la justicia todavía no ha reconocido el derecho que emana de estos instrumentos internacionales. Finalmente señalamos que en fecha 25-26 de julio de 2002, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Programa Conjunto de Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA) convocaron a una reunión de trabajo a un grupo de expertos internacionales a fin de reformar la directriz No. 6 de las Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos (Ginebra, 1996), relacionada con el “Acceso a la prevención, tratamientos, asistencia y apoyo”. El trabajo concluyó con una actualizada redacción que recomienda: “Los Estados deberían adoptar medidas de políticas para la regulación de los bienes

relacionados con el VIH, servicios e información, a fin de garantizar una amplia disponibilidad de medidas y servicios de prevención, adecuada información y prevención del VIH, atención y medicación inocua y eficaz a un precio asequible, los Estados deberían también tomar las medidas necesarias para asegurar a todas las personas, sobre una base sostenida e igualitaria, la disponibilidad y accesibilidad de los productos de calidad, servicios e información para prevención del VIH / SIDA, tratamiento, atención y apoyo, incluidos los medicamentos antirretrovirales y otros seguros y eficaces, el diagnóstico y tecnologías relacionadas para la atención preventiva, curativa y paliativa del VIH / SIDA y las infecciones oportunistas. Los Estados debería adoptar las medidas, tanto a nivel nacional e internacional, con particular atención a las personas vulnerables y las poblaciones.²⁹

Leyes Especiales de VIH/Sida vigentes en la Sub-Región Centroamericana³⁰

País	Nombre de la Ley
Guatemala	Ley general para el combate del virus de la Inmunodeficiencia Adquirida-SIDA y de la promoción y defensa de los derechos humanos ante el VIH/SIDA Decreto No 27-2000
El Salvador	Ley de prevención y control de la infección provocada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana Decreto No 588 24-10-2001
Honduras	Ley especial sobre VIH/SIDA Decreto No 147-99
Nicaragua	Ley de promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA Ley No 238 (14.10.96)
Costa Rica	Ley general sobre el VIH/SIDA Ley No 7771 (20.04.98) Numero 7

²⁹ Informe sobre la situación de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) y acceso a la atención integral y los tratamientos antirretrovirales (ARV) en América Latina y el Caribe. Presentado a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Washington D.C., 16 de Octubre de 2002

³⁰ Los derechos humanos en las normas sobre el VIH/SIDA en México y Centroamérica. 1993-2000 Silvia Magali Cuadra-Hernández, Soc, René Leyva-Flores, MC, M en MS, Daniel Hernández-Rosete, Soc, M en Ant Soc, Mario N Bronfman-Pertzovsky, Dr.

Panamá	Ley general sobre las infecciones de transmisión sexual , el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y el SIDA Ley No 3 (05.01.00)
---------------	---

3.6 DERECHOS HUMANOS Y VIH EN GUATEMALA

La Política de estado sobre VIH/SIDA e ITS (2004) considera que sin un adecuado control la epidemia tendrá en el país un efecto socioeconómico devastador similar al impacto en los países africanos. Sin embargo, la respuesta nacional al VIH/SIDA en Guatemala es como un rompecabezas, donde confluyen una serie de actores nacionales y cooperantes internacionales para brindar una respuesta al VIH/SIDA desde hace 22 años.

Desde la aprobación del Decreto 54-95 en 1995 se declara el VIH/SIDA como un problema social de urgencia nacional. Esto es reafirmado por la Ley de VIH/SIDA, aprobada en junio del año 2000. Esta ley da origen al Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA (PNS), en el seno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

En 1987, se crea la Comisión Nacional para la Vigilancia y Control del SIDA (CONAVISIDA). El Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA es la instancia gubernamental que implementa los mecanismos necesarios para la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las ITS/VIH/SIDA y que garantiza el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas enfermedades. Con la Ley del VIH/SIDA se inicia la fase del fortalecimiento del PNS como una figura legal, en la cual se establece como un Programa prioritario. El PNS empezó a ejecutar el programa a partir del 2002. El Plan Estratégico Nacional sobre ITS/VIH/SIDA, 1999-2003 fue desarrollado en 1999.

Su preparación fue dirigida por el MSPAS a través del PNS y contó con una amplia participación activa de varios sectores de la sociedad incluyendo Organizaciones No Gubernamentales, los grupos de personas que viven con VIH/SIDA, el sector privado, las instituciones religiosas y organismos bilaterales y

multilaterales de cooperación. Este PEN (Plan estratégico nacional) fue revisado y actualizado en el año 2001.

Varios compromisos internacionales y nacionales que el Estado de Guatemala ha adquirido han servido de base para la elaboración e implementación del PEN 1999-2004.

Guatemala se comprometió a alcanzar los Objetivos del Desarrollo del Milenio, los indicadores UNGASS, y con el Fondo Mundial a disminuir la transmisión madre-hijo de un 30% a un 5% en los embarazos asistidos por los servicios de salud públicos, reducción de la mortalidad por SIDA en un 30% en 3 años y en un 50% en 5 años en las áreas prioritarias y a reducir la morbilidad por infecciones oportunistas.³¹

El PNS desarrolló una serie de talleres de consulta. Los participantes identificaron que el tratamiento centralizado que se da en el país es el primer obstáculo por vencer. Otros problemas detectados, y a ser resuelto con urgencia fueron el diagnóstico tardío, el seguimiento deficiente y la falta de apoyo a las PVVS y a su familia.

A partir de la Ley del VIH/SIDA se incluye en la Ley un presupuesto de 5 millones de quetzales (cerca de 500.000 dólares americanos) anuales para el funcionamiento del PNS.

El presupuesto se aumentó a 7 millones para el 2003 y 2004, a 10 millones para el 2005. En el 2006, el Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria aportó \$8.4 millones de dólares. Los fondos están asignados en su mayoría para el suministro de medicamentos a las personas guatemaltecas viviendo con SIDA.

MARCO LEGAL Y REGULADOR

La Ley General para el Combate del VIH/SIDA y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA fue aprobada en el año 2000 y reglamentada en el año 2002. Con esta ley se consolida un

³¹ Política de Estado, MSPAS, 2005.

proceso de esfuerzos de la sociedad civil y del gobierno por elaborar una legislación en materia de VIH/SIDA que declare a la epidemia como asunto de interés público. La Ley establece un organismo responsable de la política nacional que formule mecanismos de prevención y establezca un sistema de vigilancia epidemiológica. En relación a los derechos humanos, la Ley protege a las PVVS de la discriminación, violación de la confidencialidad, autonomía, privacidad, atención integral en salud, trabajo y educación.

La Constitución establece que los tratados y convenios internacionales de derechos humanos tienen fuerza constitucional. Desde 1986 hasta la fecha, una serie de instrumentos legales, de carácter nacional, que contienen normas, reglas y directrices sobre el manejo del VIH/SIDA como epidemia, y sobre la prevención y tratamiento de las PVVS. Estos instrumentos incluyen el Código de Trabajo, el Código Penal y el Código de Salud; los Reglamentos para el Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual; la Ley General del VIH/SIDA y su Reglamento; la Ley de Desarrollo Social; la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; el Reglamento General sobre Higiene y Seguridad en el trabajo; la Ley sobre Bancos de Sangres y Servicios de Medicina Transfusional, y la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia. De acuerdo a los expertos, la estructura jurídica del tema de VIH/SIDA en Guatemala, está adecuadamente cubierta en términos de protección. Entre los principales puntos fuertes, se destacan:

- Declaratoria del VIH/SIDA como asunto de interés público;
- Creación de una entidad responsable de la política nacional;
- Financiamiento de la política y de sus programas;
- Creación de mecanismos de prevención;
- Establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica;
- Prohibición de pruebas masivas y obligatorias;
- Regulación de la donación de productos humanos; y
- Previsión de la participación de la sociedad civil.

En términos de derechos, la legislación incluye: no discriminación, confidencialidad, autonomía, intimidad personal, libertad y movilización, no

aislamiento, acceso y recepción de información, salud y atención integral, trabajo, educación y recreación. Sin embargo, la misma dinámica de formulación legal ha llevado a tener una serie de códigos, leyes y reglamentos que se contradicen entre sí, dando lugar a la posibilidad de discriminación arbitraria, en el momento de aplicar la legislación. Por ejemplo, un patrón puede obligar a un empleado contratado o a contratar a que se haga una prueba de VIH/SIDA, sobre la base del Código de Trabajo (Art. 203), aunque la legislación en VIH/SIDA (Art. 22 y 43 de la Ley del VIH/SIDA) diga lo contrario. Este tipo de contradicciones deberían ser resueltas en el corto plazo. Por otra parte un obstáculo mayor es “ *la ausencia de mecanismos jurídicos para el cumplimiento de la Ley del VIH/SIDA y las normas internacionales de derechos humanos*”. La evaluación de la legislación en Guatemala aplicando el protocolo de discriminación arbitraria de ONUSIDA³² muestran los siguientes resultados:

Asistencia sanitaria. La legislación VIH/SIDA contempla condiciones en dos de los siete aspectos que se evalúan en este tema. El primero, referente a la realización de pruebas de VIH sin conocimiento, está previsto en el artículo 20 de la Ley del VIH/SIDA, que dispone que se realizará la prueba de forma obligatoria bajo un criterio médico, para donación de sangre y para fines procesales penales. El segundo aspecto se refiere a la obligación de que las PVVS notifiquen a su pareja habitual o casual. El decreto 27-2000 y la Ley General de SIDA establecen, además, la garantía de que no se realizarán pruebas de detección de VIH para tener acceso a la educación, a trabajos, a la atención médica, al ingreso al país y a bienes o servicios.

Se han detectado actos de discriminación como: negación de tratamiento basado en resultados de pruebas de VIH/SIDA; realización de pruebas del VIH sin conocimiento o sin confidencialidad; divulgación de nombres de personas que son VIH-positivas, o permitiendo que, de forma consciente o negligente, se consulten archivos confidenciales.

La Sala Constitucional de la Corte ha obligado a suministrar el tratamiento. También se encontraron casos en los cuales la Procuraduría y la Comisión

³² ONUSIDA. Formulario para evaluación de discriminación. Anexo 1

Interamericana de Derechos Humanos intervinieron para garantizar el acceso de los medicamentos ARV a la población que lo solicitaba.

El artículo 25 de la Ley de VIH/SIDA indica que se debe dar información del diagnóstico a la pareja, cuando la persona que vive con VIH/SIDA se niegue o no pueda notificar a su pareja habitual o casual sobre el mismo. El médico o algún integrante del personal de salud deberán notificar a la pareja, según los procedimientos previstos en la reglamentación de esta ley, respetando, en todo momento, la dignidad humana, los derechos humanos y la confidencialidad de las personas.

Sin embargo algunas ONGs de PVVS reportan casos de violaciones de confidencialidad, tanto en el sector público como en el privado. Muchas de las denuncias señalan situaciones de falta de privacidad en relación a divulgación de nombres y o acceso a bases de datos sin autorización legal.

Empleo. La legislación guatemalteca prevé la protección de las PVVS del estigma y la discriminación en el ámbito laboral, en los siete aspectos que se evalúan en este área. Sin embargo, la misma legislación contiene disposiciones que resultan en la falta de confidencialidad, como lo estipulado en el art. 20 citado anteriormente. Además el patrón puede solicitar la prueba de VIH a su empleado, amparado en el art. 203 del Código de Trabajo: *“Todos los trabajadores que se ocupen en el manipuleo, fabricación o expendio de productos alimenticios para el consumo público, deben proveerse cada mes de un certificado médico que acredite que no padecen de enfermedades infecto-contagiosas o capaces de inhabilitarlos para el desempeño de su oficio. A este certificado médico es aplicable lo dispuesto en el artículo 163 que regula el trabajo doméstico y que prescribe además que antes de formalizar el contrato de trabajo y como requisito esencial de éste debe de exigirse la presentación de un certificado de buena salud...”*.

Las normas referentes a las pruebas obligatorias anteriores a la contratación y a las pruebas obligatorias durante el desempeño del trabajo, aparecen en la legislación guatemalteca, y también ocurren en la práctica. Por otra parte, la falta de confidencialidad sobre el estado serológico respecto al VIH/SIDA,

el despido, o cambio(s) en las condiciones de empleo, por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA y la denegación de empleo por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA son hechos que están ocurriendo en la práctica, en Guatemala.

En el Código de Trabajo, Artículo 63 inciso f, se obliga a todo trabajador a someterse a reconocimiento médico, ya sea al solicitar su ingreso a un trabajo o durante su trabajo, a solicitud del empleador, para comprobar que no padece ninguna incapacidad permanente o alguna enfermedad profesional, *contagiosa o incurable*, o a petición del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con cualquier motivo.

Aunque no existe denuncia alguna hasta el momento, el personal de las ONG de PVVS señalan que algunas empresas, en especial las que manejan alimentos, la policía nacional civil, los bancos, entre otros, exigen la prueba de detección de VIH para contratar personal, aunque no esté establecido por escrito en los reglamentos o lineamientos internos de dichas empresas y/o instituciones. En la práctica, estos casos son presentados por las ONGs para su procesamiento a los inspectores de trabajo del Ministerio de Trabajo y de la Procuraduría de Derechos Humanos.

Con respecto a la falta de confidencialidad sobre el estado serológico de la persona portadora del virus, aunque no existen denuncias específicas al respecto, muchas de las demandas presentadas en este formulario son consecuencia de la falta de confidencialidad acerca del estado serológico de la persona respecto al SIDA. Esto ocurre a diferentes niveles, tanto gubernamental como en laboratorios privados, en empresas, en hospitales y en centros de salud. Sobre el despido, o cambio(s) en las condiciones de empleo, en razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA, se registra el caso número 368-2002 en el Juzgado de primera instancia de Trabajo y Previsión Social, en agosto del 2002, por despido injustificado y discriminación por ser PVVS, contra una empresa privada de manejo de alimentos. En junio de 2003, por acuerdo de ambas partes, se resolvió el pago de prestaciones, de daños y perjuicios y una disculpa pública por parte de la empresa a la persona viviendo con VIH/SIDA.

Servicios públicos y otros. La negación o la restricción del acceso a instalaciones y servicios públicos en razón del estado serológico (VIH/SIDA) no aparecen en ninguna ley. Sin embargo en la práctica, el acceso de grupos vulnerables a cuidados de salud y tratamiento es limitado. Investigaciones y entrevistas realizadas por ONGs no encontraron reclamos o anomalías legales. Aparentemente hay dos razones por las que pocas demandas se han establecido en relación al VIH/SIDA: por la falta de confianza en el sistema legal hay poca capacidad para presentar demandas, y que las demandas requieren que éstas se realicen en forma presencial lo que en si expone al demandante a comunicar su estado serológico.

Bienestar Social, vivienda, educación y familia y salud reproductiva. Ninguna ley prevé la denegación o la restricción del acceso a prestaciones de quienes son portadores del VIH. No existe en la legislación mención de la necesidad de someterse a una prueba, declarar el estado serológico o presentar certificado de negatividad del VIH, para acceder a la vivienda o al derecho de permanencia. Tampoco que niegue el acceso o que imponga alguna restricción a la educación, en razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA. Hay sin embargo varios casos de discriminación debido al estado serológico. Aunque no existe ninguna demanda legal, se sabe de instituciones educativas privadas que niegan el acceso a la educación a niños/as por su estado de seropositividad. Esto sucedió con niños/as seropositivos que se encuentran en el Hospicio San José. El Hospicio San José hizo declaraciones públicas en diferentes medios de comunicación documentando la dificultad que tienen los niños/niñas que viven con VIH/SIDA para recibir educación. Ninguna disposición exige pruebas prematrimoniales y prenatales, ni aborto o esterilización para las mujeres con VIH/SIDA. Sin embargo hay una demanda presentada ante la Procuraduría de los DDHH de Totonicapán por sustracción de dos menores de edad. La madre es seropositiva y la familia del esposo sustrajo a los niños. La demanda está en proceso.

Seguros y otros servicios financieros. No hay indicios de que los tres aspectos evaluados estén previstos en los instrumentos jurídicos de la legislación guatemalteca.. La investigación mostró que existe un vacío en el tema de la

denegación o restricción al acceso a líneas de crédito en razón del estado serológico (VIH/SIDA) o por pertenecer aun grupo de alto riesgo de VIH. En la práctica ocurren casos de denegación o restricción en la contratación de seguros (por ejemplo, seguros de vida), en razón del estado serológico (VIH/SIDA) o de la pertenencia a un grupo considerado de alto riesgo de VIH.

Aunque no existen demandas al respecto, ni lineamientos internos escritos de las empresas aseguradoras, se niega el acceso a seguros médicos y de vida a cualquier persona que sea portadora del virus en razón de la elevada probabilidad de muerte de las PVVS.

Respuesta a la discriminación arbitraria. Las PVVS y demás personas que sufren discriminación a causa del VIH/SIDA pueden acudir a grupos de apoyo a fin de conocer los instrumentos legales para presentar posibles demandas. Algunos ejemplos de grupos de apoyo a las PVVS son: la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha Contra el SIDA y la Procuraduría de los DDHH de Guatemala. Ambos cuentan con un protocolo sobre estigma y discriminación que se presentó el año pasado, pero que aún falta divulgar y socializar para su aplicación por la Red Regional de DDHH y VIH, capítulo Guatemala. Esta Red Regional está apoyada por PASCA e integrada por 12 organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. En esta red se está elaborando un protocolo regional y se llevará a cabo una labor con la PDH, a través de 10 oficinas ubicadas en las zonas de mayor prevalencia del país, a fin de investigar los casos de denuncias por violaciones a DDHH. Se ha creado una página Web con la Red Regional de DDHH y VIH en la que se documentarán los casos y se continuará la investigación de los mismos.

3.7 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y VIH/SIDA

Cuenta una mujer indígena seropositiva de Malacatán (San Marcos) :murió mi esposo de SIDA y ahí me quede sufriendo entonces como una niña .Yo no podía manejar dinero, ni trabajo, ni como dar gasto a la familia. Ya ve, la vida de una

*mujer cuesta entre los hombres y peor la vida de una mujer enferma y sola con hijos. Me quedé como un pájaro entre ramas secas*³³

Feminización de la epidemia en Latinoamérica : las más invisibles de los invisibles.

UNAIDS, estima que 1,8 millones de personas viven con VIH / SIDA en América Latina y el Caribe. Las mujeres representan entre el 14 – 45%. El patrón de la epidemia ha cambiado. Estas regiones tienen además los índices de inequidad más altos del mundo en desarrollo, con grandes poblaciones excluidas. Los grandes excluidos son: grupos indígenas, mujeres, personas con discapacidad, personas HIV positivas y grupos de origen africano. Hablar de exclusión social, es hablar de escasez crónica de oportunidades y de falta de acceso a servicios básicos de calidad, a los mercados laborales y de crédito, a condiciones físicas y de infraestructura adecuada y al sistema de justicia. Según un informe presentado por la Defensoría de la Mujer Indígena en Guatemala (abril 2003) , primer reporte en la historia del país que cuenta con datos de mujeres indígenas , pone de manifiesto que son ellas las que mayores problemas enfrentan en comparación con el resto de la población. La mayor parte de las mujeres indígenas , viven en condiciones de extrema pobreza, su jornada laboral rebasa las 14 horas diarias , ganan un 36 % menos que las mujeres no indígenas , ganan un 34 % menos que los varones por igual trabajo y nivel educativo , no cuentan con acceso a servicios básicos, como la salud y la educación , ni al sistema de justicia, ni participan políticamente. Todos estos factores hacen que al convertirse en adultas mayores, las indígenas tengan muy pocas posibilidades de llevar una vida digna. De hecho, únicamente el 9,5 % cuenta con una pensión, según datos del Informe de Desarrollo Humano 2002. Las mujeres figuran únicamente como reproductoras y soportes de la atención familiar, descuidando su propia salud. El racismo y el machismo institucionalizado provocan limitaciones para acceder a la educación, salud, justicia y tener una mejor calidad de vida. La mayoría desconoce sus derechos y por temor calla las situaciones de violencia de que es víctima. En los

³³ DERECHOS MUJER: La Caja de Pandora : Sida y mujeres indígenas en Guatemala

últimos años el SIDA se ha extendido en forma acelerada entre las mujeres . En 1988 tenía SIDA 1 mujer por cada 14,5 hombres, y en los últimos años la relación pasó a ser una mujer por cada 3,2 hombres. En Latinoamérica ésta feminización tiene relación con la vulnerabilidad social e institucional de las mujeres (aún mayor en indígenas) - Las jóvenes de familias pobres con empleos precarios o sin empleo, tienen menos posibilidades de informarse sobre prevención y protección de su salud. Cuentan con escasas opciones para atender problemas relacionados con nutrición, saneamiento, efectos de la violencia, enfermedades de transmisión sexual, HIV, enfermedades crónicas, salud mental y sexual, entre otras.- Además de la indefensión por razones económicas y sociales , las jóvenes están en general más expuestas por razones de género. Los roles tradicionales indican que las mujeres deben ser ignorantes y pasivas y se valora su virginidad. Mientras que en los varones, se tolera la multiplicidad de compañeras sexuales...³⁴.

