

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS**

CARRERA DE DERECHO



TESIS DE GRADO

**“NECESIDAD DE IMPLEMENTAR UN SEGURO
DE SALUD POR PARTE DEL ESTADO A LOS
ENFERMOS DE VIH/SIDA”**

TUTOR: DR. IVÁN CAMPERO VILLALBA

POSTULANTE: ROSMERY CONDORI CHAMBI

**La Paz – Bolivia
2007**

Agradecimientos

Mi sincero agradecimiento al Dr. Iván Campero Villalba, Al Dr. Aldo Espinosa, a la Dra. Nancy Tufiño y a la Lic. Ana Maria Paredes Muñoz, por su orientación y dirección en la elaboración de la presente Tesis, ya que sin su concurso no habría sido posible su materialización.

A todas las personas que viven con el VIH/SIDA y luchan por defender sus derechos.

Dedicatoria

A mi familia, por el cariño, afecto y apoyo incondicional que me brindan, y constituyen la motivación y estímulo, para que pueda alcanzar mis objetivos.

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I	
NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
I. DELIMITACIÓN DE LA TESIS.....	4
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
II.1. Objetivos de la tesis.....	8
II.1.1. Objetivo general.....	8
II.1.2. Objetivos específicos.....	8
II.2. Justificación.....	9
III. HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	11
III.1. Variables.....	11
III.1.1. Independiente.....	11
III.1.2. Dependiente.....	12
III.2. Unidades de análisis.....	12
III.3. Nexos lógicos.....	12
IV. DISEÑO METODOLÓGICO.....	12
IV.1. Generales.....	13
IV.2. Específicos.....	13
IV.3. Técnicas a utilizarse en la tesis.....	14
V. DETERMINACIÓN DEL UNIVERSO Y LA MUESTRA.....	15
CAPITULO II	
CONTEXTO HISTÓRICO Y TEMÁTICO DEL VIH/SIDA.....	17
I. TEORÍAS QUE EXPLICAN LA APARICIÓN DEL SIDA.....	19
I.1. Teoría de la transmisión temprana.....	19
I.2. Teoría de la vacuna contra la hepatitis.....	21
I.3. Teoría del paciente cero.....	21

I.4. Teoría de las vacunas contra la poliomielitis.....	22
II. CONTEXTO DEL VIH/SIDA.....	24
II.1. Modo de acción del VIH.....	25
II.1.1. Transmisión del VIH/SIDA	27
II.1.1.1. Transmisión del VIH durante el contacto sexual	28
II.1.1.2. Transmisión por la sangre y los hemoderivados.....	29
II.1.1.3. Transmisión materno fetal.....	30
II.1.2. Categorías clínicas.....	31
II.1.2.1. La fase asintomático.....	32
II.1.2.2. La fase intermedia.....	32
II.1.2.3. Condición clínica o última fase.....	32
II.2. Enfermedades oportunistas asociadas con el sida.....	33
III. PREVENCIÓN DE CONTAGIO DEL VIH/SIDA.....	34
III.1. Factores que perjudican a la lucha contra el VIH/SIDA.....	36
III.1.1. Estigma.....	36
III.1.2. Discriminación.....	38
III.1.3. Desigualdad y dependencia de la mujer.....	40
III.1.4. Vulnerabilidad biológica y por género.....	41
III.1.5. Falta de educación e información.....	42
III.1.6. Falta de acceso al tratamiento.....	43
CAPITULO III	
CONCEPTUALIZACIÓN Y ESCENARIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	46
I. ORIGEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	46
II. CONCEPTO DE SEGURIDAD SOCIAL.....	48
III. SISTEMAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	49

III.1.Sistema Alemán.....	50
III.2.Sistema Británico.....	51
III.3.Sistema Soviético.....	53
III.4.Sistema Norteamericano.....	54
III.5.Sistema Neocelandés.....	55
IV. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	56
IV.1.Principio de universalidad.....	56
IV.2.Principio de solidaridad.....	56
IV.3.Principio de la unidad.....	56
IV.4.Principio de eficiencia.....	57
IV.5.Principio de economía.....	57
IV.6.Principio de oportunidad.....	57
IV.7.Principio de eficacia.....	57
V. OBJETIVOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	57
VI. LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA.....	58
VII. LA SEGURIDAD SOCIAL EN BOLIVIA.....	61
VII.1.Cobertura del Código de Seguridad Social.....	62
IV. DIAGNOSTICO EPIDEMIOLÓGICO DEL VIH/SIDA EN BOLIVIA.....	64
IV.1.Realidad de la epidemia.....	66
IV.2.El Sistema De Salud en Bolivia y la respuesta al VIH/SIDA.....	69
IV.3.Registro de fallecidos a causa del VIH y/o sida.....	70
CAPITULO IV	
MARCO JURÍDICO.....	72
I.CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO.....	73
II.CÓDIGO DE SEGURIDAD SOCIAL.....	77

III.CÓDIGO DE SALUD.....	77
IV.LEY DE LA MEDICINA TRANSFUCIONAL Y BANCO DE SANGRE.....	79
IV.1.Resolución Biministerial N° 0415/89.....	80
IV.2.Resolución Secretarial N° 0660.....	80
IV.3.Resolución Ministerial N° 0711.....	81
V.POLÍTICAS DE ESTADO EN MATERIA DE VIH/SIDA.....	86
V.1.Prestación de servicio en Salud Integral.....	89
V.2.La accesibilidad a los medicamentos antirretrovirales (ARV).....	90
V.3.Políticas de medicamentos ARV.....	93
V.4.Trabajo con sectores vulnerables.....	94
V.5.Hombres que tienen sexo con hombres.....	94
V.6.Trabajadoras sexuales comerciales.....	95
V.7.Personas que perdieron la libertad.....	95
V.7.1.Presos con SIDA (publicaciones de prensa).....	96
V.8.Las niñas, los niños y el SIDA en Bolivia.....	97
V.9.Jóvenes.....	98
V.10.Mujeres.....	99
V.11.Consumidores de drogas.....	100
VI.El sector no gubernamental y el VIH/SIDA.....	100
VI.1.Rol de las Organizaciones No Gubernamentales.....	100
VI.2.La Defensoría del Pueblo como institución del Estado.....	102
VI.3.Instituto Para El Desarrollo Humano (IDH) – SIDACCIÓN.....	103
VII.COOPERACIÓN INTERNACIONAL.....	104
.....	104
VII.1.Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.....	105
VII.2.ONUSIDA.....	106

VII.3.USAID.....	106
VII.4.Fondo De Naciones Unidas Para La Población (UNFPA).....	107
VII.5.Programa De Naciones Unidas Para El Desarrollo (PNUD).....	107
VII.6.Fondo Global de las Naciones Unidas.....	108
VII.7.Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA.....	110
VIII.LOS DERECHOS HUMANOS Y EL SIDA.....	111
.....	111
VIII.1.Derechos Humanos y Salud Pública.....	113
VIII.2.Derechos Humanos y las obligaciones de los Estados.....	114
VIII.3.Aplicación de Derechos Humanos específicos ante el VIH/SIDA.....	115
VIII.4.Declaración de los Derechos Fundamentales de las PVVS.....	128
IX.DIRECTRICES INTERNACIONALES SOBRE VIH/SIDA Y LOS DERECHOS HUMANOS.....	131
IX.1.Sexta Directriz.....	132
IX.2.Sexta directriz revisada.....	133
CAPITULO V	
FUNDAMENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL	
SEGURO DE SALUD A LOS ENFERMOS DE VIH/SIDA.....	135
I. DERECHOS Y PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES.....	135
....	135
I.1. El Derecho a la Vida y la Seguridad Social.....	135
I.2. El derecho a la salud.....	138
I.2.1.La salud como derecho humano.....	139
I.3. Protección del Estado al Capital Humano.....	141
I.4. La atención integral, los medicamentos ARV y los derechos humanos.....	143
II. FUNDAMENTOS DE HECHOS SUCEDIDOS	148
.....	148
III. FUNDAMENTOS EMPÍRICOS.....	148
.....	148
III.1.Características generales de la muestra.....	149

III.2. Interpretación de la encuesta por pregunta.....	151
CAPITULO VI	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	162
I. CONCLUSIONES.....	162
II. RECOMENDACIONES.....	163
II.1. Anteproyecto de Ley del Seguro Integral de Salud para PVVS.....	165
II.1.1. Exposición de motivos.....	166
II.1.2. Cuerpo del anteproyecto de ley.....	169
TITULO PRELIMINAR	
DISPOSICIONES GENERALES.....	169
TITULO I	
MARCO INSTITUCIONAL.....	171
TITULO II	
PRESTACIONES EN SALUD.....	171
TITULO III	
ADQUISICIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LOS ARV.....	173
TITULO IV	
DE LOS RECURSOS.....	174
TITULO V	
LA ESTADÍSTICAS de VIH/SIDA.....	175
TITULO VI	
DISPOSICIONES FINALES.....	175
BIBLIOGRAFÍA.....	177
ANEXOS.....	180

INTRODUCCIÓN

La persona como unidad social, se constituye en la base para la existencia del Estado, en razón de que un elemento principal de su subsistencia justamente es su población. Las funciones biológicas de las personas, se adecuan según el desarrollo de la vida humana, que en determinados momentos llega a ser lo que en términos de economía se denomina la “Población Económicamente Activa”.

La vida en su concepción general, es el acto de existir de un ser con funcionamiento biológico propio; el ser humano tiene una existencia propia pero condicionada a la salud, que le permite vivir.

El organismo humano, natural y biológicamente esta preparado para defenderse de enfermedades comunes debido a contar con un Sistema Inmunológico, que le permite contrarrestar patologías y cuerpos extraños; pero en el siglo XX, se descubrió un virus letal, cuya acción debilita progresivamente el sistema inmunológico humano, hasta acabar con la vida del paciente, el virus ha sido denominado VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), que en su máximo grado de desarrollo se convierte en el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).

Con carácter general, se han identificado determinadas vías de transmisión, como ser: la sanguínea, perinatal y sexual; aunque existen teorías que justifican otras vías de transmisión pero carecen de científicidad puesto que no han podido ser demostradas. Al margen de la forma de transmisión del VIH, esta la forma en que se encara la problemática por parte del Estado, en los aspectos de prevención y atención, dado que el VIH/SIDA es de consecuencia mortal para el paciente, en razón de que no existe vacuna suficiente que pueda neutralizarlo, los antirretrovirales tan solo mitigan enfermedades oportunistas según la patología del VIH/SIDA. Las estadísticas en el contexto mundial, denotan que el grupo mayormente afectado, es la población económicamente activa “Capital Humano”.

En lo que concierne al Estado boliviano, las políticas de atención al VIH/SIDA, no asumieron la relevancia necesaria desde que se detectara el primer caso en el año 1984 en la ciudad de Santa Cruz, y hasta el año 2005, se ha dejado crecer el número de PVVS en 1190. La forma de enfrentar el VIH/SIDA, en criterio de: los PVVS, las Organizaciones no Gubernamentales, Representaciones de Organismos Internacionales y Profesionales que los tratan, debe ser de dos maneras, en la prevención y en la atención de aquellos portadores.

La Constitución Política del Estado, establece como derecho fundamental de las personas, la Vida, la Salud y la Seguridad Social, este último con carácter obligatorio y según el principio de universalidad. Tales aspectos en el ámbito internacional fueron abordados ampliamente, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y el Pacto de San José de Costa Rica; en el aspecto de la legislación comparada se encuentra que países de Sudamérica como Colombia, Venezuela y Brasil modificaron sus Sistemas de Seguridad Social, otorgando prestaciones integrales, universales y gratuitas para la atención del problema del VIH/SIDA ante amenazas de epidemias.

Los antecedentes referidos, justamente son la problemática que se encara con el presente estudio, en el que por la importancia de lograr resultados fiables y evidentes, capaces a solucionar la problemática mediante la elaboración de la propuesta del anteproyecto de Ley del Seguro de Salud Universal y Gratuito para pacientes de VIH/SIDA, se lo guió metodológicamente en todas sus etapas.

El Capítulo 1º. Consiste en el marco metodológico, en el se esboza y erige el estudio mismo, inicialmente se identifica el problema a seguir con la tesis, se plantean los objetivos, se determina la hipótesis más sus variables y en situación de importancia, se diseña el trabajo de campo con la selección de una muestra probabilística en una población de personas que padecen el VIH/SIDA.

El capítulo 2°. En el se presenta las diferentes teorías explican la forma de aparición del VIH/SIDA en el contexto mundial, se describen sus efectos y las enfermedades oportunistas que padecen las PVVS, también se realiza una relación de las diferentes formas de transmisión y el marco en que se trata la prevención.

El capítulo 3°. Se describe el ámbito de la seguridad social, los diferentes sistemas en el mundo y sus principios fundamentales.

Por su importancia se presenta el tratamiento de la seguridad social en América Latina y el Estado boliviano; finalizando este capítulo se presenta un diagnóstico de la forma en que se trata el tema epidemiológico del VIH/SIDA a nivel nacional.

El capítulo 4°. Se realiza un análisis dogmático-jurídico y teleológico de las normas que respaldan la existencia del Seguro de Salud los pacientes con VIH/SIDA, en razón del ordenamiento jurídico, las políticas de Estado, la participación del sector no gubernamental y la cooperación internacional.

El capítulo 5°. Consiste en el fundamento de la tesis misma, en el se presentan razones de tipo empírico, fáctico y de derecho, en relación con el trabajo de campo realizado, la información lograda verifica la hipótesis planteada en el diseño metodológico.

El capítulo 6°. Presenta las conclusiones a las que se pudo llegar como producto de la realización de la tesis misma, las conclusiones responden a los objetivos planteados en la metodología; también en el se presentan recomendaciones emergentes del estudio, dentro estas recomendaciones se encuentra la propuesta del anteproyecto de ley del “Seguro de Salud Universal y gratuito para pacientes de VIH/SIDA”, en sus dos partes la exposición de motivos y el cuerpo de la norma jurídica.

CAPITULO I

NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN

I. DELIMITACIÓN DE LA TESIS

Las sociedades indistintamente del origen o nivel económico siempre están compuestas por unidades sociales que son cada individuo o ser humano, la sociedad encuentra su sentido en tanto existan las relaciones sociales, es decir una interacción entre las unidades sociales, sin que importe para ello particularidades inherentes a cada uno.

En el entendido de que el ser humano es un ser social por naturaleza, es que ha construido el Estado moderno, el carácter social implica lo expuesto en el párrafo anterior, la necesidad de la convivencia social sobre la base de la interacción social y el respeto mutuo.

El Estado moderno se caracteriza por ser un Estado de Derecho, pero también por ser un Estado Social; estos principios, Social y de Derecho, han sido recogidos por la actual Constitución Política del Estado en su Art. N° 1, párrafo II que indica “es un Estado Social y Democrático de Derecho”¹.

Los principios constitucionales a los que se hace referencia, y de manera particular el principio de Estado Social, diseña las directrices del Sistema de Seguridad Social del Estado Boliviano, que se materializa en las diferentes leyes sociales vigentes. En una observación y análisis a la normativa se ha evidenciado un vacío en las mismas, es el tema de la protección de la salud para aquellas personas que padecen el VIH/SIDA, que en cierta forma deja la cuestión de su salud al destino y la cooperación de organismos internacionales y/o organizaciones no gubernamentales.

¹ Constitución Política del Estado Art. 1 par. II

Consultada la bibliografía además de estadísticas y datos oficiales de determinadas instituciones, se ha establecido que el VIH/SIDA, es una realidad creciente desde el punto de vista de la demografía, cada vez existen más personas que viven con el VIH y/o enfermas de SIDA; desde la década de los 80” en que se ha registrado el primer caso de VIH/SIDA en territorio boliviano hasta la actualidad ya suman más y solo una mínima parte es beneficiada en el tratamiento y otra parte simplemente espera el momento de su deceso.

En la actualidad las políticas de salud que diseña el Estado no consideran el tema del tratamiento sino solo la prevención, mientras paralelamente la población sea con VIH o SIDA sigue creciendo y el derecho a la salud cuyo principio fundamental se encuentra en la Constitución Política del Estado no se materializa.

Otro aspecto es el Derecho Fundamental a la Vida y a la Salud que considera la propia Constitución, es en ese marco que inicia la idea de la realización de la presente tesis, a objeto de hacer efectivo es el derecho a la salud con la creación del Seguro de Salud para aquellos pacientes con VIH/SIDA.

Delimitación temática

La tesis centraliza su estudio en la necesidad de la existencia o implementación del seguro de salud por el Estado a favor de personas con VIH/SIDA, al no existir la norma que garantice la efectivización del derecho a la salud.

Temáticamente, el estudio fue abordado desde la perspectiva del Derecho Constitucional, y el Derecho a la Seguridad Social.

Delimitación temporal

Como se había anticipado el VIH/SIDA, es una realidad en el territorio boliviano desde los años 80", pero por razones metodológicas se ha delimitado la investigación al periodo comprendido entre noviembre del año 2002 en que implemento la Resolución Ministerial 0711, hasta finalizar el año 2005.

Delimitación espacial

Las personas con VIH/SIDA, desde los 80" hasta la actualidad no solo han crecido en número, sino también se han expandido en territorio, las estadísticas demuestran que existen PVVS en todos los departamentos de Bolivia, por razones metodológicas, a objeto de verificar la hipótesis en el trabajo de campo, se ha delimitado el estudio a la ciudad de La Paz, de la provincia murillo del Departamento de La Paz.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Estado Boliviano, al margen de los planes o políticas diseñadas por los gobiernos de turno, siempre oriento el tema de VIH/SIDA solo en el campo de una prevención incipiente, descuidando así la atención de PVVS; a la actualidad existe un plan hasta el 2008 que también evade el tema de la atención o el tratamiento, dejando así tal responsabilidad a una forma de azar.

El Derecho a la Salud desde ese punto de vista no se materializa y tiene su consecuencia en el Derecho a la Vida de las personas con VIH/SIDA, quedando estos últimos así desprotegidos por el sistema jurídico boliviano.

En el contexto internacional y además en la legislación comparada existe el Derecho a la Salud, varios países del mundo ya contemplan: o Leyes Especificas

que favorecen ha aquellas personas con VIH/SIDA o simplemente están incluidos en el sistema de Seguridad Social.

En el contexto nacional las PVVS en una minoría son favorecidos en el tratamiento cuando estos están asegurados en el Seguro de Corto Plazo, toda aquella persona que no tenga registro en esta institución esta desamparada.

Los antecedentes citados, confluyen en la siguiente interrogante que permitió el inicio de la investigación:

¿Cuales las razones que demandan la necesidad de implementar el Seguro de Salud Integral por el Estado a favor de aquellos pacientes con VIH/SIDA?

Preguntas secundarias

Con carácter de hacer desarrollable y alcanzable, el problema planteado para la presente tesis, se vio la necesidad de esbozar preguntas secundarias, las mismas que se delinearán a continuación:

- ¿Por qué el Estado boliviano a través de las autoridades correspondientes no promulga normas respecto a la protección de la vida y la salud de las personas con VIH/SIDA violando derechos humanos de estas personas?
- ¿El Estado boliviano tiene la obligación de proteger la salud y la vida de las personas que viven con el VIH/SIDA?
- ¿Es necesario implementar un Seguro de Salud para las personas que viven con el VIH/SIDA?
- ¿Las disposiciones legales vigentes aisladas, ambiguas y contradictorias carentes de sistematización en las diferentes etapas de nuestra historia

serán la causa de la desprotección jurídica a las personas que viven con el VIH/SIDA e incrementaran la propagación del virus?

- ¿Por qué es importante la implementación de un Seguro de Salud para los pacientes con VIH/SIDA en Bolivia?
- ¿El que no cuenten con un Seguro de Salud las personas con VIH/SIDA constituye una forma de discriminación y estigmatización hacia sus derechos?

II.1. Objetivos de la tesis

Se determinaron dos tipos de objetivos en la Tesis; uno de carácter general sobre el cual se fundamenta los resultados de la investigación y otros de carácter secundario que permitieron su desarrollo, y que son detallados en los siguientes subtítulos:

II.1.1. Objetivo general

El objetivo general planteado para alcanzar con el estudio fue:

“Establecer la necesidad de la Implementación de un Seguro de Salud por parte del Estado en beneficio de personas con VIH/SIDA”.

II.1.2. Objetivos específicos

- Demostrar que las disposiciones legales en materia de Políticas de Salud Pública, fueron aplicadas en forma aislada, ambigua y contradictoria por los sucesivos gobiernos, hecho que impidió que se diera solución a la violación de derechos de las PVVS.

- Demostrar que un seguro de salud para las personas que viven con el VIH/SIDA, es una forma efectiva para reducir la discriminación, estigmatización, la propagación del VIH/SIDA y protegiendo capital humano.
- Demostrar que una de las tareas fundamentales del Estado es la de proteger la salud de sus habitantes.
- Demostrar que no solo los homosexuales, lesbianas, drogadictos y prostitutas son portadores de VIH/SIDA.

II.2. Justificación

Diversas estadísticas, demuestran que el VIH/SIDA es una realidad en la mayoría de los países del mundo, y afecta a personas que están comprendidas entre las edades de 20 – 45 años en un porcentaje de 60 a 70%, es decir ese grupo poblacional es el más afectado, y constituye la base económica de los Estados puesto que es la Población Económicamente Activa; Bolivia esta en situación similar, datos estadísticos del Programa ITS/VIH/SIDA dependiente del Ministerio de Salud, establecen que aproximadamente el 70%, de los PVVS, están comprendidos entre la Población Económicamente Activa, es decir se esta afectando al Capital Humano.

Las PVVS, son las personas que viven con el VIH y/o SIDA, están condicionadas a un tratamiento mediante medicamentos denominados antirretrovirales (ARV) cuya función específica es resistir a los efectos del VIH/SIDA, ayudando al organismo humano a defenderse de enfermedades oportunistas que aprovechan cuando el sistema inmunológico esta debilitado. Los ARV deben ser proporcionados en forma oportuna e ininterrumpida, mediante una triterapia que llega a ser costosa para aquellas

PVVS (si se trata de la adquisición de los laboratorios que patentaron los derechos de ARV), en consecuencia este grupo poblacional esta condicionado a una suerte de apoyo.

Brasil en determinado momento, enfrente el mismo problema un numero significativo de su población se vio seriamente afectada, y emprendió en una política de fomento a la investigación para la producción de medicamentos ARV, el resultado fue optimo se pudo producir los ARV genéricos que redujeron significativamente los costos de tratamiento, este aspecto repercutió en un juicio que les iniciaran los Laboratorios en instancias internacionales, pero se le dio la razón al Estado de Brasil en juicio de que un bien jurídico antes que el lucro es la vida. Logrado el resultado se decidió por la reforma del Sistema de Seguridad Social y se incluyo el Seguro de Salud para el VIH/SIDA, brindando con carácter gratuito y universal prestaciones referidas a patologías del VIH/SIDA, a favor de las PVVS.

El Estado Boliviano, por la burocracia administrativa y la falta de toma de decisiones oportunas, no ha asumido el rol que le corresponde por mandato constitucional, y desvió su atención a la intención de prevención con fondos significativos, pero descuido una efectiva prevención y la atención de las PVVS, temas a los cuales no asigno presupuesto alguno.

Los derechos humanos de las PVVS, han sido ampliamente tratados en el contexto nacional e internacional, y las conclusiones son similares en el sentido de que es prioridad de los Estados su atención, razón por lo cual deben adecuar su ordenamiento jurídico interno, en vistas de ofrecer la seguridad de que las PVVS, tendrán una vida digna.

La Constitución Política del Estado, establece el derecho a vida y la salud, asimismo determina el deber de la preservación del capital humano al propio Estado, obligándole a proporcionar la seguridad en el cuidado y atención de

la salud, según los principios de universalidad y solidaridad. Consecuentemente es el Estado quien debe asumir su rol proteccionista, por ser un Estado de características Social y de Derecho.

Las razones expuestas en los párrafos anteriores, constituyeron el fundamento para llevar adelante la investigación, cuyo resultado es la propuesta del anteproyecto de ley del “Seguro de Salud Universal y gratuito para pacientes de VIH/SIDA”, que se presenta en las recomendaciones de la presente tesis.

I. HIPÓTESIS DE TRABAJO

“La inexistencia de un seguro de salud por parte del Estado para los pacientes con VIH/SIDA, ha generado que persistan graves consecuencias sociales, traducidas en la violación de Derechos Humanos, Derechos Constitucionales y Desprotección de la Salud Pública, por lo que se hace necesario implementar un seguro integral de salud que brinde las prestaciones suficientes”.

II.3. Variables

En función de la hipótesis planteada se establecen las siguientes variables:

II.3.1. Independiente

La inexistencia de un seguro de salud por parte del Estado a favor personas con VIH/SIDA.

II.3.2. Dependiente

La persistencia de que existan graves consecuencias sociales, traducidas en la violación de Derechos Humanos, Derechos Constitucionales y Desprotección de la Salud Pública.

II.4. Unidades de análisis

- Seguro de Salud
- El Estado
- Consecuencias Sociales
- Derechos Humanos
- Derechos Constitucionales
- Salud Pública

II.5. Nexos lógicos

- La inexistencia
- Ha generado
- Se hace necesario
- Implementar

III. DISEÑO METODOLÓGICO

En la realización de la tesis, se emplearon determinados métodos, inherentes al alcance de los objetivos planteados con el fin de alcanzarlos, y además de verificar la hipótesis, la forma de uso de los mismos se desarrollan a continuación:

III.1. Generales

Deductivo, Este método que permite llegar de lo general a lo particular, en el análisis fue empleado para proponer soluciones integrales a la problemática del VIH/SIDA.

También su aplicación en las entrevistas, logro que se particularice en el contenido y alcance del Seguro Integral que se propone.

Histórico, La aplicación de este método permitió, establecer el proceso del desarrollo histórico del VIH/SIDA en la población, es decir como fue el impacto social y además el tratamiento en las políticas de Estado implementadas.

Analítico, Se utilizo este método cuyo contenido es la descomposición del todo en sus partes, en la clasificación y conceptualización de: enfermedades secundarias al VIH/SIDA, medicamentos para el tratamiento y la necesidad de la Política de Salud Integral adecuada.

III.2. Específicos

Gramatical, este método se aplicó, en la redacción, sintaxis y conceptualización de los términos que se emplearon en la redacción de la tesis.

Exegético, Se recurrió a la exégesis, en la interpretación del ordenamiento jurídico vigente, a objeto de evidenciar las razones por las cuales el legislador no consideró los derechos fundamentales de las personas, en el proceso de elaboración de los textos normativos en materia de salud publica.

Normativo, Permitió encuadrar la problemática de la salud de los pacientes de VIH/SIDA, dentro de las normas jurídicas.

De las construcciones de instituciones, Se empleo este método, para la elaboración de la propuesta, cuyo contenido sea de solución a la problemática objeto del presente estudio.

Teleológico, Este método fue utilizado para explicar la revalorización del derecho a la vida. Es decir el análisis analizar el bien jurídicamente protegido (la vida),

III.3.Técnicas a utilizarse en la tesis

Las técnicas aplicadas para verificar la hipótesis planteada, fueron la observación, la entrevista y la encuesta, según se detalla en los siguientes párrafos.

La encuesta, fue empleada directamente a la muestra seleccionada, de datos tomados del Programa ITS/VIH/SIDA dependiente del Ministerio de Salud y Deportes. La encuesta fue realizada mediante un banco de preguntas preestablecidas.

Se realizo según las recomendaciones metodológicas, consistentes en mantener el anonimato y la individualidad de las personas, las respuestas centralizadas e interpretadas dieron una verificación positiva a la hipótesis planteada.

La entrevista, se dirigieron entrevistas a aquellos sujetos relacionados estrechamente con el VIH/SIDA, partiendo de las PVVS e incluyendo a autoridades y directivos de instituciones de relación con la problemática objeto de estudio.

La observación, se aplicó esta técnica en condición de participante, puesto que la tesista, se involucró en un Grupo de Autoayuda entre personas con VIH/SIDA, donde se pudo coleccionar información de la forma en que tales PVVS satisfacen su necesidad del cuidado de la vida y la salud.

La observación de campo participante también fue con el objeto de poder contextualizar el derecho a la vida desde el punto de vista del paciente, en lo que se pudo conocer la forma en que ellos siguen adelante en sus actividades cotidianas.

Se tiene como resultado de la misma, que se relacionan en sociedad en condición autoayuda, es decir apoyo entre PVVS, en este tipo de observación se pudo interactuar para conocer sus necesidades en temas de atención a su salud y la necesidad de la existencia de la modificación del de salud pública, a objeto de hacer efectivos sus derechos constitucionales.

También se aplicó la observación de carácter documental, en la revisión del material bibliográfico de referencia, más documentación y estadísticas referidas al comportamiento del VIH/SIDA en el contexto nacional.

IV. DETERMINACIÓN DEL UNIVERSO Y LA MUESTRA

Inicialmente, se determinó la realización de un muestreo estadístico de carácter probabilístico, partiendo de datos preexistentes correspondientes al Programa ITS/VIH/SIDA dependiente del Ministerio de Salud y Deportes, institución responsable del diseño de las políticas de salud del Estado boliviano, pero la información estadística que maneja esta institución solo es de registro de PVVS, y no así de la cantidad de personas que aun continúan con vida sea con VIH o SIDA, por lo tanto esta información es demasiado variable, consecuentemente trabajar sobre esa muestra dificultaría los alcances del estudio.

Se trabajo entonces con datos correspondientes a la asociación MAS VIDA, que es una institución legalmente establecida y reconocida con personería jurídica, a esta institución acuden un total de 60 PVVS, y es a ese grupo poblacional a quienes se emplearon los instrumentos de recolección de información diseñados.

En consecuencia por la importancia cualitativa de la información que se recolecta, la muestra es de carácter probabilística.

El programa informático Stats-TM, diseñado para la selección de muestras estadísticas con el 95% de nivel de confianza, fue empleado sobre el universo de PVVS, participantes en MASVIDA, y el resultado es:

- Tamaño de la muestra -

¿Tamaño del universo? 60

¿Error máximo aceptable? 5 %

¿Porcentaje estimado de la muestra? 50 %

¿Nivel deseado de confianza? 95

Tamaño de la muestra 52,0119

Calcular Recomponer Imprimir Ayuda Salir

Como respaldo de la gestión para llevar adelante el trabajo de campo consistente en las encuestas a la muestra seleccionada de MASVIDA, se presenta en anexo, una certificación oficial por parte de ese grupo de autoayuda de PVVS.

CAPITULO II

CONTEXTO HISTÓRICO Y TEMÁTICO DEL VIH/SIDA

La Organización Mundial de la Salud, registra que la mortal enfermedad ha aparecido entre finales de la década de los 70 y principios de los 80. En un principio se identifico a la población homosexual como victima de la deficiencia inmune, razón por la cual, la prensa la denomino “Peste Rosa”, pronto se hizo notar que también la padecían inmigrantes haitianos en EE.UU, usuarios de drogas intravenosas, receptores de transfusiones sanguíneas y mujeres heterosexuales.

En esos tiempos las víctimas del SIDA eran aisladas por la comunidad, los amigos e incluso la familia. Los niños que tenían SIDA no eran aceptados por las escuelas debido a las protestas de los padres de otros niños por temor al contagio. La gente temía acercarse a los infectados ya que se tenía la noción: de que el VIH podía contagiarse por un contacto casual como dar la mano, abrazar, besar o compartir utensilios con un infectado.

La era del SIDA empezó oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando el Center for Disease Control (Centro para el Control de Enfermedades) de los Estados Unidos convoco una conferencia de prensa donde describió cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en Los Ángeles. Al mes siguiente se constataron varios casos de sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel. Las primeras constataciones de estos casos fueron realizadas por el Dr. Michael Gottlieb de San Francisco.²

El hecho de que hubieran sido hombres homosexuales los primeros en contraer SIDA en los Estado Unidos, llevo a pensar que el estilo de vida homosexual se relacionaba directamente con la enfermedad. Esto fue desechado al comprobarse que el síndrome era común a distintos grupos: drogadictos endovenosos masculinos y femeninos; hemofílicos y quienes habían recibido transfusiones de

² Valenzuela Jaime, El SIDA enfermedad mortal, 2003

sangre; Mujeres cuyas pareja sexuales eran hombres bisexuales; Quienes recibían productos derivados de la sangre y niños nacidos de madres con SIDA o con historia de drogadicción endovenosa.

Expertos en salud pública, llegaron a la conclusión de que el conjunto de casos de SIDA y el hecho de darse en diversos grupos de riesgo solo podía explicarse: si el SIDA era originado por un agente infeccioso transmisible a la manera del virus de la hepatitis B: por un contacto sexual, por inoculación de sangre o hemoderivados y de la madre infectada a su hijo.

En mayo de 1983, se publicó el primer informe que suministraba evidencias experimentales de una asociación entre un retrovirus y el SIDA. Después de haber detectado anticuerpos contra el HTLV-I en un PVVS homosexual con linfadenopatias, un equipo dirigido por el Dr. Luc Montaigner aisló un virus previamente no reconocido. El agente en cuestión fue luego denominado virus asociado a linfadenopatias (LAV).³

En mayo de 1986, el Comité Internacional sobre Taxonomía Viral, recomendó un nuevo término, el “Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV)”. El Comité eligió el término por que identifica al grupo afectado, y describe el efecto principal del virus; la inmunodeficiencia.