Definición Derechos Sexuales y Reproductivos

Los Derechos Sexuales y Reproductivos son el reflejo del carácter progresivo de los Derechos Humanos y constituyen una respuesta al avance de la ciencia y la tecnología en relación a los cuidados médicos disponibles para todos aquellos aspectos referidos a la Salud Sexual y Reproductiva. Ello es concordante con los planteamientos de Valdés, para quien los Derechos Sexuales y Reproductivos, así como el concepto de ciudadanía se encuentran en permanente evolución y constituyen el resultado de las luchas de los organismos de la sociedad civil³⁵.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos son una consecuencia directa de la definición de la Salud Reproductiva expresada en La Declaración de la Conferencia de Naciones Unidas sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, donde se la entiende como *“un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Las*

³⁴ MUJER, SEXUALIDAD Y SIDA" M. Bianco, Laura Pagani y María Inés Re. Noviembre 1998

³⁵ Valdés, 2002

personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos. La atención de la Salud Reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”³⁶

Otra definición complementaria es la elaborada por Gabarra, quien señala que *“los Derechos Reproductivos y Sexuales son aquellos que reconocen la facultad de las personas para tomar decisiones libres respecto a su capacidad reproductiva y su vida sexual”*. Esto implica que *“todas las personas deben tener acceso igualitario, sin distinción de sexo, edad, condición cultural, socioeconómica a la realización plena, segura y libre de la vida sexual, la libre opción de la maternidad/paternidad y la planificación familiar voluntaria y responsable”³⁷*

A partir de diversas conferencias internacionales ³⁸ se ha aceptado que *“los Derechos Sexuales y Reproductivos se deben encarar con un enfoque más integral, que incluye defender los derechos de las personas a tomar decisiones libres y responsables sobre su sexualidad y su reproducción, sin estar sujetos a ningún tipo de coerción, discriminación o violencia”³⁹*

Así, **los Derechos Sexuales** incluyen el derecho humano a tener control respecto de su sexualidad, incluida su Salud Sexual y Reproductiva, y a decidir

³⁶ CCMM Plataforma 94,97; CIPD 7.2. Citado por Alcalá, 1995: 16-17

³⁷ Gabarra, 1998

³⁸ Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo 1994, La Conferencia Mundial de Desarrollo Social de Copenhague de 1995 y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing en 1995

³⁹ Nogueira, 2002

libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, sin coerción, discriminación y violencia.⁴⁰

Esto significa que la Salud Sexual y Reproductiva conlleva el reconocimiento del derecho a *“tener relaciones sexuales gratificantes sin coerción, sin temor a la infección o a los embarazos no deseados; la posibilidad de poder regular la fecundidad sin el riesgo de efectos secundarios peligrosos, el derecho a un embarazo y a un parto seguro, el derecho a dar a luz y a criar niños saludables”*⁴¹.

De acuerdo a Lubertino, una sexualidad sana supone⁴²:

- La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva y para regularla de conformidad con una ética personal y social;
- La ausencia de temores, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas u otros factores psicológicos que inhiban la relación sexual, impidiendo la plenitud del placer;
- La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva.

A diferencia de lo que ocurre con los Derechos Sexuales, **los Derechos Reproductivos** abarcan ciertos Derechos Humanos ya reconocidos en documentos nacionales e internacionales sobre esta materia⁴³, entre ellos: *“El derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de Salud Sexual y Reproductiva; el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia”*⁴⁴.

⁴⁰ Alcalá, 1995: 16-17

⁴¹ Nogueira, 2002.

⁴² Lubertino 1996.

⁴³ Al respecto Alcalá (1995) señala que “aunque el término ‘Derechos Sexuales’ no aparece en acuerdos internacionales, su definición y contenido se aprobaron dentro del marco de los Derechos Humanos en la Plataforma de Acción de Beijing, párrafo 96. Es digno de observar que incluso los gobiernos que expresaron reservas en oposición a los ‘Derechos Sexuales’ utilizaron el término en sus declaraciones en la sesión de clausura de la Conferencia de Beijing”.

⁴⁴ CCMM Plataforma 95,97,216,223; CIPD Principio 8, 7.3; CMDH Programa 41; CED 16.1(e) Citado por Alcalá, 1995

Sin una pretensión de realizar una enumeración excluyente, Lubertino plantea que podemos pensar como Derechos Sexuales, reproductivos y /o vinculados a la maternidad / paternidad -aunque diferenciados entre sí- los siguientes⁴⁵:

- El derecho al libre ejercicio de la sexualidad, sin discriminaciones ni violencia de ningún tipo;
- El derecho al placer sexual;
- El derecho sobre el propio cuerpo (que es más abarcativo que lo sexual o lo reproductivo);
- El derecho a la educación sexual;
- El derecho al acceso a la información y a los servicios de anticoncepción;
- El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones de seguridad e higiene;
- El derecho a la maternidad / paternidad voluntaria y responsable -como función social- derecho al acceso a la información y al tratamiento, en su caso, frente a la esterilidad;
- El derecho a la maternidad / paternidad adoptiva;
- El derecho de la embarazada y/o de la pareja a una orientación durante el embarazo y hacia el parto y la crianza del hijo/a;
- El derecho a la atención y asistencia materno-infantil integral, humanizada y gratuita, incluyendo los controles prenatales, la asistencia hacia el trabajo de parto y el puerperio;
- El derecho de la pareja embarazada al ejercicio de su sexualidad...

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, la Salud Sexual y Reproductiva (de las mujeres) incluye, en la actualidad, los siguientes componentes:

- Información en Sexualidad y Consejería;
- Trastornos menstruales, anticoncepción y enfermedades del sistema reproductivo;

⁴⁵ Lubertino, 1996.

- Embarazo en las adolescentes;
- Atención del embarazo y el parto, embarazos no deseados o repetidos con intervalos demasiado cortos;
- Manejo y tratamiento de la menopausia y el climaterio

Otros tópicos relevantes son:

- Manejo y tratamiento de emergencias obstétricas y neonatales;
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad;
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH / SIDA;
- La prevención del aborto y el tratamiento de sus complicaciones y el cáncer

Además de estos aspectos de la salud de las mujeres, la preocupación por los Derechos Sexuales y Reproductivos debe incluir la atención a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la violencia doméstica, las leyes y políticas que afectan la Salud Sexual y Reproductiva, la explotación sexual de mujeres y niños, las necesidades de mujeres migrantes y/o refugiadas o aquellas afectadas por desastres naturales o algún tipo de discapacidad y, por último, la participación de los hombres en las decisiones vinculadas a la Salud Sexual y Reproductiva. Los Derechos Sexuales y Reproductivos se fundamentan en el derecho de las personas a ejercer plenamente su capacidad sexual y reproductiva y el control sobre el propio cuerpo y su salud. Se basan además en considerar a las personas sujetos capaces de decidir en forma autónoma sobre su sexualidad y reproducción y en la igualdad entre varones y mujeres para que compartan el compromiso respecto a la reproducción. La igualdad de compromiso no significa que ambos estén situados en igual forma frente a la reproducción. Las mujeres, por razones biológicas (embarazo, parto y amamantamiento) y socioculturales (asignación de roles, género) tienen frente a la reproducción una implicancia

mayor, su situación es diferente y esto debe ser considerado a la hora de determinar quienes deciden sobre la misma⁴⁶.

Principios básicos implícitos en los Derechos Sexuales y Reproductivos

- Son Derechos Humanos
- No son políticas de Población
- Reconocen autonomía y libertades personales

Historia de los Derechos Sexuales y Reproductivos⁴⁷

De acuerdo a Vega (1998) la primera formulación expresa de los Derechos Reproductivos acontece en la *Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo* celebrada en El Cairo en 1994 (par. 7.3), y reaparece con redacción similar al año siguiente en la *IV Conferencia Mundial de la Mujer*, en Pekín. En el plan de acción de El Cairo se afirmó que: *“Los Derechos Reproductivos abarcan ciertos Derechos Humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre Derechos Humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de Salud Sexual y Reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en lo documentos de Derechos Humanos. En el ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos debe ser la base primordial de las*

⁴⁶ Gabarra, 1998.

⁴⁷ Visibilidad, Voces Y Visiones: Una Llamada A La Acción De Mujeres Seropositivas A Los Dirigentescomunidad Internacional De Mujeres Viviendo Con Vih/Sida (I Cw)

políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia"⁴⁸.

El Programa de Acción de la CIPD, y la Plataforma de Acción de Beijing reconocen los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos, por lo que los afirman como una parte inalienable, integral e indivisible de los Derechos Humanos universales.

Los Derechos Reproductivos y Sexuales son Derechos Humanos

Los Derechos Reproductivos y Sexuales se vinculan a los Derechos Humanos a partir de la Conferencia sobre Derechos Humanos de Viena, en 1993, la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo de 1994 y La Conferencia Internacional sobre la Mujer de Beijing en 1995.

Conferencia DDHH-Viena 1993: "Los Derechos Humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los Derechos Humanos universales".

Conferencia de Población, El Cairo 1995, párrafo 7.3: "Los Derechos Reproductivos reposan en el reconocimiento básico del derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el espaciamiento y oportunidad de tener hijos, y a tener la información y los medios para hacerlo, y el derecho a alcanzar el más elevado standard de Salud Sexual y Reproductiva libres de discriminación, coerción y atención a la promoción del respeto mutuo y relaciones de género equitativas"

Declaración de Beijing 1995: "Los Derechos Humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su Salud Sexual y Reproductiva, y decidir libremente sobre estas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia". Los Derechos Sexuales y Reproductivos han sido identificados como un cimiento del desarrollo. El descuido de la salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos es la base de

⁴⁸ Vega, 1998

muchos de los problemas que la comunidad internacional ha identificado como urgentes, entre ellos la violencia, el abuso sexual y la violación de las mujeres y los niños; el VIH/SIDA; la mortalidad materna; el embarazo de adolescentes; los niños abandonados; las prácticas dañinas, tales como la mutilación genital femenina; el crecimiento de la población; el predominio de las mujeres y los jóvenes en los grupos pobres de la sociedad; y la violación de los Derechos Humanos fundamentales y de la dignidad humana, incluidos los derechos básicos a la seguridad y la libertad de la persona.

Espacios vacíos sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con virus de VIH⁴⁹

Tres de los Objetivos Desarrollo del Milenio aprobados por la ONU están directamente relacionados con la salud reproductiva de las mujeres que viven con VIH.19 El propósito del Objetivo 3 es promover la equidad de género y la autonomía de las mujeres; el Objetivo 5 es mejorar la salud materna, mientras que el Objetivo 6 se concentra en detener y revertir la propagación de infección por VIH (así como la malaria y otras enfermedades). Además, la Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA de ONUSIDA ha reconocido que la vulnerabilidad de las mujeres y niñas a contagiarse con VIH y el impacto del SIDA están asociados con las desigualdades de género y las normas sociales que deben ser cuestionadas.

Para garantizar el cumplimiento de todos los derechos reproductivos de las mujeres afectadas por el VIH/SIDA, las políticas y los programas deben cuestionar específicamente las desigualdades y las normas con prejuicios de género en cuanto a las áreas relativamente desatendidas de la salud de las mujeres. Entre estas áreas desatendidas se encuentran:

- Asegurar que las mujeres infectadas con VIH y sus redes de apoyo participen tanto en la formulación de políticas como en la implementación de programas de atención de la salud reproductiva.

⁴⁹ de Bruyn, Maria. 2006. Cumpliendo los derechos reproductivos de mujeres afectadas por el VIH/SIDA. Una herramienta para monitorear el logro de tres Objetivos de Desarrollo del Milenio. Versión actualizada. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

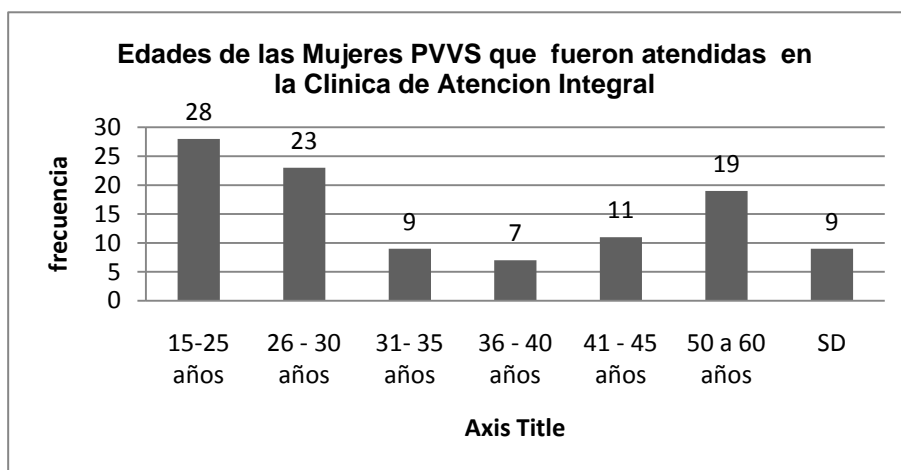
- Ampliar el acceso a la asesoría y pruebas voluntarias (APV) de VIH, y asegurar que ninguna mujer sea forzada a ello, incluidas las mujeres que reciben atención posparto,
- anticoncepción de emergencia y servicios especiales por violación, así como atención relacionada con el aborto.
- Ampliar el acceso a profilaxis post-exposición (PEP en inglés) después de tener relaciones sexuales sin protección, incluso después de agresión sexual, como una medida para disminuir la transmisión del VIH.
- Ampliar el acceso a los métodos anticonceptivos modernos, incluida la anticoncepción de emergencia, y asegurar que el suministro de información sobre los métodos anticonceptivos responda a las necesidades de las mujeres que viven con VIH.
- Garantizar que las mujeres VIH-positivas tengan el derecho a ser madres en el momento que así lo deseen, y que reciban el apoyo para hacerlo, sin condenas ni censuras, y con acceso a servicios prenatales, perinatales y posparto.
- Asegurar que la esterilización de una mujer VIH-positiva ocurra sólo cuando ella haya dado su pleno consentimiento informado y sin presiones.
- Asegurar que los programas de salud reproductiva para mujeres VIH-positivas incluyan atención post aborto de alta calidad y medidas que permitan a las mujeres acceder a los servicios de aborto seguro y legal.
- Incrementar la visibilidad y accesibilidad de las técnicas de reproducción asistida, así como posibilidades de adopción temporal o permanente como opciones

CAPITULO IV PRESENTACION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En base al estudio realizado en la clínica de Atención Integral Dr. Isaac Cohen Acahé, durante el año 2009 con una muestra de 40% de la población activa durante ese año, se conformo la muestra de estudio con 106 mujeres, las cuales viven con el virus del VIH (PVVS), el grupo a estudiar presento las siguientes características:

En la grafica No. 1 se desglosa la población estudiada en base a su edad, siendo relevante que 51 de las 106 (48%) de las mujeres consultantes son menores de 30 años, importante para los programas de prevención es el dato, que la edad 15 a 25 años tiene la frecuencia más elevada de todo el estudio, por lo cual las niñas/adolescentes son que las se están infectando con mayor facilidad. Asociado a ello, esta población se encuentra en la edad de mayor actividad reproductiva en el aspecto biológico y productivo en el aspecto económico, por lo cual estamos ante una epidemia, cada vez más de rostro femenino y joven que tiene una repercusión importante a nivel socioeconómico. Se tiene un aumento de la frecuencia entre mujeres de entre 50 – 60 años consiste en el 19 de 106 (18%) que nos enfrenta a problemas de salud de la tercera edad, asociado a una recuperación más complicada de la inmunodeficiencia.

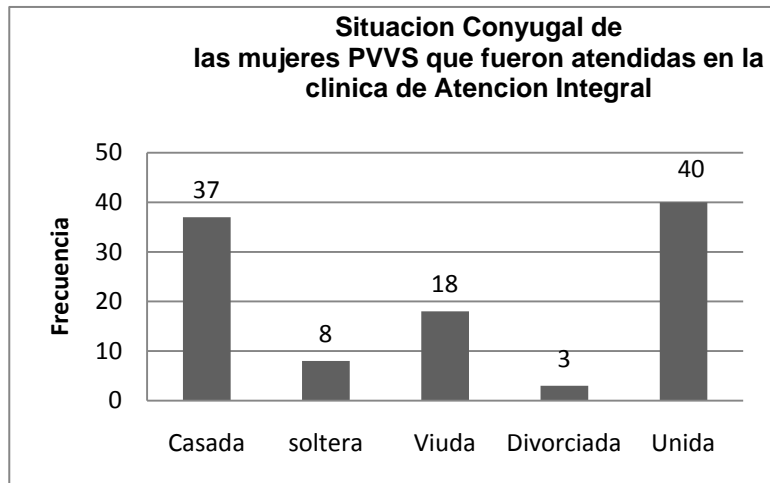
Grafica No. 1



Fuente: Datos de la encuesta realizada para la investigación en el 2009.

Grafica No. 2

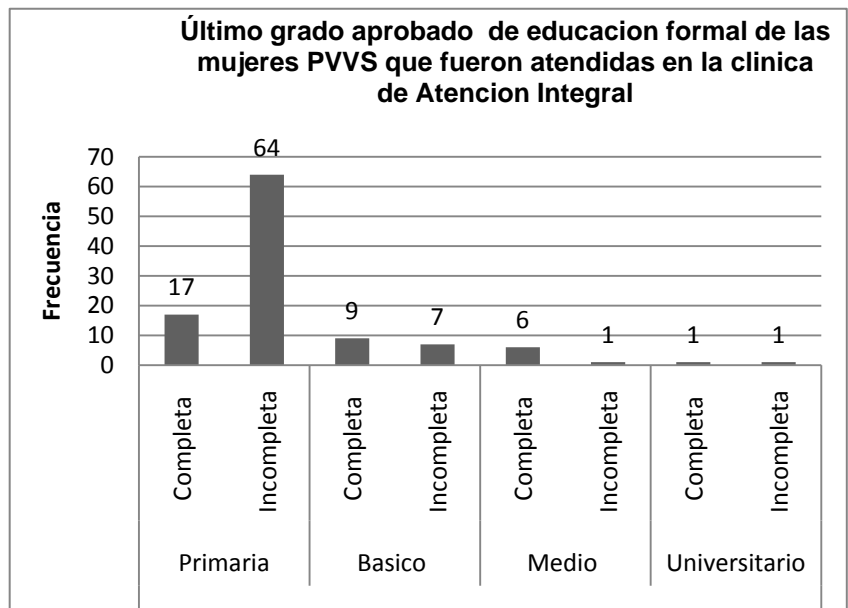
En relación a su situación conyugal, en la grafica No. 2, 77 de las 106 mujeres PVVS (73%), tienen una relación estable con su pareja, ya que se encuentran legalmente casadas o unidas de hecho. 18 mujeres (17%) son viudas, en su mayoría perdieron a su pareja debido al virus de VIH. Un grupo de 11 (10%) mujeres PVVS se encuentran sin pareja.



Fuente: Datos de la encuesta realizada para la investigación en el 2009.

Grafica No. 3

En relación a la educación, la grafica No. 3 detalla, que únicamente 42 de las 106 mujeres (40%) tienen educación formal. 64 (60%) mujeres de 106 cursaron algún grado de la primaria sin completarla. De ellas, 12 se consideran “analfabetas”, lo que representa 11% (12/106) de mujeres del total de la población encuestada.

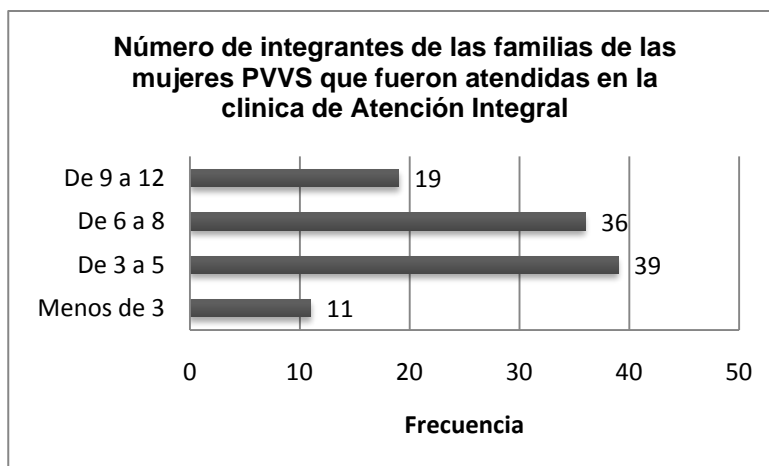


Fuente: Datos de la encuesta realizada para la investigación en el 2009.

Con respecto a la religión, los datos indicaron que el 58.5% (62/106) de las PVVS se definen, pertenecer a la religión evangélica, seguida por el 34% (36/106) de la religión católica, y el 8% (8/106) se definió “no tener ninguna religión”.

Grafica No. 4

En cuanto al círculo familiar la grafica No, 4 detalla que 39 familias (37%) de mujeres PVVS son 3 a 5 miembros; 36 de 106 (34%) familias están integrada por 6 a 8 personas. Las familias numerosas de 9 a 12 personas son 19 (18%) de las 106 mujeres entrevistadas, durante la investigación.



Fuente: Datos de la encuesta realizada para la investigación en el 2009.

En base a la encuesta, en el 78% (83/106) de PVVS indicaron que sus ingresos mensuales, tomando en cuenta todos los ingresos de los diferentes miembros de la familia, es menor de Q.1500 al mes. Mayor detalle en el cuadro a continuación.

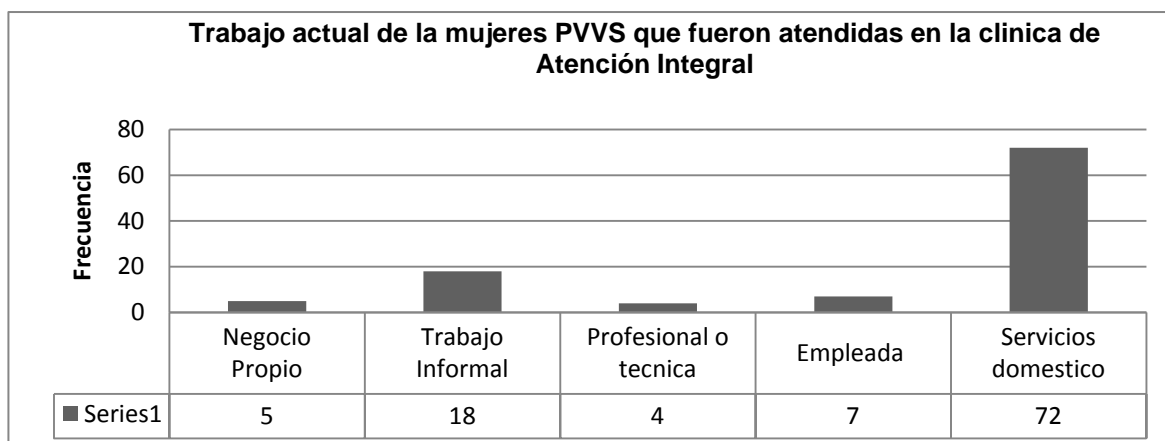
Cuadro No. 3

Ingresos Mensuales de las familias de las mujeres PVVS que fueron atendidas en la clínica de Atención Integral		
Ingreso	No. total	%
De 0 a Q500.00	9	8.49
Q.5001 a Q.1000	48	45.28
Q.1001 a Q.1500	26	24.53
Q.1501 a Q.2000	16	15.09
Q.2001 a Q.2500	7	6.60
Total	106	100

Fuente: Datos de la encuesta realizada para la investigación en el 2009

Al asociar número de miembros de familia y promedio de ingreso, el 78% (83/106) de la población PVVS tienen un ingreso mensual menor de Q.1, 500.00 al mes, con 75 familias (71%) que cuentan con tres a ocho miembros, una media 5.5 de miembros, que representa Q. 9.09 quetzales por persona para alimentación, vestimenta, vivienda por día, colocando a la mayoría de familias de PVVS en la categoría de pobreza extrema, ya que solamente el costo mínimo de la canasta básica alimentaria esta en Q2005.00 al mes.

Grafica No. 5



Fuente: Datos de la encuesta realizada para la investigación en el 2009.

Respecto a la relación de trabajo y las mujeres PVVS, refirieron que 18 mujeres (17%) trabajan de manera informal (vendiendo comida, cuidando niños en su casa, etc.), únicamente 16 mujeres (15%) tiene un trabajo formal o cuentan con un negocio propio, 72 mujeres (68%) que viven con el virus del VIH trabajan en su casa realizando quehaceres domésticos. De estas últimas únicamente el 5% (4/72) de las PVVS indicaron que realizaban trabajos fuera de su casa, para aumentar sus ingresos. En la grafica No. 5 se desglosa la relación de trabajo de las PVVS.

Las mujeres que están en edad de jubilación (mayor de 65 años) únicamente el 1.89% (2/17) de los casos tienen una pensión de jubilación por el estado.

Con respecto a los antecedentes, el 53% (56/106) de los casos las mujeres refirieron haber tenido su primera relación sexual siendo menores de 18 años, informando que la edad menor fue 13 años, únicamente el 20% (21/106) realizó su primera relación sexual arriba de los 21 años. En el 100%, la actividad sexual fue realizada con hombres, pero en el 1.89% (2/106) de los casos, las pacientes encuestadas refirieron ser bisexuales, llamando poderosamente la atención al preguntar si al estar satisfecha con su orientación sexual el 16% (17/106) refirió que algunas veces se sentían insatisfechas y el 5.66% (6/106) refirió que nunca se sentían satisfechas; es importante recalcar que se explico a las pacientes al momento de realizar la encuesta sobre lo que era orientación sexual y satisfacción sexual.

Con respecto a protección, el 98.11% (104/106) de los casos no utilizo medida preventiva en la primera relación sexual, y quienes lo utilizaron 1.89% (2/106) fue para prevenir un embarazo no deseado y no por evitar un enfermedad de transmisión sexual.

En cuanto al tiempo de conocer su condición de portadora el 7.5% (8/106) fue diagnosticada en el año 2004, 6.6% (7/106) en el año 2005, 19.81% (21/106) en el año del 2006, 35.8% (38/106) en el año del 2007 y 20.75% (22/106) en año 2008, curiosamente el 9.43% (10/106) no sabían con exactitud qué año fueron diagnosticadas.

En el 100% de los casos indicó que su forma de adquirir el VIH fue a través de vía sexual.

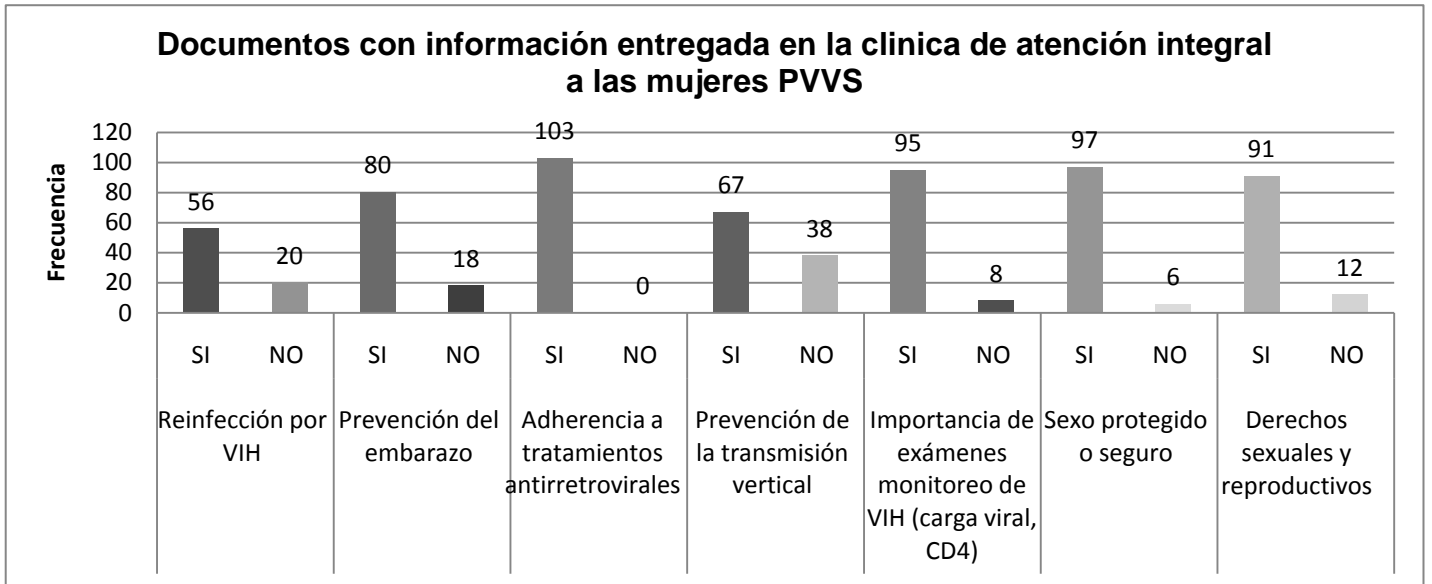
Antes de ser notificada solamente el 1.89% (2/106) de la población conocía sobre VIH-SIDA, en el 12.26% (13/106) de los casos tenía información escasa, y el 85.84% (91/106) no habían oído hablar nunca de la enfermedad.

En base a las definiciones e indicadores que se establecieron en la presente investigación, los parámetros sobre la variable dependiente "Artículo 46 Derechos a la salud sexual y reproductiva" de la ley General decreto 27-2000 que se establecieron fueron:

1) *“Recibir información sobre salud sexual y reproductiva y planificación familiar”* ,
siendo sus indicadores los siguientes:

- a) No. de asociaciones que provean servicios de información de salud sexual y reproductiva: en relación a ello, las PVVS refirieron que conocen dos organizaciones que promueven información sobre salud sexual y reproductiva, las cuales son organizaciones no gubernamentales tales como Asociación integral de desarrollo e investigación (IDEI), la cual es la organización responsable ante Fondo Global de la apertura de la clínica integral Dr. Isaac cohen. Así como la organización Nuevos Horizontes, que trabaja especialmente con mujeres.
- b) Porcentaje de pacientes informadas sobre los derechos sexuales y reproductivos del convenio de Barcelona: De las mujeres entrevistadas ninguna conoce el tratado de Barcelona, con lo cual se hace evidente la falta de difusión de los tratados y convenios que podrían empoderar a las PVVS sobre sus derechos en general.
- c) No. de pacientes con documentos informativos sobre sexo protegido y seguro, derechos sexuales y reproductivos, anticoncepción., maternidad segura: Únicamente 30% (32/106) de los pacientes refirieron tener información escrita específicamente sobre información general de SIDA-VIH (forma de contagio, síntomas, formas de prevención), sexo protegido y seguro, transmisión vertical, entre otros. En la grafica No. 6 se desglosa la información entregada a las PVVS.

Grafica No.6



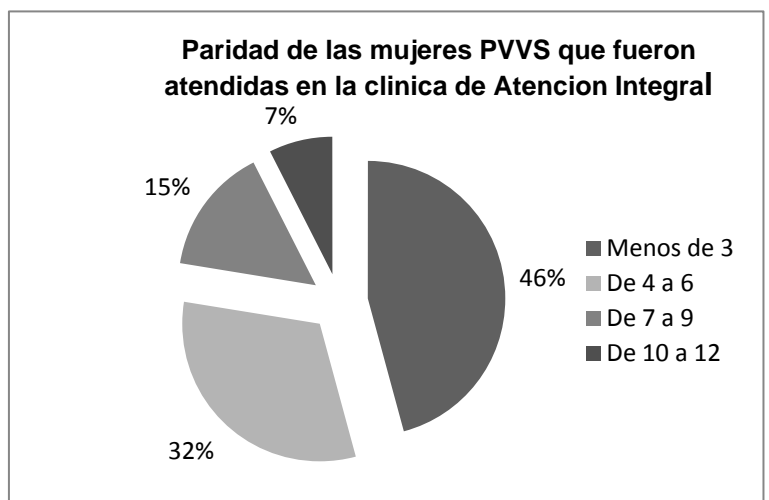
Fuente: Datos de la encuesta realizada para la investigación en el 2009.

2) *“Recibir consejería de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar”*

- a) Decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos e hijas.

Grafica No. 7

- i) No. De hijos deseados / número de hijos procreado: según lo reportado por las mujeres PVVP el 46% (49/106) de las mujeres tienen entre uno a tres hijos, el 32% (34/106) tiene entre 4 a 6 hijos, el 15 % (16/106) tiene entre 7 a 9 hijos y el 7 % (7/106) de la mujeres



Fuente: Datos de la encuesta realizada para la investigación en el 2009.

tiene más de diez hijos. Al entrevistarlas y conocer cuántos hijos deseaban tener, sin tomar en cuenta cuantos tenían actualmente, únicamente 20% (21/106) indicaron que habían tenido más de tres hijos de los que habían deseados, pero en su mayoría las mujeres PVVS indicaron que este tema no importaba ya que ellas ya tenían a los hijos, y no se podía hacer nada para cambiar su realidad.

ii) No. de mujeres quien decidió libremente el número de hijos deseados: en este punto curiosamente el 28.30% (30/106) de las mujeres respondió que ellas habían tomado la decisión del número de hijos a tener; el 39.42% (42/106) la pareja en forma conjunta había tomado la decisión; y únicamente 7.5% (8/106) el esposo en forma unilateral había tomado esa decisión. El resto de la población que fue 24.5% (26/106), indicó que la decisión fue de Dios o no sabía quien había tomado la decisión. Así se puede considerar que 72 de las 106 entrevistadas tenía voto de decisión en este aspecto, un análisis de este aspecto se considera que el grupo de encuestadas en su mayoría son jóvenes con menos de 3 hijos, y no desean tener más hijos para evitar la transmisión vertical, o en algunos de los casos ya tienen un niño infectado, o consideran que no podría con la responsabilidad emocional, psicológica e inclusive económica de tener otro niño. Es importante recalcar que hay un 15% (16/106) de la población PVVS que considera que en algún momento de su vida, desearía tener las condiciones para poder tener un hijo, en especial en aquellas parejas que no tienen hijos o tienen solamente uno. Paralelo a esto, hay que establecer que durante el estudio se diagnosticaron 8 embarazos en parejas PVVS, los cuales se ha clasificado como no deseados, esto conlleva al análisis de la falta de empoderamiento sobre el tema de planificación familiar y que no existe un consenso en el número de hijos de que desea la pareja, o simplemente no se habla del tema. Es importante mencionar que la toma de decisión en estos casos de embarazos no deseados en parejas de PVVS, la decisión de embarazo

lo tomo únicamente el esposo, ya que se negó a la utilización de condón o aceptar un método de planificación para su pareja.

b) Decidir libre y responsablemente sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad.

i) No. de mujeres satisfecha con su vida sexual:

El 78% (28/36) de las mujeres entrevistadas que sostenían actividad sexual refirieron tener actividad sexual catalogada como “placenteras”. El 22% (8/36) indicaron no disfrutar su vida sexual teniendo entre las principales causas de esta insatisfacción relacionada con el uso de condón por parte de ellas o su pareja, no haber conseguido “perdonar a su esposo”, la sensación de inseguridad a un nuevo contagio o empeorar enfermedad actual.

c) El derecho a ejercer la sexualidad sin riesgos, libre de discriminación, coerción o violencia relativas a la sexualidad.

i) % de mujeres que eligieron tener relaciones sexuales con su pareja durante el último mes de vida marital: según la entrevista el 33.96 % (36/106) de las mujeres habían tenido relaciones sexuales con sus esposos en el último mes de vida marital; refiriendo el 22% (8/36) dieron su consentimiento o deseaban tener relaciones sexuales con su pareja, el 53% (19/36) de los casos respondieron que no desean tener relaciones con su pareja y el 25% (9/36) refirieron estar indecisas en su decisión de tener relaciones sexuales. Los motivos que expresaron para no desear relaciones sexuales, fue el miedo o motivos relacionados al VIH, se siente enferma, o no vive con el esposo actualmente o el esposo no quiere tener relaciones con ella. Existe una incongruencia en este tema ya que la mayoría de PVVS indicaron en la pregunta anterior, que sus relaciones eran placenteras, y en esta pregunta, un pequeño porcentaje únicamente deseaba tener relaciones.

Se considera que el tema de la sexualidad es todavía difícil de abarcar incluso en esta población que tiene mayor información o la metodología elegida no fue lo suficiente para poder crear el ambiente adecuado para obtener información más fidedigna.

d) El derecho a la libre orientación sexual.

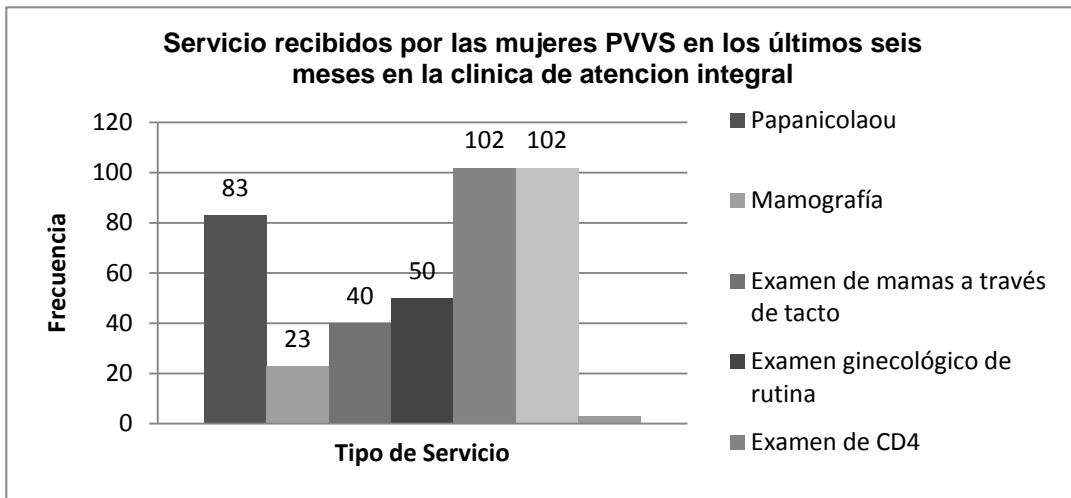
i) No. de pacientes Bisexuales, satisfacción de su preferencia sexual, en referencia a esta pregunta el 1.89% (2/106) de los casos se refiere a ellas como bisexual, el resto de identifico como heterosexual, pero llama la atención que el 100% únicamente ha tenido relaciones sexuales con hombres. Cuando se pregunto si estaba satisfecha con su orientación sexual, el 78% (83/106) refirieron que estaban satisfechas con su orientación sexual, el 16% (17/106) en algunas ocasiones y que 5.66% (6/106) indico que nunca han estado satisfechas con su orientación sexual.

3) *“Recibir servicios sobre salud sexual y reproductiva y planificación familiar”* siendo sus indicadores:

a) Total de población con acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Se les fue realizado, un frotis de papanicolaou a 83 mujeres PVVS (78.30) de la 106 entrevistadas en los últimos seis meses de atención, a 23 mujeres (21.70%) se les había indicado la realización de una mamografía de rutina y 40 (37.73) de las pacientes indicaron haberles realizado un examen manual de mamas, 50 PVVS (47%) de las 106 refirieron que se les había practicado un examen ginecológico de rutina. De las pacientes encuestadas únicamente una paciente solicito atención ginecológica y tratamiento para depresión, que fue efectuado en la clínica por el personal a cargo. De las pacientes entrevistadas 102 (96%), se les había realizado CD4 y carga viral. En la grafica No. 8 se ilustra, la entrega de servicios.