El test serológico (de sangre), desarrollado en 1984 ha permitido a los investigadores llegar a importantes conclusiones. Un análisis retrospectivo de suero obtenido a fines de la década del 70, asociado a estudios sobre hepatitis B en Nueva York, Los Ángeles y San Francisco, sugieren que el VIH ingreso en la población de los Estados Unidos en algún momento de fines de los años 70.

La aparición del VIH a partir del suministro de sangre a precedido o coincidido con la irrupción de casos del SIDA en todos los países y regiones donde se reportaron.

³ Cecil, Medicina Interna, VIH y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, 1999.

Un estudio serológico asociado al dengue efectuado en el Caribe, detectó que las primeras evidencias de infección por VIH se dieron en Haití, en muestras obtenidas a partir de 1979, y en los Estados Unidos se dieron a conocer a principios de la década de los 80.

El VIH recién se transformó en epidemia 20 o 30 años después, quizás como consecuencia de las migraciones de zonas rurales a centros urbanos de países desarrollados, de individuos jóvenes, pobres y sexualmente activos, con el consiguiente retorno a su zona de origen y una trascendencia internacional, como consecuencia de guerras civiles, turismo, viajes de negocios y tráfico de drogas.

I. TEORÍAS QUE EXPLICAN LA APARICIÓN DEL SIDA

Desde la aparición del VIH/SIDA hasta la actualidad, es una incógnita la pregunta por el origen del virus VIH, causa del SIDA. Diversas teorías se han expuesto al respecto, pero aun no se tiene la respuesta acabada.

I.1. Teoría de la transmisión temprana

Esta teoría planteada por la Dra. Beatrice Hahn, indica que el VIH proviene de la sangre de chimpancés cazados por seres humanos para alimentarse y que se transmitió al hombre a principios del siglo XX o incluso del siglo XIX. Esta teoría publicada en febrero de 1998 ganó un amplio consenso entre numerosos científicos.

Se cree que el virus simio, se propagó de los chimpancés a los humanos, a través de la matanza de animales y el consumo de su carne ya que, la especie de chimpancés que porta la cepa del VIH, coincide con el área donde se originó la epidemia humana del VIH. El VIH probablemente se transmitió a los humanos por primera vez a finales de los 40 o principio de los 50. Se cree

que las tres transferencias distintas entre especies son responsables por el desarrollo de los subgrupos mayores de VIH.

Esta teoría sostenida por Hahn tuvo la oportunidad de analizar una muestra de tejido que se le había extraído en el laboratorio de un instituto de cáncer a una chimpancé llamada Marilyn y que durante mucho tiempo había sido olvidada, en 1985 cuando el virus del sida se había descubierto los científicos habían encontrado agentes patógenos sospechosos en la sangre de la chimpancé.

Poco tiempo después el animal murió luego de dar a luz a mellizos, transcurridos 10 años a Hahn le fue fácilmente descifrar en forma absoluta la masa genética concluyó que por primera vez se descubría en un mono un virus que era semejante al virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Para aseverar este punto la investigadora tuvo que comparar sus datos con los de otros chimpancés, de los cuales tres de los infectados se encontraban en libertad y como se pudo establecer en dos casos, el virus correspondía en su secuencia genética con el de la chimpancé Marilyn.

Solo en el tercer caso se presentaban deficiencias y fue cuando Hahn comparo el origen de los cuatro animales, el cuadro coincidía en forma decisiva, tres de ellos, entre los de Marilyn pertenecían a la subespecie pan troglodytes, el cuarto animal divergente por el contrario procedía de una región ubicada mas al este, perteneciendo por lo tanto a otra especie; no suficiente con ello, la chimpancé Marilyn provenía de una región no lejos de Kinshasa, de donde en 1959 se había detectado la primera infección del VIH en seres humanos. Lo que hace pensar que en ciertas regiones de ese lugar la carne de mono era considerada una exquisitez.

I.2. Teoría de la vacuna contra la hepatitis

Esta teoría destaca que el VIH fue desatado por vacunas contra la Hepatitis B (HB), desarrolladas parcialmente en chimpancés y que fueron utilizadas de manera preventiva en algunos grupos de la población.

Estos hallazgos explican científicamente, por primera vez, cómo el VIH de los chimpancés, saltó súbita y simultáneamente de especie, a los seres humanos, en dos continentes lejanos entre sí: África y Estados Unidos. Los cuatro lotes de vacunas HB, que se creen estaban contaminadas con secuencias genéticas comunes al VIH, se inyectaron a personas viviendo en la ciudad de Nueva York y en el África central. Esta teoría puede explicar de mejor manera, cómo y por qué se produjo un súbito brote simultáneo de cuatro cepas importantes de VIH por lo menos, en dos continentes lejanos entre sí, en dos poblaciones demográficamente distintas.

Un estudio epidemiológico realizado por un equipo de investigadores del IRD (Instituto de investigación para el desarrollo) en Montpellier, Francia, revela la enorme variabilidad de las cepas virales que circulan en la República Democrática del Congo. Estos resultados confirman que el virus está presente desde hace largo tiempo en esta región y que África Central podría ser efectivamente el epicentro de la pandemia. Dicho estudio cuestiona la controvertida hipótesis de una transmisión del VIH al hombre a consecuencia de una campaña de vacunación contra la poliomielitis lanzada en Zaire a principios de los años 1960: el hombre era portador de la cepa viral que originó la pandemia mucho antes de esta fecha.

I.3. Teoría del paciente cero

También se creía que la llegada del SIDA al mundo occidental era atribuible a un hombre llamado el “paciente cero”, un asistente de vuelo canadiense que

habría practicado el sexo con más de mil hombres en distintas partes del mundo. Esta teoría, que incluso fue plasmada en una película.

I.4. Teoría de las vacunas contra la poliomielitis

La pregunta no tiene aun su respuesta. Pero nuevas teorías surgen y la pregunta es si la epidemia del SIDA pudo ser activada por investigadores de la poliomielitis en las ex colonias belgas en África.

¿Se transmitió el SIDA de monos a seres humanos a través de una vacuna contaminada contra la poliomielitis?

Esta es una de las teorías mas controvertidas en el campo de los científicos, hace referencia a que el VIH fue introducida a la población humana iatrogénicamente, es decir, por la actuación medica la teoría sostiene que el VIH se introdujo a la raza humana a partir de las vacunas contra la poliomielitis (Oral Polio Vaccine) contaminadas que se utilizaron en África durante los años 50.

Esta teoría afirma que el VIH proviene de los chimpancés, pero que se desconoce la forma en que el virus “cruzo la barrera de las especies”. Los defensores de esta teoría sostiene que el paso a la especie humana se inicio cuando se utilizaron riñones de chimpancés (las llamadas células de riñón de mono) para preparar la vacuna chat utilizada para la profilaxis oral de millones de niños africanos.

Su fundamento de esta teoría radica en que fines de la década del 50, exactamente febrero de 1959, en África. Dos médicos. Arno Motulsk y Jean Candepitte. Realizan una investigación microbiológica de la malaria con la ayuda de médicos locales, juntan muestras sanguíneas del personal medico, pacientes en hospitales y del personal oficial de Leopoldville. Un cuarto siglo

después, estas muestras de sangre llegan a los Estados Unidos, junto con otras recolectadas en diversas áreas del África.

Estas muestras son analizadas para detectar la presencia de anticuerpos al virus que causa el SIDA. Una muestra emerge positiva en todos los análisis: tomada de un hombre africano anónimo. Constituye el espécimen mas antiguo en existencia del virus de la inmunodeficiencia adquirida, o VIH, no se sabe que sucedió con el hombre africano, pero durante las dos décadas desde que se tomo esa muestra de sangre – y antes de 1981, año cero para el SIDA – otros africanos y visitantes europeos que llegan a África se infectaran por VIH, la primera cepa identificada del virus. En aquel entonces, los médicos estaban perplejos, pero se tomaron muestras de sangre y años después, resultaron ser VIH positivas.

Lo inquietante en todos estos casos es que el 87% de las muestras conocidas de VIH-1 tomadas en África desde 1980 o con anterioridad a ese año, provienen de esas ciudades donde una vacuna oral contra la polio, o CHAT, fue suministrada a africanos entre 1957 y 1960⁴.

Las características sobre las cuales se basa esta teoría son:

- Una alta correlación entre el uso de la vacuna entre 1857 y 1960 y los brotes subsecuentes de VIH, el principal virus del SIDA.
- El primer caso confirmado de VIH surge de una muestra de tejido aun guardada procedente de Leopoldville, que coincide en tiempo y lugar con un ensayo clínico de envergadura de la vacuna realizado por Wistar Institute de Filadelfia (responsable de los ensayos realizados en África)
- Nadie pudo confirmar un caso de infección por VIH antes de 1957, el año en que comenzaron los ensayos de vacunas.

⁴ Mallolas J, La Torre, X, Gatell. JM. Análisis clínico de los primeros 145 casos consecutivos de SIDA, 1988, Pág. 721.

- El único pariente cercano al VIH es el virus de los simios hallando en los chimpancés comunes que mostraban síntomas de inmunosupresión surgiendo que puede haber estado infectados por VIH.

II. CONTEXTO DEL VIH/SIDA

El VIH, es un virus, “un microorganismo que necesita estar dentro de otra célula para poder multiplicarse y poder vivir”⁵, se introduce al interior del grupo CD4 (glóbulos blancos) los cuales son partes del sistema de inmunidad, se combina con el material genético de la misma y puede permanecer inactivo durante años. La mayoría de las personas infectadas por el VIH siguen estando sanas y pueden vivir durante años sin síntomas o con enfermedades de poca importancia. Están infectadas por el VIH, pero no tienen SIDA

Tras un periodo de tiempo variable, el virus se activa y lleva progresivamente a infecciones graves y otros estados que caracterizan al SIDA. Para comprender mejor se resume en la siguiente sigla:

V = Virus

I = Inmunodeficiencia

H = Humana

El SIDA es una etapa avanzada de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se trata de un retrovirus que ataca las defensas del organismo y altera la capacidad para defenderse de las enfermedades ocasionadas por otros virus, bacterias, parásitos y hongos. El sistema inmunológico agrupa diversos tipos de células, entre otras los glóbulos blancos encargados de luchar contra los agresores externos. El VIH concretamente mata a un tipo de células, los linfocitos CD4 que integran el sistema inmunológico.

⁵ Diccionario de la Real Academia Española

La palabra SIDA se forma con las iniciales de la expresión "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida."

Síndrome = Conjunto de signos y síntomas
Inmuno = Relativo al sistema de defensas
Deficiencia = Disminución
Adquirida = Alude al carácter no congénito

Es decir, se ha desarrollado el SIDA sólo cuando se presenta un conjunto de signos y síntomas que indican que las defensas están disminuidas porque se transmitió el virus. Es posible estar infectado con el VIH, ser VIH positivo o portador del virus, y todavía no haber desarrollado el SIDA. Desde el momento en que el virus ingresa al cuerpo hasta que aparecen los síntomas puede pasar mucho tiempo, entre 10 y 12 años, período que puede extenderse si se comienza un tratamiento temprano.

II. 1. Modo de acción del VIH

El virus del SIDA ingresa al organismo a través de la sangre, el semen y los fluidos vaginales; una vez incorporado ataca el sistema inmunológico. Este sistema está constituido por un conjunto de componentes que incluyen células, anticuerpos y sustancias circulantes que enfrente a todo elemento que sea reconocido como ajeno o extraño. Esto sucede, especialmente con los agentes infecciosos como bacterias, hongos, virus y parásitos.

Frente a la presencia de agentes infecciosos el sistema inmunológico moviliza para defenderse células llamadas linfocitos. Los linfocitos, al ser invadidos por el virus VIH pierden su capacidad para reconocer y enfrentar a los agentes extraños, los que aprovechan la oportunidad de esta caída de la vigilancia inmunológica para proliferar. Para multiplicarse, el virus pone en

funcionamiento un mecanismo específico de los retrovirus por el cual copia su genoma (conjunto de información genética de un ser vivo) de ARN, en el ADN de la célula. La presencia del virus estimula la actividad reproductiva de los linfocitos pero, dado que tienen copiado el genoma del VIH, en vez de reproducirse, multiplican células virales.

A medida que el virus se reproduce, el organismo se hace cada vez más vulnerable ante enfermedades contra las cuales, en tiempos normales puede defenderse. A estas enfermedades se las denomina enfermedades oportunistas. La caída de las defensas no es masiva y uniforme sino que permite con mayor probabilidad la aparición de ciertas enfermedades: infecciones (las más frecuentes son las pulmonares, y también otras producidas por diversos virus, bacterias, hongos y parásitos), y distintos tipos de cáncer (los más comunes son lo que afectan la piel y los ganglios linfáticos).

Uno de los indicadores más evidentes del avance de la infección y del desarrollo del SIDA, es la aparición de estas "enfermedades oportunistas". Por eso se las considera "marcadoras" o "trazadoras". Marcan la presencia y evolución de la infección. A ellas se suman los efectos directos del virus en el organismo, que incluyen, entre otros, trastornos del sistema nervioso y del aparato digestivo. Cuando el portador del VIH desarrolla este conjunto de afecciones se lo considera un enfermo de SIDA.

Como se expuso anteriormente, puede suceder que el VIH, una vez ingresado al organismo permanezca "en reposo" dentro de los linfocitos invadidos. En esta situación, el PVVS no tiene síntomas, por eso se lo llama portador asintomático.

II.1.1. Transmisión del VIH/SIDA

Cada especie de virus busca su medio natural donde existir y desarrollarse.

La mayoría de los casos notificados de SIDA se han transmitido por vía sexual. Solo el contacto íntimo, el que usualmente supone intercambio de semen o sangre de una persona a otra, puede transmitir el virus. De ahí que el SIDA no se transmite por el aire. Tampoco hay pruebas de que se transmita por contacto casual, por insectos o por los alimentos o el agua.

El virus del SIDA puede hospedarse en la:

- Sangre
- En las secreciones del aparato genital del hombre (semen)
- En las secreciones de aparato genital de la mujer (vagina)
- En la leche materna
- En la saliva
- En la orina y demás líquidos corporales

Sin embargo, la transmisión sólo es por:

- Sangre con sangre
- Sangre con semen
- Semen con fluido vaginal
- De madre a hijo durante el embarazo, el parto, o durante la lactancia.

La transmisión del VIH lleva siempre aparejada el haber estado expuesto a humores orgánicos de una persona infectada. La dosis o cantidad de virus, la vía de exposición y su duración pueden influir sobre las probabilidades de contraer el virus.

La mayor concentración viral se ha encontrado en la sangre, semen y líquido cerebroespinal. Con menos frecuencia se han localizado concentraciones menores en lagrimas, saliva, leche materna, calostro, orina y secreciones cervicales y vaginales.

II.1.1.1. Transmisión del VIH durante el contacto sexual

La vía sexual es la más habitual forma de transmisión (75% de los casos). El VIH necesita entrar en el cuerpo para que se produzca la infección. Los fluidos sexuales provienen del pene de un hombre o de la vagina de una mujer, sea antes de, durante o después del orgasmo dentro de una relación sexual vaginal o anal.

El contacto sexual vaginal o rectal sin protección es muy inseguro. Los fluidos sexuales entran en el cuerpo y dondequiera que el pene del hombre penetre puede causar rasguños pequeños que aumentan el riesgo de infección por el VIH. El compañero receptivo, probablemente tiene más riesgo de ser infectado aunque el VIH podría entrar en el pene, sobre todo si tiene cualquier herida abierta o si hay contacto durante mucho tiempo con la sangre o los fluidos vaginales infectados por VIH.

La transmisión del VIH entre mujeres no suele ser habitual. Sin embargo, se han reportado casos de transmisión del VIH entre mujeres como también el riesgo fundamentado de transmisión del VIH de mujeres a hombres, lo cual indica que las secreciones vaginales y la sangre menstrual son potencialmente infecciosas y que la exposición de las

membranas mucosas a estas secreciones puede conducir potencialmente a la infección por VIH.

Las enfermedades y las muertes relacionadas con el VIH en los Estados Unidos y en el mundo han tenido históricamente un impacto tremendo entre hombres que tienen contacto sexual con hombres (MSM). Información reciente de la prevalencia del VIH y las conductas de riesgo sugieren que los hombres jóvenes gays y bisexuales, siguen corriendo riesgos de infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

Las relaciones sexuales heterosexuales están construyendo la vía principal de transmisión de VIH en los países en desarrollo. En Todo el mundo, las mujeres tienen las mismas probabilidades que los hombres de contraer la infección y se piensa que las prostitutas están transmitiendo el virus a sus clientes.

II.1.1.2. Transmisión por la sangre y los hemoderivados

Las transfusiones de sangre y hemoderivados contaminados pueden transmitir el VIH. Se tiene un alto índice de infecciones del VIH por este tipo de transmisión, ocurrido entre hemofílicos y demás personas que recibieron transfusiones de sangre o hemoderivados contaminados.

El VIH se transmite entre drogadictos que se inyectan por vía intravenosa si comparten agujas y jeringas, las cuales pasan pequeñas cantidades de sangre contaminada. El uso de drogas inyectables por vía intravenosa se ha relacionado con

el 25 por ciento de los casos de SIDA en Estados Unidos y con el 8 por ciento en Europa y esos porcentajes están creciendo. Vale decir que las personas que se han infectado con las agujas contaminadas pueden transmitir luego la infección durante el coito y viceversa.

Si las agujas empleadas para inyectar medicamentos están contaminadas, dichas agujas pueden propagar la infección. Si bien el uso de droga intravenosa en los países en desarrollo es poco frecuente, mucha gente se inyecta antibióticos y otros medicamentos para apalejar diversas enfermedades desde las más simples hasta las más complejas y se hace necesaria la utilización de jeringas las cuales no pueden estar debidamente esterilizadas y constituyen un medio de transmisión del VIH.

Además, las inyecciones subcutáneas o intramusculares empleadas en la inmunización y el tratamiento de enfermedades ofrecen menos probabilidades de transmitir el virus que las inyecciones intravenosas, sobre todo en la forma en que las usan los drogadictos. Una menor cantidad de virus penetraría en el organismo y habitualmente no entraría directamente en el torrente sanguíneo.

II.1.1.3. Transmisión materno fetal

Una madre con el VIH puede contagiar al feto, la transmisión se hace esencialmente por vía placentaria, también en el momento del parto (intrapartum) fundamentalmente por contacto directo del feto con secreciones maternas infectadas o con sangre del tracto genital de la madre, otra vía de transmisión es dar a lactar al recién nacido.

No se sabe a ciencia cierta la frecuencia con que se transmite el SIDA durante el embarazo. Los investigadores estiman que del 20 al 50 por ciento de los recién nacidos de madres infectadas también están infectados. Las tasas son más altas en los lactantes cuyas madres han dado a luz anteriormente a un niño infectado. Por esta situación se aconseja para una prevención vertical del VIH la realización de un parto seco a través de una cesárea, antes de la rotura de membranas o de comenzar el trabajo de parto.

Así también la administración de profilaxis AZT durante el embarazo, como profilaxis al recién nacido y la suspensión de la lactancia materna.

II.1.2. Categorías clínicas

Es importante considerar que contraer una infección por VIH, no implica necesariamente que la persona vaya a desarrollar el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, aunque aquellos pacientes a los que se les detecta la infección por VIH se les considera erróneamente como pacientes de SIDA.

De hecho se tiene constancia de que algunas personas han sufrido una infección por VIH durante más de diez años sin que durante este tiempo, haya desarrollado ninguna manifestaciones clínicas que definan el diagnóstico del SIDA.

Según Saudan Anne las diferentes fases por las cuales evoluciona la infección por VIH, pasa de la asintomático a la etapa del SIDA.

II.1.2.1.La fase asintomático

Es cuando una persona vive con el virus. Y goza de buena salud, no presenta ningún síntoma sin embargo se puede determinar que el virus se encuentra en su organismo, en sus células y que al mismo tiempo puede transmitirlo a otras personas, esta fase esta comprobada que puede durar años o evolucionar a una situación intermedia, en tal caso la persona vive con el VIH es seropositiva o asintomático.

II.1.2.2.La fase intermedia

En esta etapa la persona presenta síntomas y signos que caracterizan otras enfermedades, como la perdida de peso, aumento del volumen de los ganglios, diarreas fiebre, infecciones orales como la candidiasis, herpes simple y otras. infecciones oportunistas que se caracterizan por la presencia de microorganismos en el organismo del ser humano (bacterias, hongos parásitos, virus), pero estas no llegan a provocar enfermedades en una persona sana, debido a que su sistema inmunitario esta sano. Cuando este sistema de defensa esta deteriorado, los microorganismos aprovechan la oportunidad para desarrollarse y provocar una patología.

II.1.2.3.Condición clínica o ultima fase

Es la que ya constituye el desarrollo del virus, en ella aparecen signos y síntoma de ciertas enfermedades muy definidas, como las infecciones oportunistas que atacan principalmente a los pulmones, cerebro, tubo digestivo y los ojos las afecciones tumorales como el sarcoma de Kaposi, forma particular del

tumor provocado principalmente por el VIH y linfomas que pueden afectar todos los órganos, en esta fase cuando se dice que la persona esta enferma de SIDA, o se encuentra en la condición clínica de VIH o etapa terminal de la enfermedad.

II.2. Enfermedades oportunistas asociadas con el sida

Se han identificado varias enfermedades que actúan luego de que el VIH pasa a SIDA, y son:

Tuberculosis, Es una de las enfermedades mas frecuentes en Bolivia, que ahora esta asociada al VIH. Se transmite a través del aire y ataca a los pulmones, genitales, peritoneo y puede causar meningitis y otras patologías; a menudo se manifiesta con toses secas, perdida de peso y fatiga.

Toxoplasmosis, Es un parásito que infecta al cerebro provocado conductas alucinatorias, cefálicas (dolor de cabeza), fiebre, desorientación, cambios de personalidad y mareos. Tiene más riesgos de sufrirlos el paciente con linfocitos por debajo de 100 CD4.

Candidiasis, Este hongo se encuentra en el cuerpo de casi todas las personas. La candidiasis es una infección oportunista común en PVVS. Generalmente infecta la boca, la garganta o la vagina.

- Coccidiodomicosis, diseminada o extrapulmonar.
- Criptococcosis extrapulmonar,
- Criptosporidiosis intestinal crónica,
- Infección por citomegalovirus, tanto diseminada como la retinitis.
- Infección por virus Herpes simplex, puede ser crónica o en forma de bronquitis, pneumonitis o [esofagitis](#).

- Bronquitis.
- Histoplasmosis, ya sea diseminada o extrapulmonar.
- Demencia relacionada con el VIH (encefalopatía por VIH).
- Isosporiasis intestinal crónica.
- Sarcoma de Kaposi.
- Linfoma de Burkkit.
- Infección por el complejo Mycobacterium avium (MAC).
- Infecciones por Mycobacterium u otras especies, ya sea diseminada o extrapulmonar.
- Neumonía por Pneumocystis jiroveci.
- Septicemia Salmonella por recurrente.
- Toxoplasmosis neurológica.

III. PREVENCIÓN DE CONTAGIO DEL VIH/SIDA

Las prácticas seguras no ofrecen ningún riesgo de transmisión del VIH. La abstinencia (nunca tener relaciones sexuales) es totalmente segura. El sexo con un solo compañero es seguro si ninguno de los dos está infectado y si nunca tienen sexo con nadie más.

En la relación sexual el uso de preservativos es la forma más efectiva de evitar el contagio del virus y de otras infecciones de transmisión sexual (ITS): sífilis, gonorrea, herpes, chancro y demás. Sin embargo, el uso incorrecto de los preservativos conspira contra su efectividad. Usar correctamente un preservativo es la mejor forma de prevención [mecánica](#) de todo contagio.

El preservativo, profiláctico, o condón, fue inventado por el Sr. J. W. Condom en Inglaterra⁶ para prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS), llamadas también: Venéreas. Previene también el embarazo y no causa riesgo o daño. Es una vagina de látex que cubre el pene, e impide el intercambio de semen con los fluidos vaginales.

También puede usarse un preservativo femenino para proteger la vagina o el recto durante el sexo. La [responsabilidad](#) por el uso del preservativo estuvo antiguamente reservada al hombre. Sin embargo, la defensa de la salud y de la vida no puede ni debe estar reservada sólo al hombre. Las mujeres tienen el deber y el derecho de protegerse y proteger a su pareja.

¿Qué sucede si ambas personas están ya infectadas? Algunas personas ya infectadas por el VIH no ven la necesidad de seguir las pautas del sexo más seguro con otras personas también infectadas. Sin embargo, es razonable protegerse. Si las personas ya infectadas no se protegen se exponen así a infecciones como herpes o sífilis, y estas enfermedades pueden ser muy serias.

También puede ser posible "reinfectarse" con una versión diferente de VIH o VIH ya resistente a algunos medicamentos antivirales. El sexo inseguro tiene un riesgo alto de transmitir el VIH. El más riesgoso es cuando la sangre o los fluidos sexuales tocan las áreas suaves, húmedas (las membranas mucosas) dentro del recto, vagina, boca, nariz o punta del pene. Estos pueden dañarse fácilmente lo que facilita la entrada del VIH al cuerpo. La mayoría de las prácticas sexuales lleva algún riesgo de transmitir el VIH. Para reducir el riesgo es necesario tomar ciertas precauciones.

En cuanto a la prevención de la transmisión parental o sanguínea se debe exigir si se hace cualquier transfusión de sangre que dicha sangre esté controlada y no

⁶ http://www.Aids_latina.com

lleve consigo ningún tipo de infección, usar jeringas o agujas descartables no compartir jeringas para evitar el contacto de sangre que podría estar infectada.

III.1. Factores que perjudican a la lucha contra el VIH/SIDA

La pandemia del VIH/SIDA, siendo una enfermedad mortal incurable de consecuencias totalmente devastadoras en cuanto al aspecto social, familiar, económico y de salud esta presente en todos los países del mundo. Si bien el SIDA provoca una fracción total de defunciones de adultos en la mayoría de las naciones, esas muertes se producen en los años más productivos de la vida. Por lo tanto existen factores que coadyuvan a la diseminación del VIH/SIDA y hacen mas dura la lucha contra este terrible mal:

III.1.1. Estigma

El estigma se ha descrito como un proceso dinámico de devaluación que “desacredita significativamente” a un individuo ante los ojos de los demás⁷. Los atributos que justifican el estigma pueden ser totalmente arbitrarios; por ejemplo, color de la piel, manera de hablar o preferencia sexuales. Dentro de una sociedad que consideran como deshonorosos o indignos.

El estigma relacionado con el VIH es un fenómeno que tiende a aprovechar y reforzar connotaciones negativas por medio de la asociación del VIH y el SIDA, con comportamientos ya de por si marginados, como el comercio sexual, el consumo de drogas y las practicas homosexuales y transexuales. Se considera a menudo que las personas que viven con el VIH se merecen su estado VIH-positivo por que ha hecho algo “malo”.

⁷ Parker y Aggleton P, VIH/relativo a la discriminación y al estigma, 2002.

El estigma se expresa en el lenguaje. Desde el principio de la epidemia, las poderosas metáforas que asocian el VIH con muerte, culpa y castigo, delincuencia y horror. La culpa y el distanciamiento el miedo de las personas a las enfermedades mortales. El estigma basado en el miedo puede ser al temor por las consecuencias de la infección del VIH: en particular, las altas tasas de mortalidad sobre todo cuando no se puede acceder de forma general a tratamiento y llegar a las etapas avanzadas del SIDA.

El estigma está profundamente arraigado en nuestra vida cotidiana más aun si la relación del SIDA está relacionada con las desigualdades sociales y contribuye a reforzarlas. Esas desigualdades se relacionan particularmente con el sexo, raza y etnia y con la sexualidad,⁸ por ejemplo los varones y las mujeres no afrontan la situación de la misma forma cuando están infectados, o creen que están infectados, por el VIH: es más probable que se culpe a las mujeres aun cuando la fuente de la infección sea el esposo, y las mujeres infectadas tienen menos probabilidades de ser aceptadas en la sociedad.

Este proceso se vincula con desigualdades ancestrales en función del sexo, fundamentadas en ciertas ideas sobre la masculinidad y feminidad, que han determinado que históricamente se culpe a las mujeres de la propagación de todo tipo de enfermedades de transmisión sexual y ello como consecuencia de su presunta “promiscuidad”. De forma similar, la inculpaación de las personas homosexuales y transexuales entronca con la estigmatización que sufren desde hace mucho tiempo a causa de suposiciones sobre su modo de vida y sus prácticas sexuales. El estigma preexistente agrava el estigma relacionado con el VIH solo por que los grupos ya estigmatizados sufren una ulterior estigmatización a causa del VIH,

⁸ Estigma y discriminación y la reproducción de las desigualdades, ONUSIDA, 2003

sino también por que puede presuponerse que las personas que viven con el VIH pertenecen a grupos marginados.

Así pues, la estigmatización relacionada con el VIH es un proceso a través del cual se desacredita a las personas que viven con el VIH. Puede implicar tanto a personas infectadas o con sospechas de estar infectadas por el VIH como a personas afectadas indirectamente por el SIDA, como huérfanos o hijos y familiares que viven con el VIH.

III.1.2.Discriminación

Cuando el estigma se instala, el estigma es el resultado es la discriminación. La discriminación consiste en acciones u omisiones derivadas del estigma y dirigidas contra los individuos estigmatizados, la discriminación, tal como lo define el ONUSIDA (2000), hace referencia a cualquier forma de distinción exclusión o restricción arbitrarias que afectan a una persona, generalmente pero exclusivamente, en el caso del VIH y el SIDA, el estado seropositivo, confirmado o sospechado, de una persona con independencia de que exista o no alguna justificación para tales medidas.

“La discriminación relacionada con el VIH puede producirse a distintos niveles”⁹. Existe discriminación en los contextos familiar y comunitario, lo que se conoce a veces como “estigma declarado”. Con ello se denota lo que hacen los individuos, deliberadamente o por omisión, para dañar a otros o negarles servicios o derechos. Algunos ejemplos de este tipo de discriminación contra la personas que viven con el VIH son: como la practica de obligar a las mujeres a volver a su familia de origen cuando se les diagnostican como VIH positivas, después de que aparezcan los primeros signos de enfermedad o después de que

⁹ <http://www.iadb.org/sds/publication/publication-3362-e.htm>

haya fallecido su pareja a causa del SIDA; elusión y evitación del contacto diario; hostigamiento verbal; violencia física; desacreditación y culpación verbal; murmuraciones, y negación de los ritos funerarios tradicionales.

Además, hay una discriminación que tiene lugar en contextos institucionales, sobre todo en el lugar de trabajo, servicios de asistencia sanitaria, prisiones, instituciones educativas y centros de bienestar social. Esta discriminación plasma el estigma “declarado” en políticas y prácticas institucionales que discriminan a las personas que viven con el VIH o, de hecho, en la falta de políticas antidiscriminatorias o procedimientos de reparación.

La discriminación refleja el estigma que se ha aprobado o legitimado a través de las leyes con la intención y políticas existentes y que se ha plasmado en prácticas y procedimientos. Esto puede dar lugar a una ulterior estigmatización de las personas que viven con el VIH y, en consecuencia, a una discriminación legitimada.

Un número significativo de países, por ejemplo, ha promulgado leyes con la intención de restringir los derechos de los individuos y grupos afectados por el VIH. Entre estas acciones figuran las siguientes; Pruebas de detección del virus obligatorias de grupos e individuos; Prohibición de que las personas que viven con el VIH ocupen ciertos cargos y tipos de empleo; Aislamiento detención examen y tratamiento médicos obligatorios de las personas infectadas; Limitaciones en la Migración y los viajes internacionales, incluidas las pruebas obligatorias de VIH para quienes solicitan permiso de trabajo y deportación de los extranjeros VIH-positivos.

La discriminación también puede producirse por omisión, como es caso de falta de aplicación e inserción de leyes, políticas y procedimientos que ofrezcan reparación y protejan los derechos de las personas que viven con el VIH.

III.1.3.Desigualdad y dependencia de la mujer

Los hombres y las mujeres con el VIH o con SIDA están expuestos en todas partes a traumatismos psicológicos, dolores físicos y, a veces, la amenaza de discriminación en el hogar, el trabajo y la sociedad en general. Pero el SIDA plantea además toda una serie de problemas para la mujer las cuales aumentan la posibilidad de transmisión del VIH.

En el ámbito mundial, el principal comportamiento de riesgo de infección por el VIH para la mujer son las relaciones sexuales. Mas del 90% de las mujeres infectadas por el VIH/SIDA en los países en desarrollo ha contraído el virus por transmisión heterosexual¹⁰. En la mayoría de los casos, estas mujeres tenían relaciones sexuales solo con su esposo o pareja estable. Por consiguiente la vulnerabilidad de la mujer por contraer la infección por el VIH suele ser el resultado directo del comportamiento de su pareja (bisexualidad, consumo de drogas inyectables, relaciones sexuales con varias personas) mas que del suyo propio. Sin embargo, aun cuando su pareja sea quien trae el VIH al seno familiar, es posible que se culpe a la mujer por la transmisión del virus.