Grafica No. 8

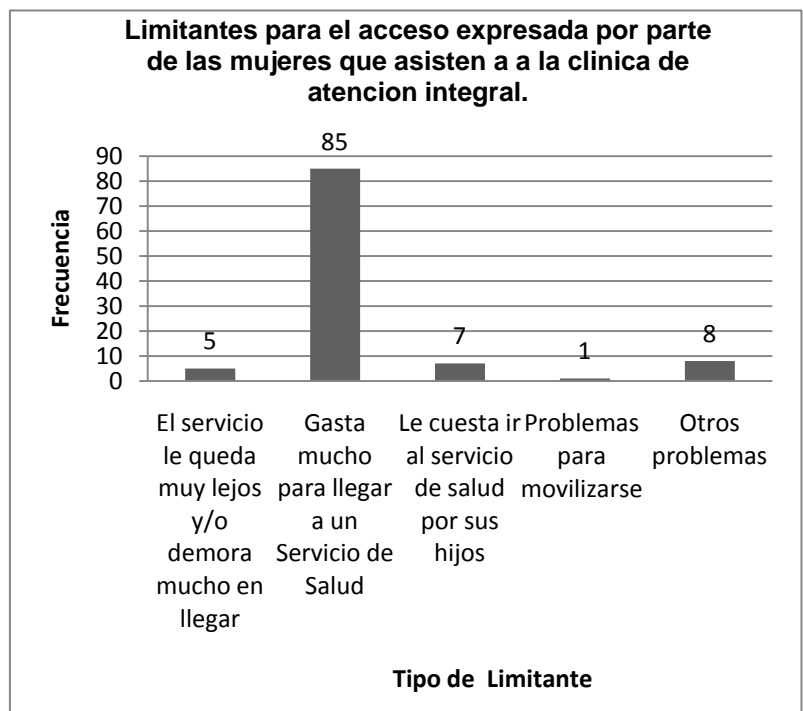


Fuente: Datos de la encuesta realizada para la investigación en el 2009

b) Calidad y Acceso a los servicios de salud

Grafica No. 9

La limitante más importante para la asistencia de las PVVS al servicio, indicaron 85 de las 106 mujeres (80%) encuestadas, refirieron que es el dinero que invierten, ya que consideran que es un gasto excesivo para poderse trasladarse de su comunidad al centro de atención. En base a las respuestas las PVVS, el acceso geográfico al servicio es una limitante más para su asistencia a sus controles, ya que 6 de 106 (6%) presenta



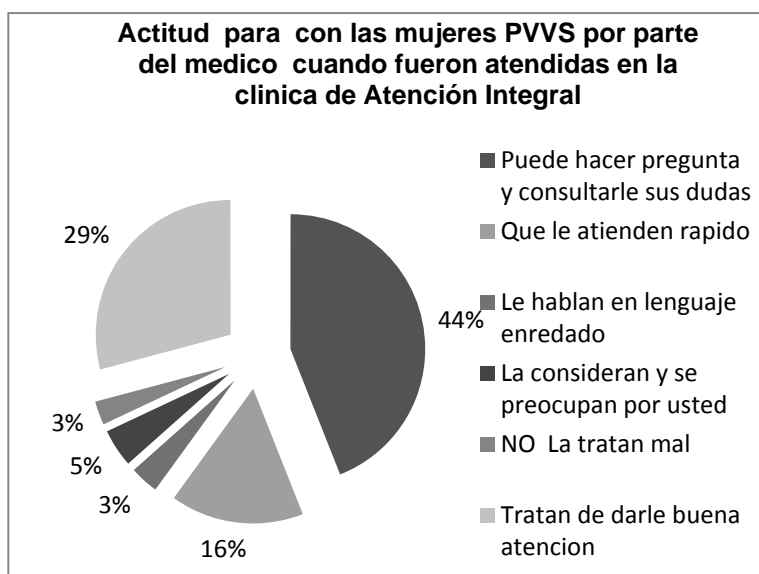
Fuente: Datos de la encuesta realizada para la investigación en el 2009.

problemas para la movilización de sus comunidades al servicio, especialmente por falta de transporte o excesiva distancia geográfica. Él quien cuide de sus hijos es otra limitante importante, ya que 7 de las 106 (6.6%) tiene esta limitante para acceder al servicio. En la grafica No. 9 se ilustra las limitantes al acceso al servicio por las mujeres PVVS.

La atención recibida en la clínica en forma general, fue calificada como buena en el 98% (104/106).

Grafica No. 10

La calificación de la atención clínica por parte del médico se indico por las PVVS que en el 44% (47/106) podía preguntar y consultar sus dudas a su médico tratante, en el 29% (27/106) el médico intentaba darle una buena atención. El 16% (15/106) deseaba que la atendieran más rápido. En un 3% (3/106) refirieron que le hablaba con términos muy técnicos, únicamente el 3% (3/106) indico que la había tratado mal al momento de recibir la consulta



Fuente: Datos de la encuesta realizada para la investigación en el 2009.

Al momento de ser notificada del diagnostico de positiva, la persona que le explico el diagnostico fue calificada en 42.45% (45/106) de acogedora y comprensiva, y únicamente de dura e indiferente en el 5.66% (6/106) de los casos entrevistados.

Cuando se pregunto si el servicios que asistía, se les respetaba sus derechos como paciente, el 56.6% (60/106) respondió que “siempre respetaban sus derechos”, calificando en “a veces lo respetan” en el 39,62% (42/106) y no respetan mis derechos en el 3.77% (4/106) de las personas encuestadas.

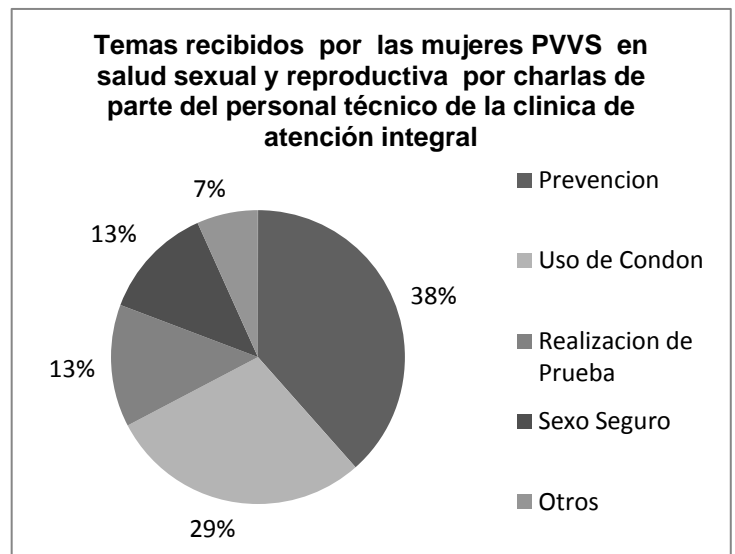
En relación con la variable independiente que se refiere directamente a la atención de las pacientes con VIH-SIDA fueron los siguientes:

1. **Promoción**

- a) Servicios de información, asesoramiento, educación comunicación en materia de anticoncepción y salud reproductiva

Grafica No. 11

- i) Con relación al número de pláticas recibidas sobre temas de maternidad segura, métodos anticonceptivos y sexualidad: Por parte de los servicios de la clínica de Atención Integral Dr. Isaac Cohen Alcahé (ICA) se realizan todos los días charlas informativas al grupo de pacientes consultantes, se tiene entre su programa -



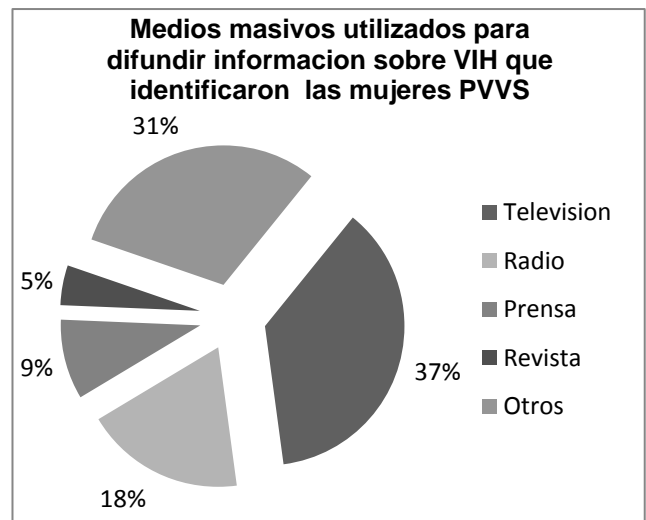
Fuente: Datos de la encuesta realizada para la investigación en el 2009.

ción, los temas de adherencia, VIH y aspectos generales, planificación familiar, maternidad segura, y nutrición. Las pacientes refirieron haber recibido al menos una charla de cada tema durante el año. En la grafica No. 11 se describen por porcentajes de los temas que recordaban haber escuchado durante su estadía en la clínica, teniendo que recalcar, que el tema que recordaban con mayor frecuencia fue la prevención para VIH y uso de condón.

ii) Del indicador sobre el reuniones con psicólogo, técnico de salud, medico sobre maternidad segura, anticonceptivos y sexualidad: El 90% (95/106) de los pacientes refirieron haber tenido por lo menos en los últimos 3 meses una plática con el psicólogo que incluyen temas como sexualidad, problemas que enfrentan alrededor de su familia, entre otros tema; El 95% (101/106) de los pacientes refirieron haber tenido una sesión al menos en el último trimestre, con la persona exclusiva para fomentar su cambio al estilo de vida que incluye adherencia al tratamiento de ARV, alimentación, método de planificación y maternidad segura.

Grafica No. 12

iii) No. Pacientes que identifico anuncios radiales, póster o promocionales masivos realizados por organizaciones no gubernamentales en la ciudad de Quetzaltenango: El 42% (45/106) de las pacientes refieren haber oído o visto algún anuncio sobre VIH/SIDA en



alguna ocasión, siendo la televisión, anuncios en vía publica

y radio, los medios masivos que

con mayor frecuencia han sido utiliz

de VIH, en la grafica No. 12 se describe con más detalle el medio masivo y porcentaje de la identificación del mensaje de VIH/SIDA por parte de las mujeres PVVS. Los temas que recuerdan haber tenido escuchado, visto o leído fue 44% (47/106) sobre cómo prevenir contagiarse de VIH, 33% (35/106) el tema del uso correcto de la colocación de condón, 10% (11/106) dónde acudir para la realización voluntaria de detección de VIH con pruebas rápidas, y 12% (13/106) como practicar sexo seguro.

Fuente: Datos de la encuesta realizada para la investigación en el 2009.

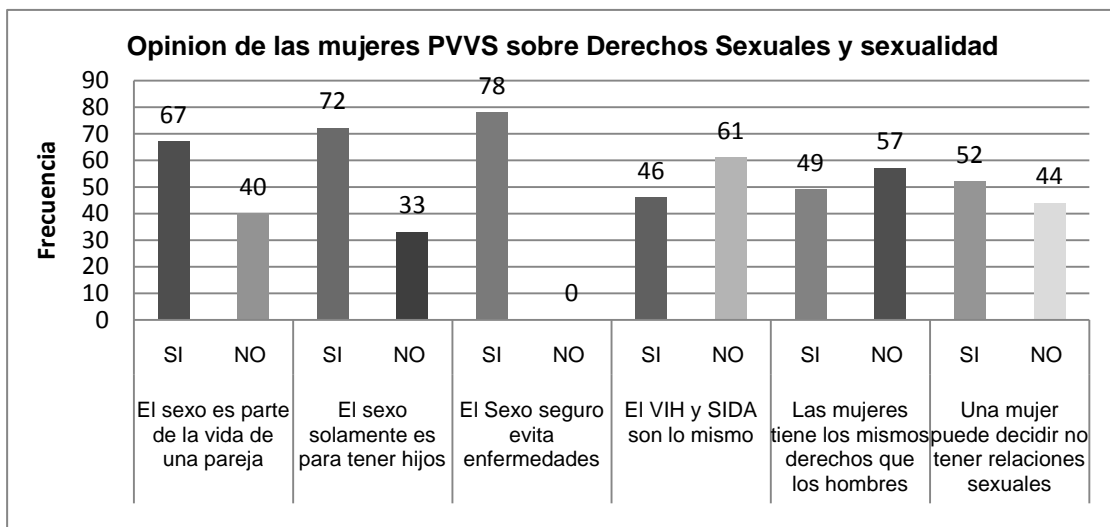
Al evaluar el aspecto de la promoción de la información y atención en los temas de salud sexual y reproductiva, se identifica que si existe un esfuerzo importante para la difusión de la información, ya sea en forma masiva y en forma individual, a través de los técnicos de la clínica. Una limitante importante en este aspecto en concreto, es que no existe una normativa institucional que indique la metodología a utilizar, frecuencia de las charlas informativas, recursos descentralizados para la realización de materiales didácticos y de difusión masiva. Los esfuerzos son aislados en dependencia del interés que demuestran, los técnicos de la clínica, y no como una norma institucional.

2. Orientación

a) El derecho a la orientación sobre la sexualidad, reproducción y métodos anticonceptivos:

i) El número de mujeres que identifican el sexo no solamente como medio reproductivo: son 72 de las 106 mujeres entrevistadas que consideran al sexo solamente para tener hijos. En la grafica No. 13 se detalla aspectos de la sexualidad y la opinión que les merece según las encuestadas, cabe mencionar que existe todavía un importante porcentaje en donde no se reconoce el derecho que tiene las mujeres para desarrollar su sexualidad, por parte de las mismas mujeres.

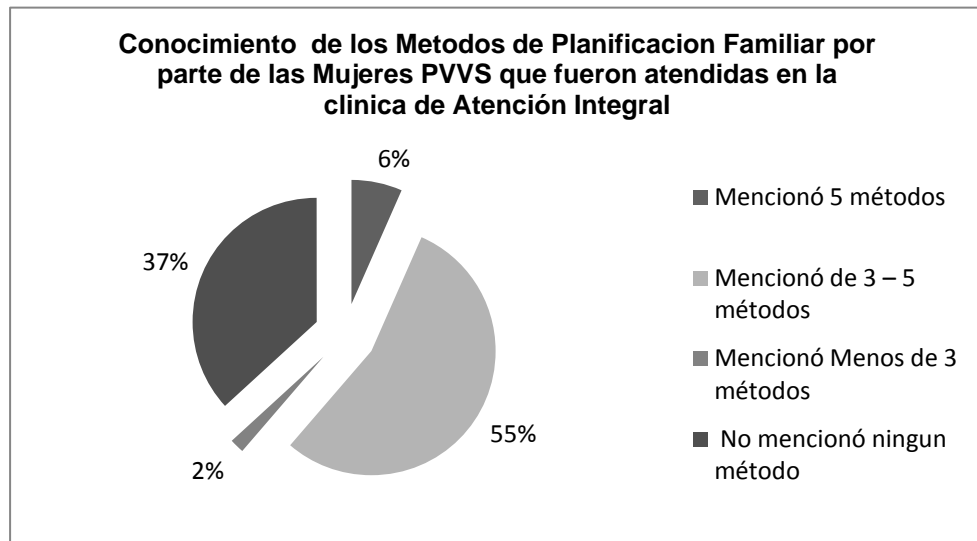
Grafica No. 13



Fuente: Datos de la encuesta realizada para la investigación en el 2009.

ii) En cuanto al porcentaje de mujeres que mencionaron por lo menos 5 diferentes técnicas anticonceptivas: En el 55% (52/106) de las mujeres PVVS menciona únicamente 3 a 5 métodos de planificación familiar. Contestando idealmente solamente el 6% (6/106) de usuarias, indicaron conocer cinco o más métodos o técnicas de anticoncepción, en la grafica No. 14 se desglosa las diferentes respuestas de las usuarias.

Grafica No. 14



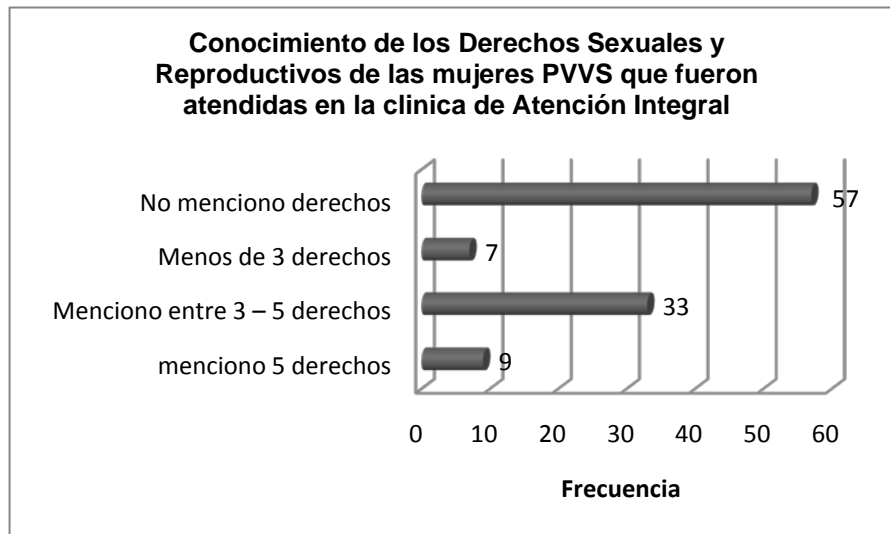
. Fuente: Datos de la encuesta realizada para la investigación en el 2009.

iii) Respecto al número de mujeres que saben la diferencia entre VIH y SIDA: Únicamente del 61% (64/106) de las mujeres entrevistadas refirió que existe diferencia entre VIH y SIDA, con lo cual se identifica falta de conocimiento de su propia enfermedad.

iv) El número de mujeres que mencionaron por lo menos 5 derechos sexuales y reproductivas: El conocimiento que tienen las mujeres sobre los derechos sexuales y reproductivo, de 57 (54%) de las 106 mujeres PVVS indico no conocer ningún derecho que le beneficiara, 33 (31%) PVVS nombraron entre 3 y 5 derechos, y únicamente 9 (9%) PVVS contestaron en forma correcta que tenían 5 o más derechos

relacionados a su sexualidad y reproducción. Con lo cual al analizar los porcentajes se establece que no hay conocimiento por parte de las mujeres PVVS, en el tema de derechos humanos y específicamente en el área de la sexualidad y reproducción.

Grafica No. 15



Fuente: Datos de la encuesta realizada para la investigación en el 2009.

- b) Respecto a la participación de la mujer en la dirección, planificación, toma de decisiones, etc. en los servicios de salud sexual y reproductiva
 - i) De las 106 mujeres entrevistadas, únicamente 6 pertenecen a una red de PVVS principalmente a Mujeres positivas en acción.

Cuando se analiza este eje con los indicadores elegidos, se identifica que a pesar que existe un importante esfuerzo para divulgar la información sobre aspectos de maternidad saludable, derechos sexuales y reproductivos, entre otros, el mensaje no ha sido comprendido en su totalidad por parte de las PVVS y específicamente su empoderamiento de los temas es pobre, ya que todavía hay respuesta de corte machista y con desigualdad de género. Un ejemplo claro es en la pregunta ¿si los hombres y mujeres tiene los mismos derechos? Hay 57 de 106 mujeres que respondieron que la mujeres no tenia los mismos derechos. Un trabajo pendiente es continuar con el empoderamiento de esta población, a través de metodologías

diferentes a las que actualmente se utilizan. Ya que los datos, dan evidencia clara que las clases magistrales o charlas grupales, no rompen con los esquemas de pensamiento, lo que se traduce en el no empoderamiento de sus propios derechos.

3. Tratamiento

b) Servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y posparto.

- i) Del porcentaje de mujeres embarazadas PVVS con control prenatal y con asistencia de las complicaciones: Durante el año de la investigación se embarazaron 4 usuarias con tratamiento de ARV establecido y se ingresaron 4 pacientes nuevas. De las cuales se les llevo al 100% de control prenatal, desde que fueron diagnosticadas. Se diagnosticaron 4 infecciones urinarias de vías bajas, un caso de hipertensión inducida por el embarazo; todas las complicaciones fueron resueltas en el servicio.
- ii) Porcentaje de partos de pacientes PVVS atendidos por personal cualificado: El 100% de las pacientes fueron referidos a hospitales para atención del parto, siendo atendidos por personal médicos el 100% de los casos. Según protocolo, 7 de las 8 pacientes resolvió por vía alta y en un caso resolvió por vía vaginal. Actualmente los 8 niños fueron únicamente diagnosticados como expuestos al VIH.
- iii) Acceso a servicios de post-parto: La atención post parto, se estableció en base a cuatro servicios, al 100% de las mujeres postparto se les indico uso de sustituto de leche materna y consulta médica post parto, en el 75% (6/8) se realizo cambio de esquema al finalizar el embarazo, regresando al esquema que originalmente tenían, el 88% (7/8) se le indico un método de planificación seguro.

c) Cuidados de salud

- i) Razón de mortalidad materna en pacientes VIH positivas: ninguna mujer embarazada VIH positiva del servicio de atención integral Dr. Isaac Cohen Alcahé murió durante el embarazo, parto y puerperio.
- ii) Proporción de las mujeres en edad fértil (15-49 años) que sufren anemia: en base a los registros médicos de las pacientes el 15% es decir 14 de las 106 sufre de anemia ferropriva o megaloblastica.

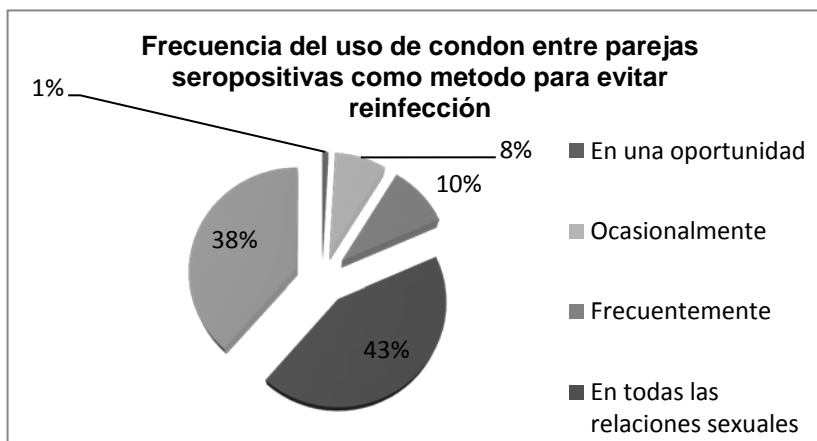
d) Acceso de Antirretrovirales (ARV)

- i) De mujeres con tratamiento de ARV, El 91% de las pacientes se encontraban con antirretrovirales en el momento de la encuesta. Las principales causas de no tratamiento ARV son falta de aceptación de su condición de portador, en tratamiento inicial de tuberculosis o CD4 por arriba de 350 cel. /ml.
- ii) No. de Mujeres con conocimiento de recuento de CD4: Únicamente 23 de las 106 PVVS, indicaron cuales era su recuento de CD4 al momento de la entrevista.
- iii) De las mujeres con carga viral: Según los registros médicos de las PVVS, el 100% de las pacientes tenían carga viral de menos de 6 meses.

e) Acceso a métodos anticonceptivos seguros modernos.

- i) Porcentaje de mujeres que usan el preservativo en todas las Relaciones: El 43% (41/106) únicamente utilizan el condón en todas las relaciones sexuales. Las principales razones del no uso de condón: la pareja no quiere utilizar, la pareja no está acostumbrada a utilizar el preservativo, le causa molestias el uso de condón a su pareja.

Grafica No. 18



Fuente: Datos de la encuesta realizada para la investigación en el 2009.

- ii) Número de mujeres adultas (generalmente entre 15 y 49 años) que utilizan algún tipo de anticonceptivo seguro: El 52% (42/82) utilizan algún método de planificación familiar, entre los métodos elegidos el más utilizado es la inyectable de tres meses con un 80%, los implantes subcutáneos de 3 unidades (Jadelle) con 15%, dispositivo intrauterino en 5%. Aumentando un 38% de uso de método de planificación familiar en las mujeres entre 15-49 años, después de conocer su diagnostico.
- iii) Número de pacientes quien se realizo esterilización quirúrgica sin consentimiento informado: El 13% (11/82) de las pacientes han sido esterilizadas, especialmente transcesarea, de ellas el 53% (6/11) han sido esterilizadas después de conocer su diagnostico. En un solo caso no se firmo el consentimiento informado.
- f) Tratamiento para las infecciones, incluidas las infecciones de transmisión sexual
 - i) El porcentaje de mujeres con ETS en el último mes con tratamiento: El 38% (36/106) de las PVVS en control presento infección de transmisión sexual, siendo por papiloma virus diagnosticado por colposcopia y

biopsia la causa principal, seguido de sífilis primaria y gardenella vaginalis.

g) Servicios de aborto seguro, y tratamiento de sus posibles complicaciones:

i) Número registrado de casos de interrupción voluntaria del embarazo: En Guatemala la interrupción voluntario del embarazo se encuentra penalizada por la constitución actual. Por lo cual este servicio no se presta a las usuarias. No se conoció durante la investigación, si se utilizaron medios clandestinos. Los embarazos diagnosticados en el servicio, todos llegaron a su término.

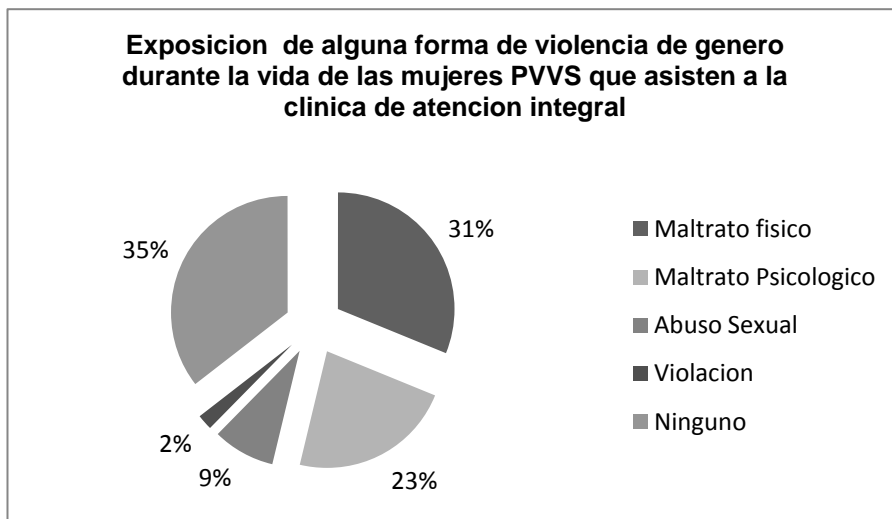
h) Servicios de educación y atención en materia de violencia de género

i) Del número de pacientes con violencia sexual y tratamiento anticoncepción de emergencia: según registro médicos de la clínica se atendieron 6 casos de sobrevivientes de abusos sexual que según protocolo del momento llenaban requisitos para dar tratamiento de ITS (infecciones de Transmisión Sexual) y ARV y anticoncepción de emergencia. Se dio al 100% de las consultas de emergencia del tratamiento del protocolo nacional para violencia sexual y anticoncepción de emergencia. Según controles ninguna paciente al llegar al año tuvo positiva la serología a VIH. Se atendieron 2 casos de ruptura de condones de pareja serodiscordante, que llenaban requisitos para dar tratamiento profiláctico con ARV.

ii) El número de pacientes con tratamiento psicológico a las víctimas de la violencia de género desde los servicios de salud: Según la encuesta, el 68% (72/106) de las PVVS han vivido alguna vez en su vida, maltrato físico o maltrato psicológico, incluso abuso sexual; únicamente 32% (34/106) pacientes refirieron no haber sido víctima de algún tipo de abuso. Refirieron, que en la etapa de la juventud y vida adulta son las etapas donde con mayor frecuencia han sido violentadas. Estas

pacientes han sido evaluadas por psicología. En la tabla 17 se desglosa el tipo de violencia vivida por parte de las PVVS.

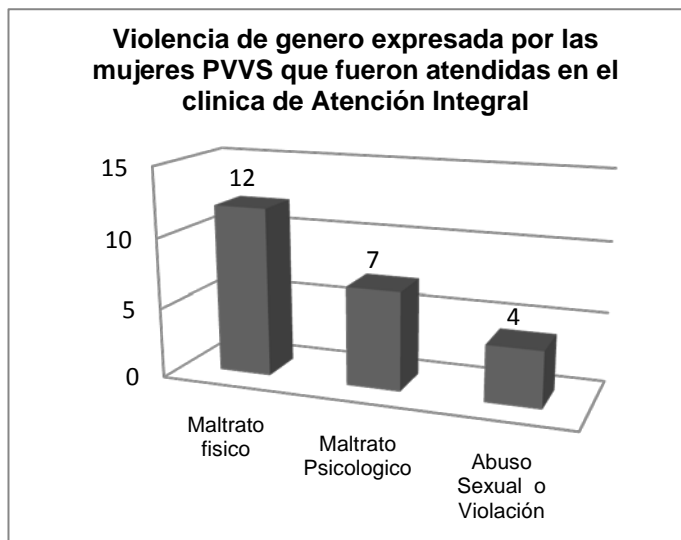
Grafica No. 17



Fuente: Datos de la encuesta realizada para la investigación en el 2009.

Grafica No. 18

En la Grafica No. 18 se detalla de las respuestas de las 23 mujeres de 106 (22%) pacientes entrevistadas, que indicaron violencia de alguna forma en la actualidad por su propia pareja o esposo, encontrándose actualmente en tratamiento psicológico en la clínica de atención integral. Los problemas mencionados fueron maltrato físico en un 49% (12/23), maltrato psicológico en 30% (7/23), y abuso sexual en el 17% (4/23) de los casos.



Fuente: Datos de la encuesta realizada para la investigación en el 2009.

En el análisis se identificó que existió cuidado prenatal, del parto y post parto de las mujeres que se embarazaron, teniendo éxito en evitar la transmisión vertical en el 100% de los casos del año estudiado. Con respecto al cuidado propio de su salud por parte de las pacientes que vive con VIH, los porcentajes de los principales laboratorios para seguimiento de VIH/SIDA como son CD4 y carga viral son altos, pero cuando se evalúa los aspectos clínicos relacionados a los cuidados en otros aspectos de salud sexual, nuevamente es menor del 50% las pacientes que ha recibido estos servicios; el pobre empoderamiento de las pacientes en el auto cuidado de su salud se identifica al analizar el porcentaje de conocimiento de nivel de CD4, el cual fue menor del 21% . A pesar que aumento 38% el uso de métodos anticonceptivos seguros a expensas de tres únicos métodos, existe sesgo al no ofertar todos los diferentes métodos de planificación familiar.

Además se evidencia la pobre negociación que tiene la paciente con su pareja para el uso de condón y/o la falta de información y concientización del uso de condón como barrera de reinfección. Se confirma lo anterior, al tener datos de nuevas infecciones de transmisión sexual, en parejas PVVS.

Lo referente a violencia de género, es un tema que no está siendo identificado desde el punto de vista de prevención, sensibilización y de no evidenciarlo como un problema social, ya que 22 pacientes actualmente expresan estar viviendo una situación de violencia.

4. Rehabilitación

- a) Número de mujeres que refieren atender su casa sin ayuda externa: de las 72 mujeres que se dedican exclusivamente a oficios domésticos de su casa, 19 (26%) mujeres informaron realizar su trabajo en su casa, sin ayuda de ninguna persona. Mientras que el 35 (49%) indicaron que hacían sus quehaceres domésticos solas, pero consideraban que necesitaban ayuda para completarlos.

- b) Número de mujeres que trabajan fuera de la casa dividida actualmente dividido entre No. de mujeres que trabajaban fuera de casa antes de conocer su diagnóstico: 31 mujeres han regresado a trabajar fuera de su casa en relación a las 66 que trabajaban antes de conocer su diagnóstico, debido principalmente a que todavía se sienten enfermas, tiene miedo a ser discriminada y /o no encuentran empleo.
- c) Del número de mujeres que refiere sentirse “sanas” al momento de la entrevista: Se consideran sanas 76 (72%) de las 106 pacientes encuestadas.

Se analiza que existe concordancia alrededor de que 75% las mujeres encuestadas que se consideran sanas y que se encuentran realizando sus labores, que se están integrando paulatinamente a su vida productiva, que su recuperación física, clínica e inmunológica está en proceso. En el contexto de los programas de pacientes que viven con el virus del VIH, no existe una plataforma social que apoye a inserción a estas pacientes a la vida laboral, por lo cual, su rehabilitación no está siendo completa, ya que únicamente del 50% de las pacientes que trabajan anteriormente, están actualmente laborando.

CONCLUSIONES

1. Las definiciones de salud sexual y reproductiva se traslapan en el desarrollo de los programas, complementándose entre sí.
2. El Programa de Acción de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), es el principal documento de consenso internacional sobre salud reproductiva y los derechos reproductivos. El párrafo 7.2 del CIPD señala “La Salud reproductiva entraña, la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo, y procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia”⁵⁰. De ahí, que, los derechos relacionados con la salud sexual están cubiertos por la definición de los derechos reproductivo.
3. LEY GENERAL DECRETO 27-2000 específicamente ARTÍCULO 46 tiene base ideológica para desarrollar programas que sean integrales, pero debe existir una voluntad política para establecer la metodología, asignar los recursos financieros con el fin que las instituciones gubernamentales tengan las suficientes recursos para poder implementar los programas.
4. Los datos de estudio revelan que la epidemia de VIH-SIDA en el Sur-Occidente de Guatemala tiene cada vez un rostro más femenino (1.2 hombres por 1 mujer), joven (media de edad 28 años), con nada o poco instrucción formal (60% no finalizaron la primaria), que viven en condición de pobreza (viven con ≤ Q.9.00 al día por persona).
5. El estudio revela que 1 de cada 6 mujeres PVVS es cabeza de familia, que en sus familias tienen entre 3 a 8 personas en el 71% (75/106) de las encuestadas, y solamente el 32% (34/106) trabaja fuera de su casa, como empleada, en el sector informal o teniendo un negocio propio.
6. Referente, a la promoción, la investigación revelo que únicamente 30% (32/106) de las pacientes refirieron tener información escrita sobre temas específicos de derechos sexuales y reproductivos. Las PVVS indicaron

⁵⁰ Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) 1994. Programme of Action.

haber escuchado por los técnicos de la Clínica de Atención Integral por lo menos una vez al año, los temas de maternidad segura, planificación familiar, adherencia al tratamiento, maternidad y paternidad responsable, entre otros. El 42% (45/106) de las pacientes refieren haber oído o visto algún anuncio sobre VIH/SIDA en alguna ocasión. Lo que indica que existe deficiencia aun en la promoción y educación de temas relacionados a salud sexual y reproductiva.

7. Las mujeres PVVS no conocen que son los Derechos Sexuales y Reproductivos, ya que únicamente 9% (9/106) refirió a través de la investigación, conocer más de 5 derechos relacionados a su sexualidad y reproducción; en concordancia a ello 57 de las 106 expreso que las mujeres “no” tienen los mismos derechos que los hombres.
8. De un total de 106 mujeres PVVS, únicamente 6 mujeres se encuentran con participación activa en organizaciones pro-derechos humanos y/o grupos de apoyo, con lo cual el empoderamiento e involucramiento a participar de este grupo vulnerable es mínimo. Ninguna de las PVVS conoce el convenio de Barcelona que es el referente internacional de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres que viven con el virus de SIDA/VIH, según lo indicaron durante el estudio.
9. El estudio revelo que el 78% (28/36) de las mujeres entrevistadas que sostenían relaciones sexuales refirieron tener actividad sexual catalogada como “placenteras”, de ellas 53% (19/36) paradójicamente indico que no desean tener relaciones sexuales al momento del encuentro sexual. En relación a su orientación sexual el 98% (104/106) refirió ser heterosexual y estar satisfecha con su orientación en 78% (83/106) de los casos investigados.
10. Con referencia a los servicios, la investigación evidencio, que en el 78.30% (83/106) de las entrevistadas indicaron que se les había realizado un frotis de papanicolaou cervicouterino. El 100% (106/106) de las pacientes se les había realizado CD4 y carga viral al menos en los seis meses anteriores. Se evito el 100% de transmisión vertical de los 8 embarazos presentados

en las usuarias de la clínica de atención, recibiendo atención pre y post natal, con atención del 100% de los partos por personal calificado.

11. De los 8 embarazos reportados por las PVVS, se clasificaron como no deseados, curiosamente, al preguntar quien había decidido el número de hijos a procrear, el 28.30% (30/106) de las mujeres respondió que ella había tomado la decisión del número de hijos a tener, el 39.42% (42/106), la pareja en forma conjunta había tomado la decisión, y únicamente 7.5% (8/106) el esposo en forma unilateral había tomado esa decisión.
12. Los datos de la investigación reporta 15%, 14 de las 106 sufre de anemia ferropriva o megaloblastica en las pacientes PVVS. El 91% de las pacientes se encuentran en tratamiento con antirretrovirales en el momento del estudio.
13. Los datos del estudio revelan, que únicamente el 43% (41/106) mujeres PVVS, utilizan condón en todas las relaciones sexuales. El 52% (42/82) mujeres en edad reproductiva, utilizan algún método de planificación familiar, entre los métodos elegidos el más utilizado es la inyectable de tres meses con un 80% (34/42), los implantes subcutáneos de 3 unidades con 15% (6/42), dispositivo intrauterino en 5% (2/42). Aumentando 38% el uso de método de planificación familiar en las mujeres entre 15-49 años, después de conocer su diagnostico.
14. El 38% (36/106) de las PVVS en control presento infecciones de transmisión sexual, siendo por papiloma virus diagnosticado por colposcopia y biopsia la causa principal. Se presentaron casos de sífilis primaria y gardenella vaginales, lo que ratifica el no uso continuo de condón.
15. Según la investigación, el 68% (72/106) de las PVVS han vivido alguna vez en su vida, maltrato físico o maltrato psicológico, incluso abuso sexual, siendo en su vida adulta y juventud, las etapas donde con mayor frecuencia han sido violentadas.
16. La atención brindada en la clínica en forma general, fue calificada como buena en el 98% (104/106) de usuarias. Con lo cual se considera según

los indicadores que el tratamiento a las mujeres PVVS, con una adecuada ejecución por parte de la clínica de atención.

17. De las 106 mujeres PVVS, 23 (22%) indicaron haber sido víctimas de violencia de alguna forma, por su propia pareja, en la actualidad, se encuentran en tratamiento psicológico en la clínica de atención integral.
18. El 75% de las usuarias PVVS indicaron sentirse "sanas" al momento de la encuesta, pero solamente el 50% de las que estaban trabajando antes del momento del diagnóstico se habían integrado nuevamente al campo laboral, concluyendo que la rehabilitación en el aspecto médico se considera con buen resultado, pero la inserción al campo laboral es un aspecto deficiente en los actuales programas.

RECOMENDACIONES

1. El Estado de Guatemala, deberá enfocar los programas como el de VIH/SIDA, teniendo la base en los Derechos Humanos, siendo el respeto de la persona el tema central, y de particular interés en los Derechos Sexuales y Reproductivos específicamente en el tema de VIH-SIDA, que tienen grandes implicaciones dentro de esta epidemia.
2. La mujer debe tener un papel relevante dentro de la planeación de los programas dirigidos para frenar la epidemia del VIH/SIDA, no solamente por ser un ente vulnerable, si no como estrategia para evitar nuevas infecciones especialmente en el área pediátrica.
3. Los programas de atención deben de tomar en cuenta y entender las particularidades individuales de cada uno/a de las personas desde las diferencias culturales, sexuales, generacionales, y nivel académico.
4. La vinculación de los servicios de salud sexual y reproductiva con los servicios relacionados con el VIH es clave para lograr el acceso universal a la prevención, apoyo, atención y tratamiento del VIH, así como a la salud reproductiva. Esos vínculos aumentan la relevancia, ampliación y rentabilidad de los programas con base comunitaria y su impacto en los resultados de los Derechos Sexuales y Reproductivo y del VIH.
5. La disminución de la epidemia del VIH, no se logrará únicamente con la atención a personas ya infectadas, debe de disminuirse las inequidades y desigualdad en cuestión de acceso a la educación, salud, laboral, ya que esta epidemia responde a una problemática comparten causas de raíz, que incluyendo la pobreza, la inequidad de género y la marginalización social de la mayoría de las poblaciones vulnerables.
6. La “Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación para el Cambio de Comportamiento” (IEC/CC) que es la estrategia nacional para la comunicación y coordinación para la movilización y participación comunitaria y la utilización de los medios masivos y alternativos de comunicación, deberá tener una instancia de coordinación intersectorial

(salud, educación), además deberá realizar un planteamiento de cómo abordar los temas salud sexual y reproductiva, en los diferentes regiones del país, así como abordar a los grupos más vulnerables (mujeres, adolescentes y jóvenes, entre otros).