Son varias las razones por la que se considera a la mujer más vulnerable que el hombre para contraer la infección por el VIH, ya que existe desigualdad que se relacionan entre si como ser biológicos

¹⁰ Organización Mundial de la Salud, El Vih/Sida en América Latina, 2004, Pag. 97

(menstruación, embarazo, trabajo de parto); manifestaciones clínicas específicas de la enfermedad por el VIH (infecciones vaginales enfermedades de transmisión sexual asintomáticas que el hombre); sociales y culturales (tenencia de la tierra, derechos legales, pautas culturales que alientan al hombre a tener varias compañeras sexuales en común, sumisión de la mujer y dominación masculina en las relaciones sexuales, falta de comunicación entre el hombre y la mujer sobre temas de salud sexual. La dependencia económica y social traducida en: (perdidas de ingresos, pérdida de seguro de enfermedad, abandono de la pareja, dependencia del hombre económica en la familia y emocionalmente); y calidad de atención de salud para la mujer (falta de un método de prevención controlado por la mujer, fácil de conseguir y precios razonable).

La posición social desigual y de dependencia de la mujer la coloca en desventaja no solo para llegar a un acuerdo con su pareja respecto a los encuentros sexuales, sino que también cuando se trata de recibir atención de los servicios de salud y de educación. La falta de acceso igualitario de la mujer a la salud, educación, capacitación, ingresos independiente, propiedad y derechos legales, afecta al conocimiento sobre la infección por el VIH y el SIDA y, posteriormente, a su capacidad de protegerse de la infección colocando a la mujer en un grado de desigualdad y dependencia con relación al hombre obstaculizando la lucha contra el VIH/SIDA.

III.1.4.Vulnerabilidad biológica y por género.

Las mujeres están expuestas a un mayor riesgo de contraer el VIH. La razón biológica que explica por qué una mujer está en mayor riesgo de contagio por el VIH mediante la relación sexual con un hombre se

atribuye a la anatomía del tracto reproductivo de la mujer y a la fisiología del intercambio de secreciones durante la actividad sexual.

El semen permanece dentro de la vagina y hay células en el tejido de la vagina que tienen ramificaciones lo que les permite "absorber" el virus más fácilmente. Además, el que el cuello de la matriz tenga una sola capa de células también facilita que el virus penetre en el organismo. Se ha descrito en algunos estudios cómo la transmisión del VIH es 14 veces más fácil de hombre a mujer, que de mujer a hombre. Es necesario aclarar que la transmisión de mujer a hombre también ocurre y los hombres no están inmunes a ésta.

Existen además, diversas razones de índole psicosocial que provocan una mayor vulnerabilidad de la mujer hacia el contagio con VIH. Estas razones están asociadas a que frecuentemente las mujeres se encuentran en una situación de vulnerabilidad y desigualdad en la toma de decisiones y el control en la relación con su pareja, en el rechazo social al uso de condones por el hombre y frecuentemente por la misma mujer, y en las falsas ideas sobre la expresión del amor. Por ejemplo, la mujer le dice al hombre: "te demuestro que te quiero si tengo sexo sin protección" cuando en realidad el mensaje de amor debe ser: "te demuestro que te quiero y nos protegemos ambos". Las mujeres con VIH tienen también temor a exigir trato igual de parte de su pareja. El miedo al abandono y la amenaza de violencia doméstica las lleva a mantener silencio.

III.1.5.Falta de educación e información

La información inadecuada en lo referente a los hechos básicos acerca del SIDA es la principal causante de los prejuicios y actitudes agresivas contra los pacientes y sus familiares. La ignorancia lleva a infracciones

de los derechos humanos mas fundamentales al igual que los leprosos en la antigüedad, a menudo se niega a los pacientes de SIDA los derechos vitales o fundamentales que les corresponden como miembros de la sociedad, Estado o país, es así que se considera como un factor que va en desmedro de los esfuerzos para combatir esta epidemia.

Para abordar los temas más difíciles y complejos relacionados con el VIH/SIDA necesitamos una buena información pero también el esfuerzo educativo continuo que abarque dimensiones importantes del problema a toda la población dando énfasis a las personas jóvenes.

Los datos médicos acerca del virus, aspectos referentes a la transmisión, formas de evitar el riesgo, saber como evitar el contagio, las personas tienen que conocer la obligación fundamental de la justicia de no causar daño, que en circunstancias significa no exponer a otros a la infección, así también el requisito impuesto por la ley natural de emplear medios comunes para preservar la propia vida¹¹.

III.1.6.Falta de acceso al tratamiento

En el “Informe de Monitoreo y Evaluación”¹², sobre el VIH/SIDA en Bolivia, de manera institucional el Ministerio reconoce que:

- Existe burocracia administrativa en los diferentes niveles para el acceso a los ARV.

La burocracia y la falta de coordinación entre el gobierno nacional y los gobiernos Prefecturales, por competencias no

¹¹ Paulo Evaristo Arns, Haciendo frente al Sida en Sao Paulo el “Proyecto Esperanza”, 2003

¹² Ministerio de Salud y Deportes, Informe de Monitoreo y Evaluación de la implementación del compromiso UNGASS sobre el VIH/SIDA en Bolivia. La Paz, 2007.

definidas, permite la burocracia institucionalizada, en perjuicio de las PVVS, este aspecto fue corroborado en el trabajo de campo con la muestra que se trabajo.

- Falta de adherencia a los tratamientos. Ausencia de un sistema de seguimiento a las PVVS.

El trabajo que realizan los Subprogramas Departamentales ITS/VIH/SIDA, solo consiste en realizar: la prueba de Elisa, Pre y Post concejería, y asistencia ambulatoria,

- Exámenes laboratoriales.

El Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, no ofrece los servicios de exámenes de laboratorio, las PVVS en caso de necesidad para el diagnostico de de linfocitos debe acudir a un laboratorio privado como es el INLASA.

- Falta de protocolo nacional sobre el manejo integral de las PVVS.

El manejo clínico y atención de PVVS, debería estar contemplado en un protocolo, similar al que regula las enfermedades de transmisión sexual.

- Carencia de médicos Infectólogos para el seguimiento de las PVVS.

En opinión de Violeta (Rep. REDBOL), tan solo existen 4 infectólogos en el territorio del Estado.

IV.1.6 Falta de Voluntad Política.- La problemática del VIH/SIDA, tiene que ser abordada como prioridad de un País, velando que se respeten los derechos humanos, derechos constitucionales, y demás normativa interna tomando en cuenta que la derogación que se realice en la atención a las personas con VIH/SIDA no es un gasto sino una inversión¹³. Los Estados a través de sus gobernantes tienen que asumir el papel del paternalista y establecer en el marco jurídico legislación que proteja la vida, la salud de las PVVS.

¹³ Bolivia es el único país de Sudamérica que no cuenta con una ley sobre el Sida.

CAPITULO III

CONCEPTUALIZACIÓN Y ESCENARIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

“La experiencia muestra sobradamente que los individuos, en todos los tiempos y países, ya aislados, ya en un conjunto han estado y están sometidos a determinadas incidencias que provocan necesidades sociales. Pero también demuestra la experiencia que claramente los individuos no se resignan y entregan a la fatalidad, si no buscan e instauran instrumentos de protección contra esas necesidades sociales”¹⁴.

Es así que el hombre siempre ha buscado la superación su perfeccionamiento y mejorar su nivel de vida, ya que desde los pueblos antiguos hasta los mas modernos y desarrollados se han presentados incidencias que llevan al hombre ha encontrar la satisfacción de sus necesidades sociales, ahí el punto de partida de la seguridad social.

I. ORIGEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Pretender sin embargo ubicar una fecha exacta de nacimiento de la seguridad social, seria tanto como querer establecer los orígenes de la necesidad humana¹⁵. Porque cuando hay una necesidad el hombre busca satisfacerla desde las formas mas rudimentarias como son las mutualidades, en Roma “la collegia”, las “Gildas” “Cofradías” “Hermandades y Montepíos” “Cajas de comunidad y el Seguro Social. Estas siempre con un tinte religioso de ayuda social y de solidaridad humana.

El Seguro Social originariamente nace para abordar las necesidades apremiantes de la clase obrera en las primeras épocas de la sociedad industrial de manera que se previeron los riesgos más inmediatos que pudieran afectar a la vida y la capacidad del trabajador, dando lugar al modelo de Seguridad Social de tipo profesional contributivo.

¹⁴ José Manuel Almansa Pastor ,Derecho a la seguridad social

¹⁵ Oscar Vargas del Carpio, Lineamientos Generales de la Seguridad Social Boliviana

La Organización Internacional del Trabajo “sitúa el origen de la seguridad social a principios del siglo XIX en Europa Occidental por que es cuando la industrialización comienza a dar sus primeros pasos y aparece el proletariado”¹⁶.

En esta época el “proletariado” era un numero significativo de obreros que tenían como el único modo de subsistencia su sueldo y quedaban sin protección cuando perdían el empleo o quedaban enfermos , pero si había una legislación de beneficencia como el socorro cuando la persona había agotado todos sus recursos y que cien años después sería perfeccionado por la seguridad social.

Los Seguros Sociales nace como tal en Alemania como producto del proceso de industrialización, las fuertes luchas de los trabajadores, la presión de la iglesia, de algunos grupos políticos y sectores académicos de la época.

Indiscutiblemente, la implantación sistemática del régimen obligatorio fue propiciada en Alemania, mediante la obra del canciller alemán Bismarck, cuyo anuncio oficial fue dado en el parlamento, mediante discurso que a todas luces constituye un hito en la historia de la Seguridad Social.¹⁷

La Seguridad Social comienza a desarrollar como un derecho no de un determinado sector a la protección ni a determinados riesgos, sino de toda persona y contra todos sus riesgos y no en base a una cotización o aporte sino como una obligación del Estado a proporcionar dicha protección integral como parte de su desarrollo económico y social, como distribución de su renta nacional¹⁸.

¹⁶ Oscar Vargas del Carpio en su libro La seguridad Social

¹⁷ Alfredo Bocangel Peñaranda, Derecho de la Seguridad Social.

¹⁸ Iván Campero Villalba y Serapio Espada Lazcano, Introducción al Estudio de la Seguridad Social, Pág.20

II. CONCEPTO DE SEGURIDAD SOCIAL

La Seguridad Social es un sistema protectivo mucho mas avanzado que el inaugurado con el Seguro Social, pues su campo de aplicación de personas protegidas alcanza a toda la población y su cobertura protectora esta dirigida a todas las necesidades de carácter social, protege al hombre por el hecho de ser tal contra todas sus necesidades y se funda en el visionario principio de proporcionar a la sociedad la mayor suma de felicidad posible. En todo caso tiende a proporcionar al hombre, ya no al trabajador, protección ante toda clase de necesidades¹⁹.

Existe diversidad de conceptos acerca de esta disciplina tan humana:

- Para el Dr. Alfredo Bocangel Peñaranda, el Derecho a la Seguridad Social es una parte del Derecho Social que busca el bienestar individual y social de las personas, mediante la aplicación de instrumentos económicos, sociales idóneos, debidamente sistematizados en la normativa jurídica.
- Javier Hunicken, dice: La Seguridad Social es una disciplina jurídica autónoma, que se instrumenta a través de un conjunto de medidas destinadas a proteger al hombre contra las necesidades derivadas de las contingencias sociales y otros requerimientos vitales, mediante beneficios, prestaciones y servicios que pueden ser de carácter provisional (contributivos) o asistencial (no contributivos).

III. SISTEMAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

¹⁹ Iván Campero Villalba y Serapio Espada Lazcano, Introducción al Estudio de la Seguridad Social, Pág.22

La Seguridad Social, ha sido entendida y aceptada, como un derecho que le asiste a toda [persona](#) de acceder, por lo menos a la protección básica para satisfacer estados de necesidad.

Es así como la concepción universal respecto del tema ha llevado a cada [nación](#) a organizarse con el objeto de configurar variados [modelos](#) al [servicio](#) de este [objetivo](#). En este contexto siempre se concibió al [Estado](#) como el principal, si no el único promotor de esta rama de la [política](#) socioeconómica puesto que los [programas](#) de Seguridad Social están incorporados en la [planificación](#) general de este.

Sin embargo, no siempre se logró a través de tales [políticas](#) desarrollar e implementar un [sistema](#) de Seguridad Social justo y equitativo, en el cual la persona tuviera la gravitación que amerita. Se suma a ello el vertiginoso avance de la [economía](#) mundial. En otras palabras, no hubo un [desarrollo](#) paralelo de ambas áreas, condición vital para lograr un crecimiento equilibrado.

El Estado debe ejecutar determinadas políticas sociales que garanticen y aseguren el bienestar de los ciudadanos en determinados marcos como el de la sanidad, la educación y en general todo el aspecto posible de Seguridad Social.

Estos programas gubernamentales, financiados con los [presupuestos](#) estatales, deben tener carácter gratuito, en tanto son posibles gracias a fondos procedentes del erario público, sufragado a partir de las imposiciones fiscales con que [el Estado](#) grava a los propios ciudadanos. En este sentido, el Estado de bienestar no hace sino generar un [proceso](#) de redistribución de la riqueza, pues en principio, las clases inferiores de una [sociedad](#) son las más beneficiadas por una cobertura social que no podrían alcanzar con sus propios [ingresos](#).

La humanidad advierte que es el hombre el que necesita ansia y merece seguridad, y con el esfuerzo mancomunado de todos, dentro de un marco reciproco de responsabilidad social, hay que buscar la solución con la decidida tutela del Estado.

El Estado se percata también de ello, y deja su actitud individualista para encarar una acción más decidida, teniendo a la protección social.

Los Estados a través de sus Constituciones o la normativa interna consagran al hombre como miembro de la sociedad el cual es útil socialmente y merece una protección para una existencia digna.

La existencia de varios sistemas de seguridad social que se ha dado en la historia del Seguro social ha servido de modelo para que legislaciones de diferentes países adopten para si un sistema de Seguridad Social.

III.1.Sistema Alemán

Este sistema considerado como uno de los primeros que establece un sistema de seguros sociales, impulsada por el canciller alemán OTTO Von Bismarck, e implementándose en 1883 como el seguro de enfermedad; en 1884 el seguro de accidentes de trabajo, y en 1889 el seguro de invalides y vejez, con lo cual quedan amparados obligatoriamente, todos los trabajadores de la industria.

Estas disposiciones trajeron consigo una serie de reacciones por parte de los empleadores como de los trabajadores ya que el financiamiento y la obligatoriedad del aportante, parece haber sido los factores para este rechazo, el aporte compulsivo del trabajador fue mal recibido por considerarse otra carga económica mas.

En 1911, un nuevo seguro se añade el seguro de supervivencia, en el mismo año 1911 todas esas disposiciones fueron compiladas en un Código de Seguros Sociales. Es así cuando se implementa la Constitución de Weimar en 1919 se mantiene este sistema de seguros sociales.

Los rasgos característicos del Sistema Alemán son:

- La protección social es previsiva, es de carácter obligatorio, ya que quedan amparados obligatoriamente todos los trabajadores de la industria.
- Los sujetos protegidos lo son en cuanto asalariados de modo que el derecho a la protección reposa en la consideración de la actividad profesional aportada a la sociedad y en cuanto económicamente débiles, de manera que no todos los asalariados son protegidos, sino solo los que carecen de medios propios. las prestaciones son de carácter indemnizatorios y es sustitutivo al salario perdido en relación al riesgo.
- Las cotizaciones para la financiación contributiva del sistema, siempre con la relación obrero-patronal se toma en cuenta la cuantía salarial en proporción fija.

III.2.Sistema Británico

Un segundo gran componente de la Seguridad Social es introducido en [Inglaterra](#) por Sir W. Beberidge en 1942. Se conoce como el "Plan Beberidge", este contiene una concepción mucho más amplia de la Seguridad Social.

Tiende a contemplar las situaciones de necesidad producidas por cualquier contingencia y trata de remediarlas cualquiera que fuera su origen.

Beberidge indica "Aliviar el estado de necesidad e impedir [la pobreza](#) es un objetivo que debe perseguir la sociedad moderna y que inspira el carácter de generalidad de la protección"²⁰.

Al principio Inglaterra también fue influenciada por el ordenamiento germano, acogiendo las características de los seguros sociales, tal como lo instituyeron en este por ejemplo en los seguros de enfermedad, de invalidez lo novedoso en este sistema era la introducción del seguro de paro, pero no adoptaron un seguro de vejes ya que este grupo estaba protegido en amplitud por una medida de asistencia dirigida a toda la población indigente posteriormente en 1925 se instituye un seguro de vejez y supervivencia.

El seguro se concibe como un seguro nacional y presenta los siguientes caracteres:

- Recomienda la homogeneidad en un seguro compacto, en donde se deben unificar los accidentes de trabajo (que debe abandonar su protección basada en la responsabilidad empresarial); las cotizaciones para simplicidad económica y administrativa (cubriendo una única cotización y en unidad de acto todos los riesgos); la homogeneidad de prestaciones y de las condiciones para su adquisición, atendiendo mas a la necesidad que al riesgo; La unificación administrativa que requiere un Ministerio de Seguridad Social, que atienda a esta como servicio publico.
- La protección a todos los miembros de la población, con derecho protegible en virtud del simple titulo de ser ciudadano.

²⁰ www.Monografías.com

- La protección debe incluir todos los riesgos y necesidades, mejorando las prestaciones, las cuales deben desconectarse de los salarios para uniformarse según las exigencias de los niveles de vida.
- La financiación debe gravar, de un lado, sobre las cotizaciones, que deben desligarse también de los salarios y cuantificarse según módulos racionales y soportables; de otro sobre el Estado, cuyas aportaciones han de enjugar los déficit que se produzcan.

III.3.Sistema Soviético

Este sistema en una primera etapa ha sido también influenciado por el sistema Bismarckiano.

El sistema soviético de Seguridad Social va ser centrado en el campo de una economía planificada donde la protección va ir solidariamente unido a los desarrollos de la producción y de los individuos en ella implicados, sus características son:

- La cobertura responde al principio socialista “a cada uno según su trabajo”, por lo tanto su aplicación va estar dirigida a los trabajadores pero no todos ellos pues se excluyen a los trabajadores agrícolas, así como trabajadores ocasionales.
- Los riesgos protegidos comprenden aquellos que de alguna forma impiden desarrollar la actividad laboral como por ejemplo la pérdida de capacidad de trabajo, la vejez, la enfermedad etc. a los que mas tarde se añadieron otros de tipo familiar como la maternidad, infancia, familia numerosa y riesgos originados en la contienda bélica. La asistencia sanitaria corre a cargo de un servicio de salud, la cuales gratuita. Para otros riesgos se prevén prestaciones en especie.

- La financiación queda cubierta por impuestos especiales que gravitan exclusivamente sobre las empresas sin aportación individual alguna por parte de los trabajadores, como genuina redistribución de rentas que persigue el sistema.

En este sistema el individuo debe ser protegido en la misma medida en que ha contribuido con su esfuerzo al desarrollo social.

III.4.Sistema Norteamericano

Este es un sistema que tardíamente se incorpora a la corriente mundial de la Seguridad Social.

Las primeras medidas generales de Seguridad Social, implementadas por este sistema fue la Social Security Act de 1935. Ley, que fue deficiente, por lo que fue complementada por una ley ulterior de 1950. Las características estas leyes son:

- En su campo de aplicación la ley de 1935 es muy reducida y excluye a los trabajadores agrícolas, los autónomos, los domésticos, los funcionarios. La ley de 1950 los incluyo bajo su protección pues predomina en su finalidad el carácter laboral de su ámbito, si bien con amplitud de criterio.
- Su protección lo realiza través de medidas de prevención y asistencia. 1935 se instituye el seguro de paro y de vejez y supervivencia, Medidas asistenciales estableció la ley de 1935 a favor de los ancianos y de las cargas familiares, medidas que fueron complementadas en 1950 con la asistencia a menores afectados de invalidez permanente y total, otras medidas preventivas contra el paro y de prevención sanitaria para

higiene maternal e infantil, mas tarde se implementa medidas protectoras contra la enfermedad e invalides.

- La financiación, los seguros se cubren a través de la contribuciones de las empresas y los salarios, las subvenciones federales presupuestarias. La asistencia y la prevención, con cargo a los fondos generales de la Federación y de los Estados.

III.5.Sistema Neocelandés

Este sistema se instaura en 1938 y constituye uno de los sistemas más completos, donde se puede apreciar el ideal de la Seguridad Social.

Una ley de 14 de septiembre de 1938 sorprendió al mundo instaurando un sistema asistencia completa, basada en la idea de solidaridad más avanzada sus características son:

- El sistema protege a todos los ciudadanos en cuanto miembros de la colectividad y en igualdad de condiciones sin discriminación alguna.
- Su protección comprende todas las necesidades sociales provenientes de enfermedad, vejez invalidez, muerte y desempleo y cualquier otra que pueda presentarse. Y se protegen además en la medida que requieran para otorgar un nivel de vida suficiente. Aquí encontramos el punto central de este sistema por que si solo se cubriría las necesidades primarias estaremos frente a un sistema tradicional pero este sistema abarca necesidades superiores el cual lo convierte en el ideal de la Seguridad Social.
- Su financiación grava sobre impuestos elevados para una distribución solidaria.

IV. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La Seguridad Social se basa en los siguientes principios:

IV.1.Principio de universalidad

Refiere al campo de aplicación y alcance de la seguridad social para que todas las personas, gocen de los beneficios de la misma. Es la garantía de protección para todas las personas amparadas por la ley, sin ningún tipo de discriminación y en todas las etapas de la vida.

IV.2.Principio de solidaridad

Es el principio fundamental de la Seguridad Social, que es una obligación solidaria de contribución que tiene la comunidad. Es la garantía de protección a los menos favorecidos en base a la participación de todos los contribuyentes al sistema.

La solidaridad y la Universalidad son de carácter mutuo en derechos y obligaciones, donde queda establecido que la sociedad debe contribuir a establecer y sostener el fondo patrimonial de la Seguridad Social.

IV.3.Principio de la unidad

Es la articulación de políticas, instituciones, procedimientos, prestaciones, a fin de alcanzar su objetivo mas aun la concentración en un órgano para evitar la dispersión de los recursos económicos y humanos.

IV.4.Principio de eficiencia

Es la mejor utilización de los recursos disponibles, para que los beneficios que esta Ley asegura sean prestados en forma oportuna, adecuada y suficiente.

IV.5.Principio de Economía

Los recursos económicos asignados deben otorgados su base a una ley y debe ser utilizada, sin exceso ni recortes innecesarios

IV.6.Principio de Oportunidad

Las prestaciones y servicios y servicios deben ser otorgados en e momento preciso y adecuado y cumplir con su finalidad.

IV.7.Principio Eficacia

Se relaciona con la eficiencia de la prestación, la prestación tiene que cumplir con una finalidad eficiente y de calidad.

V. OBJETIVOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La Seguridad Social tiene como fin el de brindar una protección integral a los habitantes de un determinado país, de las contingencias de enfermedades y accidentes, sean o no de trabajo, cesantía, desempleo, maternidad, incapacidad temporal y parcial, invalidez, vejez, nupcialidad, muerte, sobrevivencia y cualquier otro riesgo que pueda ser objeto de previsión social, así como de las cargas derivadas de la vida familiar y las necesidades de vivienda, recreación que tiene todo ser humano.

La Seguridad Social debe velar porque las personas que están en la imposibilidad sea temporal o permanente de obtener un ingreso, o que deben asumir responsabilidades financieras excepcionales, puedan seguir satisfaciendo sus necesidades, mas aun cuando este en riesgo la vida, la salud de la población proporcionándoles, a tal efecto, recursos financieros o determinados servicios.

En consecuencia, toda persona tiene derecho a la Seguridad Social: como servicio público de carácter no lucrativo, que le garantice la salud y la protección ante las contingencias establecen; el derecho a la salud se debe materializar en la creación de un sistema público nacional de salud integrado al sistema de Seguridad Social, en base a ello es que se enrumban los objetivos del Sistema de Seguridad Social²¹.

Los principales fines de la Seguridad Social son la protección de la salud del capital humano a través de medidas preventivas, reparadoras y de rehabilitación así como “la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar” para cuyo objeto utiliza diversos instrumentos como la asistencia social y el propio seguro social, e incluso las antiguas mutualidades; en suma, el conjunto de ambiciosas medidas destinadas a satisfacer necesidades individuales y colectivas que afectan al cuerpo social²².

VI. LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA

Los países de América Latina y el Caribe son muy diversos en extensiones territoriales, montos de población y grados de desarrollo. Se trata de una diversidad que sin embargo conserva una semejanza cultural y lingüística “iberoamericana” donde el idioma español es una liga fundamental, que permite que en tan vasta región exista una comunicación y asimilación sin semejante en el

²¹ Seoane, Guillermo, Perfil del sistema de servicios de salud,2003

²² Iván Campero Villalba y Serapio Espada Lazcano, Introducción al Estudio de la Seguridad Social, Pág.22

mundo, incluyendo la participación de Brasil ante la cercanía estructural entre español y portugués.

Dentro de la gran diversidad social, económica y demográfica de los países de América Latina, ninguno ha alcanzado niveles de desarrollo adecuados. Esta situación es concomitante con las formas seguidas por la seguridad social y los alcances logrados.

Argentina, Chile, Cuba y Uruguay se encuentran entre los países con los sistemas más antiguos, que establecieron programas nacionales desde los años 20 y 30. el resto de los países, lo hicieron entre los años 40 y 50, y son: México, Perú, Colombia, Venezuela. En otros, como Guatemala, Paraguay y Dominicana fue hasta después de los años 60.

Como parte del contexto social, económico y también histórico y político, la Seguridad Social ha seguido un derrotero de avances y limitaciones, con algunos éxitos relativos, pero reproduciendo esquemas de desigualdad socioeconómica.

Aunque los principios de la Seguridad Social se originan en Europa a finales del siglo XIX, su concepción moderna tiende a salir de ese esquema que se afinan a mitad del siglo XX a través convenios y acuerdos emanados de la Organización Internacional del Trabajo. Bajo los principios de los derechos humanos, se concuerda que la Seguridad Social debe cumplir con normas de solidaridad, justicia y equidad para que realmente cumplan con objetivos de bienestar y protección social.

En este sentido la experiencia en América Latina señala que desde los primeros pasos históricos de la Seguridad Social y hasta el presente, muy poco se ha cumplido con estos preceptos. La realidad de la seguridad social y de los sistemas de salud es que reproducen en mucho la generalizada desigualdad social y económica. Cabe indicar que estas deficiencias han provocado poca o ninguna

preocupación. El único tema de debate político y presencia mediática es la insuficiencia financiera y, siguiendo esta tónica, la solución que se procura se centra en el equilibrio entre flujos financieros²³.

La política social estatal no solo experimenta una revalorización sino también una reorientación. “En el presente la realidad determina que el 40 % de la población latinoamericana vive en condiciones de [pobreza](#), muchos de ellos en pobreza extrema”²⁴.

Ante este panorama de crisis social y empobrecimiento de gran parte de la población, le corresponde a la política social un papel clave para contrarrestar las consecuencias negativas de los actuales programas.

El sistema estatal de servicios sociales se ha desarrollado en forma muy diferente en los diversos países latinoamericanos. Se puede encontrar una combinación de los sistemas clásicos de seguridad social de previsión de enfermedades, vejez e invalidez y sistemas de seguridad social de orientación universalista, por ejemplo el caso de los servicios gratuitos de salud pública.

En todos los países existen sistemas privados de previsión, además de los sistemas públicos de servicios sociales. [Argentina](#), [Costa Rica](#), [Cuba](#), [Uruguay](#), [Brasil](#), Jamaica, las Bahamas y Barbados tienen los sistemas de Seguridad social más extensamente desarrollados.

En casi todos esos países se estableció relativamente un sistema de seguridad social basado en el modelo de Bismarck, el cual se extendió progresivamente a sectores cada vez más amplios de la colectividad.

²³ Organización Mundial de la Salud, Estudios de Costos y Alcances de Cobertura de la Seguridad Social en América Latina, Pág. 53

²⁴ Condiciones de Vida en América Latina, Organización Panamericana de la Salud, 2004

VII. LA SEGURIDAD SOCIAL EN BOLIVIA

A principios del siglo XIX, Bolivia tenía como principal actividad económica a la agricultura, dando lugar a que la actividad laboral sea reducida y cualquier contingencia de trabajo estaba regulada por la ley Civil de Reparación de Daños.

La segunda guerra mundial opera como causa fundamental, pues los capitales bolivianos y extranjeros se asocian para desarrollar la gran industria extractiva de la minería y, entonces, florecen centros laborales mineros como Potosí, Catavi, Viloco, San José y otros, con miles de trabajadores, al estímulo de las elevadas cotizaciones que había impuesto la fabricación del material bélico requerido para el sostenimiento de la citada contienda bélica²⁵.

“Bolivia contribuyó a la causa aliada vendiendo su mineral a precio 10 veces más bajo que el precio siempre. Los salarios obreros se redujeron a la nada, hubo huelga, las ametralladoras escupieron fuego: Simón Patiño, dueño del negocio y amo del país, no tuvo que pagar indemnizaciones, porque la matanza por metralla no es accidente de trabajo²⁶.”

La actividad minera traía consigo una serie de riesgos por el trabajo que desempeñaban los mineros en medios insalubres, en toscas instalaciones y ante la falta de seguridad industrial, la historia data que los caminos que conducían a las minas estaban cubiertos de hombres, las comunidades se vaciaban, de todas partes marchaban “prisioneros” rumbo a la boca de la mina que conducía a los socavones. Afuera, temperaturas de hielo. Adentro el infierno. De cada 10 que entraban, solo tres salían vivos. En la profundidad de los socavones, el implacable polvo de sílice mataba por asfixia. Los obreros pudrían sus pulmones generando estaño y viudas.

²⁵ Alfredo Bocangel Peñaranda, Derecho de la Seguridad Social.

²⁶ Eduardo Galeano, En Bolivia la memoria duele y enseña.

Entonces era necesario que el Estado empiece a proteger los derechos de estas personas y a sus familias.

El Estado empieza a desarrollar una serie de disposiciones legales que tienden a proteger al sector laboral entre las que es posible citar: Leyes Jubilatorias, Ley de accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales, Ahorro Obrero Obligatorio, Ley General del Trabajo, Ley del Seguro Social Obligatorio.

En base a los principios del ahorro obrero y la ley del Seguro social Obligatorio de 1946, se implemento el Código de Seguridad Social, mediante Ley de la Republica de 14 de diciembre de 1956, dicho instrumento jurídico constituiría el inicio de la Seguridad Social en Bolivia.

Por las disposiciones citadas, la seguridad social en Bolivia es un conjunto de normas y disposiciones destinadas a dar continuidad a los medios económicos de las personas, para su subsistencia (pensiones jubilatorias), el mejoramiento de sus condiciones de vida y la protección de la salud (régimen de la salud), tiene su aplicación en complementación con la ley general del Trabajo, por lo que tienen vigencia para todos los trabajadores, sean estos obreros o empleados es decir para personas que tienen relación obrero – patronal.

VII.1.Cobertura del Código de Seguridad Social

El Sistema de Seguridad Social boliviano es obligatorio para todas las personas, nacionales o extranjeras, que trabajen en el territorio de la Republica y prestan servicios remunerados a otra persona, natural o jurídica, mediante designación, contrato de trabajo o de aprendizaje, sean estos de carácter privado o publico.

El sistema de Seguridad Social y el Código de Seguridad Social de Bolivia, no toman en cuenta a los sectores no asalariados por su concepción

Bismarkiana, teniendo que tener una relación de trabajo para acceder a dentro de la protección de la Seguridad Social.

Dentro de la cobertura del Código de Seguridad Social existe salvedades, y quedan exentos según el art. 10, “Las que ejecuten trabajos ocasionales por menos de 15 días, las personas afiliadas a una institución oficialmente extranjera para fines de los seguros de invalidez, vejez y muerte; personas extranjeras empleadas por las agencias diplomáticas consulares e internacionales que tiene su sede en Bolivia y goce de inmunidades y privilegios diplomáticos; las que ejecuten trabajos remunerados en moneda extranjera hasta la cuantía que señala el Reglamento²⁷.”

Según el Reglamento del Código de Seguridad Social en su art. 19 expresa que: “no están incorporados dentro del campo de aplicación los trabajadores agrícolas, los de servicio domestico particular, los trabajadores a domicilio, los trabajadores temporales, los chóferes, los gremiales y artesanos y los demás trabajadores independientes debido a razones técnicas, administrativas y financieras. En cuanto se salven estas dificultades el Poder Ejecutivo mediante Decreto supremo expreso y en base a un informe técnico – financiero circunstanciado, incorporara uno o mas de estos sectores laborales a parte o a la totalidad de lo regímenes del código”²⁸.

El actual Sistema de Seguridad Social, excluye al 76% de la población nacional²⁹.

²⁷ Gaceta Oficial de la Bolivia, Código de Seguridad Social, Art.10,

²⁸ D.S. N° 05315 de 30 de septiembre de 1959, Reglamento del Código de Seguridad Social, Art. 19.

²⁹ BOCANGEL, Alfredo. Ob.cit.