7. En orientación, la metodología a utilizar debe de promover la sensibilización a la problemática, visualizar las inequidades existentes entre hombres y mujeres, debe fomentar el auto cuidado, incentivar el pro activismo, desarrollar la autoestima. Entre las metodología que en otros contextos han demostrado ser eficiente se encuentra la de pares, cambio de roles, ponte en tus zapatos, foros, y teatro comunitario desarrollado, por organizaciones no gubernamentales que brindan atención a las PVVS. Así mismo debería plantearse escenarios sociales para encontrar alternativas de solución por los mismos PVVS para afrontar las dificultades a que se enfrentan.
8. Los protocolos de manejo de pacientes PVVS, el plantearse escenarios clínicos, pareciera ser una estrategia metodológica que facilita su aplicación práctica, así mismo, los protocolos actuales deben ser revisados, ya que la última versión fue publicada a finales del 2007.
9. Es necesario trabajar sobre las condiciones que garanticen el acceso oportuno (acceso geográfico, información, educación) y sancionar con mecanismos legales para que los ciudadanos puedan exigir sus derechos de servicios integrales. Además, es imprescindible aplicar protocolos y estándares de calidad de forma sistemática y uniforme en la atención integral de ITS, VIH y SIDA en centros de atención.
10. En rehabilitación es importante que se fomente, consolide e incentive la conformación de grupos de auto apoyo, quienes a su vez pueden contribuir para desarrollar proyectos comunitarios, que puedan permitir entre otros objetivos la inserción al campo laboral de las PVVS.
11. Se cuenta con un marco jurídico general adecuado para desarrollar la legislación y políticas que aborden los derechos humanos y libertades fundamentales en la respuesta al VIH y SIDA, pero se deberá establecer

mecanismos de control para evitar la vulneración de los derechos de las personas que viven con la epidemia. Se deberá establecer una comisión intersectorial que vele por el cumplimiento de los derechos humanos de los grupos más vulnerables.

12. Deben promoverse campañas masivas contra el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH y hacia los grupos más afectados
13. Favorecer los procesos de institucionalización de la temática de derechos humanos y VIH y SIDA en la institución del Procurador de los Derechos Humanos, a partir de la creación de una defensoría específica para el tema.
14. Fomentar la salud sexual y reproductiva, con fiere un profundo cambio de valores, pues está relacionada con la eliminación de la coerción, el abuso de poder en las relaciones entre prestadores de servicios y usuarias, con debido respeto a sus opiniones y decisiones, y el reconocimiento de las desigualdades basadas en la diferencia sexual y de la relatividad histórica y cultural de los papeles de género, la posibilidad para las mujeres de opinar, negociar, decidir y elegir en materia de sexualidad y reproducción y el impulso al empoderamiento y la autonomía de las mujeres.

PROPUESTA

La mayoría de las infecciones por VIH son transmitidas sexualmente o asociadas con el embarazo, el parto y la lactancia. Las interacciones entre la salud sexual y reproductiva y el VIH/SIDA son ahora ampliamente reconocidas. Adicionalmente, las enfermedades sexuales y reproductivas y el VIH/SIDA comparten causas de raíz, incluyendo la pobreza, la inequidad de género y la marginalización social de la mayoría de las poblaciones vulnerables.

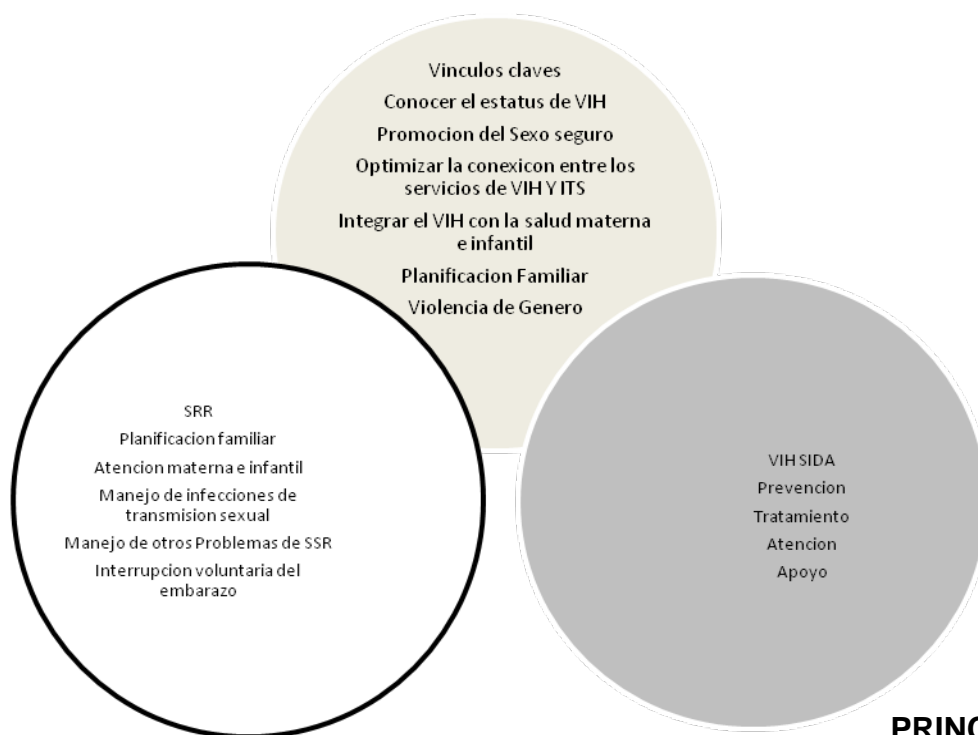
Beneficios:

La existencia de vínculos más sólidos entre los programas de SSR y el VIH/SIDA debería conducir a una serie de beneficios importantes para la salud pública. Se puede esperar obtener los siguientes beneficios:

- Mejor acceso y utilización de servicios clave en VIH/SIDA y SSR
- Mejor acceso de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) a servicios de SSR diseñados a la medida de sus necesidades
- Reducción del estigma y discriminación asociados con el VIH/SIDA
- Mejor cobertura con servicios de SSR para poblaciones insuficientemente atendidas y marginadas, como las y los usuarios de drogas inyectables, las y los trabajadores del sexo u hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- Mayor apoyo para la doble protección contra el embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH para las personas que lo necesitan, especialmente la gente joven.
- Mejor calidad de atención
- Mayor efectividad y eficiencia programática⁵¹

⁵¹ OMS/VIH/2005.05: FNUAD/2005-IPPF-VIH/SIDA 2005. ONUSIDA 2005

Ilustración 1



Las acciones clave de política y programas deben basarse en los siguientes principios:

Abordar las determinantes estructurales. Las causas de raíz del VIH/SIDA y de la mala salud sexual y reproductiva deben ser abordadas. Esto incluye acciones para reducir la pobreza, asegurar la equidad de acceso a servicios de salud esenciales, y mejorar el acceso a las oportunidades de información y educación.

Enfoque en derechos humanos y género. Los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, incluyendo las mujeres y hombres que viven con VIH, deben ser enfatizados; En este enfoque la promoción y educación son las herramientas claves para empoderamiento de las/los PVVS, con ello conlleva a exigencia legítima de este grupo, para obtener programas integrales de atención. Adicionalmente, se requiere de políticas sensibles al género, para establecer la igualdad de género y eliminar la violencia basada en género. Cuando el enfoque de derechos humanos está presente en los programas, sus actividades están

basadas en calidad y no cantidad de servicios, teniendo resultados que a mediano y largo plazo crean impacto en la salud de la población.

Promover una respuesta coordinada y coherente.

Promover la atención a prioridades de salud sexual y reproductiva dentro de una respuesta coordinada y coherente al VIH/SIDA, que se base en los principios de un marco de referencia nacional de VIH/SIDA, de un organismo de base amplia y multisectorial de coordinación de VIH/SIDA, y un sistema de monitoreo y evaluación acordado a nivel nacional. Este aspecto los programas que tienen objetivos comunes (mujeres, niños) deberán tener ejes transversales siendo uno de ellos la promoción a la salud, prevención y educación en temas específicos de salud sexual y reproductiva. Al tener una respuesta coordinada y coherente dentro de los programas se podrá disminuir la demanda no satisfecha de métodos de planificación, búsqueda más activa y temprana de los casos de VIH positivos al ofertar la prueba en todos los servicios de salud sexual y productiva, detectar con mayor facilidad los casos de violencia de género, entre otros.

Involucrar de manera efectiva a las PVVS. Las mujeres y hombres que viven con VIH/SIDA deben ser involucradas plenamente en el diseño, implementación y evaluación de las políticas, programas e investigaciones que afectan sus vidas. Esto es una estrategia de empoderamiento, pero que ayuda a los programas a ser coherentes a la realidad de las/los usuarios.

Fomentar la participación comunitaria. La gente joven, las poblaciones vulnerables clave y la comunidad en su conjunto, son socios esenciales para una adecuada respuesta a los retos descritos y para satisfacer las necesidades de las personas y comunidades afectadas.

Reducir el estigma y la discriminación. Se requiere urgentemente de medidas legales y políticas más vigorosas para proteger de la discriminación a las PVVS y las poblaciones vulnerables.

BIBLIOGRAFIA

1. Alcalá, 1995: 16-17
2. CCMM Plataforma 94,97; CIPD 7.2. Citado por Alcalá, 1995: 16-17
3. CCMM Plataforma 95,97,216,223; CIPD Principio 8, 7.3; CMDH Programa 41;CED 16.1(e) Citado porAlcalá, 1995
4. CERIGUA en Lunes, 19 Febrero, 2007
5. CERIGUA en Martes, 17 Abril, 2007
6. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) 1994. Programme of Action.
7. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo 1994, La Conferencia Mundial de Desarrollo Social de Copenhague de 1995 y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing en 1995
8. Datos estadísticos provistos por la ONU, el Banco Mundial, OMS, ONUSIDA.
www.theglobalfund.org/programs/countrystats/?lang=es&countryID=GUA
9. de Bruyn, Maria. 2006. Cumpliendo los derechos reproductivos de mujeres afectadas por el VIH/SIDA. Una herramienta para monitorear el logro de tres Objetivos de Desarrollo del Milenio. Versión actualizada. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.
10. DECLARACIÓN DE BARCELONA sobre los DERECHOS DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO" septiembre 2001
11. Denuncian a director de colegio por impedir ingreso de niña con sida. Diario Correo.
En:<http://anteriores.epensa.com.pe/enlinea/ediciones/2004/mar/18/locales/loco01.asp>. (Visualizado el 24 de marzo del 2004).
12. DERECHOS MUJER: La Caja de Pandora : Sida y mujeres indígenas en Guatemala
13. Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y derechos humanos – ONUSIDA. 1996.

14. Estimaciones, prevalencias y muertes por VIH/SIDA
.www.avert.org/southamerica.htm
15. Estudio Multicéntrico de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en HSH en Guatemala, 2003. PASCA y otros, 2003.
16. Evaluación SVE 2004
17. Francisco Javier Pardo 1.996-2.000
18. Guía de tratamiento antirretroviral, y de infecciones oportunistas de Guatemala, Programa Nacional de ITS y VIH/SIDA , Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social, abril 2006
19. Human Rights And Health: The Case Of HIV/AIDS, Ugarte Gil Cesar Augusto, Miranda Montero J. Jaime
20. Informe sobre la situación de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) y acceso a la atención integral y los tratamientos antirretrovirales (ARV) en América Latina y el Caribe. Presentado a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Washington D.C., 16 de Octubre de 2002
21. Juan Manuel Lozano León, Álvaro Ruiz Morales. Principios Éticos en investigación clínica y epidemiológica pp. 504
22. LEY GENERAL DECRETO 27-2000 PARA EL CAMBATE DEL VIH-SIDA Y DE LA PROMOCION, PROTECCION Y DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS ANTE EL VIH-SIDA
23. Los datos regionales y del mundo para este indicador son de la actualización de la epidemia de SIDA de UNAIDS/WHO: Noviembre de 2008
(<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdateArchive/2009/Default.asp>), y refiere a finales de 2008.
24. Los derechos humanos en las normas sobre el VIH/SIDA en México y Centroamérica. 1993-2000 Silvia Magali Cuadra-Hernández, Soc, René Leyva-Flores, MC, M en MS, Daniel Hernández-Rosete, Soc, M en Ant Soc, Mario N Bronfman-Pertzovsky, Dr.

25. Los religiosos y religiosas en el mundo de la pandemia VIH/Sida, Vidimus Dominus
26. Mann J. Human Rights and AIDS: The Future of the Pandemic. In: Mann J, Gruskin S, Grodin M, Annas G, eds. Health and Human Rights: A Reader. New York: Routledge;1999:7-20
27. MUJER, SEXUALIDAD Y SIDA" M. Bianco, Laura Pagani y María Inés Re. Noviembre 1998
28. Mujeres Y VIH/SIDA: Una Introducción A La Vulnerabilidad Femenina Ante El Virus. Tamil Kendall
29. OMS/VIH/2005.05: FNUAD/2005-IPPF-VIH/SIDA 2005. ONUSIDA 2005
30. ONUSIDA. Formulario para evaluación de discriminación. Anexo 1
31. Plataforma de Acción de Beijing, párrafo 96. Es digno de observar que incluso los gobiernos que expresaron reservas en oposición a los 'Derechos Sexuales' utilizaron el término en sus declaraciones en la sesión de clausura de la Conferencia de Beijing".
32. Política de Estado, MSPAS, 2005.
33. Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica Guatemala: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia Región de Latino América y el Caribe y Programa Global de VIH/SIDA BANCO MUNDIAL Diciembre 2006
34. Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica Guatemala: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia Guatemala, Diciembre 2006
35. Reporte final del Sistema de Vigilancia Epidemiologica de Guatemala, CDC/GAP 2004.
36. SEGUIMIENTO DE LA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL PARA LA CO-INFECCION DE TUBERCULOSIS Y VIH/SIDA E INFECCIONES PULMONARES EN QUETZALTENANGO "DR. ISAAC COHEN ALCAHE" octubre 2008.

37. UNAIDS. Vive y deja vivir: Campaña Mundial del SIDA 2002-2003. En: http://www.unaids.org/wac/2002/Spanish/posters2_sp.html (Visualizado el 6 Diciembre 2003).
38. UNAIDS/WHO en noviembre del 2009 con referencia a finales 2008.
39. VIH/Sida y derechos humanos Manual Introdutoria E. Carrasco E. Enrique
40. VIH/SIDA Y DERECHOS HUMANOS MANUAL INTRODUCTORIO Programa Nacional de VIH/SIDA e ITS – MSDS / Acción Ciudadana Contra el SIDA (ACCSI) Programa Conjunto de Naciones para el SIDA (ONUSIDA) Autores: Edgar Carrasco y Enrique González Caracas, 26 enero 2002
41. Visibilidad, Voces Y Visiones: Una Llamada A La Acción De Mujeres Seropositivas A Los Dirigentes comunidad Internacional De Mujeres Viviendo Con Vih/Sida (I Cw)
42. www.tusalud.com.mx

ANEXOS

ANEXO 1

Hoja de Consentimiento informado

**LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER CON
VIH/SIDA DEL PROGRAMA DE ATENCION A LAS PACIENTES
SEROPOSITIVAS DE LA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL - DR. ISAAC
COHEN ALCAHE-**

BOLETA RECOLECTORA DE DATOS

A continuación encontrar usted 103 preguntas, que apoyaran a realizar el presente estudio, el objetivo principal es tener un visión general de cómo viven, conocen y sienten las pacientes VIH positivo sus derechos sexuales y reproductivos. El tiempo que se requerirá para llenar el cuestionario será aproximadamente de 90 minutos. Usted podrá recibir información adicional a las instrucciones en caso lo considere pertinente. Usted no recibirá ningún tipo de desembolso por participar en el presente estudio. La información es completamente confidencial y anónima, y se usara exclusivamente para llenar los objetivos de la investigación. Usted tiene la libertad de decidir en participar o no, esto no provocara ningún tipo de represalia. Si por lo contrario, usted esta de acuerdo con participar, favor de firmar en el espacio correspondiente.

Gracias por su colaboración.

Firma de aceptación: _____

Fecha: _____

Encuesta No. _____

Responsable: _____

ANEXO 2

ENTREVISTA DE USUARIOS

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER CON VIH/SIDA DEL PROGRAMA DE ATENCION A LAS PACIENTES SEROPOSITIVAS DE LA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL - DR. ISAAC COHEN ALCAHE-.



Hospital:
Rodolfo Robles

Regional de Occidente

Fecha: _____

Hora de inicio: _____

Hora de término: _____

PARTE 1: SOCIOECONOMICO.

1. ¿Qué edad tiene? _____ Años

2. ¿Cuál es su situación conyugal?

MOSTRAR TARJETA 1

- a) Casada
- b) Soltera
- c) Viuda
- d) Separada de hecho
- e) Anulada

3. ¿Sabe leer o escribir?

- a) Si
- b) No (pase a la pregunta No. 5)

4. ¿Último grado aprobado?

- a) Primaria incompleta
- b) Primaria completa
- c) Básico incompleto
- d) Básico completo
- e) Medio incompleto
- f) Medio completo
- g) Universitario incompleto
- h) Universitario completo

5. ¿Cuál es su religión?

MOSTRAR TARJETA 2

- a) Ninguna
- b) Católica
- c) Evangélica (Cualquier denominación)
- d) Mormona, Adventista, Testigo de Jehová
- f) Otra. Especificar _____

6. ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

7. ¿Cuál es el ingreso mensual de su grupo familiar? Q: _____

8. Actualmente, ¿cuál su situación en relación a su trabajo?

- a) Trabaja fuera de casa (pase a la 9)
- b) Trabajaba antes pero en este momento no (pase a la 11)
- c) Estudia y trabaja (pase a 9)
- d) Estudia y no trabaja (pase a 11)
- e) Se dedica a los quehaceres del hogar (pase 10)

9. ¿En qué consiste el trabajo que realiza (o el último que realizaba)?

- a) Trabaja por cuenta propia en su negocio (microempresa)
- b) Trabaja por cuenta propia (informal)
- c) Profesional o técnica en empresa pública o privada
- d) Empleada en empresa pública o privada
- e) Obrera
- f) Servicio doméstico
- g) Trabajadora de sexo servidora
- h) Otra. Especificar _____

10. ¿En relación con su trabajo en casa? Usted

- a) Trabaja sola en su casa, no necesita ayuda
- b) Trabaja en su casa pero alguien la ayuda, debido que usted no se siente bien todavía
- c) Estoy en casa, pero alguien hace todo en casa

11. ¿Usted antes de saber su diagnostico trabajaba?

- 1. Si
- 2. No

12. ¿Realiza alguna otra actividad a través de la cual recibe ingresos?

- a) Sí ¿Cuál? _____
- c) No

13. ¿Está jubilada o recibe algún tipo de pensión?

- a) Si Especificar _____
- b) No

14. El aporte que Usted hace al ingreso familiar es:

MOSTRAR TARJETA 3

- a) Todo el ingreso familiar
- b) Más de la mitad del ingreso familiar
- c) La mitad del ingreso familiar
- d) Menos de la mitad del ingreso familiar
- e) No percibe ingresos que pueda aportar a la familia

PARTE 2: El Acceso y La Calidad de la Atención Proporcionada En El Servicio

15. ¿Es difícil asistir regularmente a sus controles en el servicio de salud donde se atiende?

- a) Si (pase a la 16)
- b) No (pase a la 17)

16. ¿Cuál de las siguientes dificultades tiene para asistir a los servicios de salud tiene usted?

MOSTRAR TARJETA 4

- a) El servicio le queda muy lejos y/o se demora mucho en llegar Sí No
- b) Llegar al servicio le sale muy caro porque tiene que gastar mucho en el transporte Sí No
- c) Le cuesta ir al servicio porque no tiene con quién dejar a sus hijos/as Sí No
- d) Necesita que alguien la acompañe porque tiene problemas para moverse
- e) Tiene problemas con el idioma que hablan en el servicio Si No
- f) otro factor que le impida llegar con facilidad al centro de atención: (favor aclarar)

17. ¿Cómo diría usted que es la calidad de la atención de salud que se le brinda en el servicio donde se atiende?

- a) Buena ¿Por qué? _____

- b) Regular ¿Por qué? _____

- c) Mala ¿Por qué? _____

18. En la relación que mantiene con el médico que la atiende en el Programa de VIH, usted siente:

MOSTRAR TARJETA 5

- a) Que puede hacerle preguntas y consultarle sus dudas Sí No
- b) Que la atiende a la rápida Sí No
- c) Que le habla en un lenguaje muy enredado Sí No
- d) Que la considera como persona y se preocupa por usted Sí No
- e) Que la trata mal y/o la reta Sí No
- f) Que trata de darle una buena atención Sí No

19. Cuando fue notificada, ¿como diría usted que fue la actitud de la persona que le entregó el resultado del examen?

- a) Acogedora y/o comprensiva
- b) Indiferente
- c) Dura y/o enjuiciadora

20. Durante los últimos seis meses, ¿se ha practicado alguno de los siguientes exámenes?

Marque todos los que se haya realizado:

MOSTRAR TARJETA 6

- a) Papanicolaou Sí No
 - b) Mamografía Sí No
 - c) Examen de mamas a través de tacto Sí No
 - d) Examen ginecológico de rutina Sí No
 - e) examen de CD4 ¿sabe su recuento?:
 - f) carga viral ¿sabe su recuento?:
 - e) Otros Especificar
-

21. Desde que fue notificada, ¿ha solicitado algunas de las siguientes prestaciones de salud?

MOSTRAR TARJETA 8

- a) Atención ginecológica Sí No
- b) Tratamiento de la Infertilidad Sí No
- c) Tratamiento de la menopausia y el climaterio Sí No
- d) Atención psicológica por problemas sexuales Sí No
- e) Tratamiento de la depresión Sí No
- f) Esterilización Sí No
- g) Atención de aborto Sí No
- h) Tratamiento por abuso sexual o violencia intrafamiliar Si No

Si hay algún "Sí" pase a la 22

Si son todos "No" pase a 25

22. ¿Se le ha negado el acceso a alguna de estas prestaciones?

- a) Sí ¿A cuál/es? (marcar con alternativas si corresponde)

_____ (pase a la 23)

- b) No (pase a la 26)

23. ¿Por qué cree que le negaron la(s) atención(es)? Señale la razón principal.

24. ¿Qué hizo cuando le negaron la atención (es)?

Esperar respuesta. No mostrar alternativas.

- a) Reclamó
- b) No reclamó

25. En el servicio de salud donde usted se atiende le han dicho....

MOSTRAR TARJETA 9

- a) Que las mujeres seropositivas no pueden tener relaciones sexuales Sí No
- b) Que las mujeres seropositivas no deben embarazarse Sí No
- c) Que las mujeres seropositivas pueden tener hijos/as sin VIH Sí No
- d) Que las mujeres seropositivas tienen la obligación de informar a sus parejas sexuales que viven con VIH Sí No
- e) Que la sexualidad es algo necesario para la vida de todas las personas Sí No
- f) El sexo es solo para tener hijos Si No

26. En el servicio de salud donde usted se atiende, le han entregado información

sobre:

MOSTRAR TARJETA 10

- a) Reinfección por VIH Sí No
- b) Prevención del embarazo Sí No
- c) Adherencia a tratamientos antirretrovirales Sí No
- d) Prevención de la transmisión vertical Sí No
- e) Importancia de exámenes monitoreo de VIH (carga viral, CD4) Sí No
- f) Sexo protegido o seguro Si No
- g) Derechos sexuales y reproductivos Si No

27. En el servicio de salud donde usted se atiende se ha sentido presionada a ...

MOSTRAR TARJETA 11

- a) Esterilizarse Sí No
- b) Utilizar métodos de prevención de embarazo Sí No
- c) Continuar usando el mismo método de prevención del embarazo Sí No
- d) Cambiar sus conductas sexuales Sí No

28. En el servicio de salud donde usted se atiende, le han informado de la existencia de algunos de los siguientes derechos que usted tiene como paciente...

MOSTRAR TARJETA 12

- a) Derecho a recibir atención las 24 horas del día en los servicios de urgencia Si No
- b) Derecho a revisar su ficha clínica y que esta sea confidencial Si No
- c) Derecho a recibir información clara, comprensible y completa de su situación de salud Si No
- d) Derecho a recibir atención oportuna, de calidad y adecuada a sus necesidades Si No
- e) Derecho a la confidencialidad de sus exámenes y diagnósticos Si No
- f) Derecho a no ser discriminada en la atención en salud Si No
- g) Derecho a decidir libremente si desea entregar información sobre su vida sexual al médico u otro integrante del equipo de salud Si No
- h) Derecho a acceder a servicios de consejería en prevención secundaria Si No
- i) Derecho a decidir libremente sobre la utilización de medidas preventivas Si No
- j) Derecho a realizarse exámenes periódicos de monitoreo del VIH (carga viral y CD4) Si No

29. En general, ¿considera que estos derechos se respetan en el servicio de salud

donde usted se atiende?

- a) Sí, siempre
- b) Si, a veces
- c) No, nunca

PARTE 3: Servicios de información y orientación sobre Derechos sexuales y Reproductivos

30. ¿Conoce usted el tratado de Barcelona?

- a) Si
- b) No

31. ¿Conoce usted alguna organización que le brinde servicios de información y atención sobre derechos sexuales y reproductivos?

- a) Si cual? (pase a 32)
- b) No (pase a 34)

32. ¿Qué servicios le han brindado?

MOSTRAR TARJETA 13

- a) Información sobre salud sexual y reproductiva
- b) Entrega de folletos
- c) Fomenta la organización pro-derechos sexuales
- d) Servicio Legal
- e) Otro: _____

33. ¿Tiene usted un puesto en la organización que brinde ayuda a PVVS?

- a) Si
- b) No

34. ¿Ha recibido información o/y orientación sobre maternidad segura, anticonceptivos o sexualidad?

- a) Si
- b) No

35. ¿Por quien?

- a) Técnico de salud
- b) Psicólogo
- c) Medico
- d) Grupo de ayuda
- e) Otro

36. ¿Ha oído y/o visto algún anuncio ya sea en la radio o televisión sobre VIH/SIDA?

- a) Si
- b) No

37. ¿En donde?

- a) Televisión
- b) Radio
- c) Prensa
- d) Revista
- e) Otro: _____

38. ¿Cual tema?

- a) Prevención
- b) Uso de condón
- c) Realización de prueba
- d) Sexo seguro
- e) otro

39. ¿Ha visto póster que tengan información sobre VIH?

- a) Si
- b) No

40. ¿Cual tema?

- a) Prevención
- b) Uso de condón
- c) Realización de prueba
- d) Sexo seguro
- e) otro

41. ¿Usted que cree al respecto de las siguientes oraciones?

Marque su opinión más cercana

Afirmación: De acuerdo (1) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (2) En desacuerdo (3)

MOSTRAR TARJETA No. 14

- a) El sexo es parte de la vida de una pareja
- b) El sexo solamente es para tener niños
- c) El sexo seguro evita enfermedades
- d) El VIH y SIDA son lo mismo
- e) Las mujeres tiene los mismos derechos que los hombres
- f) Una mujer puede decidir no tener relaciones sexuales

42. ¿Puede mencionar por lo menos 5 métodos para planificar familiar?

- a) Si menciono 5 métodos
- b) Menciono entre 3 – 5 métodos
- c) Menos de 3 métodos
- d) No menciono ninguno

43. ¿Qué derechos tiene usted como mujer?

- a) Si menciono 5 derechos
- b) Menciono entre 3 – 5 derechos
- c) Menos de 3 derechos
- d) No menciono ninguno derecho

PARTE 4: Antecedentes respecto a la edad y circunstancias en que se dio inicio a la actividad sexual, así como la trayectoria sexual de las mujeres.

44. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____ años.

45. ¿Usted ha tenido relaciones sexuales con?

MOSTRAR TARJETA NO. 15

- a) solo hombres (pase a pregunta No. 48)
- b) solo mujeres (pase a pregunta No. 46)
- c) alguna vez con una mujer (pase a pregunta No.46)

46. ¿Usted se considera?

MOSTRAR TARJETA NO. 16

- a) Homosexual
- b) Bisexual
- c) Otro. Defina:

47. ¿usted esta satisfecha con su orientación sexual?

- a) Si
- b) La mayoría de veces
- c) Algunas veces
- d) No

48. En su primera relación sexual, ¿usó alguna medida preventiva?

- a) Sí ¿Cuál? _____ (pase a la 49)
- b) No (pase a la 50)

49. ¿Cuál fue la razón principal por la que usó esta medida preventiva?

(Esperar respuesta. No mostrar alternativas)

- a) Para evitar embarazos
 - b) Para evitar adquirir una enfermedad de transmisión sexual
 - c) otro:
-

50. En los últimos 6 meses ¿ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual?

(No considerar VIH)

- a) Sí (pase a pregunta No. 51)
- b) No (pase a pregunta No. 52)

51. ¿Cual?

MOSTRAR TARJETA 17

- a) Granos en área vulvar u otro parte del cuerpo (papilomas)
- b) Ampollas en área vulvar (herpes genital)
- c) Flujo blanco espumoso (candida vaginal)
- d) Flujo verde amarillento (tricomonas, gardenella vaginalis)
- e) Lesiones en cuello de la matriz (NIC 1,2,3)
- f) Otro especifique: _____

52. ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____ embarazos

53. ¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido? _____ (Que nacieron vivos al momento del parto, independientemente de si están vivos en la actualidad)

54. ¿Ha tenido pérdidas o abortos alguna vez?

- a) Sí ¿Cuántos? _____ (pase a la 55)
- b) No (Pase a la 57)

55. Indique la razón principal del aborto o pérdida.

- a) Aborto espontáneo (pase a la 47)
- b) Interrupción voluntaria del embarazo (pase a la 48)
- c) Aborto por razones médicas o accidente (pase a la 47)

56. ¿Por qué decidió interrumpir su embarazo? Señale la razón principal.

Si hay más de un caso de interrupción, marque todas las alternativas que correspondan

MOSTRAR TARJETA 18

- a) Por razones familiares
- b) Por razones económicas
- c) Por el VIH

- d) Porque no quería tener un hijo/a en ese momento de su vida
- e) Por motivos de trabajo
- f) Otra. Especificar_____

57. ¿Le ha tocado vivir alguna de las siguientes situaciones en el transcurso de su vida?

(También interesa conocer la relación que la encuestada mantenía con la persona autora del abuso o maltrato)

MOSTRAR TARJETA 19

¿por parte de quién?

- | | | |
|------------------------|----|----|
| a Maltrato físico | No | Si |
| b Maltrato psicológico | No | Si |
| c Abuso Sexual | No | Si |
| d Violación | No | Si |
- NO (pase a la 59) SI (pase a la 58)

58. ¿En qué etapa de su vida vivió esa situación? Marque todas las que correspondan

MOSTRAR TARJETA 20

- a) Durante la infancia
- b) Durante la adolescencia
- c) Durante la juventud
- d) Durante la adultez

Observaciones:

Utilizar en caso de que exista más de un tipo de maltrato o que usted considere necesario especificar la situación vivida por la encuestada)_____

59. Antes de ser notificada por VIH, ¿usaba algún método de prevención del embarazo?

- a) Sí (pase a la 60)
- b) No (pase a la 61)

60. ¿Qué métodos de prevención del embarazo utilizaba? Marque todos los que haya

MOSTRAR TARJETA 21

Método

¿Por cuánto tiempo?

- a Píldoras anticonceptivas
- b Dispositivo intrauterino
- c Preservativo
- d Diafragma
- e Gel o espuma espermicida
- f Inyecciones hormonales

- g Calendario o billings
- h Coitus interruptus
- i Otro. Especificar _____

61. Después de su notificación por VIH, ¿ha usado métodos de prevención del embarazo?

- a) Si (pase 62)
- b) No (pase a la 63)

62. ¿Cuál?

MOSTRAR TARJETA 22:

- a Píldoras anticonceptivas
- b Dispositivo intrauterino
- c Preservativo
- d Diafragma
- e Gel o espuma espermicida
- f Inyecciones hormonales
- g Calendario o billings
- h Coitus interruptus
- i Otro. Especificar _____

63. ¿Por qué no ha utilizado? Señale la razón que mejor la represente:

MOSTRAR TARJETA 23

- a) Porque no lo necesita (esterilización, menopausia o climaterio)
- b) Porque no tiene relaciones sexuales
- c) Porque quiere embarazarse
- d) Porque su pareja no quiere que use
- e) Porque no tiene acceso o no puede comprarlo
- f) Porque no le gusta usar
- g) Otra razón. Especificar _____

PARTE 5 Situación de pareja en que se encuentran actualmente, sexualidad, grado de utilización del preservativo y las actitudes que tienen las mujeres tanto hacia el condón como hacia su utilización efectiva.

64. Antes de ser notificada por VIH, ¿cuántas parejas sexuales tuvo? (Estimación)

MOSTRAR TARJETA 24

- a) Una pareja sexual
- b) Entre dos y tres parejas sexuales
- c) Entre cuatro y seis parejas sexuales
- d) Entre siete y diez parejas sexuales
- e) Más de diez parejas sexuales

65. ¿Cómo diría que eran sus relaciones sexuales antes de ser notificada?

a) No placenteras ¿Por qué? _____

b) A veces placenteras
y a veces no placenteras ¿Por qué? _____

c) Placenteras ¿Por qué? _____

66. Durante los últimos seis meses ¿ha tenido relaciones sexuales?

- a) Sí, frecuentemente (pase a la 68)
- b) Sí, ocasionalmente (pase a la 68)
- c) No (pase a la 67)

67. ¿Por qué no ha tenido relaciones sexuales?

- a) Por motivos relacionados con el VIH
- b) Porque no ha tenido la oportunidad
- c) Mi pareja esta enferma
- d) Yo estoy enferma
- e) Otra. Especificar _____

68. Cómo diría usted que son sus relaciones sexuales actuales?

a) No placenteras ¿Por qué? _____

b) A veces placenteras y a veces no placenteras ¿Por qué? _____

c) Placenteras ¿Por qué? _____

69. ¿Usted ha decidido tener relaciones?

- a) Si
- b) A veces si, a veces no
- c) No

70. Durante los últimos seis meses ¿ha utilizado preservativos?

- a) Sí (pase a la 71)
- b) No (pase a la 72)

71. ¿Cuántas veces ha utilizado preservativos en los últimos seis meses?

MOSTRAR TARJETA 25

- a) En una oportunidad
- b) Ocasionalmente
- c) Frecuentemente
- d) En todas sus relaciones sexuales

72. ¿Por qué no ha usado preservativo?

MOSTRAR TARJETA 26

- a) Porque quiere embarazarse
- b) Porque a su pareja no le gusta usarlo
- c) Porque a usted no le gusta usarlo
- d) Porque no tiene acceso a preservativos
- e) Otra razón. Especificar _____

73. Desde que fue notificada, ¿cuántas parejas sexuales ha tenido?

(Estimación)

MOSTRAR TARJETA 27

- a) Ninguna pareja sexual
- b) Una pareja sexual
- c) Entre dos y tres parejas sexuales
- d) Entre cuatro y seis parejas sexuales
- e) Entre siete y diez parejas sexuales
- f) Más de diez parejas sexuales

74. En este momento, ¿cuál es su situación de pareja?

MOSTRAR TARJETA 28

- a) Vive con su pareja estable (pase a la 75)
- b) Tiene pareja estable pero no vive con ella (pase a la 75)
- c) No tiene pareja estable (pase a la 77)

75. ¿Su pareja vive con VIH/SIDA?

- a) Sí
- b) No

76. En su relación de pareja actual, ¿vive algunas de las siguientes situaciones?

MOSTRAR TARJETA 29

- a) Maltrato físico Si No
- b) Maltrato psicológico Si No
- c) Abuso sexual Si No
- d) Violación Si No

77. ¿Alguna pareja que usted haya tenido ha muerto a causa del VIH/SIDA?

- a) Sí
- b) No

78. Indique su grado de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

MOSTRAR TARJETA 30

Afirmación: De acuerdo (1) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (2) En desacuerdo (3)

- a) El condón es sinónimo de desconfianza en la pareja
- b) No me gusta usar condones, pero tengo que hacerlo
- c) Me gusta usar condón porque me da tranquilidad
- d) El condón le quita romanticismo al sexo
- e) Usar condón puede ser erótico
- f) Encuentro el condón muy caro para usarlo regularmente

79. Indique su grado de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

MOSTRAR TARJETA 31

Afirmación: De acuerdo (1) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (2) En desacuerdo (3)

- a) Si el hombre no quiere usar preservativos, la mujer puede convencerlo de que lo use ofreciéndole algo a cambio
- b) Es preferible tener relaciones sexuales sin preservativo que no tenerlas
- c) La mujer tiene el deber de aceptar tener relaciones sexuales sin condón si el hombre no quiere usar preservativos
- d) Encuentro que no es necesario usar condón cuando las dos personas son seropositivas
- e) Es preferible no tener relaciones sexuales a tenerlas sin condón
- f) Para que el hombre se ponga preservativos la mujer tiene que decirle que vive con VIH

ETAPA : antecedentes respecto a la trayectoria reproductiva de las mujeres, tales

como embarazos, hijos/as, pérdidas y/o abortos y utilización de medidas de prevención del embarazo, parto, post parto y tratamiento.

80. ¿En qué año fue notificada? _____

¿Cómo adquirió el VIH/SIDA?

- a) Por vía sexual
- b) Por vía sanguínea

81. Antes de ser notificada, ¿tenía información sobre el VIH/SIDA?

- a) Sí, bastante (pase a la 82)
- b) Sí, escasa (pase a la 82)
- c) No (pase a la 83)

82. ¿Creyó necesario cuidarse para no adquirir el VIH?

- a) Sí ¿Por qué? _____
- b) No ¿Por qué? _____

83. Cuando fue notificada, ¿por qué se realizó el examen de ELISA (del SIDA)? Señale la razón que mejor la represente.

MOSTRAR TARJETA 32

- a) Se lo había hecho de manera preventiva
- b) Estaba embarazada
- c) Fue operada
- d) Estaba enferma
- e) Notificaron a su pareja
- f) Notificaron a su hijo/a
- g) Otra. Especificar _____

84. ¿Tiene hijos o hijas?

- a) Sí ¿cuántos? _____
- b) No (pase 95)

85. Después de que fue notificada ¿ha tenido hijos?

- a) Sí ¿cuántos? _____
- b) No (pase 93)

86. ¿Durante su embarazo recibió atención prenatal?

- a) Si
- b) No

87. ¿Durante su embarazo recibió medicamento para prevenir el VIH (antiretrovirales)

- a) Si
- b) No

88. ¿Quién atendió su parto?

- a) Comadrona
- b) Enfermera
- c) Medico
- d) Técnico de salud
- e) Otro: _____

89. ¿Dónde fue su parto?

- a) En su casa
- b) En la ambulancia
- c) En el hospital
- d) Otro: _____

90. ¿Su parto fue?

- a) Por vía vaginal
- b) Cesárea

91. ¿Recibió atención después del parto?

- a) Si
- b) No

92. ¿Que le ofrecieron?

MOSTRAR TARJETA 33

- a) Métodos de anticoncepción
- b) Leche maternizada
- c) Cambio de antiretrovirales
- d) Consulta medica
- e) Otro

93. ¿Alguno de sus hijos/as vive con VIH?

- a) Sí ¿cuántos? _____ (pase a la)
- b) No (pase a la 95)

94. Señale la/s edad/es de sus hijos/as seropositivos (en años cumplidos)

95. ¿Quién tomo la decisión de tener el número de hijos que tiene? dejar que responda...

- a) Usted
- b) Esposo
- c) Ambos
- d) Otro: _____

96. ¿Cuántos hijos deseo usted tener?

No. _____

97. ¿Ha sido esterilizada?

- a) Sí (pase a la 96)
- b) No (pase a la 98)

98. ¿Cuándo fue esterilizada?

- a) Antes de su notificación por VIH+
- b) Después de su notificación por VIH+

99. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones expresa mejor el motivo de su esterilización?