IV. DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO DEL VIH/SIDA EN BOLIVIA

El primer caso de Sida diagnosticado, fue descrito en Santa Cruz en 1984. Desde esa fecha hasta diciembre del 2005, el número de casos registrados oficialmente por el programa ITS/SIDA del Ministerio de Salud es de 1.800 personas³⁰ A partir de estas cifras oficiales, se estima que 522 personas están viviendo con el VIH y alrededor de 900 fallecieron desde el inicio de la epidemia.

Hasta fines del año 2003, Bolivia tenía etapa incipiente del VIH/SIDA, pero a través de la vigilancia epidemiológica realizada por el Ministerio de Salud, se observa un pasaje rápido a una epidemia concentrada, y en algunas regiones del país ya se tienen los indicadores de una epidemia generalizada.

El 64% de los casos registrados fueron adquiridos en el país. Los grupos etáreos con más número de casos corresponden a las edades entre 25 a 34 años y el de 15 a 24 años. Estos datos nos muestran que la transmisión del VIH está ocurriendo en las primeras relaciones sexuales y que afectan a la población económicamente activa, que en su mayoría es el sustento de una familia.

La vía más frecuente de transmisión en Bolivia es la sexual, luego esta la sanguínea a través de las transfusiones de sangre, la perinatal de la madre infectada al niño. En la transmisión por vía sexual, el 61% de las personas se infectó por relaciones heterosexuales, el 20% por relaciones homosexuales y el 19 % por relaciones bisexuales.

El 32% de las personas que viven con el VIH o Sida (PVVS) corresponden al sexo femenino y el 68 % al sexo masculino. Actualmente existen 3 hombres infectados por cada mujer. Se eleva la proporción de mujeres y con ella aumenta las posibilidades de nacimientos de niños infectados por el VIH.

³⁰ ONUSIDA, estima que por cada caso diagnosticado, existen 10 personas que están viviendo con VIH/SIDA que no lo saben.

Todos los departamentos de Bolivia declararon la presencia de personas que viven con el VIH o pacientes con Sida. Los departamentos que tienen más casos y están en constante progresión son Santa Cruz con el 53%, La Paz con 18.7, Cochabamba con el 17.3% y el Beni con 2.8%. La mayoría de los casos detectados se encontró en el medio urbano o periurbano³¹.

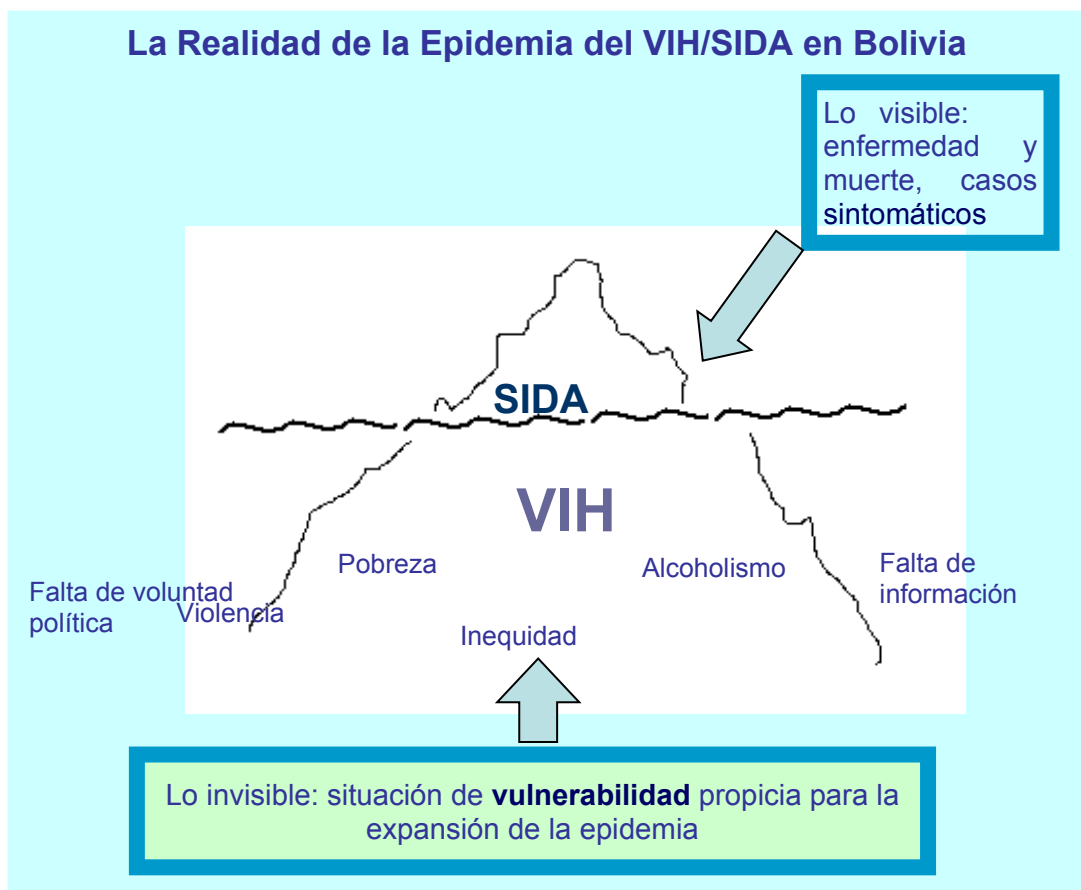
Las tasas en las poblaciones vulnerables como las trabajadoras sexuales comerciales (TCS) son relativamente bajas. Sin embargo, desde el principio, El Ministerio de Salud ha enfocado sus campañas de prevención al grupo de TSC en lenocinios que cuentan con registros municipales y no se toma en cuenta la magnitud del trabajo sexual clandestino, que en el contexto de la crisis económica está en incremento, especialmente en la población de adolescentes y jóvenes. Eso se hace que el número de casos oficiales no representan la realidad.

El crecimiento del VIH y Sida en grupos de población que nunca fueron identificadas como vulnerables, como las mujeres embarazada y las amas de casas, indica que Bolivia está entrando en otra etapa de la epidemia que afecta a la población en general, que en los grupos tradicionalmente definidos como vulnerables.

³¹ Ministerio de Salud, 2005

IV.1. Realidad de la epidemia

Diagrama 1



Fuente: ROSS QUIROGA, Violeta Gracia, Rep. REDBOL, en su estudio “Acceso al tratamiento antirretroviral en Bolivia”

La imagen corresponde al diagnóstico del contexto actual de la epidemia en Bolivia, se evidencia que capta solamente lo que es muy visible: los casos de SIDA sintomáticos con claras expresiones de enfermedad y muerte.

Se ha evidenciado que el Estado Boliviano, no tiene diseñado políticas de prevención adecuadas, para evitar el daño y mitigar el impacto de la epidemia a mediano y largo plazo.

No solamente se trata de que tendremos más casos en el futuro cercano, sino de que la epidemia ha echado raíces muy profundas en un terreno previamente preparado, a causa de la situación social y económica del país.

Es decir, que las condiciones de pobreza violencia, alcoholismo, inequidad estaban en Bolivia previamente, antes del inicio de la epidemia en el país, son características que hacen a Bolivia un “terreno fértil” para la epidemia, porque están asentadas en la vulnerabilidad social y económica, la falta de información y la falta de voluntad política.

La respuesta de Bolivia a este desafío, no es una opción sobre la cual justificar indicando, la imposibilidad de “evaluar” si es o no una prioridad, la epidemia de hecho ya ha establecido sus raíces, lo único que hace falta, es tiempo para que ellas produzcan frutos, por lo tanto, la acción no es una opción sino una urgencia.

El impacto individual, social y económico convierten a SIDA en la peor epidemia de la era moderna, pues en un futuro próximo no existirá presupuesto capaz de proveer insumos, equipos y personal necesarios para atender a los enfermos con las complicaciones propias del estadio SIDA³²

En el contexto internacional, se tiene tanto al VIH y SIDA como asunto de prioridad, es así que para el actual gobierno no es de prioridad nacional es prioridad la rubéola y la malaria³³, este aspecto fue bastante abordado en las diferentes declaraciones y resoluciones de organismos e instituciones comprometidos con los derechos humanos y de los cuales Bolivia es parte. Las posiciones son claras cuando los Estados miembros son obligados a adecuar sus normas en materia de Salud y Seguridad Social, permitiendo que se asista a aquellos pacientes de VIH/SIDA.

A 25 años de la aparición de los primeros casos de VIH/SIDA nos encontramos en una etapa concentrada aunque el Ministerio de Salud siga teniendo como objetivo el de mantener la problemática del VIH/SIDA en una

³² ENDSA, 2003

³³ Al iniciar la gestión del actual presidente de la Republica Evo Morales Ayma, la REDBOL envió dos cartas (Ver anexo)

etapa incipiente. “En los países de epidemias “concentradas”, es posible controlar la epidemia. Es más, el control de la epidemia del VIH/SIDA en Bolivia, ya debería ser un desafío superado.”³⁴

Las sugerencias ratificadas por el Estado Boliviano, quedaron ahí (en sugerencias), aunque se resalta que adquirieron la relevancia constitucional correspondiente en razón al art. 35 de la Constitución Política del Estado, las políticas de Estado desorientaron su atención, seleccionaron entre prevención y tratamiento, y apostaron por la prevención que se resumió según las PVVS a la distribución de Condones en tiempos de Carnaval y el Día Internacional del SIDA, no tomando en cuenta que las personas tienen relaciones sexuales todo el año, este aspecto se pudo evidenciar en lo sucedido en tiempos de carnaval del año 2007, cuando se hizo una gran campaña por la forma de uso del condón, si bien es evidente que la mayor parte del contagio es por la vía sexual esta no es la única, se deja de lado la prevención a las otras formas de transmisión, que son la vía materno fetal, por la transfusión de sangre y el uso de instrumental de intervención medico, sea este en intervenciones clínicas o los tatuajes caseros, pero estas formas de prevención no funcionan si no se da una información de acuerdo de principios de conducta.

El sistema de la seguridad social en Bolivia, tiene una relación laboral, protegiendo solo la salud de quienes están asegurados en el Seguro de Corto Plazo, pero se evidencia que el VIH no discrimina, no ve si la persona tiene o no trabajo en este sentido si la seguridad social en Bolivia discrimina el VIH/SIDA no, se reviste de la formalidad en algunos de los seguros existentes, sobretexto de la Salud de la Comunidad y el Riesgo de Contagio además del costo del tratamiento, no se atiende según el principio de universalidad, existe una discriminación la Representante de la REDBOL, indica que no se brinda la atención suficiente.

³⁴ Violeta Ross, El acceso a la atención Integral para las personas con VIH/SIDA en Bolivia.

IV.2.El Sistema De Salud en Bolivia y la respuesta al VIH/SIDA

El sistema de salud de Bolivia, tiene muchas debilidades de tipo estructurales previas a la epidemia del VIH/SIDA. Éstas se hacen más visibles con la epidemia. La más conocida por las PVVS se refiere al constante cambio de personal en los CDVIRs³⁵ y Programas Departamentales debido a causas políticas, lo que incide en la salud de las PVVS porque no siempre los cambios obedecen a méritos y capacidad técnica.

Otra de las más reclamadas por las PVVS es la relación, organización y jerarquía, entre los niveles nacionales y departamentales de los Programas de VIH/SIDA. Si bien existe una autoridad nacional en el Programa, su tuición es limitada en los Programas Departamentales. El personal de los Programas Departamentales es empleado por las Prefecturas a través de las SEDES, Secretarías Departamentales de Salud. En este contexto, la autoridad del Programa Nacional queda muy limitada. Esta es una estructura de poder local que a veces puede ser peligrosa, por ejemplo cuando se mantiene a una persona incapaz en altos cargos a nivel departamental por una relación de amistad en estos niveles locales o por ejemplo cuando una SEDES no comprende la dinámica de la epidemia ni la importancia de invertir hoy.

No sólo la organización del los Programas Departamentales es deficiente, sino también la calidad de los servicios y de los profesionales. Hoy en día, en Bolivia no existen protocolos de atención, guías de manejo clínico consensuados. La dotación de los ARV procede de una donación del gobierno de Brasil, no existe una asignación en el Tesoro General de la Nación (TGN) para realizar la compra de los ARV. Los Programas Departamentales de VIH/SIDA carecen de falta de personal para responder

³⁵ Centro de Distribución de medicamentos ARV

a la demanda. Tampoco existe un enfoque multi-sectorial por parte del estado, tan sólo el Ministerio de Salud es un aliado, otros ministerios absolutamente necesarios en esta respuesta, no han respondido al desafío, esto incluye a los Ministerios de Educación, Finanzas, Desarrollo, de Género y Generacionales y otros.

Además de los problemas de estructuras, la que más perjudica la atención integral es el sistema de adquisición y distribución de medicamentos. Debido a las regulaciones de la Ley del Medicamento y a la burocracia propia del gobierno, los tiempos en que un medicamento es comprado a nivel del Ministerio de Salud y Deportes, es entregado a los almacenes oficiales CEASS (Almacenes Nacionales de Medicamentos), redistribuido a los CEAS Regionales y luego a los Programas Departamentales, al médico tratante y a la persona que lo necesita, puede fácilmente superar los 4 meses.

Según testimonios, la atención mas deficiente se la tiene en la Caja Nacional de Salud, donde existe discriminación en cuanto al trato, según el argumento del costo de los medicamentos y el riesgo de contagio. “La Caja Nacional de Salud ha incluido en su vademecum cinco medicamentos antirretrovirales que están destinados exclusivamente a pacientes asegurados, sin embargo existen frecuentes rupturas de tratamiento, debido a la falta de suministros de estos medicamentos en la C.N.S.”

IV.3.Registro de fallecidos a causa del VIH y/o sida

Una de las dificultades frecuentes de los sistemas de información de salud, es mantener un registro confiable de la morbi-mortalidad. Especialmente difícil en el caso de personas que fallecen a causa de una enfermedad oportunista asociada al sida. A causa del estigma y la discriminación, que puede llegar hasta extremos como la negación a enterrar un cadáver que se

sabe ha fallecido con sida, los familiares de los fallecidos, no permiten que el certificado de defunción contenga ni una referencia al VIH y/o al sida³⁶.

Aunque esto resuelve temporalmente la discriminación, a largo plazo crea una complicación en el registro de las muertes a causa del sida. No se tiene un buen registro de las muertes causadas por el sida en Bolivia. Por esto, se pregunto al Programa departamental ITS/VIH/SIDA sobre el registro de las personas que habían fallecido de Sida.

³⁶ El personal del cementerio tuvo temor de enterrar a un sidático. La Razón. La Paz: 2002, Abril 10.

CAPITULO IV MARCO JURÍDICO

Bolivia “tiene una población de aproximadamente 8,15 millones de habitantes y convive con una pobreza extrema. Muchos de sus ciudadanos no cuentan con acceso a los servicios básicos como agua potable, alcantarillado, electricidad y atención pública primaria”³⁷.

“Presenta los índices de salud mas bajos de toda América del Sur, la tasa de mortalidad infantil es de 75 por mil nacidos vivos, la esperanza de vida apenas llega a los 64 años en el 2004”³⁸.

A pesar de que la Constitución Política del Estado, en su Art. 7 a), establece que “toda persona tiene como derecho fundamental: a la vida, la salud y la seguridad” en la practica no sucede así. El agua elemento vital para la salud, es accesible solo al 73,5% de la población total. El 27 % de los niños menores de años sufren desnutrición crónica de este grupo el 1.3% presenta desnutrición aguda y solamente el 66% de la población tiene acceso a los servicios de salud.

Es evidenciable que los derechos fundamentales de carácter constitucional, apenas logran un mínimo de sus objetivos. En el actual **Sistema de salud** y con relación al objeto de estudio de la presente tesis, se evidencia que existe una substancial dejadez y descuido por el propio Estado, que tiene diseñado sus políticas de salud sin planificación al resguardo de la salud de personas con VIH/SIDA.

En razón de los derechos fundamentales hechos referencia, en el presente capitulo se desarrolla un análisis a la normativa vigente en materia de Seguridad Social, con carácter dogmático-jurídico y teleológico, es decir la finalidad que cada

³⁷ Instituto Nacional de Estadística, Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2002, Pág. 25.

³⁸ Melgar Armando, sistema boliviano de Salud de la Seguridad Social, Pág. 56

norma persigue. El razonamiento jurídico se lo realiza según la jerarquía normativa establecida y reconocida en la propia constitución.

Consultada la bibliografía, Durante El siglo XIX, no se dicto ninguna disposición para combatir las infecciones de transmisión sexual, denominadas enfermedades venéreas. Pero durante la época republicana, los gobiernos para prevenir y controlar las infecciones de transmisión sexual, dictaron medidas coercitivas para enfrentar el problema de salud.

En 1923 se promulgo un Decreto Supremo con la finalidad de clausurar los prostíbulos. En 1929, otro Decreto Supremo dispone la “asistencia gratuita a toda persona afectada de una enfermedad venérea, sea indigente o no, a su simple presentación a un hospital o consultorio que dependa de las municipalidades”. En junio de 1940 se creo el departamento de lucha antivenérea dependiente del Ministerio de Salubridad, encargándose la emisión de certificados prenupciales y la sanción por delito de contagio con prisión de dos años.

La forma del análisis, consiste en presentar de manera textual la norma referida y seguido su razonamiento e interpretación.

I.CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO

La Constitución Política del Estado como norma primaria del ordenamiento jurídico del Estado, reconoce derechos y deberes de todas las personas, aunque no refiere de manera directa a aspectos relacionados con el VIH/SIDA, establece lineamientos referentes la a condición del ciudadano boliviano en cuanto ser humano; es así que desde la perspectiva del derecho constitucional, se realiza el siguiente análisis.

Artículo 6

El párrafo I establece: “Todo ser humano tiene personalidad y capacidad jurídica, con arreglo a las leyes. Goza de los derechos, libertades y garantías reconocidos por esta Constitución, sin distinción de raza, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen, condición económica o social, u otra cualquiera”³⁹.

Esta disposición, determina los principios universales de equidad, igualdad y no discriminación ante las leyes de la república de todo ciudadano boliviano, dentro esta generalidad se encuentran aquellas personas con VIH/SIDA. Que si bien poseen capacidad jurídica como seres humanos, sus premisas de salud, deben ser garantizados como obligación por el Estado Nacional.

El goce de los derechos constitucionales, no esta restringido en lo que respecta a aquellas personas con VIH/SIDA, ya que en la interpretación de la parte final del párrafo I, se tiene que cualquier razón que no este contemplada en la norma, no es limitante a el ejercicio de los derechos constitucionales.

Artículo 7

“Toda persona tienen los siguientes derechos fundamentales”

a) A la Vida, la salud y la seguridad

k) A la seguridad social, en forma determinada por esta constitución y las leyes de la Republica.

El derecho a la vida, es el bien jurídicamente protegido mas importante y prioritario del Estado según la norma constitucional, y debe materializarse mediante las

³⁹ Gaceta Oficial de Bolivia, Constitución Política del Estado, Art. , Par. I.

Instituciones del área de salud, para otorgar al ciudadano los recursos materiales y humanos en procura del mantenimiento, fortalecimiento o restauración de su salud; en consecuencia el Estado Boliviano debe asumir la responsabilidad de proveer medicamentos necesarios para el respectivo tratamiento médico.

El derecho a la vida, a la salud, la dignidad, libertad, Seguridad Social de las personas, sin discriminación alguna, no incorpora excepciones relativas a la condición o categorías de PVVS, más bien por su generalidad y el principio de universalidad, garantiza su ejercicio, protección y tutela.

El derecho a la vida es un valor supremo implícito, toda vez que el ejercicio de los demás derechos que el ordenamiento jurídico reconoce en forma expresa, requieren necesariamente de él. Es de tal trascendencia que viene a ser la causa última de todos los derechos y se complementa con otros como son, los que se refieren a la integridad corporal y a la salud sin perjuicio de la autonomía que les corresponde.

“En materia de protección de la garantía fundamental del derecho a la vida y a la salud del individuo, la responsabilidad del Estado emerge como principal y directa, por imposición de la normativa constitucional, nacional e internacional”⁴⁰.

Artículo 158

I. El Estado tiene la obligación de defender el capital humano, protegiendo la salud de la población; asegurara la continuidad de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las personas inutilizadas; propenderá así mismo al mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.

II. Los regímenes de Seguridad Social se inspiraran en los principios de universalidad solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad y eficacia,

⁴⁰ Elizabeth Iñiguez de Salinas, Derecho a la vida y a la Salud Pág. 517

cubriendo las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez, muerte, paro forzoso, asignaciones familiares y vivienda de interés social.

Frente a este precepto constitucional la función y el rol que debe cumplir el Estado son claros, debe proteger al ser humano en su integridad, concretamente a aquellas personas que viven con el VIH/SIDA buscando resguardar la seguridad de su salud en su integridad, y es de esa forma que se estaría protegiendo el capital humano del País, cumpliendo principios constitucionales como son la Solidaridad y la Universalidad.

Estas disposiciones Constitucionales son específicas, cuando refieren a la protección de los derechos humanos principalmente el derecho a la salud y la vida de todas las personas sin ninguna distinción más aun cuando estas se encuentren en peligro de muerte.

Artículo 164.-

“El servicio y la asistencia social son funciones del Estado y sus condiciones serán determinadas por Ley. Las normas relativas a la salud pública son de carácter coercitivo y obligatorio”.

Este artículo determina taxativamente que el servicio y la asistencia social son funciones que tiene que cumplir el propio Estado. El Estado boliviano, tiene la obligación de brindar asistencia social de salud a través de políticas de salud pública las cuales en su ejecución tienen que ser obligatorias y coercitivas.

II.CÓDIGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Artículo 1

El Código de Seguridad Social, es un conjunto de normas que tiende a proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.

Las personas que viven con el VIH/SIDA, constituyen también parte del capital humano del país, interesa el texto del Código de Seguridad Social que indica “la continuidad de sus medios de subsistencia”, este referente general, solo asume en el marco del derecho positivo a pacientes de VIH/SIDA, alejándose de la realidad simplemente.

III.CÓDIGO DE SALUD

Artículo 1.

La salud es un bien de interés público, corresponde al Estado velar por la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad.

Artículo 3.

Corresponde al Poder ejecutivo a través del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, al que este Código denominara Autoridad de Salud, la normación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna.

Artículo 4.

Se establece el derecho a la salud de todo ser humano, que habite el territorio nacional sin distinción de raza, credo político, religión y condición económica y social, derecho que es garantizado por el Estado.

Artículo. 5 inc a) y b)

El derecho a la salud del habitante boliviano consiste en:

- a) Gozar de las prestaciones integrales de salud de la misma calidad, en eficacia y oportunidad.
- b) A ser informado por la Autoridad de Salud en materias relacionadas con la conservación, restauración y mejoramiento de la salud.

Artículo 74.

Toda persona que padezca o que este expuesta a una enfermedad transmisible deberá someterse a las medidas de prevención, tratamiento y control.

El Decreto Ley 15629 de julio de 1978 señala que la salud es un bien de interés publico, consecuentemente el Estado tiene la obligación de proteger la salud de la población sin distinción alguna, correspondiéndole al poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud, la definición de una política de salud en todo el territorio nacional, otorgando prestaciones integrales.

Estos artículos, al igual que los referidos en el Código de Seguridad Social, no se cumplen en la realidad boliviana, en el área de salud las personas que viven con el VIH/SIDA contrariamente es donde más problemas surcan, por falta de políticas de salud universales, estas personas resultan entonces discriminadas y

estigmatizadas por la propia norma, que al mismo tiempo, son limitados de ser atendidos en un Centro de Salud. A pesar de estar explícitamente establecido que el derecho a la salud es un derecho de todo ser humano al margen de cualquier diferencia.

El Estado y sus gobernantes aun no están asumiendo su responsabilidad, el actual Plan de Desarrollo Nacional trata el problema de manera superficial, sus objetivos apenas son probables hasta el año 2015 en relación al VIH/SIDA.

IV.LEY DE LA MEDICINA TRANSFUCIONAL Y BANCO DE SANGRE

En 1996 se establece la ley No. 1687, y mediante el Decreto Supremo No. 24.547, se legisla y norma las actividades relacionadas con la medicina transfucional y de Bancos de Sangre.

Los artículos 14, 15, 20 de la ley, mas los artículos 12,14 y 16 del reglamento se refieren a la obligación que tienen estos servicios de realizar exámenes inmunológicos, bioquímicos y serologicos con reactivos y medios de diagnostico debidamente registrados en el Ministerio de Salud, especialmente los requeridos para la sífilis, paludismo, VIH, Chagas, Hepatitis B y C y otros con fines de selección. En esta norma es entendible el resguardo de la salud de la colectividad, pero los calificativos atentan a la dignidad de los ciudadanos bolivianos infectados de VIH/SIDA, se excluye a aquellas personas consideradas de “alto riesgo” como son los hombres que tienen sexo con hombres, bisexuales, alcohólicos crónicos y drogadictos procedentes de áreas geográficas donde la prevalencia es alta y con personas que hubieran tenido relaciones sexuales durante los últimos 6 meses con trabajadoras(es) comerciales del sexo.

IV.1.Resolución Biministerial N° 0415/89

Esta resolución fue el primer instrumento legal en Bolivia referente al VIH/SIDA, esta resolución menciona entre sus artículos, la prevención aunque no señala de manera precisa cual es el tipo de prevención que se debe adoptar.

Determina la notificación obligatoria de todos los casos de VIH/SIDA, la confidencialidad en datos de pacientes de SIDA, puntualizando que deben realizarse controles anti-VIH periódicamente en grupos de riesgo.

Fija controles anti-VIH en donantes de sangre, hemoderivados, donantes de órganos o tejidos.

Establece que nadie, es decir ningún servicio de salud puede negar prestar atención a un portador o enfermo de SIDA que necesite atención.

Determina la realización de pruebas anti-VIH en reclusos de manera periódica aunque no se establecen los lapsos de tiempo entre pruebas, como también que toda persona que ingrese al país con carácter de residencia temporal o definitiva tiene la obligación de hacerse control Anti-VIH.

IV.2.Resolución Secretarial N° 0660

La finalidad de esta resolución, es la prevención y vigilancia del VIH/SIDA en Bolivia. Esta disposición, norma la organización de la prevención y vigilancia del VIH/SIDA, considera temas referidos al diagnóstico, la atención integral de las PVVS y el procedimiento de las muestras, el seguimiento a los contactos, la investigación de los derechos y deberes de las personas y la participación comunitaria, además de las sanciones.

Esta resolución contiene artículos que rechazan, toda forma de discriminación de las PVVS, de la realización de test obligatorios de manera sistemática, preconiza la confidencialidad de los resultados y penaliza la discriminación y el rechazo de PVVS por los servicios de salud públicos como privados. También penaliza la transmisión del VIH de manera deliberada.

Esta resolución secretarial, tenía como objetivo de realizar la unión institucional y sectorial en la lucha del VIH/SIDA, mejorar la atención integral de los problemas de salud, así como el de brindar información, educación apoyo y consejería a personas que sufren de la infección del VIH/SIDA, como también a personas que se encuentran en riesgo de contraerla y a la población en general, con fines de disminuir las consecuencias psico-sociales, económicas y jurídicas que genera esta enfermedad en la comunidad.

Es un avance sumamente importante ya que se ha tomado la tendencia de que en la actualidad, es prácticamente una realidad mundial, la trascendencia de esta resolución, es que va en defensa de los derechos humanos de las PVVS y de esta manera se ha actualizado en alguna medida la posición en cuanto al tratamiento que se debe dar al VIH/SIDA.

IV.3.Resolución Ministerial N° 0711

El 25 de noviembre del 2002, se aprueba el Reglamento para la Prevención y vigilancia del VIH/Sida en Bolivia, en sus diez capítulos y sesenta y cinco artículos, se abroga la Resolución Secretarial No. 0660 del 27 de junio de 1995 y deroga todas las disposiciones contrarias a la nueva Resolución del Ministerio de Salud y Deportes

Esta Resolución Ministerial difiere muy poco con la Resolución 0660, pero precisa en la política de no discriminación de las PVVS, de la no realización de test obligatorios de manera sistemática, preconiza la confidencialidad de los resultados y penaliza la discriminación y el rechazo de las PVVS por los servicios de salud público como privados. También contempla la penalización de la transmisión del VIH de manera deliberada.

Capítulo I: En este capítulo existen definiciones conceptuales de términos como: PVVS (Personas que viven con el VIH y/o Sida), sobre la confidencialidad, pre y post consejería.

Capítulo II: Aquí se señala que el Ministerio de Salud y Deportes tiene la responsabilidad de coordinar acciones de prevención del VIH y atención a las PVVS.

Capítulo III: Se destaca la importancia de la confidencialidad en la prueba del VIH, acompañada de pre y post consejería.

Capítulo IV: es de carácter fundamental, ya que refiere a la atención de la salud con carácter integral:

Artículo 14.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud y Deportes, a través del Programa Nacional de ITS/SIDA, coordinar las acciones de la atención integral a las PVVS, cuya organización y funcionamiento será compartida con instituciones y organizaciones de otros sectores, quienes desarrollarán el Sistema de Atención Integral con participación multisectorial y multidisciplinaria, promoviendo la consejería, apoyo psicosocial y la información de los conocimientos acorde con los avances científicos y tecnológicos. (Garantizando un manejo adecuado de las personas afectadas).

Establece, que el Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de ITS/SIDA, debe coordinar para brindar una atención integral, la atención integral.

En 1999, el Ministerio de Salud publicó un manual de manejo integral de persona afectadas por las infecciones de transmisión sexual, donde se integra la conserjería. Estos manuales muestran la importancia de la atención personalizada de los pacientes y el respeto a sus derechos más la prestación de medicamentos⁴¹.

Dentro del término de atención integral debería estar inmerso el proporcionar medicamentos como con las enfermedades de transmisión sexual.

Artículo 16 .- Desarrollar en cada regional el Sistema de Atención Integral para las PVVS, de acuerdo al Manual de Manejo Integral elaborado por el Programa Nacional ITS/SIDA, con normas de manejo ambulatorio, hospitalario, domiciliario o comunitario, conformándose los equipos multidisciplinarios para brindar a las PVVS asistencia médica y control permanente de su estado de salud físico y psicológico, así como en el proceso de morir con dignidad guardando estricta confidencialidad y anonimato.

Artículo 17.- Ningún trabajador en salud de establecimientos hospitalarios, clínicas u otros servicios de salud gubernamental, seguridad social, ONG's o del sector privado, podrá negar servicio de atención médica donde internación a las PVVS, debiendo estas ser tratadas como cualquier otro usuario, guardando estricta confidencialidad y anonimato. Establece que no se puede negar la atención a las PVVS.

⁴¹ El Sida en el reino de la impunidad, Edgar Valdez Carrizo, pag. 90

Capitulo V: Referido a la prevención y vigilancia epidemiológica dando a conocer de forma obligatoria a los programas departamentales de ITS/SIDA todos los resultados reactivo o positivo.

Artículo 22

El Programa Nacional de ITS/SIDA desarrollara, coordinara y autorizara con otras instancias las siguientes acciones:

- a) Mantener un registro nacional y regional confidencial de las PVVS, para cuyo efecto el Ministerio de Salud y Deportes, tiene diseñado un conjunto de instrumentos técnico administrativo.
- b) Las PVVS y contactos identificados deben recibirán atención integral manteniendo la confidencialidad y anonimato de los registros.
- c) Realizar estudios de seroprevalencia del VIH, en grupos de poblacionales que convengan a los fines de la vigilancia epidemiológica de segunda generación.
- d) Organizar el funcionamiento de sitios centinelas, de acuerdo a las características técnicas previamente normadas y establecidas por el Programa Nacional de ITS/SIDA, en coordinación con los SEDES.
- e) Realización de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas en poblaciones que convengan a los fines de la vigilancia epidemiológica segunda generación, previamente

normadas por el Programa Nacional y Departamental de ITS/SIDA.

El inciso b) de este artículo se establece nuevamente la atención integral de las PVVS y contactos identificados pero no dan a conocer en que consiste esa atención integral y si dentro de esta “atención integral” esta la cobertura de medicamentos o antiretroviricos.

Capitulo VI: En este capítulo se señala la importancia de contar con medidas de bioseguridad en la toma de muestras y las medidas de seguridad en el almacenamiento de sangre para transfusiones.

Capitulo VII, Sobre la investigación y la Vigilancia epidemiológico.

Capitulo VIII, Prohíbe la toma de muestras obligatorias, es decir, que no tenga el consentimiento de la persona de la persona. Asimismo, se especifica que será sancionada la negación de ingresos a centros educativos, deportivos de salud y otros, a las PVVS. Nos da a conocer el derecho de confidencialidad que tienen los trabajadores infectados a los empleadores del estado serológico, como el de informar a la pareja o cónyuge y a la familia previo consentimiento del PVVS.

Capitulo IX, Refiere a la prevención y participación comunitaria, pero dentro de esta participación comunitaria esta exenta la sociedad civil y la personas que viven con el VIH/SIDA ya una conjunción entre el Estado a través del Ministerio de Salud las ONG's, agencias de Cooperación Internacional, la sociedad civil y las personas con VIH/SIDA se puede lograr una eficaz lucha contra el VIH/SIDA.

El artículo 59.- En la parte final, la Resolución Ministerial No. 0711 enfatiza la importancia de la coordinación con el Ministerio de Educación para la formación de los profesores(as) con la finalidad de que se implante en los establecimientos educativos la educación sexual dirigida a las Its/Vih/Sida. La cual no se realiza y debería ser importante la incorporación de educación e información en las escuelas o colegios.

El artículo 60.-El Ministerio de Salud y Deportes, en coordinación con el Ministerio de Información, adoptara mecanismos para que la red de radio, televisión y prensa a nivel nacional, emita mensajes permanentes y continuos de orientación a la población general, sobre la prevención de la infección de ITS/SIDA.

Los mensajes que se emiten por la prensa nacional ya sea televisiva o radial es mas de organización internacionales, el Ministerio de Salud emite mensajes de prevención solo cuando se aproxima el día internacional de lucha contra el Sida que es el 1 de diciembre.

Capitulo X: Aquí están establecidas las sanciones que el personal de instituciones puede sufrir por omisión o acción de la disposición legal.

Finalmente, es preciso apuntar que la Dirección General de Salud y Servicios de Salud es la instancia encargada de hacer cumplir esta disposición legal ministerial.

V.POLÍTICAS DE ESTADO EN MATERIA DE VIH/SIDA

Para el Estado, el VIH/SIDA, debe ser una prioridad en relación con la salud pública. En ese sentido se ha creado el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA que

debe viabilizar las políticas relacionadas con las ITS/VIH/SIDA, por otra parte debe permitir la canalización de recursos.

En cuanto a VIH/SIDA, específicamente se han implementado las siguientes políticas:

El Seguro Básico de Salud de Maternidad y Niñez, que incorpora el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, exceptuando el Tratamiento del VIH/SIDA.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que engloba a los siguientes subprogramas: salud materna perinatal, atención integral a la mujer gestante y planificación familiar, prevención y control del cáncer ginecológico; prevención y control de las ITS/VIH/SIDA, atención integral la salud de los adolescentes y promoción y participación masculina en actividades de salud sexual y reproductiva⁴².

El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).- Contempla la atención a toda mujer embarazada, desde el inicio de la gestación, hasta los seis meses posteriores al parto y la atención a los niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad. La atención a la mujer embarazada comprende la prevención de la transmisión vertical del VIH.

El Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, en su plan estratégico 2003-2008 ha considerado como objetivo principal el de mantener la epidemia del VIH y SIDA en estado incipiente, que contribuya a una mejor salud sexual y reproductiva y una mejor calidad de vida. Entre sus objetivos específicos busca: Incrementar las actividades de Información, educación y comunicación (IEC); mejorar la oferta de servicios integrales de salud; garantizar la atención integral a las personas con ITS

⁴² Plan Estratégico Nacional de Comunicación ITS-SIDA, 2003-2008, Pag.5

y personas con el VIH o SIDA y fortalecer el desarrollo de un sistema de vigilancia epidemiológica que permita contar con datos oportunos y confiables⁴³.

El Plan estratégico considera todos los esfuerzos y voluntades de personas e instituciones que integran políticas, planes y acciones de cooperación entre las instituciones del Estado, la sociedad civil, ONG, la cooperación internacional y otros sectores.

Las estrategias y líneas de acción están orientadas a: la concertación social en el desarrollo de un marco legal relacionado con las ITS-SIDA; aplicación del “Manejo Sindromico” de ITS-SIDA; gestión de recursos financieros y técnicos, revisión, adecuación y aplicación de normas vigentes; la sistematización y difusión de proyectos y el fomento de la investigación; el fortalecimiento del Comité Nacional y los Comités Regionales interinstitucionales; la coordinación con el Ministerio de Educación en el proceso de elaboración, la revisión y aplicación de los contenidos curriculares transversales sobre educación para la sexualidad; la participación y fortalecimiento de poblaciones vulnerables y coordinación con ONG’s que trabajan en la temática; el desarrollo de mecanismos de educación alternativa para la prevención y de un sistema solidario de gestión y canalización de recursos para medicamentos antirretrovirales.

Según la normativa institucional del país, la conducción de lineamientos de política y acciones de vigilancia, prevención y control de las ITS es de responsabilidad del Ministerio de Salud y Previsión Social a través de los equipos profesionales y técnicos responsables del Programa ITS/VIH/SIDA y de los Servicios Departamentales de Salud.

Lamentablemente, la ejecución de planes, programas y políticas del Estado para dar respuestas al VIH/SIDA, acusa grandes deficiencias, al no haber incorporado de manera coherente y sistemática el componente de Derechos humanos. El

⁴³ Plan Estratégico Nacional de Comunicación ITS-SIDA 2003-2008. Ministerio de Salud y Deportes, Pag, 5

propio Ministerio de Salud reconoce como debilidades la carencia de profesionales capacitados, la inestabilidad funcionaria y la falta de responsabilidad social⁴⁴.

Desde el inicio, el Programa a nivel nacional y regional se condujo por personal improvisado, en casos hasta mediocre, compuesto por miembros de diversos partidos políticos en función de gobierno y con prejuicios hacia las personas que viven con el VIH, independientemente de ser homosexuales y trabajadoras sexuales.

A pesar de que el Ministerio de Salud cuenta con apoyos importantes de organizaciones de cooperación internacional, como de la OPS/OMS, UNICEF, Fondo Mundial y otras agencias de cooperación bilateral, estos todavía son escasos para lograr transformaciones significativas en la prevención de la transmisión del VIH en la defensa de los derechos humanos, la formación del personal de salud, la consolidación de los grupos de autoayuda de las PVVS y la elaboración de material de información.

V.1.Prestación de servicio en Salud Integral

En 1999, el Ministerio de Salud publicó un Manual de Manejo Integral de Personas afectadas por las infecciones de transmisión sexual, donde se integra la consejería. Estos manuales muestran la importancia de la atención personalizada de los pacientes y el respeto a sus derechos. Se revisó un protocolo de atención a las personas que viven con el VIH o Sida, donde se integra los aspectos de prevención, la atención integral, la confidencialidad, la consejería, el tratamiento de síntomas y paliativos, el diagnóstico y tratamiento, profilaxis de enfermedades oportunistas.

A pesar que hace más de 20 años se detectó la presencia del virus VIH en Bolivia, se ha constatado que muy pocos servicios de salud del país pueden

⁴⁴ ONUSIDA Análisis de la Situación de la epidemia del VIH/SIDA y de la respuesta Nacional en Bolivia , Pag.36

asegurar la atención, los cuidados y el tratamiento adecuado a las personas que viven con el VIH o enfermas con Sida, por el bajo nivel de conocimientos, falta de profesionalismo, empatía, calidez, confidencialidad y respeto a los derechos humanos. Sin embargo, aunque no es de carácter oficial, se tiene que en los servicios de la Caja Nacional de Seguridad se esta suministrando medicamentos antirretrovirales.

V.2.La accesibilidad a los medicamentos antirretrovirales (ARV)

En Bolivia, desde que se inicio la epidemia en 1984 hasta finales del 2005, las personas que viven con el VIH o Sida no contaron con programas de apoyo por parte del Estado para el tratamiento de las enfermedades oportunistas ni tampoco para realizar la prevención efectiva de las mismas.

A fines del año 2000, el gobierno del Brasil decidió donar a Bolivia dos medicamentos ARV, con el compromiso de que el gobierno boliviano otorgue un medicamento mas para completar el esquema de la triterapia o “cóctel”, como lo establece la norma internacional de los esquemas de tratamiento.

Los medicamentos donados por el Brasil fueron la Zidovudina y la Zalcitabina que son inhibidores de la transcripta inversa, la primera tenía una fecha de vencimiento septiembre del 2001 y la segunda julio del 2002⁴⁵. Estos medicamentos fueron recién entregados gratuitamente a las PVVS en marzo del 2001, debido a los trámites burocráticos del Estado Boliviano⁴⁶.

Lamentablemente, muchos pacientes recibieron solo estos dos medicamentos (biterapia) que según las normas internacionales, no son recomendables por la fácil resistencia que se produce, además uno de ellos se les administro con fecha expirada⁴⁷.

⁴⁵ Ver los Tiempos del 19.04.01, “Remedios donados salen de la aduana”

⁴⁶ Ver Los Tiempos del 29.03.01, Burocracia impide recoger medicamentos contra sida”

⁴⁷ Ver La Prensa, La Paz del 11.01.02”Infectados con VIH reciben medicamentos caducados

Durante el Primer Foro Nacional de PVVS que se realizó en la ciudad de Cochabamba del 22 al 24 de agosto del 2002, asistieron 63 PvvS de diferentes regiones del país, 52 personas demandaron al gobierno boliviano ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) para obtener acceso a los medicamentos antirretrovirales, con la organización “Agua buena” de Costa Rica mediante su director el Sr. Richard Stern.

El 3 de octubre del mismo año, la CIDH acepta la solicitud de las 52 PvvS se dirige al Gobierno de Bolivia en virtud del artículo 25 de su Reglamento, con el fin de solicitar la adopción de medidas cautelares urgentes para preservar el derecho a la vida y la integridad física de las 52 PvvS⁴⁸. La Comisión solicitó que el gobierno boliviano le proporcione información en el plazo de 30 días, sobre las medidas adoptadas para proteger los derechos humanos de las 52 personas⁴⁹.

El 29 de noviembre del 2002, se realizó en Lima (Perú), una reunión de Ministros de Salud, cuyo tema central fue el acceso al tratamiento de medicamentos antirretrovirales en la Subregión Andina. El primer punto determina “reconocer el VIH/SIDA, como un problema complejo de salud pública que presenta evidencia epidemiológica en la Subregión, para lo cual se define darle prioridad política en el marco de la atención integral”.

Sin embargo, en enero del 2003, la Responsable Nacional del Programa ITS/VIH/Sida y el Jefe de unidad Nacional de Atención a las personas, dirige un informe al Viceministro de Derechos humanos, en el que afirma: “consideramos pertinente dejar establecido que el Programa Nacional, a través de sus mecanismos operativos locales y de acuerdo a la disponibilidad de recursos, brinda atención integral con base a las normas respectivas a todas las personas viviendo con el VIH/SIDA en el país,

⁴⁸ AGUILERA J.C. “Lecciones aprendidas en Vih y Sida”, 2005, Pag.47.

⁴⁹ Ver los Tiempos del 29.05.03, “Personas con Vih/Sida recurrirán a la justicia.

incluyendo al grupo que apelaron a la CIDH de la OEA y fueron beneficiados con las medidas cautelares. Esta atención, es en forma igualitaria y sin ningún trato discriminatorio, habiendo sido atendidos con acciones de diagnóstico, consejería y tratamientos ARV”, este documento fue rechazado por la Red Nacional de Personas que viven con el VIH/SIDA (Red Bol+), explicando que ese informe no refleja la realidad que viven las Pvv⁵⁰, de las 52 personas que solicitaron las medidas cautelares, fallecieron 24, 28 sobrevivieron gracias a la donación de ARV del Brasil⁵¹.

En diciembre del 2003, gracias al Programa de Cooperación Internacional con países en desarrollo- PCI, el Estado boliviano recibió inicialmente 100 tratamientos de triterapia del gobierno del Brasil por el tiempo de un año, algunos meses después se aumentaron 300 tratamientos, que estuvieron siendo distribuidos gratuitamente a todas las personas con Sida y que requieran tratamiento inmediato, de acuerdo a criterios de laboratorio y de evolución clínica.

Por la presión ejercida por la Red Bol+ y el IDH, a la causa de los fallecimientos de las PVVS, que firmaron las medidas cautelares, el Estado compro los siguientes ARV: zidovudina + lamivudina, efavirez, estavudina, didanosina, nelfinavir y abacabir, con un costo de 20.000 dólares.

V.3.Políticas de medicamentos ARV

⁵⁰ Ver Opinión del 7.03.03, “Las personas que viven con el Vih rechazan informe oficial”

⁵¹ Violeta Ros, Midiendo el compromiso y la respuesta al Vih y Sida dice: Mientras esperamos la respuesta del gobierno a este fallo,24 de los52 firmantes murieron. A través del tiempo. Por su parte el gobierno solicitaba un plazo tras otro, enviando un informe tras otro, y nosotros enterrábamos una persona tras otra.

Con relación a los ARV, el Ministerio de Salud reconoce que “No existe un banco de medicamentos para la atención de las personas que viven con el VIH/SIDA, que permita cubrir los requerimientos de tratamiento a bajo costos y con la oportunidad requerida⁵², En el documento “Bases para la planificación estratégica 2000 –2004 de prevención y control de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA ”del Ministerio de Salud, solo se menciona la organización de un banco de medicamentos antirretrovirales, bajo un sistema de fondo rotatorio. Ningún otro documento oficial del Ministerio de Salud establece una política definida para el acceso sostenible de medicamentos ARV en Bolivia.

Debido al elevado costo de los medicamentos y a la ausencia de una política de medicamentos por parte del Estado Boliviano, las PVVS que están en tratamiento, se encuentran con frecuentes rupturas de stock (interrupciones), algunos disminuyen la dosis y la frecuencia de tomas y otros abandonan definitivamente.

Para dar respuesta a esta situación, el Gobierno de Bolivia presentó una solicitud, para obtener recursos económicos al Fondo Global de las Naciones Unidas⁵³, con el que se pretendía incrementar la cobertura de PVVS para ofrecer atención integral en el país. El Proyecto ofrecería a las PVVS un tratamiento oportuno y gratuito, con seguimiento de laboratorio de carga viral y recuento de linfocitos CD4 y CD8, apoyo psicológico y tratamiento de enfermedades oportunistas. Los antirretrovirales serían gratuitos durante los

⁵² Ministerio de Salud y Previsión Social, 2000, Pag 67

⁵³ En el año 2001 las Naciones Unidas crearon el Fondo Global para el Sida, Tuberculosis y Malaria, como una manera de obtener recursos financieros adicionales para fortalecer las respuestas nacionales en los países en desarrollo en materia de prevención y atención de estas tres enfermedades endémicas. El Fondo Global está dando oportunidades a los países para que presenten proyectos que comprenden la compra de medicamentos, incluyendo los antirretrovirales. El Fondo Global en su estructura, exige de la participación de la sociedad a través de una novedosa visión llamada “Proyecto País”, que involucra al sector oficial, el sector privado, ONGs, organizaciones de base Comunitaria (OBC) y persona que viven con una de las tres enfermedades. La creación del Fondo Global nivel mundial constituye un evento único en la historia de la humanidad, por que por primera vez se destinan fondos para que la sociedad civil, las personas afectadas con VIH/Sida, malaria y tuberculosis y el Estado tengan un espacio para trabajar de manera conjunta a través de un mecanismo de coordinación del país (MCP)

primeros 3 años. Luego, en base a estudios de factibilidad para la autosostenibilidad, los costos deberían ser asumidos en un porcentaje por las PVVS, el Gobierno y ONG's.

V.4.Trabajo con sectores vulnerables

Por el análisis epidemiológico de los primeros casos de VIH/SIDA notificados en el país, se evidenciaron en los grupos de hombres que tienen sexo con hombres y en trabajadoras sexuales comerciales. Por ello el gobierno, tomo medidas para evitarla la propagación de la epidemia en estos grupos de la población sin embargo, como sucede en el ámbito mundial, el modelo de transmisión del Sida en Bolivia ya se ha modificado, actualmente se observa una progresión constante de transmisión heterosexual, la relación actual es de 1 mujer por 3 hombres.

V.5.Hombres que tienen sexo con hombres

Constituyen el principal grupo social estigmatizado en la transmisión del VIH/SIDA por la sociedad, instituciones públicas y algunos medios de comunicación.

Sin embargo, en Bolivia no existe aun una apertura para aceptar las relaciones sexuales entre hombres. Es todavía un mundo subterráneo, clandestino un tabú que obstaculiza la expresión de sentimientos y favorece la marginalidad y la toma de riesgos frente a la transmisión del VIH. Los homosexuales son percibidos como “promiscuos, irresponsables, pacientes, viciosos, pecadores que desafían a las normas naturales y sociales.

V.6.Trabajadoras sexuales comerciales

Constituye otro grupo social estigmatizado en la transmisión del VIH Y SIDA. El trabajo sexual comercial, en Bolivia, es también abordado más como un tema de interés de salud pública dentro del control epidemiológico, que en el marco del ejercicio de los derechos de las personas. Las trabajadoras sexuales registradas en la ciudad de la Paz se tratan con mecanismos de sanidad con relación al VIH/SIDA en el Centro de Salud Piloto donde se les realiza una prueba serológica cada tres meses, periódicamente además de la utilización periódica y de utilizar de manera sistemática el preservativo en todas sus relaciones sexuales.

V.7. Personas que perdieron la libertad

Los primeros casos de VIH/SIDA empiezan a detectarse en algunos recintos penitenciarios de Bolivia, donde el virus encuentra las condiciones favorables para diseminarse debido al hacinamiento, la violencia, las relaciones sexuales sin protección, la falta de información y conocimiento de las formas de prevención⁵⁴.

En cuanto al VIH/SIDA, existe un Reglamento de ejecución de penas privativas de libertad, decreto Supremo No.26715- de 26 de julio de 2002, que indica en el artículo 114 (Pacientes de VIH/SIDA):

1. Detectado el VIH en un interno, la administración penitenciaria comunicara al Juez de Ejecución a los fines de que este disponga su inmediato traslado a una institución especializada o en su defecto disponga su detención domiciliaria”

II. La otorgación del beneficio no estará supeditada a la consideración del delito por el cual e interno cumple condena, ni al periodo del sistema progresivo en el que se encuentre.

⁵⁴ VALDEZ CARRIZO, Edgar. Los Antirretrovirales en Bolivia

Para la abolición de estos artículos, se hizo varias consideraciones que justifican la revisión inmediata por las autoridades respectivas.

V.7.1.Presos con SIDA (publicaciones de prensa)

El periódico “El Deber” de la ciudad de Santa Cruz, publica el 19.11.02 el siguiente artículo:

Temor en Palmasola por enfermedades contagiosas. Peligro, Fuga de un interno con posible Sida desnuda los problemas de salud que enfrenta el penal. El gobernador del penal y el director, confirmaron que al menos dos reclusos padecen de Sida. Se sospecha que esa enfermedad puede que esté siendo contagiada por algunas visitas que acuden a la cárcel, la mayoría mujeres. Lamentablemente nadie llega con su letrero en el pecho diciendo, estoy enfermo. Sospechamos que entre esas visitas algunas mujeres puedan ser prostitutas y ellas propagan la enfermedad. En la cárcel funciona un micro hospital, pero la atención sólo es para casos de emergencia, no hay las condiciones.

El periódico “Opinión” de la ciudad de Cochabamba del día 19 de febrero del 2003, escribió un artículo sobre un recinto penitenciario de la ciudad de Santa Cruz. “Pánico en Palmasola por la Propagación del Sida”. El pánico se apoderó en el penal de Palmáosla por la versión de que al menos 10 presos estarían contagiados con la mortal enfermedad del Sida. La pasada semana murió un recluso afectado por el sida, lo que provocó el temor de los presos, quienes pidieron el aislamiento de al menos 10 personas afectadas con este virus. Los presos han pedido urgentemente una reunión de los encargados de los 16 pabellones de la cárcel, para que analicen el problema y lo expongan ante las autoridades. El representante de los reclusos,

admitió que no pueden discriminar a nadie, pero tampoco crear una corriente alarmista. “Pero es un problema de salud que amenaza a todos los internos que vivimos aquí”, añadió.

De acuerdo con las estadísticas de esa penitenciaría, en los últimos dos años por lo menos cinco personas han fallecido, lo que obligó a la unidad de salud realizar el test 46 de Elisa, a 150 internos. Un interno contó que en alguna oportunidad un infectado con Sida amenazó con echarles en el rostro a otros internos para contagiarlos sino accedían pagarle unos pesos”.

V.8.Las niñas, los niños y el SIDA en Bolivia

Los niños y niñas que viven con el VIH tienen que realizar viajes para acceder a los tratamientos antirretrovirales. Violeta Roos activista y Responsable en la ciudad de la Paz de la Redbol+ dice: La situación de los niños y niñas que viven con VIH en Bolivia se resume en:

- No existen tratamientos en presentaciones pediátricas.
- No existen especialistas pediatras en VIH y SIDA en todos los departamentos.
- No existen una política de prevención y mucho menos de atención para los niños y las niñas.
- No tenemos ni siquiera información completa acerca de su situación actual, mucho más si han quedado huérfanos.
- La mayoría de los niños que nacieron con VIH, ya han fallecido.

- Algunas de las mujeres de REDBOL, han tenido hijos sin transmitirles el virus. Sin embargo, debido a las difíciles condiciones de infraestructura y servicios médicos y también a la discriminación, la mayoría de las mujeres con VIH, ha preferido no tener hijos, por lo menos hasta que la situación mejore en Bolivia.

V.9. Jóvenes

Los registros del Programa Nacional ITS, indican que el 26% del total de personas que están viviendo con el VIH/SIDA corresponden al grupo etareo de 15 a 24 años de edad y el 40% al grupo de 25 a 34 años. Estos datos muestran que la transmisión del VIH esta ocurriendo en las primeras relaciones sexuales de las personas.

Según el documento “Bases para la planificación estratégica 2000 – 2004 de prevención y control de infecciones de transmisión sexual VIH – SIDA”, indica la incorporación en la reforma educativa de los contenidos de prevención.

Según el Estado, tiene una cobertura educacional del 80% de los establecimientos educativos de Bolivia con información sobre el VIH/SIDA, que se realizan en coordinación con ONG’s, promotores educativos que desarrollaron intervenciones en establecimientos educativos, en particular el ciclo medio, a través de charlas, ferias, concursos⁵⁵.

Sin embargo, actualmente no existe ningún programa operacional de prevención dirigido a estudiantes de colegios o de universidades por parte del Ministerio de Educación o de Salud de manera sistemática, ni tampoco existe una integración efectiva del tema del VIH/SIDA en la reforma educativa, a pesar de estar considerado como un tema transversal.

⁵⁵ ONUSIDA, “análisis DE la situación de la epidemia del VIH/SIDA y de la respuesta Nacional en Bolivia”, La Paz, 2000, Pág.67

V.10.Mujeres

El 32% de las personas infectadas corresponden al sexo femenino y el 68% al sexo masculino. Actualmente existen 3 hombres infectados por cada mujer, esta proporción esta aumentando. En 1998, se observa que de 79 mujeres que viven con el VIH/SIDA, solo 11 eran trabajadoras comerciales del sexo⁵⁶.

La construcción social del género determina diferentes paradigmas de masculinidad o feminidad. Existen en Bolivia familias y comunidades que toleran, estimulan y moldean los patrones de comportamiento sexual masculino machista, mientras que a la mujer se la valora por su pasividad, sometimiento y automarginación. Las mujeres no tienen acceso a la información para disminuir los riesgos y aún estén informadas no pueden negociar sobre la utilización del preservativo. A través de este modelo en Bolivia se continúa transmitiendo estas normas y valores comunitarios que favorecen la transmisión del VIH.

Las desigualdades están estrechamente relacionadas con las actitudes hacia las mujeres que se traducen con la subordinación, opresión y explotación. Estas actitudes están determinadas por la violencia doméstica, humillación, el abuso físico y sexual. Diversos aspectos culturales, mitos y hasta en bromas se transmiten conductas que determinan la falta del respeto y la dignidad de las mujeres. El sistema de opresión de las mujeres en Bolivia pesa sobre todos los sectores sociales del país y los mandatos culturales universalizan esta práctica, sobre todo en las mujeres más pobres y las menos integradas socialmente.

V.11.Consumidores de drogas

⁵⁶ Ver la Razón del 20 de septiembre 1998

Un estudio realizado en personas que consumen drogas por la vía intravenosa en los centros de rehabilitación de las ciudades de La Paz y Santa Cruz, reveló que ninguna persona estaba viviendo con el VIH/SIDA. Las personas que fueron infectadas por esta vía en Bolivia, el 86% de la transmisión ocurrió en otros países. En Bolivia existen 8 centros de tratamiento y rehabilitación para personas que consumen drogas, estas entidades incluyeron en sus programas la información sobre el VIH/SIDA.

VI.El sector no gubernamental y el VIH/SIDA

El sector no gubernamental, está comprendido por instituciones que no son parte del Poder Ejecutivo del Estado y su intervención es de la siguiente forma:

VI.1.Rol de las Organizaciones No Gubernamentales

Las estrategias contempladas en el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, incluyen la participación activa de entidades públicas y privadas que están vinculadas al sector salud y la educación, como la Iglesia, ONG's, Cruz Roja, etc. Según el Ministerio de Salud, el personal ejecutivo y técnico de las ONG's, que trabajan en salud sexual, indica como barrera el hecho que "no tienen información básica (origen, formas de adquisición y transmisión, prevención, tratamiento, DDHH, etc.) y sus conceptos sobre el tema no están actualizados. Indican que el enfoque no es integral.

Sin embargo, el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, ve también a las ONG's como una amenaza por "pérdida de liderazgo del sector, discontinuidad del servicio de prevención y control, suplantación por proyectos y ONG's afines⁵⁷.

⁵⁷ Ministerio de Salud, ob.cit. 2001, Pág. 36

Por los diferentes documentos publicados por el Ministerio de Salud, se observa que existe una centralización del manejo en la ciudad de La Paz, con relación al resto del país. No se toma en cuenta las actividades y la experiencia de las ONG's de otros departamentos por el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, es más, toda organización que se crea en esa ciudad, tiene la nominación de "nacional", sin que en ningún momento se construya una participación verdadera de las organizaciones del resto del país. Naturalmente que esto determina que los informes elaborados por el Ministerio de Salud, solo tienen representación del Departamento de La Paz.

El trabajo conjunto entre ONG's que trabajan en la temática del VIH/SIDA, no se la realiza de manera sistematizada a nivel nacional, esto se debe, en parte a que el VIH/SIDA es una actividad complementaria de la mayoría de las ONG's. Sin embargo, el IDH – SIDACCIÓN, tiene alianzas con otras ONG's e instituciones gubernamentales a nivel local y nacional donde se realizan acciones de coordinación y cooperación.

Entre las ONG's están ADESPROC, Voces VIHVAS, Fundación Mas Vida y Asociación Wasinancywa de La Paz, PASOC, la Red Nacional de PVVS (Red Bol+), UNELDYS y Sex Salud de la ciudad de Santa Cruz, Secretariado Nacional de las PVVS, PROSALUD, ASONGS, CIES, Cruz Roja, YMCA, IFFI y Oficina Jurídica para la Mujer de Cochabamba y CARE de Yacuiba - Tarija.

VI.2.La Defensoría del Pueblo como institución del Estado

La Constitución Política del Estado en su artículo 127 así como el artículo 1 de la ley No. 1818 (Ley del Defensor del Pueblo), establecen que el Defensor del Pueblo tiene el mandato de defender, velar, promocionar y divulgar los derechos humanos frente a la actividad de la administración

publica, recordando sobre todo a las autoridades sobre sus deberes y estando facultada para investigar y denunciar actos u omisiones que impliquen violaciones de derechos humanos, recomendando acciones que resuelven o reviertan situaciones o conductas sensiblemente violatorias a los derechos humanos.

Esta institución ha recibido diferentes quejas de discriminación violación de los derechos humanos que sufren las personas que viven con el VIH/SIDA, es así que, en fecha 21 de marzo del 2003, se dispone la Resolución Defensoría I No. RD/LPZ/00007/2003/DH, que en parte pertinente referido al tema de estudio establece: Proporcionar y garantizar mediante el Programa Nacional de ITS-SIDA y los Programas Regionales de ITS-SIDA la medicación para enfermedades oportunistas de manera permanente y gratuita a las PVVS, conforme manda el art. 97 del Código de Salud; Art. 3-5, inc. a) y b) del capítulo IV de la Resolución No. 0711, gestionando y canalizando la provisión de medicación antirretroviral, sin perjuicio de la suscripción de convenidos, todo ello en resguardo de los derechos a la salud y a la vida consagrados por la Constitución Política del Estado en los Art. 7 Inc. a) y 158-1.

Entre de las facultades del Defensor del Pueblo, esta la de poder interponer los recursos de inconstitucionalidad, el directo de nulidad, Así como los amparos y habeas Corpus, sin necesidad de mandato. Por esta razón la Defensoría del pueblo, ha planteado en diversas oportunidades recursos de Habeas corpus, existiendo así jurisprudencia Constitucional sobre el derecho a la vida y la salud de las personas con VIH/SIDA.

VI.3. Instituto Para El Desarrollo Humano (IDH) – SIDACCIÓN

Es una Organización No gubernamental que tiene como áreas de acción la salud, los derechos humanos y la ecología. El programa SIDACCIÓN inició

sus actividades en noviembre 1995 en la ciudad de Cochabamba con encuestas realizadas, sobre conocimientos, actitudes, creencias y comportamientos acerca de la sexualidad y del SIDA en la población general y otra al personal de salud sobre los conocimientos del VIH/SIDA y las actitudes hacia las personas infectadas con el VIH. Ambos estudios sirvieron para orientar sus actividades con relación a la problemática del SIDA en su globalidad de la siguiente manera:

- Prevención SIDA para la población general del departamento de Cochabamba.
- Formación del personal de salud sobre el VIH y SIDA en el Departamento de Cochabamba.
- Defensa de los Derechos Humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA en Bolivia.
- Apoyo social, médico, jurídico, psicológico y espiritual a personas que viven con el VIH y SIDA, familiares y amigos.
- Fortalecimiento de grupos de autoayuda para las personas que viven con el VIH/SIDA en Bolivia

Después de muchos años, el Ministerio de Salud reconoció públicamente el valor de su trabajo a favor de las PVVS y de la prevención. Pero, paradójicamente, esta institución no es citada en ningún documento oficial sobre la planificación o la ejecución de actividades por el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA.

A nivel Internacional, el IDH integra la Red Latinoamericana de personas que viven con el VIH y SIDA, y del Grupo de Apoyo al Secretariado de la misma

Red, es también La Organización Facilitadora Nacional del Consejo Latinoamericano y del Caribe de organizaciones que trabajan con el SIDA (LACCASO), mantiene intercambio de experiencias con el Grupo SIDA de Ginebra y esta en permanente contacto con el programa de Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA - Ginebra).

VII.COOPERACIÓN INTERNACIONAL

El documento de “Análisis de la situación de la epidemia del VIH/SIDA y de la respuesta Nacional en Bolivia”, refiere a que el Sida no es un problema prioritario para el país, el Programa Nacional de Salud se ve obligado a buscar financiamiento externo y participación multisectorial para su subsistencia. Por ello, el 80% de las acciones desarrolladas se efectuaron con fondos de la cooperación internacional, fundamentalmente del Británico, Comunidad Europea, cooperación Sueca, USAID, UNICEF, OPS/OMS y ONUSIDA⁵⁸.

Existen mecanismos de coordinación ya establecidos, se presentan superposición en los apoyos prestados, esto refleja el problema de falta de información y sobre todo, de liderazgo por parte del Ministerio de Salud o de sus responsables de los Programas Nacionales⁵⁹.

VII.1.Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud

La OPS/OMS, esta apoyando al Ministerio de Salud en:

- Realización de Foros Departamentales del VIH/SIDA en todas las regionales.

⁵⁸ ONUSIDA, 2000, Pág.39

⁵⁹ DFID, Ayuda memoria de la reunión de evaluación de medio termino del Proyecto “Control de enfermedades transmisibles en Bolivia”, 2002, Pág.,6

- La ampliación y mejoramiento de la vigilancia epidemiológica.
- Elaboración, impresión, difusión y planificación de la vigilancia epidemiológica en VIH/SIDA e ITS.
- Capacitación de recursos humanos en vigilancia epidemiológica.
- Adquisición de medicamentos, insumos, y reactivos de laboratorio para diagnóstico, vigilancia y tratamiento de las ITS través del seguro básico.
- Financia investigaciones o experiencias exitosas (dos estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre el SIDA en transportistas y en adolescentes). Otro, sobre hombres que tienen sexo con hombres en La Paz.
- Impresión de material educativo y de información
- Realización de cursos nacionales de actualización para personal de salud
- Otorga becas para asistir a cursos de formación para el personal de salud
- Presentación de proyectos para obtener fondos del UNGASS.

VII.2.ONUSIDA

El apoyo más visible que realiza ONUSIDA Andina, en Bolivia es en la organización de las redes regionales y nacionales de las PVVS. Aporto con la edición del texto sobre “Análisis de la situación de la epidemia del VIH/SIDA y de la respuesta Nacional en Bolivia” que se editó el 2000. La

publicación de otros libros, la defensa de los Derechos humanos de las PVVS, Contribuyo en la elaboración del Proyecto de Ley del SIDA a través de un consultor.

VII.3.USAID

A principios de 1992, USAID estableció el “Proyecto contra el SIDA” como un apoyo a las políticas del Estado boliviano en las respuestas al VIH/SIDA. Estructuro un equipo de educadores, administradores y de personal médico para la atención de la consulta principalmente de la comunidad gay, trabajadoras sexuales y de manera secundaria la población general.

Este brazo operativo del Ministerio de Salud a través de USAID, realizó sesiones de información sobre el VIH a trabajadoras sexuales, comunidad gay, colegios, recintos penitenciarios y policías en todas las regionales del país. También efectuó servicios de consejería de manera directa a través del “teléfono confidencial”.

En 1997 cambia de nombre por el PROSIN – SIDA (Programa de Salud Integral – SIDA). Existió un acuerdo en el que el gobierno boliviano se comprometía a partir del 2000 a asumir los costos de este equipo de profesionales y que USAID disminuirá el apoyo económico progresivamente. Durante la gestión del 2001, este equipo se redujo considerablemente en todo el país. En Cochabamba, de 12 personas, solo se mantiene a 4.

El apoyo actual de USAID al Programa ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud, se las realiza a través de dos ONG´s que reciben el apoyo de los Estados Unidos. Estas ONG´s son PROSALUD y el CIES. Ambas ONG´s, tiene una red de centros de salud y de hospitales en todo el país que brindan una atención sobre todo en salud sexual y reproductiva. El CIES,

está asumiendo la parte de información y educación sobre el VIH/SIDA a las trabajadoras sexuales, comunidad gay, cárceles y algunos establecimientos educativos. Estas dos ONG's también realizan el mercadeo y venta de preservativos en todo el país.

VII.4.Fondo De Naciones Unidas Para La Población (UNFPA)

Esta organización, contribuye en los programas de educación sobre los derechos sexuales y reproductivos para hombres y mujeres, pero durante los últimos años esta contribuyendo en las respuestas sociales al VIH/SIDA, con la:

- Impresión de material educativo y de información sobre el VIH/SIDA.
- Apoyo en la realización de cursos nacionales de actualización para personal de salud.
- Apoyo en la realización de la organización de la Red Nacional de PVVS.

VII.5.Programa De Naciones Unidas Para El Desarrollo (PNUD)

Recientemente el PNUD, presentó el proyecto “Respuesta de Base Comunitaria a la Epidemia del VIH – SIDA” que tiene como estrategia de:

- Fortalecer la capacidad de los países en desarrollo para responder desde una visión multisectorial a la epidemia del VIH SIDA,
- Promocionar el dialogo de políticas para fomentar el compromiso político al mas alto nivel,
- Apoyar y fortalecer dependencias descentralizadas y multisectoriales en el plano nacional y local.

- Comunicación estratégica de los medios de comunicación y el arte.
- El PNUD, proveerá asistencia complementaria a fin de revertir el avance de la epidemia del VIH – SIDA, dentro del marco de cooperación nacional con el gobierno de Bolivia. El proyecto refiere que trabajará directamente con la sociedad civil y las personas que viven con el VIH y SIDA, usando la modalidad de voluntarios de la Naciones Unidas.

VII.6.El Fondo Global de las Naciones Unidas

La creación del fondo global a nivel mundial es un evento único en la historia de la humanidad, porque por primera vez se destina recursos económicos para que la sociedad civil, y las personas con VIH/SIDA, malaria y tuberculosis y el Estado tengan un espacio para trabajar de manera conjunta a través de un mecanismo de coordinación del país (MCP).

La primera y segunda propuesta presentada por Bolivia la fondo global, fue rechazada por la no inclusión de PVVS, por el Centralismo en la ciudad de La Paz y una mala coordinación entre el MCP, recién la tercera propuesta que fue elaborada de manera mas participativa (gracias al esfuerzo de los miembros del MCP), finalmente se logra que Bolivia tenga el apoyo del fondo mundial, para SIDA, Malaria y Tuberculosis.

Bolivia solicito 31.800.000.- Dólares para cinco años, de los cuales 16.000.000.- son destinados a la atención y prevención del VIH/SIDA.

El 29 de junio de 2004, se firmó el convenio entre representantes del Fondo Global y el Presidente del MCP, representado por el Ministerio de Salud.

La Propuesta presentada por Bolivia señala que el Estado se compromete a:

- Propiciar el adecuado funcionamiento de su estructura incluyendo los subcomités y los grupos coordinadores departamentales.
- El MCP, organizara subcomités en cada departamento para ampliar la participación de otras instituciones sobre todo las ONG's locales, organizaciones cívicas, religiosas y PVVS. Estos subcomités garantizaran que los mecanismos de coordinación del país o MCP, cumplan con la reglamentación existente para la participación popular y control social durante la implementación de la propuesta aprobada por el Fondo Global.
- Garantizar la reparación de recursos, entre: Gobierno, ONG's y personas afectadas con las tres enfermedades.

Según Edgar Valdez “el Ministerio de Salud no respeta estos compromisos, ya que sin ninguna representación al MCP, de los programas a ejecutar, accede a estos fondos y la primera medida que realiza es crear puestos de trabajo que son cubiertos por el fondo global, sin la realización de concurso de meritos y lo que es mas grave aun, son los mismos funcionarios del Ministerio de Salud que dejan sus puestos y pasan al fondo global sin perder el status de ser funcionario publico.

Lamentablemente los recursos económicos del Fondo Global en Bolivia en lugar de fortalecer las estructuras del Estado, mas bien los esta debilitando⁶⁰.

⁶⁰ VALDEZ, Edgar. ob.cit.

En consecuencia el MCP de Bolivia no esta garantizando los espacios de coordinación de trabajo, entre la sociedad civil, el Estado y las PVVS de cada región del país, por esta deficiencia Bolivia como otros países de América Latina corre el mismo riesgo de no contar más con los recursos del Fondo Global.

VII.7.Declaración de compromiso en la lucha contra EL VIH/SIDA

Bolivia ratifica la declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida , celebrada el 25 al 27 de junio del 2001 en Nueva York. La delegación boliviana, en este evento mundial, expresa la participación de Bolivia a nivel del Grupo de Río y la comunidad andina, donde se refiere la participación activa en las de liberaciones y en la elaboración del Proyecto de la declaración de compromisos. Subraya también el apoyo al documento de América Latina y del Caribe, Redes Comunitarias y de Personas que viven con el VIH/SIDA. Adoptado el 16 de febrero de 2001 en Sao Paulo, en el que resalta la importancia de prevenir antes que curar, el acceso gratuito a los medicamentos antirretrovirales, apoyo a las familias y a los huérfanos del Sida.

VIII.LOS DERECHOS HUMANOS Y EL SIDA

El concepto “derechos humanos” hace relación a una serie de atributos naturales intrínsecos de los seres humanos comunes en todos los hombres inviolables, indivisibles y fundamentales como son el derecho a la vida, a la libertad y seguridad personal al honor pero también son aquellos que posibilitan a la persona a exigir de la autoridad respectiva la satisfacción de sus necesidades básicas.

Los derechos humanos, opina Henkin, son reclamaciones a la sociedad, representada esta por el gobierno y sus funcionarios (citados por Pablo Dermizaky Peredo).

En cuanto a la justificación de los derechos fundamentales hay tres escuelas: la del derecho natural, que considera que corresponden a atributos innatos en el hombre; la historicista, que los considera derechos históricos, es decir adquiridos por la historia; y la ética, que coincide con la primera, por que les da una fundamentación ética derivada de su calidad de atributos naturales⁶¹.

En todo caso los derechos humanos son derechos humanos son naturales por que atienden a requerimientos biológicos sin los cuales el ser humano no puede vivir, desarrollarse ni trabajar.

La mayoría de la naciones del mundo adoptan en sus ordenamientos jurídicos uno de los postulados de la Revolución Francesa contenido en la “Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano” del 26 agosto de 1789 que, definía los derechos naturales del hombre, entre los que consideraba básicos la libertad (individual, de pensamiento, de prensa y credo), la igualdad (que debía ser garantizada al ciudadano por el Estado en los ámbitos legislativo, judicial y fiscal), la seguridad y la resistencia a la opresión⁶².

El iusnaturalismo es “la corriente jurídico filosófica que concibe al hombre dotado de derechos congénitos superiores a la sociedad que exalta a la persona humana y la considera como “entidad suprema” de la sociedad y que forma fundamentalmente las relaciones entre Estado y la sociedad”.

Sin duda, la Declaración Universal de Derechos Humanos es uno de los documentos más importantes de toda la historia de la humanidad., fue aprobada el

⁶¹ DERMIZAKI Peredo Pablo, Derecho Constitucional,2004

⁶² Diccionario Microsoft Encarta,2006

10 de diciembre de 1948 por las Naciones Unidas. Esta Declaración parte del hecho de que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos del hombre han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad” “por lo que se hace necesario promover mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades”. Seguidamente señala 30 artículos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales del ser humano, que asimilan en sus principios al iusnaturalismo

La promoción y protección de los derechos humanos es fundamental para la respuesta al VIH/SIDA. Privar de sus derechos a las personas que viven con el VIH, y a los afectados por la epidemia. No solo pone en peligro de su bienestar, si no la vida misma. Más de 40 millones de personas que viven con el VIH/SIDA en el mundo, la mitad de estas son mujeres, y la mitad de las nuevas infecciones ocurren entre jóvenes menores de 25 años.

Son llamados derechos humanos por que son del hombre, de la persona humana, de cada uno de nosotros. El hombre es el único destinatario de esos derechos. Por ende, reclaman reconocimiento, respeto tutela y promoción de parte de todos y esencialmente de la autoridad.

Estos derechos son inherentes a la persona humana, así también son inalienables, imprescriptibles.

La respuesta global al VIH/SIDA ha reconocido que la protección de los derechos humanos es un elemento necesario para una respuesta mundial de salud pública ante la epidemia, sin embargo, este conocimiento de la conexión entre el VIH/SIDA y los derechos humanos sigue cambiando.

Desde la aparición de la epidemia han surgido violación de los derechos humanos como los exámenes obligatorios para acceder a un trabajo ingresar alguna institución militar, educativa, restricciones para viajes comerciales, Sin embargo

surgen nuevos problemas, con implicaciones graves de derechos humanos como lo que concierne al acceso a terapias antiretrovirales y otros tipos de atención médica.

La promoción y protección de los derechos humanos es un factor esencial para prevenir la transmisión del VIH y reducir los efectos del VIH/SIDA. La promoción y protección de los derechos humanos es necesaria tanto para proteger la dignidad de las personas afectadas por el VIH/SIDA como para alcanzar los objetivos consistentes en reducir la vulnerabilidad a la infección VIH, paliar los efectos negativos del VIH/SIDA en los afectados y dotar de medios a las personas y comunidades para responder a la epidemia.

VIII.1.Derechos Humanos y Salud Pública

Los derechos humanos y la salud pública comparten el objetivo común de promover y proteger los derechos y el bienestar de todos los individuos. Desde la perspectiva de los derechos humanos, la manera de alcanzar los objetivos de salud pública es promover la salud para todos, en particular de los vulnerables a las amenazas, a su bienestar físico, mental o social. Por tanto, la salud y los derechos humanos se completan y refuerzan mutuamente en todos los ámbitos, como se complementan y refuerzan mutuamente en lo relativo al VIH/SIDA.

VIII.2.Derechos Humanos y las obligaciones de los Estados

La declaración y el programa de Acción de Viena, aprobados en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en junio de 1993, afirmaron que todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. Aunque debe tenerse en cuenta la importancia de las particularidades nacionales y regionales, así como de los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos, los

Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos.

Por tanto, un planteamiento del problema VIH/SIDA que tenga en cuenta los derechos humanos ha de basarse en la obligación de los Estados de protegerlos. El problema VIH/SIDA demuestra la indivisibilidad de los derechos humanos, ya que la realización de los derechos económicos, sociales y culturales, así como de los derechos civiles y políticos es esencial para una respuesta eficaz.

Los principios básicos de derechos humanos que son esenciales para que la respuesta de los Estados al VIH/SIDA sea eficaz figuran en los instrumentos internacionales vigentes, tales como: la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, La convención Internacional Sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación racial, La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, La Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes y la Convención sobre los derechos del Niño. La convención Americana sobre los derechos humanos⁶³. Imponen también de los Estados obligaciones aplicables al VIH/SIDA.

VIII.3. Aplicación de Derechos Humanos específicos ante el VIH/SIDA

La aplicación de estos derechos, deben ser en el marco del significado de las particularidades nacionales y regionales y los distintos patrimonios históricos, culturales y religiosos.

⁶³ Bolivia, ratifica su intervención de entre estos convenios.

a) No discriminación e igualdad ante la ley

La normativa internacional de derechos humanos garantiza el derecho a la igualdad ante la ley y a la no discriminación, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. La discriminación por cualquiera de estos motivos no sólo es injusta en sí, sino que crea y mantiene condiciones que conducen a la vulnerabilidad social a la infección por VIH, en particular la falta de acceso a un entorno favorable que promueva el cambio de conductas y permita a las personas hacer frente al VIH/SIDA.

La Comisión de Derechos Humanos ha confirmado que la expresión "o cualquier otra condición social" en las disposiciones no discriminatorias debe entenderse que comprende el estado de salud, incluida la situación respecto del VIH/SIDA, los Estados no deben discriminar a las personas afectadas por el SIDA o a los miembros de grupos que se consideren amenazados de infección teniendo en cuenta su situación real o presunta respecto del VIH. El Comité de Derechos Humanos ha confirmado que el derecho a la protección igual de la ley prohíbe la discriminación de jure o de facto en las esferas reguladas y protegidas por las autoridades públicas, y que una diferencia de trato no es necesariamente discriminatoria si se basa en criterios razonables y objetivos.

b) Derechos humanos de la mujer

La discriminación de la mujer de jure y de facto la hace excesivamente vulnerable al VIH/SIDA.

En lo que respecta a la prevención y tratamiento de la infección, los

derechos de las mujeres y de las niñas a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, a la educación, a la libertad de expresión y a la libertad de recibir y difundir libremente información deben hacerse extensivos a la igualdad de acceso a la información, la educación, los medios de prevención y los servicios de salud relacionados con el VIH.

La prevención y cuidado del VIH/SIDA en el caso de la mujer suelen estar socavados por ideas erróneas generalizadas sobre la transmisión y epidemiología del VIH. Hay una tendencia a estigmatizar a la mujer como "vector de enfermedades", cualquiera que sea el origen de la infección.

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer obliga a los Estados Partes a tratar todos los aspectos de la discriminación de la mujer en la ley, en la política y en la práctica. También se obliga a los Estados a tomar medidas apropiadas para modificar las pautas sociales y culturales basadas en ideas de superioridad e inferioridad y en papeles estereotipados del hombre y la mujer. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, que vigila la aplicación de la Convención, ha destacado la relación entre la función reproductiva de la mujer, su posición social subordinada y su creciente vulnerabilidad a la infección por el VIH.

c) Derechos humanos de los niños

Los derechos de los niños están protegidos por todos los instrumentos internacionales de derechos humanos y en particular por la Convención sobre los Derechos del Niño, que da una definición internacional del niño como "todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad" (art. 1). La Convención reafirma que los niños tienen derecho a muchos de los derechos que protegen a los adultos (los derechos a la vida, a la no

discriminación, a la integridad de la persona, a la libertad y la seguridad, a la intimidad, al asilo, a la libertad de expresión, a la asociación y reunión, y a la educación y la salud), además de los derechos particulares para los niños establecidos por la Convención.

Muchos de estos derechos son relevantes para la prevención, el cuidado y el apoyo de los niños respecto del VIH/SIDA, la libertad de pedir, recibir e impartir información e ideas de todo tipo y el derecho a la educación proporcionan al niño el derecho a dar y recibir toda la información relacionada con el VIH que necesitan para evitar la infección y hacer frente a su situación, si están infectados.

d) Derecho a contraer matrimonio, a fundar una familia y a la protección de la familia.

El derecho a contraer matrimonio y a fundar una familia comprende el derecho de "los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil,... sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia", a disfrutar de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio, y a que el Estado y la sociedad protejan a la familia como "el elemento natural y fundamental de la sociedad".

Por tanto, el derecho de las personas con el VIH/SIDA, son infringidos cuando se realizan pruebas prematrimoniales obligatorias, o el requisito de "certificados de no padecer el SIDA" o ambos, como condiciones previas para otorgar legalmente licencias matrimoniales que se dan en otros estados.

El aborto o la esterilización forzosos de las mujeres con el VIH infringen el derecho humano a fundar una familia, así como el derecho a la libertad y la

integridad de la persona. Finalmente se debe garantizar la igualdad de derechos de la mujer en el seno de la familia.

e) Derecho a la intimidad de la vida privada

El artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos dispone que "nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques".

El derecho a la intimidad de la vida privada comprende obligaciones relativas a la intimidad física, en particular la obligación de pedir el consentimiento, fundado para las pruebas del VIH y la intimidad de la información, en particular la necesidad de respetar la confidencialidad de todo lo relativo a su situación respecto del VIH, aspecto que tiene su funcionalidad en la prueba de Elisa, aunque las etapas de Pre y Post consejería que lleva adelante el ITS.

El interés de la persona en su intimidad es particularmente importante respecto del VIH/SIDA, en primer lugar, por el carácter agresivo e impactante de la prueba del VIH para el propio paciente y en segundo lugar, por el estigma y la discriminación, que acarrearán la pérdida de intimidad y confidencialidad si se revela su situación respecto del VIH.

El interés de la salud pública no justifica las pruebas o la inscripción registral del VIH con carácter obligatorio, salvo en caso de donaciones de sangre, órganos o tejidos en los que se analiza no la persona sino el producto humano antes de utilizarlo en otra persona. Toda la información sobre la prueba serológica del VIH de la sangre o del tejido donados debe mantenerse también estrictamente confidencial.

Es deber del Estado, el proteger el derecho a la intimidad, que comprende la obligación de garantizar que se apliquen salvaguardias adecuadas para que no se realicen pruebas sin consentimiento fundado, que se proteja la confidencialidad, particularmente en el ámbito de la salud y el bienestar social.

El Comité señaló también que la referencia al "sexo" que figura en el artículo 26 del Pacto, que prohíbe la discriminación por diversos motivos, incluye la "inclinación sexual". Esa penalización no sólo menoscaba el derecho a la intimidad sino que impide la educación la labor preventiva del VIH/SIDA.

f) Derecho a disfrutar de los adelantos científicos y de sus aplicaciones

El derecho disfrutar de los adelantos científicos y de sus aplicaciones es importante en relación con el VIH/SIDA dado los rápidos y constantes adelantos de los análisis, las terapéuticas y la elaboración de una vacuna. Los adelantos científicos relevantes para el VIH/SIDA conciernen a la seguridad del suministro de medicamentos que sean los suficientes para el tratamiento de los PVVS.

Ahora bien, los países en desarrollo padecen graves carencias que limitan no sólo el acceso a esos adelantos científicos, sino también la disponibilidad de medios de profilaxis del dolor y de antibióticos para tratar las enfermedades relacionadas con el VIH. Además, determinados grupos sociales marginalizados o en situación desventajosa pueden tener un acceso limitado, o ningún acceso en absoluto, a los tratamientos existentes contra las enfermedades relacionadas con el VIH o a las pruebas clínicas o de elaboración de vacunas. Preocupa hondamente la necesidad de compartir equitativamente, en lo posible, entre los Estados, los

medicamentos y tratamientos básicos, así como las terapéuticas más caras y complejas.

Según la representante de la RedBol, en algunos países se han patentado los antiretroviricos que se suministran a los a pacientes de VIH/SIDA, solo con los fines de lucro de los laboratorios que las producen.

g) Derecho a la libertad de circulación

El derecho a la libertad de circulación comprende el derecho de toda persona que se encuentre legalmente en el territorio de un Estado a la libertad de circulación dentro de ese Estado y a la libertad de elegir residencia, así como el derecho de los nacionales a salir del propio país y entrar en el mismo. Igualmente, el extranjero que se encuentre legalmente en un Estado sólo puede ser expulsado por una decisión legítima con las debidas garantías procesales.

No hay razones de salud pública para limitar la libertad de circulación o de la elección de residencia por motivos de la situación respecto del VIH. Según el Reglamento Sanitario Internacional vigente, la única enfermedad que requiere un certificado internacional de viaje es la fiebre amarilla. Por tanto, cualquier limitación de estos derechos fundada exclusivamente en la situación real o presunta respecto del VIH, inclusive la prueba del VIH para los viajeros internacionales, es discriminatoria y no puede justificarse por razones de salud pública.

h) Derecho a pedir asilo y a disfrutar de él

Toda persona tiene derecho a pedir asilo y a disfrutar de él en otros países frente a la persecución. Según la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 y en virtud del derecho consuetudinario internacional,

los Estados, de conformidad con el principio de no devolución, no pueden devolver a un refugiado a un país en el que será perseguido. Por tanto, los Estados no pueden devolver a un refugiado que será objeto de persecución por su situación respecto del VIH. Además, cuando el trato de las personas que tengan VIH/SIDA pueda considerarse que equivale a persecución, ello puede constituir fundamento para reunir los requisitos de la condición de refugiado.

En marzo de 1988 el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados publicó unas directrices en las que se dice que los refugiados y los solicitantes de asilo no deberán ser objeto de medidas especiales respecto de la infección por el VIH y que no hay justificación para utilizar pruebas que excluyan a los individuos infectados por el VIH de la concesión de asilo.

i) Derecho a la libertad y a la seguridad de la persona

El artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos dispone que: "Todo individuo tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales. Nadie podrá ser sometido a detención o prisión arbitrarias. Nadie podrá ser privado de su libertad, salvo por las causas fijadas por ley y con arreglo al procedimiento establecido en ésta".

No pueden tomarse medidas que afecten el derecho a la libertad y la seguridad de la persona simplemente por su situación respecto del VIH, aplicando medidas tales como la cuarentena, la detención en colonias especiales o el aislamiento. No hay razones de salud pública que justifiquen esa privación de libertad.

j) Derecho a la educación

El artículo 26 de la Declaración Universal de Derechos Humanos en parte dice que "Toda persona tiene derecho a la educación... La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales. Favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad...". Este derecho comprende tres aspectos generales que son aplicables al problema del VIH/SIDA.

El Estado tiene obligación de velar por que, dentro de su tradición cultural y religiosa, se faciliten los medios apropiados para que en los programas de enseñanza académicos y extra académicos; debe procurar que a los niños y adultos con el VIH/SIDA no se les deniegue discriminatoriamente el acceso a la educación, ni sean objeto de restricciones por su situación.

Los Estados por medio de la educación, deben promover la comprensión, el respeto, la tolerancia y la no discriminación respecto de las personas con VIH/SIDA.

k) Libertad de expresión e información

El artículo 19 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos declara en parte que "Toda persona tiene derecho a la libertad de expresión; este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole,..." Por tanto, este derecho comprende el derecho a buscar, recibir y difundir información relacionada con la prevención y atención médica del VIH/SIDA.

Los Estados están obligados a procurar que se elabore y difunda información adecuada y eficaz sobre los métodos de prevención de la transmisión del VIH con destino a diferentes ambientes multiculturales y

tradiciones religiosas. Los medios de comunicación deben ser respetuosos con los derechos humanos y la dignidad humana, en particular el derecho a la intimidad y al uso de términos adecuados al informar sobre el VIH/SIDA. La información sobre el VIH/SIDA por los medios de información debe ser exacta, fáctica y sensible, y debe evitar los estereotipos y la estigmatización.

l) Libertad de reunión y asociación

El artículo 20 de la Declaración de Derechos Humanos dispone que: "Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas".

La libertad de reunión y de asociación con otros es esencial para la formación de grupos de testimonio, de protección de intereses y de autoayuda que representen los intereses y satisfagan las necesidades de los distintos grupos afectados por el VIH/SIDA, en particular las personas que lo padecen.

Además, debe protegerse a las personas que tienen el VIH/SIDA frente a toda discriminación directa o indirecta por su situación respecto del VIH a los efectos de su admisión en organizaciones de empleadores o sindicatos, su permanencia en los mismos y la participación de sus actividades, de conformidad con los instrumentos de la OIT sobre la libertad de asociación y de negociación colectiva. Al mismo tiempo, los sindicatos y las organizaciones de empleadores pueden ser factores importantes para suscitar la toma de conciencia sobre el problema del VIH/SIDA y para hacer frente a sus consecuencias en el lugar de trabajo.

m) Derecho a la participación en la vida política y cultural

El ejercicio del derecho a participar en la dirección de los asuntos públicos

así como en la vida cultural, es esencial para garantizar la participación de la mayoría de los afectados por el VIH/SIDA en la elaboración y aplicación de las políticas y programas relacionados con el VIH.

Estos derechos humanos están reforzados por el principio de la democracia participativa y el Estado Social de Derecho, que conlleva la participación de las personas con el SIDA y de sus familias, las mujeres, los niños y los grupos vulnerables al VIH/SIDA en el diseño y aplicación de los programas que serán más eficaces, ajustándolos a las necesidades específicas de esos grupos.

Las personas con el VIH/SIDA tienen derecho a la propia identidad cultural y a diversas formas de creatividad, como medio de expresión artística y como medio terapéutico. Cada vez se reconoce más la expresión de la creatividad como vehículo popular de impartir información sobre el VIH/SIDA, como medio de combatir la intolerancia y como forma terapéutica de solidaridad.

n) Derecho al más alto nivel posible de salud física y mental

El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental comprende, entre otras cosas "la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas" y "la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Para cumplir esas obligaciones en lo relativo al VIH/SIDA, los Estados deberían garantizar que se suministren información, educación y apoyo adecuados respecto del VIH, incluida la posibilidad de beneficiarse de los servicios que se ocupan de las enfermedades de transmisión sexual, de los medios de prevención, como los preservativos y el material de inyección inocuo, y de la realización de la prueba del VIH con carácter voluntario y

confidencial y el asesoramiento antes y después de ésta, para que las personas puedan protegerse y proteger a los demás de la infección.

Los Estados están en la obligación de garantizar el suministro de sangre sana y la aplicación de "precauciones habituales" para impedir la transmisión del virus en hospitales, consultorios médicos, consultorios dentales o clínicas de acupuntura, así como fuera del ámbito institucional, por ejemplo, el parto en el hogar.

Se debe garantizar la posibilidad de recibir tratamiento y medicamentos adecuados, dentro de su política general de salud pública, de modo que las personas con el VIH/SIDA puedan vivir lo más posible y lo más normalmente posible. Es fundamental el apoyo internacional, tanto del sector público como del privado, para que los habitantes de los países en desarrollo afectados por el VIH tengan cada vez más la posibilidad de recibir atención médica y disfrutar de equipo, tratamientos y medicamentos adecuados.

o) Derecho a un nivel de vida adecuado y a la seguridad social

El artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos dispone que "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la atención médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad". El disfrute del derecho a un nivel de vida adecuado es fundamental para reducir la vulnerabilidad al riesgo de infección por el VIH/SIDA y sus consecuencias.

Es particularmente importante para atender las necesidades de las personas con el VIH/SIDA, debería ser prioridad del Estado favorecer el acceso a esos servicios en la asignación de recursos; las personas con el VIH/SIDA deberían tener derecho a trato preferencial por su difícil situación.

Fundado en este derecho, el Estado debe adoptar medidas para que a las personas con el VIH/SIDA, no se les niegue un nivel de vida adecuado o servicios de seguridad social y apoyo a causa de su estado de salud.

Un Seguro de Salud para aquellos que padecen VIH/SIDA, debe ser entendida entonces como prioridad, adecuándose para ello el Sistema de Seguridad Social.

p) Derecho al trabajo

"Toda persona tiene derecho al trabajo... [y] a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo". El derecho al trabajo entraña el derecho de toda persona a obtener un empleo sin otros requisitos que la competencia profesional requerida.

Este derecho se infringe cuando se exige a quien solicita trabajo o está empleado que se someta a la prueba del VIH, o se le niega el empleo, se la despide o se le niega la posibilidad de cobrar sus prestaciones si el resultado de la prueba es positivo.

Como parte de unas condiciones de trabajo favorables, los trabajadores tienen derecho a condiciones de trabajo seguras e higiénicas. "En la gran mayoría de ocupaciones y de lugares de trabajo, el trabajo no entraña ningún riesgo de adquirir o transmitir el VIH entre los trabajadores, de un trabajador a un cliente, o de un cliente al trabajador". En particular, los trabajadores del sector de la salud deben recibir formación adecuada sobre

las precauciones generales para evitar la transmisión y los medios para aplicarlas.

q) Derecho a no ser sometido a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

El derecho a no ser sometido a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes puede plantearse en dos situaciones relacionadas con el VIH/SIDA, a saber, el tratamiento de los presos y la violencia contra la mujer.

La pena de privación de libertad no debería provocar la pérdida de los derechos humanos o la dignidad. En particular, el Estado, por medio de las autoridades penitenciarias, tiene el deber de cuidar a los presos, lo que entraña el deber de proteger los derechos a la vida y a la salud de todas las personas privadas de libertad.

Negar a los reclusos la posibilidad de recibir información, educación y medios de prevención (desinfectante, preservativos, material de inyección inocua) con respecto al VIH, la prueba voluntaria y el asesoramiento, la confidencialidad y la atención médica en materia de VIH, podrían constituir tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Lo único que justificaría la segregación de los presos con el VIH/SIDA del resto sería la preservación de su propia salud. Debería considerarse la posibilidad de que los presos en fase terminal de una enfermedad, en particular el SIDA, sean excarcelados anticipadamente y reciban adecuado tratamiento fuera de la cárcel.

Todas las formas de violencia contra la mujer en tiempo de paz y en los conflictos armados aumentan la vulnerabilidad de mujeres y niños al VIH.

Esa violencia, que constituye un trato cruel, inhumano y degradante, comprende, entre otras acciones, la violencia sexual, la violación (en el matrimonio o fuera de él) y otras formas de coerción sexual, así como las prácticas tradicionales que afectan a la salud de mujeres y niños. Los Estados tienen la obligación de proteger a las mujeres y los niños frente a la violencia sexual, tanto en la vida privada como en la vida social.

VIII.4. Declaración de los Derechos Fundamentales de las PVVS

Independientemente de la preocupación de las instituciones de cooperación a nivel internacional, las propias personas que padecen del VIH/SIDA, hicieron su pronunciamiento mediante una Declaración Propia a los derechos fundamentales de pacientes de VIH/SIDA en la Conferencia que se realizó en Montreal, Canadá - 1988.

Los considerandos base fueron:

- Que el SIDA, desde el punto de vista de la medicina, es una enfermedad como otras.
- Que el SIDA es una epidemia mundial y que es preciso un esfuerzo colectivo mundial para detenerla.
- Que no existe peligro de contagio del SIDA, excepto a través de relaciones sexuales sin precauciones adecuadas, de la transfusión de sangre infectada y de la transmisión de la madre infectada al feto o al bebé.

- Que desde el punto de vista planetario es la Humanidad la que se encuentra seropositiva, no existiendo una "minoría" de pacientes . Que contra el pánico, los preconceptos y la discriminación, la práctica solidaria es esencial.

El texto de la proclamación es:

*Todas las personas tienen derecho a la información clara, exacta y científicamente fundada acerca del SIDA, sin ningún tipo de restricción. Las personas con VIH tienen derecho a la información específica sobre su condición de tales.

*Toda persona que vive con VIH tiene derecho a la asistencia al tratamiento, suministrados ambos sin ninguna restricción y garantizando su mejor calidad de vida.

*Ninguna persona que vive con VIH será sometida a aislamiento, cuarentena o cualquier tipo de discriminación.

*Nadie tiene derecho a restringir la libertad o los derechos de las personas por el único motivo de ser éstas personas que viven con VIH, cualquiera sea su raza, nacionalidad, religión sexo u orientación sexual.

* Toda persona que vive con VIH tiene derecho a la participación en todos los aspectos de la vida social. Toda acción que tienda a recusar a las personas que viven con VIH para un empleo, un alojamiento, una asistencia o a privarlos de ello, o que tienda a restringirles la participación en las actividades colectivas, escolares y/o militares, debe ser considerada discriminatoria y penada por la Ley.

* Todas las personas tienen el derecho a recibir sangre y hemoderivados, órganos o tejidos que hayan sido rigurosamente analizados y comprobada en ellos la ausencia del virus del SIDA. Nadie podrá hacer referencia a enfermedad de alguien, pasada o futura, o al resultado del análisis para el SIDA, sin el consentimiento de la persona involucrada. La privacidad de la persona con VIH deberá ser asegurada por todos los servicios médicos y asistenciales.

* Nadie será sometido compulsivamente, en ningún caso, a los análisis para el SIDA. Estos deberán ser usados exclusivamente para fines diagnósticos, para el control de transfusiones y transplantes para estudios epidemiológicos, pero jamás para ningún tipo de control de personas o poblaciones. En todos los casos de análisis, los involucrados deberán ser informados por un profesional competente. Toda persona que vive con VIH tiene derecho a comunicar su estado de salud o el resultado de sus análisis sólo a las personas que él desee hacerlo.

* Toda persona que vive con VIH tiene derecho a la continuación de su vida civil, profesional, sexual y afectiva. Ninguna acción podrá restringir sus plenos derechos de ciudadanía.

IX.DIRECTRICES INTERNACIONALES SOBRE VIH/SIDA Y LOS DERECHOS HUMANOS

Las Directrices Internacionales constituyen un conjunto de recomendaciones que son generados en un Marco Internacional de Naciones Unidas para influenciar las políticas de derechos humanos en los niveles nacional, regional e internacional con la finalidad de lograr un entendimiento entre la compleja relación de la salud pública y los derechos humanos con relación al VIH/SIDA.

La primera Consulta internacional sobre el SIDA y los derechos humanos se celebró en Ginebra del 26 al 28 de julio de 1989. En el informe de esta primera consulta, ya se propuso que se elaboraran directrices para ayudar a los encargados de formular políticas y a otros a cumplir las normas internacionales de derechos humanos en lo que se refería a la legislación, la práctica administrativa y la política.

En 1998, se realiza la segunda Consulta Internacional sobre VIH/SIDA, en esta la Oficina del alto Comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) publicaron las Directrices internacionales sobre VIH/SIDA y los derechos humanos. Estas directrices se basan en el asesoramiento para integrar los principios y normas internacionales de la legislación sobre derechos humanos en la respuesta al VIH/SIDA.

IX.1.Sexta Directriz

Los Estados deberían adoptar medidas de políticas que regulen los bienes, servicios e información relacionados con el VIH, de modo que haya suficientes medidas y servicios de prevención, adecuada información para la prevención y atención de los casos de VIH y medicación inocua y eficaz a precios asequibles.

Desde su publicación, en 1998, las Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos han proporcionado orientación política a gobiernos, organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales y grupos de la sociedad civil con respecto al desarrollo y aplicación de estrategias nacionales eficaces para combatir el VIH/SIDA. La

Comisión de Derechos Humanos ha solicitado a los Estados que tomaran todas las medidas necesarias para asegurar el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos en relación con el VIH/SIDA contenidos en las directrices, e instado a que aseguraran que su legislación, sus políticas y prácticas obedecieran a estas directrices.

En particular, los gobiernos podrían beneficiarse de directrices que describan claramente cómo aplicar las normas de derechos humanos en la esfera del VIH y el SIDA e indiquen cuáles son las medidas concretas y específicas que deben adoptarse, tanto desde el punto de vista de la legislación como de la práctica

En julio de 2002, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el ONUSIDA convocaron a la Tercera Consulta Internacional sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos, para actualizar las Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos.

En la tercera consulta participaron también representantes fundamentales del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Banco Mundial, con el propósito de actualizar la Sexta Directriz.

En la tercera consulta se revisaron los progresos en materia de tratamiento relacionado con el VIH/SIDA y medicación antirretrovírica, la actual disparidad mundial en cuanto a acceso al tratamiento, así como el desarrollo político y jurídico desde la elaboración de las directrices en 1996. El mandato

de la tercera consulta se limitó al estudio de los cambios que se habían producido desde la segunda consulta de 1996 en relación con la Sexta Directriz.

IX.2.Sexta directriz revisada

La Sexta Directriz revisada ofrece orientación política pertinente y actualizada basada en el estado actual de la legislación internacional y en las experiencias prácticas de ámbito nacional. Se apoya en las siguientes premisas básicas:

- El acceso al tratamiento relacionado con el VIH/SIDA es fundamental para hacer efectivo el derecho a la salud;
- La prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo son una secuencia continua;
- El acceso a la medicación es un elemento del tratamiento, la atención y el apoyo integrales;
- La garantía del acceso sostenible a la medicación exige la acción de múltiples frentes; y
- La cooperación internacional es fundamental para hacer efectivo el acceso equitativo a la atención, tratamiento y apoyo de todos los que lo necesitan.

Los Estados deberían adoptar medidas de políticas que regulen los bienes, servicios e información relacionados con el VIH, de modo que haya suficientes medidas y servicios de prevención, adecuada información para la prevención y atención de los casos de VIH y medicación inocua y eficaz a precios asequibles.

También deberían tomar las medidas necesarias para asegurar a todas las personas, sobre una base sostenida e igualitaria, el suministro de y la accesibilidad a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH/SIDA, incluidos la terapia antirretrovírica y otros medicamentos, pruebas diagnósticas y tecnologías relacionadas seguras y eficaces para la atención preventiva, curativa y paliativa del VIH/SIDA, de las infecciones oportunistas y de las enfermedades conexas, las medidas deberían ser tanto en los niveles nacionales como internacionales, prestando especial atención a las personas y poblaciones vulnerables.

CAPITULO V

FUNDAMENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SEGURO DE SALUD POR PARTE DEL ESTADO PARA PERSONAS CON VIH/SIDA

En este capítulo, se presentan razones que evidencian en la realidad empírica la actual atención de la salud a las PVVS, aspecto que respalda la existencia del Seguro de Salud, en razón a la evidencia social.

I. DERECHOS Y PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES

La atención de de PVVS, mediante un Seguro de Salud con carácter integral y universal, tiene inicialmente fundamento en una interpretación de criterio amplio a los Derechos, Principios Constitucionales y Derechos Humanos.

I.1. El Derecho a la Vida y la Seguridad Social

La norma constitucional del Estado Boliviano, ha definido a la vida como el bien jurídico mas importante que pueda y deba ser tutelado por las leyes, le ha dado el rango de valor principal dentro de la escala de los derechos del hombre, sin ella todos los demás derechos resultarían inútiles y en esa medida el Estado se hace responsable de su tutela mediante un adecuado ordenamiento jurídico.

Siendo el derecho a la vida, el origen de donde emergen los demás derechos, su ejercicio no puede ser obstaculizado por procedimientos burocráticos ni sujetos a recursos previos. Para el ejercicio real y efectivo de ese importante derecho, el art. 158, fija al “Estado a defender el capital humano, protegiendo la salud de la población asegurando la continuidad de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las personas inutilizadas, obligando al Estado a establecer un régimen de Seguridad Social inspirado en los principios de

universalidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad y eficacia”.

Toda persona tiene derecho al ser y a la existencia, su característica esencial base para el ejercicio de los demás derechos, es la vida misma, es el presupuesto indispensable para que haya titularidad de derechos y obligaciones.

Los derechos constitucionales antes expuestos, en su realidad frente a aquellos PVVS, solo son de carácter dogmático, pues no se materializan ni se hacen efectivos, el principio de universalidad del derecho a la salud, contrariamente son discriminatorios, la solidaridad y la protección al capital humano no es prioridad del Estado.

El Estado tiene la obligación de ofrecer a todas las personas, las prestaciones y servicios necesarios para asegurar igualdad de oportunidades. Que es el fin que persigue el Estado Social de Derecho, brindando condiciones reales de igualdad, en especial para sectores vulnerables de la población.

Las PVVS, no gozan de los mismos derechos que tienen el conjunto de los ciudadanos, pese a que debido al carácter de la enfermedad, las autoridades están en la obligación de darles protección especial, en afanes a garantizar sus derechos humanos y su dignidad.

Según se pudo establecer en el trabajo de campo, existe discriminación y estigmatización hacia las personas que padecen VIH/SIDA, en la prestación de servicios de salud. Los derechos a la igualdad, a la intimidad, al libre desarrollo de la personalidad, al trabajo, a la salud, entre otros, no pueden ser objeto de vulneración o amenaza por parte de autoridades o de los particulares, en muchos casos, como consecuencia exclusiva del temor que despierta la transmisión. Esta reacción negativa debe ser contrarrestada con

una eficaz acción estatal tendiente a suscitar la comprensión y la solidaridad, evitando la expansión de la pandemia.

La salud reviste naturaleza de derecho fundamental, merced a su relación imprescindible con el derecho a la vida y al mínimo vital. La vinculación entre el derecho a la vida y el derecho a la salud, se aprecia con absoluta claridad, ya que la presencia de una patología semejante, además de conducir a la muerte, desmejora la calidad de la vida durante el tiempo al que todavía pueda aspirarse.

La jurisprudencia es reiterativa, cuando ordena que se suministre a los infectados por el VIH y pacientes del SIDA, los medicamentos antiretrovirales que el médico tratante indique. Cuando está de por medio la vida de la persona.

En la realidad empírica social, la prestación gratuita del servicio de salud, constituye un privilegio que se justifica constitucionalmente, la atención integral y gratuita es parte de la protección especial a cargo del Estado, cuando la ausencia de medios económicos le impide a la persona aminorar el sufrimiento, la discriminación y el riesgo social que le implica sufrir una enfermedad terminal, transmisible, incurable y mortal.

El acceso al tratamiento del VIH/SIDA, es primordial para hacer realidad el derecho fundamental a la salud; conforme a los derechos humanos reconocidos en los acuerdos internacionales, el Estado boliviano tiene la obligación de adoptar medidas legislativas, presupuestarias y administrativas positivas que impulsen progresivamente el derecho a nivel de salud de mayor calidad posible. Invariablemente ese compromiso debe emparejarse con los recursos necesarios para brindar las prestaciones necesarias, incluidas los procedentes de donantes y de la comunidad internacional.

Continuando con esta valoración de los derechos constitucionales, en el Estado Social de Derecho, los principios de la dignidad humana y solidaridad social, vistos teleológicamente, tienen la finalidad esencial de promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los derechos, deberes y principios constitucionales.

El deber del Estado de tomar medidas precisamente con relación a la protección de la vida de las personas vulnerables e indefensas, en situación de riesgo.

I.2. El derecho a la salud

La salud es un derecho, consagrado en numerosos tratados internacionales de derechos humanos, y en virtud de lo que dispone el Art., 35 de la Constitución Política del Estado, adquiere una categoría de derecho constitucional.

El derecho a la salud es un derecho fundamental, que debe ser resguardado con mayor razón cuando se encuentra en conexitud con el primigenio derecho a la vida o a la dignidad humana, especialmente en el caso de personas vulnerables de la población, como son los niños, las personas con discapacidad, de la tercera edad y los enfermos terminales.

Asimismo, el derecho a la salud es aquel derecho por virtud del cual la persona humana y los grupos sociales “especialmente la familia” como titulares del mismo, pueden exigir de los órganos del Estado, en cuanto sujetos pasivos, que establezcan las condiciones adecuadas para que aquellos puedan alcanzar un estado óptimo de bienestar físico, mental y social y garanticen el mantenimiento de esas condiciones.

El derecho a la salud no significa solamente el derecho a estar en contra de la enfermedad, sino el derecho a una existencia con calidad de vida.

I.2.1.La salud como derecho humano

Los autores de manera general indican que: " la salud es la ausencia de enfermedad", pero en otra concepción la Organización Mundial de la Salud la define como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de dolencia o enfermedad".

Estas definiciones continúan enriqueciéndose con las Declaraciones y Planes de Acción de las Conferencias Mundiales de Naciones Unidas, que definieron lo que se entiende por salud sexual y salud reproductiva.

La salud tiene la característica de ser por un lado un derecho en sí mismo y por el otro, ser condición habilitante para el ejercicio de otros derechos. En ningún otro derecho como en la salud se observa la interdependencia entre los derechos tan claramente, ya que a la vez, la salud depende de otros derechos.

No siempre la salud fue considerada un derecho. Un síntoma de las dificultades para consagrarlo como tal, lo da el hecho de que cuando hubo que plasmar en tratados obligatorios los derechos consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se los dividió en dos pactos: por un lado los derechos civiles y políticos, cuya obligatoriedad era inmediata y por el otro los derechos económicos, sociales y culturales, (dentro de los que se encuentra la salud) a los que el Estado debe proveer de manera progresiva, en la medida que cuente con los recursos necesarios.

El derecho a la salud aparece en el Pacto Internacional de los derechos económicos, sociales y culturales, las posibilidades de exigir al Estado su cumplimiento tienen las mismas dificultades que la mayoría de los derechos humanos.

El problema es que la obligación de adoptar medidas es un poco extenuada y los Estados han olvidado que si bien los derechos debían lograrse de manera paulatina, el objetivo debía adoptarse dentro de un plazo razonablemente breve tras la entrada en vigor del pacto.

La obligación de progresividad implica la de no regresividad. Dicho en otras palabras, no se puede retroceder en la implementación, o tomar medidas que disminuyan este derecho.

En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena, en 1993, se concluye que estos derechos tienen la misma categoría, importancia, origen, titular y destinatario que los demás; pertenecen a todos los miembros de la familia humana (universales) y son reclamables al Estado, obligado a su promoción y protección. De hecho, según algunos autores, existen niveles de obligaciones estatales que son comunes a ambas categorías de derechos.

El derecho a la salud "no debe entenderse como un derecho a estar sano". Según el Comité de los Derechos Económicos, sería muy difícil que los Estados "pudieran garantizar la buena salud y brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona."

"Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una escala de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud."

El derecho a la salud conlleva de fondo libertades y derechos. Entre las libertades figura la de toda persona a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica; la de no padecer injerencias; el estar libre de torturas o de padecer tratamientos médicos no consensuales. Entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud, dentro de un Estado de Derecho, que impida las discriminaciones de todo tipo.

El consecuencia el derecho a la salud está consagrado en numerosos instrumentos de derecho internacional. La Declaración Universal de Derechos Humanos lo insta en el artículo 25, párrafo 1, cuando afirma que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". También está reconocido en el inciso IV, apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación Racial, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979.

I.3. Protección del Estado al Capital Humano

La Constitución Política del Estado en su Art. 158 establece la obligación que tiene el Estado Boliviano en la defensa y protección del capital humano. El SIDA en su condición de enfermedad sin posibilidad de curación, destruye el

capital humano, cobrándose vidas de personas económicamente activas. Según datos proporcionados por el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, la transmisión del VIH en Bolivia se da entre las edades de 16 a 25 años de edad.

Debido a la naturaleza de la transmisión de la infección del VIH, el programa ITS/VIH-SIDA, indica que “el 89 % de la población lo adquirió a través de la vía sexual”⁶⁴, esto significa que quienes se infectaron con el virus, son en general las personas sexualmente activas y en plena edad económicamente productiva, que conllevan con responsabilidades como sostener o apoyar a su grupo familiar.

Mientras continúe en crecimiento el número de personas que padecen de Sida, la demanda de tratamiento para enfermedades oportunistas y antivirales también van en aumento, y consecuentemente en extremo la demanda de camas de hospital. Existe por lo tanto, la necesidad de alcanzar un consenso uniformado y amplio: en la comunidad, el sector salud, entre funcionarios públicos y grupos políticos, para elaborar una estrategia de tratamiento en vistas a preservar el capital humano,

Las consecuencias de la infección van mas halla del ámbito familiar y del comunitario, esta demostrado que la difusión del VIH en la población sexualmente activa, provoca una reducción de la productividad laboral.

Colectivamente, eso determina una pérdida acumulada de recursos humanos que afecta directamente la capacidad para el desarrollo, y una miseria personal y social cada vez más profunda.

⁶⁴ Programa Nacional ITS/VIH-SIDA, datos estadísticos hasta octubre de 2006

I.4. La atención integral, los medicamentos ARV y los derechos humanos

Corresponde al Estado, mediante sus instituciones llevar adelante estudios reales sobre las necesidades que presentan las PVVS en cuanto a asistencia. Igualmente el desarrollo de efectivos programas de prevención a fin de evitar el aumento de casos, así como estudios para intervenciones efectivas en poblaciones vulnerables.

El reconocimiento del acceso a las terapias ARV como derecho humano conlleva a que el suministro se entienda vinculado a la terapia óptima, que comprenda los avances de la ciencia y la tecnología en la materia.

Los derechos a la salud, a la vida y el acceso a la ciencia y tecnología se encuentran estrechamente vinculados con la solicitud de tratamientos ARV. El derecho al acceso a la ciencia y tecnología, entonces permitirá a las PVVS, una garantía de preservación de las condiciones mínimas vitales (derecho a la salud), lo que en estos casos, significara la posibilidad de alargar la vida de estos pacientes, y a largo plazo una eventual cura del mal que les aqueja.

En su enfoque ante el SIDA y el VIH, la ley tiene que proteger dos intereses contrapuestos: debe reconocer el derecho de la población de encontrar protección contra el VIH, y el derecho de las personas de no tropezar con restricciones injustas por padecer VIH/SIDA o estar en riesgo de contraerla. Consiguientemente, la ley debe hallar cierto término medio que a la vez que proteja la salud pública haga otro tanto con la persona, para que esta se sienta libre de buscar tratamiento disponible.

Las políticas de Estado deberían tener la orientación de prioridad nacional, tal como se dio en otros países de la región sudamericana, el caso de Brasil que desafió a las patentes internacionales de los laboratorios produciendo los

medicamentos de tipo genérico con el fin de proteger a su capital humano. En esa línea deberá seguirse en los siguientes pasos:

- Trazar con claridad la relación de principios-objetivos de la norma o bien jurídico protegido por la norma. Sin duda, el objetivo que se pretende alcanzar ha de ser uno de salud pública: en el afán de contener brotes, epidemias o pandemias; de dos maneras
 - a) La protección de la población en general, mediante la prevención y el control de la propagación de la enfermedad.
 - b) La protección del individuo como tal, mediante el tratamiento médico pronto y adecuado de la enfermedad.
- Se debe determinar, que tipo de norma tendría mayor posibilidad de lograr los objetivos de salud pública enunciados.
 - a) Las normas que solo buscan satisfacer los instintos punitivos de una sociedad no augura éxito por el contrario, las normas punitivas solo viene a sumarse a la aflicción de los pacientes de SIDA, provocada por este mal, la discriminación y estigmatización de que son objeto, con la tendencia a reforzar una mentalidad perjudicial para la PVVS. Será por demás contraproducentes, en la medida en que promoverán en la comunidad no infectada un sentimiento de falsa seguridad, cuyo correlativo casi inmediato es la disminución en las medidas de seguridad, afectando las posibilidades de proteger globalmente a la población no infectada.
 - b) La alternativa parece un tanto obvia: normas jurídicas cuyos propósitos de desarrollar los objetivos de salud pública trazados previamente. Esto significa que si toda norma jurídica ha de

responder explícita o implícitamente a un principio ético-jurídico, es menester traducir los mencionados objetivos de salud pública en términos de principios ético jurídicos a ser desarrolladas por las normas jurídicas cumplirá con su cometido de traducir lo dictado por lo ético-jurídico en pautas y prácticas sociales específicas.

Este enfoque, basados en principios ético- jurídicos que las normas sobre SIDA y la infección por el VIH deben honrar, permite apreciar la sensibilidad y el respeto que cada sociedad acuerda a los valores que influyen y permiten el ordenamiento jurídico y social.

En esta medida, las normas serán instrumentos jurídicos – formales que tutelan el libre seguro desenvolvimiento del individuo en una estructura social, al tiempo que limita el alcance de la actividad puramente individual mediante las medidas de justicia social exigidas por cada sociedad determinada.

II. FUNDAMENTOS DE HECHOS SUCEDIDOS

Desde que se reportara en el año 1984 el primer caso de SIDA hasta finalizada la gestión 2005, el Programa ITS/VIH-SIDA, ha registrado un total de 1800 PVVS; de los cuales 522 corresponden a notificaciones de VIH, y 900 ya fallecieron como consecuencia de SIDA.

La cifra es de carácter oficial, pero debe tenerse en consideración la forma en que se recogen estos datos, que tienen su naturaleza en la voluntad de las personas (es un acto voluntario el realizarse la prueba de Elisa); independientemente de que el realizarlo es voluntario, la misma esta sujeta a los costos que demanda. Por principios de intimidad y privacidad el Estado debería impulsar su gratuidad.

A nivel nacional, la prueba de Elisa (método para la detección de VIH/SIDA), ES llevada adelante por los Programas ITS/VIH-SIDA Departamentales, y el INLASA,

estas instancias limitan la realización de la prueba por el costo con el que operan; a decir de la directora Programa ITS/VIH-SIDA Departamental La Paz, Dra. Ana Rosa Vargas, los costos son:

Institución	Costo
INLASA	97.00 Bolivianos
Centro Piloto	17.00 Bolivianos

* Relación del costo de la prueba de Elisa

Fuente: Entrevista Dra. Ana Rosa Vargas / Programa ITS/VIH-SIDA Departamental La Paz

Este aspecto del costo, en relación a la voluntad de toda persona de realizarse la prueba de Elisa y la poca difusión de la necesidad de la misma, desemboca en la clandestinidad y anonimato de aquellos portadores o transmitidos de VIH en una cifra negra que no se la conoce, de manera extraoficial se supo que a la Clínica Rengel de la ciudad de La Paz, llegaron pacientes con tuberculosis o diarreas (enfermedades oportunistas), pero que al no poder contener a las mismas se realizó la prueba de Elisa a tales pacientes y dieron positivo con SIDA, los mismos no se habían hecho la prueba con anterioridad por que desconocían de su padecimiento y de la existencia de la prueba.

En el contexto internacional, se tiene tanto al VIH y SIDA como asunto de prioridad, este aspecto fue bastante abordado en las diferentes declaraciones y resoluciones de organismos e instituciones comprometidos con los derechos humanos y de los cuales Bolivia es parte. Las posiciones son claras cuando los Estados miembros son obligados a adecuar sus normas en materia de Salud y Seguridad Social, permitiendo que se asista a aquellos pacientes de VIH/SIDA.

Las sugerencias ratificadas por el Estado Boliviano, quedaron ahí (en sugerencias), aunque se resalta que adquirieron la relevancia constitucional correspondiente en razón al art. 35 de la Constitución Política del Estado, las políticas de Estado desorientaron su atención, seleccionaron entre prevención y tratamiento, y apostaron por la prevención que se resumió según las PVVS a la

distribución de Condones en tiempos de Carnaval y el Día Internacional del SIDA, este aspecto se pudo evidenciar en lo sucedido en tiempos de carnaval del año 2007, cuando se hizo una gran campaña por la forma de uso del condón, si bien es evidente que la mayor parte del contagio es por la vía sexual esta no es la única, se deja de lado la prevención a las otras formas de transmisión, que son la vía materno fetal, por la transfusión de sangre y el uso de instrumental de intervención medico, sea este en intervenciones clínicas o tatuajes caseros.

La prevención y el cuidado de la salud publica en Bolivia, se reviste de la formalidad en algunos de los seguros existentes, sobretexto de la Salud de la Comunidad y el Riesgo de Contagio además del costo del tratamiento, no se atiende según el principio de universalidad, existe una discriminación la Representante de la REDBOL, indica que no se brinda la atención suficiente.

Según testimonios, la atención mas deficiente se la tiene en la Caja Nacional de Salud, donde existe discriminación en cuanto al trato, según el argumento del costo de los medicamentos y el riesgo de contagio.

El máximo tribunal de la Nación, Tribunal Constitucional, ha sentado jurisprudencia sobre el tipo de atención que deben recibir aquellos pacientes de VIH/SIDA, en relación a sus derechos fundamentales de la vida, la salud y la obligatoriedad del Estado en la atención de la Seguridad Social con carácter universal y solidario, independientemente de argumentos de contraposición de otros bienes jurídicos, la Sentencia Constitucional N° 26/2003-R de 8 de enero, realiza la siguiente valoración:

“Siendo el derecho a la vida, el origen de donde emergen los demás derechos, por lo que su ejercicio no puede ser obstaculizado por procedimientos burocráticos ni sujetos a recursos previos. La Ley fundamental instituye mecanismos de protección para el ejercicio real y efectivo de ese importante derecho, cuando en su artículo 158, obliga al Estado a defender el capital humano, protegiendo la

salud de la población asegurando la continuidad de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las personas inutilizadas, obligando al Estado a establecer un régimen de Seguridad Social inspirado en los principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad y eficacia”.

La sentencia se pronuncia, en situaciones de un recurso de Amparo Constitucional presentado por una persona infectada con el VIH, contra el Seguro Social Militar, por haberle suspendido el tratamiento de los antirretrovirales, aclarando además que corren a cargo del Ministerio de Salud, las prestaciones de los medicamentos.

III. FUNDAMENTOS EMPÍRICOS

En razón de los objetivos mas la hipótesis de la investigación planteados, se diseño un trabajo de campo referido a la recolección de evidencia empírica sobre el VIH/SIDA, el mismo fue llevado adelante en la ciudad de La Paz, del departamento de La Paz.

Existen datos referenciales del Programa ITS/VIH-SIDA Departamental La Paz, donde se refiere a que en Bolivia existen aproximadamente 1792 casos (entre VIH y SIDA hasta el 2005), de los cuales no se tiene referencia exacta de su situación de salud; debido a diversos factores, solo se tiene referido el lugar donde se notifica el caso, pero no se realiza seguimientos, son los pacientes quienes deben recurrir al Programa ITS/VIH-SIDA Departamental, para recibir su tratamiento.

Se trabajo en la recolección de información empírica, con datos de carácter mas precisos, en ese entender el trabajo de campo se llevo adelante con el grupo de autoayuda MASVIDA, que tiene registrado un total de 60 pacientes con VIH, constantes en su participación.

El instrumento diseñado, e implementado fue un formulario de encuesta, según la muestra probabilística, con un numero de 52 pacientes.

La tabulación de los resultados mediante gráficos son presentados en anexo, en este punto se desarrolla la interpretación de los mismos.

III.1.Características generales de la muestra

Promedio de edad

La muestra ordenada por grupos etareos, demuestra que el 22% corresponde a personas comprendidas entre los 20 a 30 años, y un 45% corresponde a aquellos que tienen edad de 30 a 40 años. Nótese que estos resultados se relacionan con los datos del Programa ITS/VIH/SIDA, respecto a la población económicamente activa afectada con este padecimiento; consecuentemente significa una gran perdida del capital humano.

Nivel profesional

Existe una relación casi uniforme de profesionales estudiantes, estilistas, amas de casa y artesanos; que suman en total el 60%, y el restante 40% no responde.

Relacionado al capital humano, es la clase media la mas afectada pero llama la atención de que amas de casa tengan el contagio, esto demuestra que el VIH/SIDA, esta ingresando a una etapa generalizada de la población, por esta situación se debe abordar la temática desde un punto de vista de genero se evidencia que esta instituida y diseminada en diferentes tipos de persona.

El 40% que no responde, prefiere el anonimato de su labor profesional o técnica, este aspecto posiblemente este asociado a los factores de discriminación y estigmatización.

Es muy importante realizar en ese entendido, programas de información de acuerdo a la labor profesional en el que se desempeña la población

Relación por sexo

El 75% de la muestra corresponde al género masculino, este dato presenta una diferencia con el registro estadístico del Programa ITS/VIH/SIDA del Departamento de La Paz, la muestra permite ver que la razón de hombre mujer es 3 a 1, existe un mayor número de hombres con VIH, el ITS registró una razón de 2 hombres a 1 mujer.

El seguimiento histórico respecto a que genero corresponde la mayor transmisión, fue disminuyendo en el transcurso de los años en 1994 la razón era de 1 a 0.

La Organización Mundial de la Salud, indica que se esta cerca de llegar a la razón de 1 a 1, el 50% de los infectados llegarían a ser hombres y el restante 50% mujeres, la transmisión en mujeres esta en crecimiento.

Esta es una situación muy peligrosa para Bolivia si se llega en razón de 1 a 1, ya que la mujer es un pilar en la sociedad. Este aspecto ha sido denominado por las instituciones que realizan estudios sobre VIH/SIDA como la “feminización de la epidemia”

III.2. Interpretación de la encuesta por pregunta

Pregunta N° 1, ¿De que forma quisieras que el Estado te brinde una atención integral en salud?

Con esta pregunta se pretendió evidenciar como debe ser una atención integral por parte del Estado hacia los PVVS, considerando las expectativas de vida que tiene una PVVS. En la concepción de los mismos, 22% demandan una atención integral que contemplen la mayor cantidad de servicios; el 22% en igual magnitud requieren de personal capacitado y en menor número piden una atención sin discriminación en centros especializados y además que no se interrumpa la dosificación.

Descripción
Presencia de médicos especialistas con enfoque interdisciplinario (inmunología, pediatras, dentistas, oculistas, psicólogos, nutricionistas, ginecólogos, urólogos, etc.)
Atención de calidad y calidez brindada en los servicios de salud (tiempo de espera, filas, horarios adecuados y personalizados)
Manejo clínico de las PVVS y seguimiento oportuno por parte del personal médico (entrega adecuada y oportuna de ARV, seguimiento laboratorial oportuno)
Manejo clínico oportuno de las EO (medicamentos, exámenes, laboratorio)
Mayor información brindada por el personal médico acerca de la enfermedad, el tratamiento, resistencia y toma de ARV

En la concepción de los PVVS ellos demandan una atención integral que contemplen óptima atención en servicios de salud traducidos en:

Otro porcentaje de PVVS (18.9%) describió la Atención Integral como el “Apoyo Social” refiriéndose a grupos de autoapoyo, familiares y de parejas.

Dentro de lo que es la atención integral se requiere de especialistas fundamentalmente Alergólogos, Odontólogos, Nutricionistas, Inmunólogos e Infectólogos, nótese que todos refieren a especialidades.

El requerimiento de los especialistas entonces, es en razón a la necesidad de los propios pacientes ya que solo ellos están en condiciones de manifestar sus dolencias.

Resalta la demanda de centros especializados, relacionándolo a la entrevista a la representante REDBOL, quien explica que debe existir centros especializados pero institucionalizados, que no pueda ser afectado por decisiones políticas, planes de gobiernos o reestructuraciones, ya que la atención a este tipo de pacientes debe ser permanente e ininterrumpida.

La interrupción de la dosis en el tratamiento del VIH, implica el riesgo a llegar a niveles de SIDA por parte del paciente; este aspecto tiene como consecuencias la pronta muerte del mismo.

Un estudio realizado por ONUSIDA y OPS, señala que: para una persona que convive con el virus o Sida lo que espera acerca de la Atención Integral, como se revela en la encuesta, son satisfechas solo en un 6%.

Lo que se puede evidenciar es que hay un abismo entre lo que una PVVS necesita y como lo que el gobierno lo ve traducida en el Art. 16 de la Resolución Ministerial 0711

En la entrevista con médicos, psicólogas, enfermeras y la Responsable del ITS/VIH/SIDA Dra. Ana Rosa Vargas, hay coincidencia en el concepto de “atención integral” y el deseo de brindar la misma a las PVVS; las limitaciones en infraestructura, equipamiento, provisión de reactivos y

medicamentos de forma oportuna y muchas otras limitaciones, impiden el acceso a una mínima atención médica.

Los Derechos Humanos en su generalidad establecen la no discriminación, la Sentencia Constitucional N° 26/2003 también hace referencia a la Universalidad del cuidado de la salud, significa que no debe hacerse ningún tipo de discriminación para tratar a personas con VIH/SIDA, esta posición ha sido corroborada en la entrevista sostenida con la representante de la REDBOL quien indicaba que debido a la discriminación en el suministro de los antirretrovirales a la hija de un PVVS en Cochabamba, se tuvo que llegar a instancias de Amparo Constitucional, cuya resolución en calidad de procedente, obligo a la reivindicación con la paciente.

La representante de REDBOL cuando refiere a la discriminación, indica que esta existe en todos los niveles y que el grupo de pacientes que ella dirige tiene que recurrir a dramáticas pero necesarias manifestaciones en los medios de comunicación por que es la única forma de hacerse oír.

Pregunta N° 2, ¿Cuentas con algún Seguro de Salud?

El 89% indica que no tiene Seguro de Salud, este dato debe relacionarse al nivel ocupacional de la persona con VIH/SIDA, puesto que los trabajadores independientes no tienen en su formación el conocimiento de la necesidad y el beneficio del Seguro Social.

Al respecto la Sentencia Constitucional N° 26/2003, es taxativa en su jurisprudencia al referir que el sistema de salud tiene la obligación de otorgar las prestaciones debidas, pero que el suministro de antirretrovirales está a cargo del Poder Ejecutivo mediante el Ministerio de Salud.

Independientemente de tener o no el Seguro de Salud, obedeciendo a los acuerdos internacionales y demás en materia de Derechos Humanos, se tiene que el resguardo de la vida y la salud mas la protección del capital humano es una obligación del Estado, quien mediante políticas de salud, debería adecuar el contexto de la salud publica a los principios de Universalidad, Solidaridad y Gratuidad a favor de las PVVS.

El restante 11% que manifiesta tener el Seguro de salud, pone en evidencia que en la Caja Nacional de Salud es discriminatoria con malos tratos y respetando la confidencialidad, pero que el Seguro de la Banca Privada si cumple con las prestaciones de vida.

Pregunta N° 3, ¿Que tipo de problemas atraviesa una PVVS, para acceder a los tratamientos de ARV?

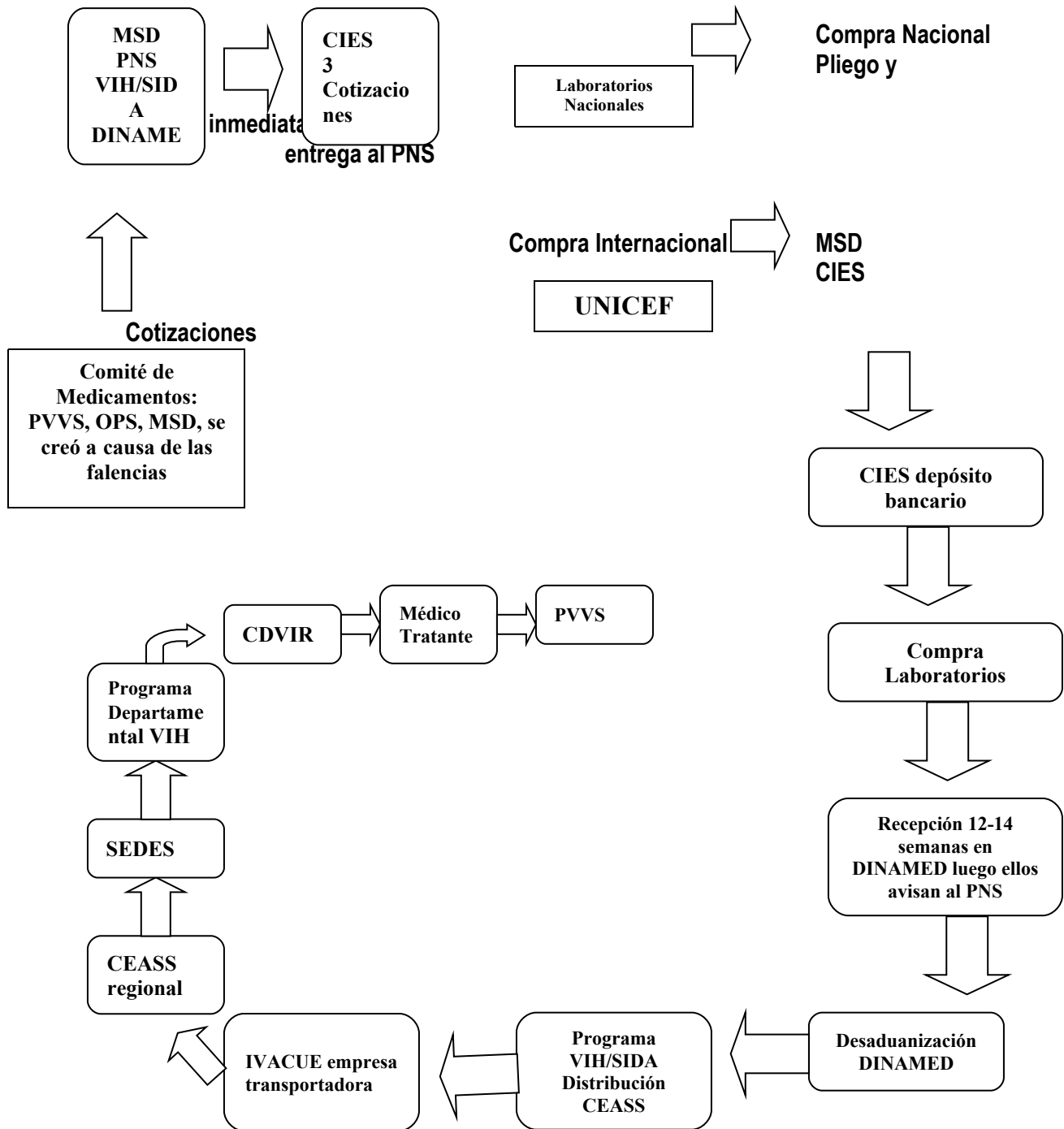
En un 50% el problema que tienen las PVVS es de carácter económico, en razón a que les es difícil lograr un trabajo estable y no ser objeto de discriminación y estigmatización, el ITS/VIH/SIDA evidentemente otorga los antirretrovirales, pero con interrupciones en la entrega final de los medicamentos y falta de calidez y empatía en la atención con las personas con VIH/SIDA, debemos hacer notar en este punto que no solo se trata de la deficiencia del personal del ITS/SIDA, si no se debe a un problema de burocracia que existe en el propio Estado con relación medicamentos donados por el Brasil.

Por esta razón el Comité Ejecutivo de Mecanismo de Coordinación del País elaboro estos dos flujogramas; uno real y otro ideal para despejar por que se tarda tanto en la compra y distribución de los medicamentos.

Flujogramas Ideal y Real de compra y distribución de ARVs (2005)
Flujograma Ideal

PASOS	TIEMPO	RESPONSABLE
Elaboración de especificaciones técnicas		Ministerio de Salud y Deportes
Es compra internacional?	No información	CIES
Cotizaciones	1 mes	UNICEF
Se hace el depósito de los fondos	1 día	CIES
Se efectúa la compra	12 a 14 semanas	UNICEF
Entrega en aduana DINAMED	No información	No información
Desaduanización	3 a 7 días	DINAMED
Envío de listado al programa nacional	No información	DINAMED
Se define distribución a departamentos y se informa al programa nacional	No información	PROGRAMA NACIONAL
Envío a CEASS regional	No información	CEASS NACIONAL
Envío a SEDES	No información	CEASS REGIONAL
Envío al programa departamental	No información	SEDES
Envío al CDVIR	No información	Programa Departamental
Entrega a PVVS	No información	CDVIR

Flujograma Real de compra y distribución de ARVs (2005)



Pregunta N° 4, ¿Conoces de alguna institución pública que brinde atención integral a las PVVS, incluidas los tratamientos ARV?

En el 50% coinciden y refieren al Centro de Salud PILOTO, como institución pública que ofrece los tratamientos, también refieren al carácter de apoyo y autoayuda a la Organización MASVIDA y REDBOL; llama la atención la manifestación de la interrupción de los tratamientos que se les otorga.

Un 40% de este grupo responde a que no conoce una institución que brinde u ofrezca los ARV; el restante 10% no responde. El indicador demuestra que no todos acceden al tratamiento gratuito apenas conoce de su existencia el 50%.

Pregunta N° 5, ¿Tienes conocimiento de la Resolución Ministerial 0711?

El 45% indica que si conocen de la Resolución citada pero no hacen referencia a su contenido en este aspecto debería diseñarse políticas o campañas de información sobre los derechos de estas personas; un porcentaje casi paralelo indican que no conocen de la resolución sumado al 11% que no responde, se evidencia que urge la necesidad de difundir el contenido de la resolución

La Resolución 0711, precisa de manera clara la política de no discriminación de las PVVS, que debe implementarse en el marco de los derechos humanos.

Pregunta N° 6, ¿Crees que la Resolución 0711, es suficiente para garantizar un acceso universal e integral en salud a las PVVS?

En la pregunta anterior, se había explicado la falta de preocupación en la difusión del contenido de la Resolución N° 0711, pero luego de haber

explicado su contenido al grupo que compone la muestra, en un 78% indican que no están de acuerdo en su contenido, por que si bien establece derechos, y prevención, no refiere al tema de tratamiento.

Estas cifras nos dan a confirmar que la atención integral que aspiran las Pvvs, esta dirigida a una optima atención en servicios de salud.

Relacionada la respuesta lograda con la pregunta 1, se refuerza la necesidad de un Seguro Integral de Salud para PVVS.

La Resolución Ministerial 0711, se queda en el margen del formalismo posiblemente a razón de que es de bajo rango según el orden de prelación de las normas jurídicas⁶⁵, y carece de fuerza coercitiva y seriedad que puede ser la razón para que autoridades de salud argumenten que no hay financiamiento para el tratamiento del VIH/SIDA en Bolivia por que no hay una ley que de fuerza a esta petición.

Si un 78% de las PVVS indica que la Resolución Ministerial 0711 no es suficiente para garantizar el acceso universal e integral en salud a las PVVS, es por que desde la implementación de esta Resolución no se ha dado cambios en la atención y se reitera el Estado no brinda ningún presupuesto para el acceso al tratamiento de ARV y EO.

Pregunta N° 7, ¿Estaría de acuerdo con que se implemente en Seguro de Salud Universal e integral para las PVVS?

⁶⁵ La totalidad de las normas jurídicas de un Estado, aguardan, entre si un orden en prelación, que estan dispuestas jerárquicamente, ofreciendo la imagen de una pirámide en cuya cúspide e encuentra la Constitución Política del Estado; en seguida las leyes, luego los decretos leyes; decretos supremos; los reglamentos, los negocios jurídicos; sentencias; resoluciones; ordenanzas.

Esta pregunta fue planteada clara y directamente, la respuesta en su 100% es contundente, todos se manifiestan en la necesidad de la existencia del seguro de salud.

Las respuestas fueron argumentadas con las siguientes razones:

- Sería una solución a la desprotección.
- Existiría mayor acceso.
- Responde a una carencia muy importante.
- Da respuesta a un sueño de las PVVS.
- Da la seguridad de una prevención adecuada.
- Asegura la continuidad de los medicamentos.

En sumo se demanda el seguro de salud, con capacidad de cubrir las expectativas de Optima Atención en Servicios de Salud incluyendo la sostenibilidad de los medicamentos ARV y EO.

Con este tipo de seguro, se lograra una protección del capital humano e Inversión Social. Esta política debe contar con un respaldo presupuestario por parte del TGN, debe tener una visión de largo alcance y no simplemente responder a las demandas de las PVVS. En otras palabras, se debe programar la necesidad, teniendo la visión de que se realiza una inversión en la Protección del Capital Humano y la Población Económicamente Activa (PEA) del país. Este presupuesto debe tener expresiones concretas en mejoras de la infraestructura y el equipamiento adecuado de los centros de atención, con un seguro de salud no tendrán las autoridades del Ministerio de Salud salir a la pregunta por que no destina dinero el Estado para el tratamiento del VIH/SIDA, por que no existe ley alguna.

Pregunta N° 8, ¿Si se implementara el Seguro de Salud Universal por parte del Estado, que prestaciones tendría que brindar?

El 30% reforzaron el carácter integral, significa que se desea un seguro que pueda cubrir todas las necesidades de la salud de las PVVS, todas las relacionadas con las patologías de VIH/SIDA y además las enfermedades oportunistas.

Con un 30%, la demanda es que el seguro de salud sea completo, que pueda cubrir aspectos que en la actualidad no apoya el ITS/VIH/SIDA, como la atención dental y la concejería par.

En función de sus necesidades las PVVS, consideran que un efectivo Seguro de Salud, sería aquel del cual se tenga la seguridad de que si funcionara y no habrá interrupciones en la provisión de las terapias, para lo cual debe existir “Instituciones de Prevención y Cuidado de la Salud”, que pueda garantizar temas de prevención y tratamiento.

Otra necesidad planteada es el tema del seguro de vida, que debería asegurar el entierro humano de las PVVS, dada la discriminación existente en los mausoleos tanto públicos como privados. Según la responsable de la REDBOL, el grupo al cual ella representa cuando tuvieron que participar en el entierro de alguno de sus compañeros, tuvieron que atravesar problemas porque las administraciones les negaban la posibilidad, tuvieron que cambiar los certificados de defunción para tal efecto.

Los derechos humanos, siempre deben estar en el trato social, en ese entender se demanda también que: exista un poco de sensibilidad en el trato con las PVVS, a la hora de brindarles tratamiento que no exista agresividad.

Pregunta N° 9, ¿Como contraprestarias o puedes realizar aportes para acceder al Seguro de Salud para las PVVS?

El 67%, responde a que no tendría la posibilidad de aportar económicamente, para el seguro integral de salud de las PVVS, la respuesta se relaciona al problema identificado en la pregunta N° 3, donde el 50% tiene dificultades económicas.

El problema se relaciona a la dificultad de lograr un empleo donde se les pague en función de su necesidad y no exista discriminación o estigmatización.

Un 11%, indica que estaría en condiciones de aportar, con una cuota mensual, es decir económicamente.

Otro 11%, indica que aceptarían que se les descuente del salario, como funciona normalmente con el actual Sistema de Seguridad Social; los dos últimos resultados, reflejan que no se quiere favores absolutos, las PVVS están consientes de que deben contribuir, pero solo lo pueden hacer en la medida de sus posibilidades.

CAPITULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

I. CONCLUSIONES

El derecho a la vida, en su condición de derecho fundamental y constitucional constituye el bien jurídico maspreciado, frente a derechos patrimoniales de terceros, goza de protección constitucional, aspecto que fue ratificado en el Tribunal Constitucional, mediante Sentencia Constitucional N° 1052/2001.

El VIH/SIDA, es una realidad en el contexto mundial, esta presente en todo tipo de sociedades y Estados, sean estos desarrollados o estén en vías de desarrollo, y universalmente las dos únicas maneras de hacerle frente son la prevención y la atención y/o tratamiento mediante el diseño e implementación de adecuadas Políticas de Salud Publica Sistema, que garanticen la atención de la salud de aquellos personas con VIH/SIDA.

Por su generalidad, tanto en el ámbito internacional como nacional, las estadísticas evidencian que las PVVS, son personas comprendidas entre los 20-45 años de edad, grupo etareo que representa la población económicamente activa de un Estado.

La atención en los Centros de Salud, por su mayoría revisten de fondo una estigmatización a las PVVS, por su condición de ser portadores o pacientes de VIH.

A nivel nacional, mayormente se detectan casos de SIDA y no de VIH, contrariamente a lo que debería ser, este aspecto fue corroborado en el trabajo de campo evidencia en circunstancias en que las políticas de Estado en materia de prevención al VIH/SIDA, no están siendo efectivas, las mismas están resumidas

en la distribución de preservativos de látex (condón), en fechas como carnaval y el día Internacional del Sida

No existe una política de Promoción de la Prueba Voluntaria (Prueba de Elisa) que se ejecute por sí misma. Se habla del VIH/SIDA en el sentido de “información general” en el Día Mundial del Sida y en fiestas carnavales. No se promociona ni realiza la prueba voluntaria a grupos específicos de población como mujeres embarazadas, jóvenes o grupos poblacionales en situación de riesgo, exceptuando a Trabajadoras Sexuales Comerciales (TSC) registradas en el Programa ITS/VIH/SIDA, a quienes sí se les realiza la prueba de forma obligatoria semestralmente.

La burocracia estatal, ha provocado en determinadas circunstancias la interrupción de los tratamientos de las PVVS, aspecto que ha dado como consecuencia la muerte de los mismos, en opinión de los propios personas que viven con VIH.

Existen determinadas formas de transmisión del VIH/SIDA, y son: la vía sanguínea, perinatal y sexual, que fueron corroboradas científicamente. Este aspecto fue desorientado por las políticas de Estado en materia de prevención, de la diseminación del VIH/SIDA, las Políticas de salud solo hacen énfasis en la transmisión por vía sexual.

II. RECOMENDACIONES

En la realización del presente estudio: “NECESIDAD DE IMPLEMENTAR UN SEGURO DE SALUD POR PARTE DEL ESTADO A LOS ENFERMOS DE VIH/SIDA”, se fueron visualizando una serie de omisiones en la legislación vigente respecto a la efectivización, materialización y cumplimiento de los derechos humanos y constitucionales de las PVVS, en razón a ello, se sugieren las siguientes recomendaciones:

El Estado Boliviano debe asumir su obligación de carácter constitucional en la protección al Capital Humano, garantizando la atención de la salud según el principio de universalidad y gratuidad, a través de todo el sistema de salud, independientemente de su condición de público o privado.

El Ministerio de Salud como instancia máxima responsable del diseño de Políticas Estado en materia de Salud, debe enfocar la realidad del VIH/SIDA en sus dos dimensiones; en la prevención y la atención, en razón a que la actual inversión solo se ha derivado a una precaria atención.

No se debe generalizar la transmisión del VIH/SIDA, en difusión de publicidad que anuncia sexo, como mensaje de prevención utilizando preservativos Condón de látex; la prevención debe difundir todas las formas de transmisión.

Se debería empezar a aplicar métodos de información sanitaria, desde la educación primaria de manera adecuada, que sea funcional.

Desde la perspectiva del Derecho Constitucional, la Norma Fundamental y los Derechos Humanos reconocidos internacionalmente, el Estado Boliviano tiene la obligación de brindar información y atender la prevención de acorde a la realidad de nuestro país con fines educativos, en este caso en relación con el VIH/SIDA, sin la omisión de la información, considerada como inadecuada por su contenido, directo, fuerte o impactante.

El Estado debe comprometerse a la creación de una Ley Marco para que regule la elaboración de medicamentos retrovirales, con fondos estatales, y procurar la creación de políticas internacionales para la donación de medicamentos no existentes en el país y que forman parte de los tratamientos de estabilidad de carga viral.

Debe existir conciencia en el sector profesional químico-farmacéutico, sobre la necesidad de producir los medicamentos requeridos para la prevención del VIH/SIDA, no como lucro, sino como una medida de disminución de los índices de la transmisión, con la característica de ser subsidiado por el Estado, como beneficio para la población en general, derecho que se desprende de la Constitución Política del Estado.

Se deben crear Programas de Prevención de acuerdo a la identidad étnica y sociocultural, a la edad cronológica, a la situación de vulnerabilidad, de acuerdo al credo religioso, de acuerdo a la identidad laboral.

Cambiar el denominativo que se utiliza el 1 de diciembre como “DIA INTERNACIONAL DEL SIDA” por el “DIA INTERNACIONAL DE LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA”

Debe existir un marco normativo donde se dispone que la aduana brinde la exención de impuestos a cualquier medicamento para el tratamiento de VIH/SIDA.

Finalmente se recomienda considerar mediante procedimiento legislativo, la propuesta de la presente investigación, a manera de iniciativa legislativa ciudadana, consistente en el “Anteproyecto del Seguro de Salud Universal y Gratuito para pacientes de VIH/SIDA”, para que así pueda obtener la calidad de ley de la Republica.

II.1. Anteproyecto de Ley del Seguro Integral de Salud para PVVS

Inicialmente se explica la razón por la cual se emplea el término Anteproyecto y no así la palabra Proyecto de ley; la Constitución Política del Estado, establece que una de las modalidades de deliberación que tiene el pueblo es a través de la iniciativa legislativa ciudadana, que básicamente es la posibilidad de presentar directamente al Congreso Nacional Proyectos de Ley;

se reviso el ordenamiento jurídico vigente y se evidencio que no existe la norma especial que regule la iniciativa legislativa ciudadana, en ese sentido es que se adopta la posición de la doctrina que indica que la corresponde al conjunto de la sociedad, el empleo del termino “anteproyecto”.

II.1.1.Exposición de motivos

A la revisión y análisis de la normatividad vigente que regula Sistema de Salud del Estado Boliviano, las mismas en la actualidad tienen cobertura en sus prestaciones en forma aislada a lo que prescribe la Constitución Política del Estado, en el sentido de que la atención de las PVVS, es con carácter segregacionista en el Sistema de Seguridad Social.

Las instituciones que brindan la atención de la salud, solo atienden a aquellas personas que cuenten con un seguro de salud, al cual aportan pero no tiene cobertura sobre tratamiento de patologías de VIH/SIDA; respecto a las PVVS se conoce que los medicamentos requeridos son proporcionados por el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, quedando solo así en responsabilidad del centro el cubrir con las prestaciones de salud, la hospitalización y la atención de patologías comunes.

Los medicamentos antirretrovirales que distribuye el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, son resultado de donaciones: en especie por parte del gobierno del Brasil según la denominación de genéricos y en dinero por el Fondo Global.

Las donaciones en especie provenientes del Brasil, son por tiempo determinado, y vencen el 2008, las donaciones en capital por parte del Fondo Global que consistían en dineros para la adquisición de

medicamentos por parte del Estado Boliviano, vencen al concluir la gestión del 2007.

En índice de personas que viven con VIH/SIDA, esta en una dinámica de crecimiento en todo el territorio de la republica, y en todo tipo de grupos sociales, según los registros del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, bajo responsabilidad del Ministerio de Salud y Deportes.

El VIH/SIDA, es un mal de consecuencias mortales para quienes los padecen, acompañado de una vida de sufrimiento y dolor en caso de no contar con los medicamentos antirretrovirales (ARV) que les ayudan a mitigar enfermedades oportunistas.

El Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, lleva adelante registros de la cantidad de personas con VIH/SIDA, pero no tiene información de cuantas aun continúan con vida y cuantas murieron.

El Programa Nacional ITS/VIH/SIDA a través de los subprogramas departamentales ITS/VIH/SIDA, es la instituciones responsable de la provisión de los medicamentos ARV a las PVVS.

Son las PVVS, quienes deben dirigirse a los subprogramas departamentales ITS/VIH/SIDA para que se les proporcione los tratamientos ARV.

Se ha demostrado en el contexto internacional que una adecuada estrategia para disminuir la propagación del VIH/SIDA, consiste en la atención de la salud de las PVVS.

Es urgente un seguro de salud que garantice la provisión de los ARV, oportunamente sin interrupciones a las PVVS, en razones de protección del capital humano del Estado.

La Constitución Política del Estado, en su art. 158 respecto a la defensa del capital humano y protección de la salud de la población, determina que es obligación del propio Estado su atención.

El Estado Boliviano, ha suscrito acuerdos y tratados internacionales en materia de Derechos Humanos, en los cuales se ratifica sobre la necesidad de la adecuación del Sistema de Salud, para brindar atención a la salud de las PVVS, según los principios de Universalidad, Gratuidad y Solidaridad.

La prevención del VIH/SIDA, que hasta la actualidad lleva adelante el Ministerio de Salud a través del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, ha distorsionado su óptica, restringiendo como única forma de transmisión del VIH/SIDA, a las relaciones sexuales, especialmente entre drogadictos, prostitutas y homosexuales.

La fecha definida como el “Día Nacional Del Sida”, refiere a una celebración de la existencia del SIDA y no lleva mensaje alguno de su peligrosidad y la necesidad de su atención.

II.1.2.Cuerpo del anteproyecto de ley

“ANTEPROYECTO DEL SEGURO DE SALUD UNIVERSAL Y GRATUITO PARA PACIENTES DE VIH/SIDA”

TITULO PRELIMINAR DISPOSICIONES GENERALES

Conste por el presente texto normativo, la adopción de normas que permitirán mejorar la atención del Estado Boliviano en favor de la población de coexiste con VIH/SIDA.

Declárese de interés y prioridad nacional para el Estado Boliviano, la atención integral, universal, gratuita y solidaria, en los cuadros clínicos de personas con VIH/SIDA.

El Estado y el Sistema de Salud Publica, garantizaran el suministro de medicamentos ARV (antirretrovirales), y los médicos autorizados para el diagnostico y tratamiento de las enfermedades oportunistas; de acuerdo con las competencias que debe atender cada uno de ellos.

El contenido de la presente ley y las disposiciones que la complementen, se interpretaran y ejecutaran teniendo en cuenta el respeto y garantías, del derecho a la vida y a la salud. En ningún caso se puede afectar la dignidad de las personas, producir cualquier marginación o segregación, lesionar los derechos fundamentales a la intimidad y privacidad de las PVVS, quienes deben llevar una vida digna en su relación medico-paciente.

Se preservara el criterio de que es tarea fundamental de las autoridades en salud el lograr el tratamiento y rehabilitación del paciente PVVS y evitar la propagación del VIH/SIDA.

Las entidades que conforman los Sistemas de Salud en Bolivia, bajo ningún pretexto podrán negar la asistencia de laboratorio, asistencia médica u hospitalaria requerida por un PVVS.

Artículo N° 1 (Objeto).- La presente ley, tiene por objeto la creación del Seguro de Salud Universal y Gratuito para pacientes de VIH/SIDA.

Artículo N° 2 (Principios).- Son principios rectores del Seguro de Salud para personas con VIH/SIDA, los de universalidad, solidaridad, subsidiariedad, integral, financiamiento y eficiencia, reconocidos por la Constitución Política del Estado y Acuerdos Internacionales en materia de Derechos Humanos, suscritos y ratificados por el Estado Boliviano.

Artículo N° 3 (Ámbito De Aplicación).- La atención del Seguro de Salud Universal y Gratuito para personas con VIH/SIDA, es de alcance y cobertura en todo el territorio del Estado Boliviano.

Artículo N° 4 (Conceptos).- Se reconocen validos a efectos de la presente ley los siguientes conceptos:

- a) VIH, Virus de Inmunodeficiencia Humana
- b) SIDA, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- c) Paciente o PVVS, persona que vive con el VIH/SIDA
- d) Enfermedad oportunista, enfermedad que aprovecha la acción del VIH o SIDA.
- e) Antirretroviral, medicamento requerido por la PVVS, para mitigar la acción del VIH

TITULO I

MARCO INSTITUCIONAL

Artículo N° 5 (El Gobierno Nacional).- Es deber del Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Deportes, el diseño de políticas de atención y prevención del VIH/SIDA conforme a la presente ley, así como la adquisición los ARV y medicamentos para Enfermedades Oportunistas asociadas a patologías del VIH/SIDA.

Artículo N° 6 (El Gobierno Prefectural).- El Gobierno Prefectural, deberá coordinar, las políticas de atención y prevención del VIH/SIDA, con el Gobierno Nacional y los Gobiernos Municipales; su función principal es la provisión de los Recursos Humanos Profesionales

Artículo N° 7 (El Gobierno Municipal).- El Gobierno municipal, deberá coordinar las políticas de atención y prevención del VIH/SIDA, con el Gobierno Nacional y los Gobiernos Prefecturales.

La función principal de esta instancia es la provisión de la infraestructura suficiente para la atención de las PVVS.

TITULO II

PRESTACIONES EN SALUD

Artículo N° 8 (La atención en el Sistema de Seguridad Social de corto plazo).- Las PVVS, aseguradas, serán obligatoriamente atendidas por sus respectivos sistemas de afiliación hasta las 52 semanas de iniciado el tratamiento, en concordancia con el art. 16 del Código de Seguridad Social y los Arts. 39 y 40 del Reglamento al Código de Seguridad Social; luego de ello serán derivadas hacia el Subsistema de Salud Publica.

Las personas que no estén aseguradas en el Sistema de Seguridad Social de corto plazo, deberán ser atendidas a través del Subsistema de Salud Pública.

Artículo N° 9 (Atención Especializada).- La atención de servicios que requieren de especialidad y estén asociados a las patologías del VIH/SIDA, se darán en las siguientes circunstancias:

- a) En situaciones de VIH, la provisión de los ARV y medicamentos para enfermedades oportunistas, serán distribuidas por los subprogramas departamentales ITS/VIH/SIDA.
- Los subprogramas departamentales ITS/VIH/SIDA, tendrán a disposición de los PVVS, personal especializado en las siguientes áreas:

Infectología
Pediatria
Enfermeria
Psicologia
Nutricionista
Consejero par

- b) En situaciones de SIDA, las PVVS, recibirán la atención especializada en los Hospitales de Tercer Nivel del Subsistema de Salud Pública, pero los ARV y medicamentos para enfermedades oportunistas, serán proporcionados por los subprogramas departamentales ITS/VIH/SIDA.

Artículo N° 10 (Provisión de ARV).- El Gobierno Nacional (a través del Ministerio de Salud), gestionara la adquisición de los tratamientos

ARV y medicamentos para enfermedades oportunistas, abasteciendo de los mismos oportunamente en el marco de la prioridad al Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, que a su vez realizara la provisión suficiente a los Subprogramas Departamentales ITS/VIH/SIDA, para que sean estas instancias las provean el tratamiento respectivo a las PVVS.

Artículo N° 11 (Prueba De Elisa).- La prueba de Elisa, que permite diagnosticar el que una persona tenga o no VIH/SIDA, deberá ser realizada por el ITS/VIH/SIDA departamental, con carácter gratuito, los centros de Salud sean públicos o privados, podrán requerir la atención de los profesionales de los ITS/VIH/SIDA.

TITULO III

ADQUISICIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LOS ARV

Artículo N° 12 (Provisión de ARV).- La gestión para la adquisición de los ARV, sea por donación o compra es deber del Ministerio de Salud, según se dispone en los ARTS. 13 y 14.

Artículo N° 13 (Donación en especie).- La adquisición de los ARV, por la vía de la donación será en relación a la ley del medicamento vigente, resaltando su carácter de prioridad.

Artículo N° 14 (Donación en fondos).- La adquisición de los ARV, por la vía de la compra con fondos de donación, será fiscalizada por las agrupaciones de Autoayuda (agrupaciones de PVVS), y los Gobiernos Prefecturales, además del Ministerio de Hacienda y la Contraloría General de la Republica.

Este tipo de adquisición, necesariamente deberá ser mediante licitación con carácter público, en caso de haber oferta a menor precio, procederá la invitación directa pero con la debida fiscalización.

La partida de fondos asignados por el TGN (Tesoro General de la Nación), deberá tener el mismo tratamiento.

TITULO IV DE LOS RECURSOS

Artículo N° 15 (Recursos del TGN).- independientemente de existir o no la donación sea en especie o en fondos de cualquier institución no gubernamental, el Estado a través del Tesoro General de la Nación, anualmente asignara una partida de fondos, que estará en proporción a la estadística de la gestión anterior respecto a las PVVS que aun continúan con vida.

Artículo N° 16 (Disposición de los Recursos del TGN).- En caso de que exista como producto de la cooperación no gubernamental los ARV y medicamentos para enfermedades oportunistas, la partida asignada será depositada en una cuenta que no podrá ser dispuesta mas allá de lo que dispone la presente ley.

Artículo N° 17 (Acumulación de los Recursos del TGN).- En caso de darse lo señalado en el art. anterior los montos asignados por el TGN, serán acumulados progresivamente.

Artículo N° 18 (Disposición de los Recursos del TGN acumulados).- Solo se podrá utilizar los recursos acumulados con carácter excepcional, cuando independientemente del presupuesto asignado para la gestión según la última estadística del ITS/VIH/SIDA,

la demanda de PVVS sea mayor, entonces se podrá utilizar tales recursos para satisfacer la demanda.

TITULO V

LA ESTADÍSTICAS de VIH/SIDA

Artículo N° 19 (Estadística Nacional).- El Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, deberá llevar adelante estadísticas anuales sobre el comportamiento y condición clínica de las PVVS con VIH/SIDA.

Artículo N° 20 (Registro de Diagnósticos).- Las estadísticas deberán llevar anualmente el registro de personas infectadas manteniendo la reserva de su identidad, en el marco del derecho a la intimidad personal.

Artículo N° 21 (Registros de fallecidos).- Deberá realizarse un seguimiento respecto a los casos de muerte por SIDA, para establecer diferencia, la misma que servirá para la asignación de recursos del TGN.

TITULO VI

DISPOSICIONES FINALES

Las disposiciones de esta ley son de orden público, tienen carácter obligatorio y coercitivo para todo el Sistema Nacional de Salud, (Gobierno Nacional, Prefecturas, Gobiernos Municipales, el Sistema de Seguridad Social de corto plazo, las instituciones sujetas a convenio), sin excepción alguna.

El personal medico especializado y de enfermería que atiendan a las PVVS, deberán cuidar sin ningún tipo de discriminación a las mismas,

para ello deben estar preparados para dar los cuidados integrales que precisen con el mismo nivel de calidad que para el resto de los pacientes.

El Gobierno Nacional a través del Ministerio del área de Salud, diseñara en un término no mayor de 6 meses a partir de la promulgación de la presente ley, estrategias claras y precisas conducentes a disminuir los costos de los medicamentos utilizados para el tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA, cuyas acciones serán de aplicación inmediata.

BIBLIOGRAFÍA

AGUILERA J.C. “Lecciones aprendidas en VIH y Sida”, 2005.

ALMANSA PASTOR, José Manuel. Derecho a la Seguridad Social

ARNS, Paulo Evaristo. Haciendo frente al Sida en Sao Paulo el “Proyecto Esperanza”, 2003.

BOCANGEL PEÑARANDA, Alfredo. Derecho de la Seguridad Social.

CAMPERO VILLALBA Iván y ESPADA LAZCANO Serapio. Introducción al Estudio de la Seguridad Social.

CECIL, Medicina Interna, VIH y Síndrome DE Inmunodeficiencia Adquirida, 1999.

DERMIZAKI Peredo Pablo, Derecho Constitucional, 2004

D.S. N° 05315 de 30 de septiembre de 1959, Reglamento del Código de Seguridad Social, Art. 19.

DFID, “Control de enfermedades transmisibles en Bolivia”.

Diccionario Microsoft Encarta, 2006

Diccionario de la Real Academia Española

Enciclopedia Jurídica OMEBA

Enciclopedia Jurídica Virtual

Estigma y discriminación y la reproducción de las desigualdades, ONUSIDA, 2003.

GALEANO, Eduardo. En Bolivia la memoria duele y enseña.

Gaceta Oficial de Bolivia, Constitución Política del Estado.

Gaceta Oficial de la Bolivia, Código de Seguridad Social.

<http://www.iadb.org/sds/publication/publication-3362-e.htm>

IÑIGUEZ DE SALINAS, Elizabeth Derecho a la vida y a la Salud Pág. 517

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2002, Pág. 25.

Matutino Los Tiempos del 19.04.01, "Remedios donados salen de la aduana".

Matutino Los Tiempos del 29.03.01, Burocracia impide recoger medicamentos contra sida".

Matutino La Prensa, La Paz del 11.01.02"Infectedos con VIH Reciben Medicamentos Caducados.

Matutino Los Tiempos del 29.05.03, "Personas con VIH/Sida Recurrirán a la Justicia.

Matutino Opinión del 7.03.03, "Las personas que viven con el VIH rechazan informe oficial".

MELGAR, Armando, Sistema Boliviano de Salud de la Seguridad Social, Pág. 29, 2004.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, Plan Estratégico Nacional de Comunicación ITS-SIDA 2003-2008.

ONUSIDA, Análisis de la Situación de la epidemia del VIH/SIDA y de la Respuesta Nacional en Bolivia.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Estudios de Costos y Alcances de Cobertura de la Seguridad Social en América Latina.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Condiciones de Vida en América Latina, 2004.

PARKER y AGGLETON P, VIH/Relativo a la Discriminación y al Estigma, 2002.

Programa Nacional ITS/VIH-SIDA, relación de datos estadísticos hasta octubre de 2006

ROSS QUIROGA, Violeta Gracia, Rep. REDBOL, "Acceso al tratamiento antirretroviral en Bolivia".

SEOANE, Guillermo. Perfil del Sistema de Servicios de Salud, 2003

VARGAS DEL CARPIO, Oscar. Lineamientos Generales de la Seguridad Social Boliviana.

VALENZUELA, Jaime. El SIDA Enfermedad Mortal, 2003.

www.Monografias.com

VALDEZ CARRIZO, Edgar. El Sida en el Reino de la Impunidad.