Marque la alternativa que mejor la represente:

MOSTRAR TARJETA 34

- a) Usted solicitó esterilizarse porque no quería tener más hijos/as
- b) En el servicio de salud la presionaron para esterilizarse
- c) Su familia y/o pareja la presionó para esterilizarse
- d) Fue esterilizada sin su consentimiento
- e) Otra. Especificar _____

100. ¿Le gustaría tener hijos (en caso de no tener) o más hijos (en caso de tener)?

- a) Si ¿Por qué? _____
- b) No ¿Por qué? _____

101. ¿Está tomando Tratamientos Antirretrovirales?

- a) Si
- b) No

102. ¿Conoce usted su esquema de tratamiento?

- a) Si
- b) No

103. ¿Sabe usted su recuento de CD4?

Comentarios:

**ANEXO 3
ENTREVISTA A TRABAJADORES**

**LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER CON
VIH/SIDA DEL PROGRAMA DE ATENCION A LAS PACIENTES
SEROPOSITIVAS DE LA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL - DR. ISAAC
COHEN ALCAHE-**



ENTREVISTA A LOS PROVEEDORES DE SALUD

Hospital:
Rodolfo Robles

Regional de Occidente

Fecha: _____

Hora de inicio: _____

Hora de finalización: _____

1. ¿Trabaja como?

- a) enfermer@
- b) Medic@
- c) Asistente de laboratorio
- d) Psicolog@
- e) Trabajad@r social
- f) Trabajad@r comunitario
- g) Otro: _____

2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el servicio?

- a) Menos de un año
- b) Más de un año y menos de dos
- c) Mas de dos

3. Mencione los derechos humanos de tiene derecho los pacientes PVVS que recuerde:

- a) Respondió menos de 6 derechos
- b) Respondió entre 7 y 12
- c) Respondió mas de 12 derechos

MOSTRAR TARJETA No. 1 (al finalizar la respuesta)

- a. La ley protege a todos los individuos por igual. En consecuencia, no deben sufrir discriminación de ningún tipo.
- b. No están obligados a someterse a la prueba de detección de anticuerpos del VIH ni a declarar que viven con VIH o han desarrollado sida. Los resultados de la prueba de detección de

anticuerpos para el VIH deben manejarse de manera anónima y confidencial.

- c. En ningún caso puede ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social o familiar, por vivir con VIH o haber desarrollado sida.
- d. No podrá restringirse su libre tránsito por el territorio nacional.
- e. Si desea contraer matrimonio, no podrá ser obligado a someterse a ninguna de las pruebas.
- f. Vivir con VIH/sida no es un impedimento para el desarrollo de la sexualidad, siempre que se tomen las precauciones necesarias.
- g. Cuando solicite empleo, no podrá ser obligado a ninguna de las pruebas de detección del VIH. Si vive con VIH o ha desarrollado sida, esto no podrá ser motivo para que sea suspendido o despedido del empleo.
- h. No se le puede privar del derecho de superarse mediante la educación formal e informal que se imparta en instituciones educativas públicas o privadas.
- i. Tiene derecho a la libre asociación, o a afiliarse a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado sida.
- j. Tiene derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y la forma de protegerse.
- k. Si vive con VIH o ha desarrollado sida, tiene derecho a recibir información sobre su padecimiento, las consecuencias y los tratamientos a que puede someterse.
- l. Tiene derecho a los servicios de asistencia médica y social, que tengan como objeto mejorar la calidad y tiempo de vida.
- m. Tiene derecho a una atención médica digna, y su expediente clínico deberá manejarse en forma confidencial.
- n. Tiene derecho a una muerte y servicios funerarios dignos y, como todos los seres humanos, a la protección de su salud.

4. Mencione los derechos sexuales y reproductivos de los PVVS que recuerde:

- b) Respondió menos de 5 derechos
- c) Respondió entre 6 y 9
- d) Respondió mas de 9 derechos

Mostrar Tarjeta No. 2 (al finalizar la respuesta)

- a. El derecho al libre ejercicio de la sexualidad, sin discriminaciones ni violencia de ningún tipo;
- b. El derecho al placer sexual;
- c. El derecho sobre el propio cuerpo (que es más abarcativo que lo sexual o lo reproductivo);
- d. El derecho a la educación sexual;
- e. El derecho al acceso a la información y a los servicios de anticoncepción;

- f. El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones de seguridad e higiene;
 - g. El derecho a la maternidad / paternidad voluntaria y responsable - como función social- derecho al acceso a la información y al tratamiento, en su caso, frente a la esterilidad;
 - h. El derecho a la maternidad / paternidad adoptiva;
 - i. El derecho de la embarazada y/o de la pareja a una orientación durante el embarazo y hacia el parto y la crianza del hijo/a;
 - j. El derecho a la atención y asistencia materno-infantil integral, humanizada y gratuita, incluyendo los controles prenatales, la asistencia hacia el trabajo de parto y el puerperio;
 - k. El derecho de la pareja embarazada al ejercicio de su sexualidad...
5. ¿Este servicio contempla instancias de participación de organizaciones de mujeres viviendo con VIH/SIDA?
 6. ¿Su servicio ha producido o tiene material de difusión disponible sobre anticonceptivos dirigidos a personas viviendo con VIH?
 7. ¿Que tipo de materiales son?
 8. Este servicio ofrece anticoncepción de emergencia sin prescripción o como medida profiláctica?
 9. ¿Cuántas mujeres que viven con VIH han tenido acceso a anticoncepción de emergencia? (dentro de un período determinado)
 10. En este servicio requiere que las mujeres que usan métodos anticonceptivos de regulación de la fertilidad como requisito para el tratamiento antirretroviral?
 11. Los donantes que apoyan programas VIH/AIDS requieren que se prevea la participación de la sociedad civil?
 12. Han habido instancias de colaboración entre ONG, incluyendo asociaciones de mujeres viviendo con VIH y organismos gubernamentales, Naciones Unidas u otros de los principales proveedores de servicios. ¿Que actividades concretas se han realizado para mejorar la vida de las mujeres? Este servicio ha participado de esas actividades ?
 13. Este servicio, ¿brinda profilaxis post exposición a las mujeres que han tenido sexo sin protección: víctimas de violaciones dentro o fuera del matrimonio o deriva a donde se brinde ese servicio diga a donde? ¿Sabe cuantos casos se han atendido durante el último año (2009)?
 14. Este servicio brinda información, consejo y apoyo a mujeres VIH positivo sobre sus derechos el derecho a satisfacer sus propios deseos reproductivos como ellas quieran?

Anexo 4

DECLARACIÓN DE DERECHOS DE LA MADRE⁵²

1. La maternidad debe ser de LIBRE elección.

Toda mujer tiene el derecho de decidir libremente sobre el momento más adecuado para tener sus hijos, el espacio ínter-genésico y cuántos hijos quiere tener. El uso de métodos anticonceptivos eficaces debe ser accesible a todas las mujeres.

2. Todas las mujeres tienen el derecho a que, en cualquier país del mundo, los gobiernos les garanticen una maternidad sin riesgo. Esta garantía se ha de traducir en asignaciones presupuestarias en los países en vías de desarrollo y, en el caso de los países desarrollados, en priorizar la maternidad sin riesgo dentro de sus programas de cooperación. Las embarazadas inmigrantes tienen derecho a ser atendidas en igualdad de condiciones que las del país de recepción o asilo.

3. Toda mujer tiene derecho a no sufrir discriminación, ni penalización, ni marginación social, a causa de una interrupción voluntaria de su embarazo. La práctica del aborto debe ser realizada en condiciones sanitarias adecuadas. Las mujeres tienen derecho a un acceso fácil a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de un aborto.

4. Toda mujer tiene derecho a que el embarazo no suponga un alto riesgo para su salud. Los servicios sanitarios de atención al embarazo deben ser de calidad y tener los recursos necesarios para una correcta atención. Los Ministerios de Sanidad deben establecer normas bien definidas acerca de la tecnología apropiada para un parto seguro para la madre y el recién nacido. Los países deben trabajar conjuntamente en la investigación para evaluar las diferentes tecnologías en la atención al parto.

5. Toda mujer tiene derecho a no ser marginada durante o a causa de un embarazo. El acceso y la continuidad al mundo laboral debe garantizarse a toda mujer sin que suponga una discriminación a causa de un embarazo. El derecho a la maternidad debe ser protegido por las leyes laborales de los gobiernos, de manera que no es admisible menoscabar ni anular la igualdad de oportunidades por razón de su estado.

6. Toda mujer tiene derecho a un Sistema de Salud adecuado y a medidas de protección durante su embarazo. El conocimiento y el acceso a los avances tecnológicos, tanto diagnósticos como terapéuticos, es un derecho de todas las mujeres. La atención obstétrica no tiene fronteras. El cuidado obstétrico debe tener en cuenta el respeto a la diversidad de culturas y creencias.

⁵² DECLARACIÓN DE BARCELONA sobre los DERECHOS DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO" septiembre 2001

7. La mujer tiene derecho a recibir una adecuada educación e información sobre salud reproductiva, embarazo, parto, lactancia materna y cuidados neonatales. Por tanto, los servicios de salud deberán promover la asistencia de la mujer embarazada, y si es posible de su pareja, a cursos de preparación, como una parte integrante de la atención prenatal.

8. Toda mujer tiene derecho a una nutrición adecuada durante el embarazo. La alimentación de la mujer debe permitir recibir todos los nutrientes necesarios tanto para un correcto crecimiento del niño como para su propia salud.

9. El derecho a la maternidad no puede ser limitado en base a la estructura social. Tanto las familias monoparentales como las biparentales tienen los mismos derechos frente a una maternidad.

10. Toda mujer asalariada tiene derecho no sólo a un adecuado cuidado sanitario, sino también a los preceptivos permisos laborales por maternidad sin menoscabo de su salario, ni riesgo de perder su empleo. La madre lactante tiene derecho a amamantar a su hijo durante la jornada laboral.

11. Toda madre tiene derecho a compartir la responsabilidad tanto de las decisiones como del trabajo reproductivo con el padre. El padre tiene derecho y el deber de ejercer su responsabilidad y a no ser marginado en el proceso de reproducción. Toda mujer tiene derecho a no ser violentada ni coaccionada por su pareja en función de su maternidad. Las decisiones reproductivas, en el seno de una pareja, son un derecho que debe ser ejercido con equidad y corresponsabilidad entre hombre y mujer.

12. Toda mujer tiene derecho a escoger libremente la forma de lactancia, sin perjuicios sociales o culturales. Sin embargo, toda mujer debe ser informada de los beneficios de la lactancia materna y animada a iniciarla inmediatamente después del parto.

13. Toda mujer tiene derecho a participar en los procesos de decisión (diagnósticos y/o terapéuticos) que le afecten, tanto a ella como a su hijo, respetando siempre el principio de autonomía.

14. Las mujeres embarazadas tienen derecho a recibir información sobre los procedimientos de diagnóstico prenatal disponibles en cada medio, y su decisión respecto a los mismos debe ser libre e informada.

15. Las mujeres que dan a luz en una determinada institución tienen derecho a decidir sobre la vestimenta (propia y del recién nacido), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes para cada persona. Toda mujer tiene derecho a un acceso ilimitado a su hijo mientras se encuentre en el centro hospitalario.

16. Las mujeres embarazadas con drogadicciones, SIDA u otros problemas médicos o sociales que auspicien marginación, tienen derecho a ayuda y a programas específicos.

17. Toda mujer tiene derecho a su intimidad, y los profesionales tienen el deber de respetar su derecho de confidencialidad.

18. Los profesionales de la salud no debemos aceptar la falta de recursos como una excusa para no avanzar en el cumplimiento de los derechos de salud reproductiva de las mujeres y, en general, de las sociedades.

ANEXO 5

DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL RECIÉN NACIDO

1. La declaración universal de los derechos humanos se refiere a todas las etapas de la vida. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.

2. La dignidad del recién nacido, como persona humana que es, es un valor trascendente. Los neonatos deben ser protegidos de acuerdo con la Convención de Derechos del Niño.

3. Todo recién nacido tiene derecho a una filiación y a una nacionalidad. El Estado debe garantizar este derecho igual que a cualquier otra persona en otras edades de la vida.

4. Todo recién nacido tiene derecho a la vida. Este derecho debe ser respetado por todas las personas y gobiernos sin discriminación por razones de raza, sexo, economía, lugar geográfico de nacimiento, religión u otras. Los Estado deberán tomar las medidas adecuadas para que proteger a los niños frente a cualquier discriminación.

5. Todo recién nacido tiene derecho a recibir los cuidados sanitarios, afectivos y sociales que le permitan un desarrollo óptimo físico, mental, espiritual, moral y social en edades posteriores de la vida. La Sociedad es responsable de que se cumplan todos los requisitos para que este derecho sea respetado. Ningún acto médico debe realizarse sin el consentimiento informado de los padres, dada la carencia de autonomía del recién nacido, quedando únicamente excluidas las situaciones de emergencia, en las cuales el médico está obligado a actuar en defensa del mejor interés del niño y siempre que no haya posibilidad de intervención de padres o tutores. Debe existir equidad en la atención y el rechazo absoluto de toda discriminación, independientemente de la capacidad económica o del nivel social.

6. El recién nacido no podrá ser separado de sus padres contra la voluntad de éstos. En los casos en que exista evidencia de maltrato, y las circunstancias indiquen un riesgo para la vida del recién nacido, se tomarán las medidas legislativas y administrativas pertinentes para garantizar su protección, aún a costa de la separación del niño de los padres. Esta norma se aplicará durante su permanencia en el hospital.

7. Todo recién nacido tiene derecho a que su vida no se ponga en peligro por razones culturales, políticas o religiosas. Nadie tiene derecho a realizar acciones que pongan en riesgo la salud del recién nacido o que vulneren su integridad física, sea corto o largo plazo. Bajo ningún pretexto están justificadas las mutilaciones.

8. Todo recién nacido tiene derecho a una correcta nutrición que garantice su crecimiento. La lactancia materna debe ser promovida y facilitada. Cuando no sea posible que la madre lacte, sea por razones personales, físicas o psíquicas de la misma, se debe posibilitar una correcta lactancia artificial.

9. Todo recién nacido tiene derecho a ser tratado de forma afectiva y a un entorno social acogedor. Este derecho estará sujeto a las circunstancias propias de cada caso, pero es obligación de los gobiernos el que se respete y se garantice este derecho.

10. Todo recién nacido tiene derecho a vivir con sus progenitores o mantener relaciones con ellos, aún estando separados, siempre que no esté en peligro su vida.

11. Todo recién nacido tienen derecho a no ser sometido a una adopción ilegal. En los Estados en los que se reconoce la adopción deberán exigirse las garantías legales necesarias para asegurar que la adopción es admisible, y en todo caso deberá prevalecer el interés del niño. En ningún caso existe justificación para la venta de órganos.

12. Todo recién nacido tiene derecho a una correcta asistencia médica tanto en países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Los niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud y a tener acceso a los servicios médicos y de rehabilitación, muy especialmente a los servicios relacionados con la atención primaria de salud, los cuidados preventivos y la disminución de la mortalidad infantil. Los Estados han de tomar las medidas que sean necesarias orientadas a abolir las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de los niños. Los gobiernos deben velar para que exista una atención sanitaria tanto prenatal como postnatal.

13. Los padres de los fetos con malformaciones incompatibles con la vida tienen el derecho de seguir su embarazo o bien optar por una interrupción legal, dentro del marco legal de cada país, si así los desean. En el caso de que el feto llegue a término no debe aplicarse al recién nacido medidas terapéuticas fútiles tras el nacimiento.

14. No debe intentarse hacer sobrevivir a un recién nacido cuando su inmadurez es superior al límite inferior de viabilidad. En estos casos se tendrá en cuenta el ámbito geográfico, social y económico del lugar del nacimiento, en aplicación del derecho de justicia. En casos límite, los padres deberán estar informados y participar en las decisiones prenatalmente, siempre que ello sea posible.

15. Todo recién nacido tiene derecho a beneficiarse de las medidas de seguridad y protección social existentes en cada país. Este derecho hace referencia tanto a las medidas de protección y cuidado de salud como a los ámbitos legales.

16. Todo recién nacido y toda mujer embarazada tienen derecho a ser protegidos en los países en los que existan conflictos armados. La lactancia materna debe ser promovida y protegida en las situaciones de emergencia.

17. El recién nacido es una persona con sus derechos específicos, que no puede reclamar ni exigir por razones de inmadurez física y mental. Estos derechos imponen a la Sociedad un conjunto de obligaciones y responsabilidades que los estamentos legislativos y ejecutivos de todos los países deben hacer cumplir.

ANEXO 6

GLOSARIO

Antirretrovirales: son los medicamentos utilizados para el tratamiento del VIH.

ARV: antirretroviral.

BAAR: Bacilo ácido alcohol resistente.

Carga Viral: es un método de diagnóstico directo a través del cual se determina el número de copias de virus que posee una persona con VIH.

Caso SIDA: es cuando a la persona que es portadora del VIH inicia con la presencia de síntomas y signos generales de manifestación de una enfermedad y el VIH ya ha afectado el sistema inmunológico ocasionando la presencia de infecciones oportunistas.

CC: Cambio de comportamiento

CD4: son las células que forman parte del sistema inmunológico del organismo y son células que destruye el VIH.

CNE: Centro Nacional de Epidemiología.

CONAVISIDA: Comisión Nacional para la Vigilancia y Control del SIDA.

DDHH: Derechos Humanos

Epidemia concentrada: cuando la epidemia se encuentra en más del 5% en otras poblaciones pero es menos del 1% en la mujer embarazada.

FNUAP: Fondo de Población de Naciones Unidas

HBs Ag: antígeno de superficie de hepatitis B.

Heterosexual: persona que tiene relaciones sexuales con otra persona del sexo o género opuesto.

Homosexual: persona que tiene relaciones sexuales con otra persona del mismo sexo o género.

HSH: Hombres que tienen sexo con hombres.

Incidencia: es el número de casos nuevos de una enfermedad que se presenta en un determinado periodo de tiempo que puede ser de un año.

Infecciones oportunistas: son todas las enfermedades infecciosas que afectan al organismo de una persona por encontrarse deficiente su sistema inmune.

ITS: infecciones de transmisión sexual.

JRS: jóvenes en riesgo social.

Morbilidad: es la presencia de una condición patológica o enfermedad de una parte, órgano o sistema del cuerpo.

Mortalidad: es la condición de morir.

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

MTS: mujeres trabajadoras del sexo.

OIT: Organización Internacional de Trabajo

OMS: Organización mundial de salud

ONUSIDA: Programa Conjuntos de las Naciones Unidas sobre VIH-SIDA

Pacientes expuestos al VIH: son los hijos/as de madres VIH reactivas.

Pacientes reactivos al VIH: son los pacientes portadores del VIH.

Parto distócico: es el nacimiento de un feto a través de la realización de un procedimiento quirúrgico denominado cesárea.

Parto eutócico: es el nacimiento de un feto a través de la vagina.

PEN: Plan estratégico nacional

PNS: Programa Nacional de SIDA.

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

PNUFID: Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas

PPL: Persona privada de libertad.

Prevalencia: es el número total de casos de una enfermedad en una población en un periodo de tiempo.

PTMH: Prevención de la transmisión madre hijo.

PV: poblaciones vulnerables

PVVS: Paciente que vive con el virus del SIDA/VIH

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Sífilis: es una enfermedad infecciosa crónica causada por una espiroqueta adquirida ya sea en las relaciones sexuales o a través de la madre a su hijo/a.

Tamizaje: procedimiento de realización de pruebas rápidas a toda la población para detectar determinada enfermedad.

TCS: trabajadores/comerciales del sexo.

Transmisión Vertical: es la transmisión que se da de madre a hijo/a durante el embarazo, parto o post parto.

TVC: tamizaje voluntario con consejería.

UAI: Unidad de Atención Integral.

UE: Unidad Ejecutora.

UNGASS: por sus siglas en ingles se refiere a la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

UNICEF: Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia.

Unidad de Atención Integral: la constituyen un equipo de trabajo multidisciplinario que proporciona una atención completa a los pacientes con VIH/SIDA.

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory, es un análisis de sangre que se realiza para detectar anticuerpos que están presentes en la sangre cuando un paciente tiene sífilis.

VIH positivo o reactivo: son las personas portadoras del VIH, sin presentar ningún síntoma o signo de enfermedad, pero si transmiten el virus a otras personas.

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana.