

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**

**LA NECESIDAD DE CREAR UNA INSTITUCIÓN CASA  
HOGAR PARA LOS MENORES ABANDONADOS  
CON EL VIH/SIDA EN EL DEPARTAMENTO  
DE SACATEPÉQUEZ**

**JENNY ELIZABETH GONZÁLEZ RODRÍGUEZ**

**GUATEMALA, OCTUBRE DE 2009**

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**

**LA NECESIDAD DE CREAR UNA INSTITUCIÓN CASA  
HOGAR PARA LOS MENORES ABANDONADOS  
CON EL VIH/SIDA EN EL DEPARTAMENTO  
DE SACATEPÉQUEZ**

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva  
de la  
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales  
de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Por

**JENNY ELIZABETH GONZÁLEZ RODRÍGUEZ**

Previo a conferírsele el grado académico de

**LICENCIADA EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**

Guatemala, octubre de 2007

**HONORABLE JUNTA DIRECTIVA  
DE LA  
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES  
DE LA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

DECANO: Lic. Bonerge Amilcar Mejía Orellana  
VOCAL I: Lic. César Landelino Franco López  
VOCAL II: Lic. Gustavo Bonilla  
VOCAL III: Lic. Luis Fernando López Díaz  
VOCAL IV: Br. Marco Vinicio Villatoro López  
VOCAL V: Br. Gabriela María Santizo Mazariegos  
SECRETARIO: Lic. Avidán Ortiz Orellana

**RAZÓN:** “Únicamente el autor es responsable de las doctrinas sustentadas y contenido de la tesis”. (Artículo 43 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público).

## **ACTO QUE DEDICO**

**A DIOS:** Todo Poderoso, eterna gratitud por abrirme el camino hacia la culminación de mi carrera.

**A MIS PADRES:** Carlos Augusto González Lima y Ana Imelda Rodríguez, especialmente les dedico este triunfo, por sus valores y sacrificio, el apoyo incondicional, quienes me motivaron para que finalizara mi carrera.

**A MIS HERMANOS:** Sergio, Welington, Evelyn y Helen; por su cariño y apoyo incondicional.

**A MI FAMILIA:** Tíos, primos y sobrinos, por haberme dado su cariño.

**A MIS MAESTROS:** Por haberme enseñado más que el derecho, una filosofía de vida.

**A:** La Universidad de San Carlos de Guatemala, en especial a la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales.

## ÍNDICE

Introducción.....	Pág. i
-------------------	-----------

### CAPÍTULO I

1. La minoría de edad.....	1
1.1. Aspectos generales.....	1
1.2. Regulación legal.....	5
1.3. Responsabilidad.....	8
1.4. La problemática del menor en el derecho penal.....	11
1.5. Respuesta tradicional.....	12
1.6. Doctrina de la situación irregular.....	13
1.7. Modelo educativo.....	16
1.8. Modelo garantista.....	16

### CAPÍTULO II

2. El sida.....	19
2.1. Bosquejo histórico.....	19
2.2. Análisis.....	21
2.3. Análisis de sida en el mundo.....	22

### CAPÍTULO III

3. Situación guatemalteca.....	37
3.1. Datos de población generales.....	37
3.2. El sida en Guatemala.....	38

### CAPÍTULO IV

Pág.

4. El VIH en Sacatepéquez y propuesta de solución.....	47
4.1. Situación geográfica.....	47
4.2. Agricultura, ganadería y artesanal.....	47
4.3. Cabecera departamental.....	48
4.4. Municipios.....	49
4.5. Niños con sida.....	52
4.6. Abandono de niños con sida.....	55
4.7. Violación a los derechos humanos del niño.....	58
4.8. Violaciones constitucionales.....	64
4.9. Violaciones a leyes nacionales y derechos humanos.....	66
4.10. Vías de solución.....	67
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES.....	73
BIBLIOGRAFÍA.....	75

## INTRODUCCIÓN

El Estado está obligado a proteger a los menores de edad víctimas de abandono injustificado de sus padres, cuando están infectado del VIH. En el departamento de Sacatepéquez no existen instituciones donde los menores cuenten para su albergue y tratamiento, y mucho menos donde los mismos menores crezcan se desarrollen y puedan vivir con la enfermedad, promoviendo educación, salud, ayuda profesional y capacitación para su futuro.

El fin de la investigación consiste en todas las maneras de encontrar posibles soluciones para que el Estado cree instituciones de ayuda tanto material como médica y psicológica para los menores infectados de sida, en el departamento de Sacatepéquez.

El Estado a través de los Ministerios de Salud Pública y Educación, debe crear centros de asistencia médica y desarrollo educacional para estos menores infectados para hacer de ellos, niños con un futuro de bien para la sociedad y convivir con el virus indicado.

Basándose en los limitados datos disponibles, ONUSIDA estima que aproximadamente 8,000 niños menores de 14 años se han infectado. La mayor parte de esas infecciones ocurrieron en niños que contrajeron el virus a través de su madre cero positivo durante el embarazo o el parto a través de la lactancia materna y se hace necesario crear una institución a través del Estado en donde se les brinde asistencia social tanto a la madre como a la criatura que viene infectada con el VIH/SIDA.

Se hace necesario que el Estado de solución al problema creando una institución como Casa Hogar en el departamento de Sacatepéquez en donde los niños con el VIH/SIDA puedan crecer sin discriminación, también debe de establecer políticas nacionales para reducir la vulnerabilidad de los niños al VIH/SIDA y garantizar que se respeten, protejan y cumplan sus derechos.

El objetivo general de la investigación es: Demostrar la necesidad de crear una institución casa hogar en el departamento de Sacatepéquez para los menores con el VIH/SIDA con el fin que la misma ayude a los menores con esta enfermedad desde su temprana edad, adolescencia y capacitarlo hasta la mayoría de edad, para el bienestar de la sociedad y con el fin de que los mismos vivan con esta hasta los últimos días.

El presente trabajo consta de cuatro capítulos, el primero se refiere a la minoría de edad, los aspectos generales, su regulación legal, la responsabilidad, la problemática del menor en el derecho penal, el análisis doctrinario, el modelo educativo y el garantista.

El capítulo segundo trata del sida, se hace el bosquejo histórico y el análisis del sida a nivel mundial.



En el capítulo tercero se desarrolla la situación guatemalteca, los datos de población en general, la situación del sida en Guatemala.

Los métodos de investigación utilizados fueron: el Analítico: En la presente investigación se estudió la necesidad del menor abandonado con VIH/SIDA y la creación de una institución por parte del Estado, por lo tanto cada uno de esos temas se analizó para llegar a la base fundamental de la problemática y en este sentido poder extrajeran las soluciones a la problemática. Deductivo: Este se empleó para llegar a la conclusión de la necesidad que se pide de una institución creada por el Estado en beneficio de los menores abandonados con VIH/SIDA, observando los hechos que surgieron de la investigación tomando como base las conclusiones particulares sobre casos que se han experimentado y la necesidad de implementarlo en el departamento de Sacatepéquez.

## CAPÍTULO I

### 1. La minoría de edad

#### 1.1. Aspectos generales

El ser humano en desarrollo muestra particularidades tan significativas, que tornan totalmente justificable que una rama del derecho se ocupe autónomamente de todo lo que concierne a sus intereses. Y esa rama jurídica, para responder en plenitud a sus finalidades, aparecerá impregnada de connotaciones típicamente protectorias en tanto así lo exige la personalidad del menor de edad, requirente de resguardo para llegar a su total desarrollo.

La protección integral a la minoridad y su especie, la protección jurídica, tienen como sujeto esencial y exclusivo al menor de edad, es decir, a la persona que aún no ha llegado al momento que la ley establece como principio de la mayoría de edad.

Al plantearse la necesidad de configurar con autonomía científica el estudio de un nuevo derecho, como lo es el derecho del menor, en primer término se debe enfrentar el significado que tiene la idea de menor, ya que de ella se deriva la nota que califica a una rama específica del derecho en sí.

El doctor Mendizábal Oses, considera que “la palabra menor proviene de la voz latina *minor*, adjetivo comparativo que, referido al ser humano, matiza, para diferenciarlos, una circunstancia que inexorablemente concurre en la persona individual durante las primeras etapas evolutivas de su desarrollo, diferenciando, de una parte, a la colectividad que aún no alcanzó el pleno desenvolvimiento de su personalidad, de aquella otra que ya logró su plenitud existencial. Etapas de la vida que están caracterizadas por una situación de heteronomía, frente a esa otra situación de autonomía que es consustancial a quienes, va normalmente

desarrolladas, alcanzaron la necesaria madurez de su personalidad para regir su propio destino. Se es así menor en comparación con la persona que ya es mayor y, de este modo, nos hallamos ante un adjetivo comparativo que al ser recogido por el derecho, determina una situación concreta de la vida humana a la que se denomina minoría de edad.

La minoría de edad comprende, por tanto, un período de la vida del hombre y este período no es, como pudiera deducirse del hecho cronológico que jurídicamente le ha servido de fundamento exacto y absoluto, sino que varía según la clase de relaciones que puedan entrar en juego y está en función directa del ordenamiento positivo que las regula. Si bien el hombre, por el sólo hecho de su existencia, es persona, y como tal, sujeto de derechos y obligaciones, hubo una época en la historia en que los hombres también fueron cosas, objeto del tráfico jurídico por desconocerse u olvidarse de su dignidad natural. El hombre, desde su nacimiento, tiene potencialmente capacidad jurídica, pero en los primeros estadios de su existencia, cuando ya desprendido de seno materno goza de vida propia, carece de capacidad para obrar con plena trascendencia jurídica y es inimputable por los actos que pudiera ejecutar por no poseer aún conciencia, libertad, inteligencia y voluntad consciente condicionantes, que en todo ser constituido normalmente se irán desarrollando con el mero transcurso del tiempo, acabarán por desarrollarse de forma progresiva y continuada hasta culminar en su plenitud, la cual es consecuencia directa de aquél desarrollo de la personalidad y, de ahí, el principio de que la capacidad jurídica de obrar y la plena responsabilidad o imputabilidad del sujeto por los actos que ejecute, están directamente relacionadas con el desarrollo físico, moral, emocional, intelectual y social de su personalidad.”<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Mendizabal Oses, L. **Derecho de menores, teoría general**. pág. 43.

Frente a esta noción genérica de la minoría de edad, existen otros criterios de mayor restricción sobre el significado de esta minoría, surgiendo como consecuencia de ello el problema de su apreciación por los sistemas jurídicamente contemporáneos: “Las soluciones adoptadas son dos:

- La que determina con carácter general y de forma objetiva la edad a partir de la cual una vez cumplida, se alcanza la mayoría y, por tanto, se adquiere la plena capacidad jurídica de obrar y el sujeto es plenamente responsable de todos sus actos, sin perjuicio de irse fijando períodos precedentes, para conceder a cada persona una cierta capacidad o exigirle una responsabilidad atenuada por sus actos;
- Es la que aprecia con un matiz subjetivo el desarrollo de cada persona, para hacer depender de éste el grado de capacidad o incapacidad y consiguientemente, el de su inimputabilidad.”<sup>2</sup>

La concepción clásica de la minoría de edad está siendo superada por los postulados de la nueva ciencia jurídica de menores, en cuanto que propugna la instauración de una concepción radicalmente diferente, al concebir a la persona humana en las primeras fases del desarrollo, como un ser racional y potencialmente libre.

Consecuentemente, la concepción clásica de la capacidad jurídica y de obrar, en cuanto que establecía entre ambas una distinción tajante y que subdistinguía, asimismo, la capacidad de obrar en capacidad contractual y delictual y capacidad para el ejercicio de derecho, se sustituye por una concepción unitaria del problema, ya que si el tener derechos es consecuencia de valor que la personalidad humana ostenta, incluso durante la minoría de edad y la capacidad

---

<sup>2</sup> UNESCO. **Derechos y deberes de los jóvenes**. París, 1972. pág. 9.

de obrar es el resultado de la capacidad jurídica, ésta, a su vez, directamente deriva del valor que se atribuye a la personalidad.

Durante la minoría de edad, generalmente el sujeto desconoce cuáles son sus intereses y es posible, además, que por su representante legal no se hagan valer, el derecho objetivo debe determinarlos para que, sin excepción y al ser conocidos, se le puedan otorgar. Así, el significado de lo suyo adquiere una nueva dimensión, al quedar tutelados por la ley aquellos intereses privativos y darse, consecuentemente, una inédita significación al concepto tutelar de la justicia y un auténtico carácter protector al derecho que así lo establece.

Hugo D' Antonio, se refiere al Estado de minoridad al decir que "El Estado de la persona natural constituye uno de sus atributos caracterizadores del cual carece la persona jurídica, y es el conjunto de cualidades que la ley toma en cuenta para atribuirle efectos jurídicos, o bien la posición jurídica que la persona ocupa en la sociedad, dada por tal conjunto de cualidades. En la realidad jurídica actual se han visto superadas distinciones que, anteriormente, diferenciaban a la persona por su condición social, por la religión o con motivo del sexo. Prerrogativas y consiguientes menoscabos, discriminaciones que nos resultan ahora totalmente inaceptables, como las referidas a las personas libres o esclavas; ciudadanos o extranjeros, religiosos, varones o mujeres y otras que rigieron durante siglos, han desaparecido para dejar como principio rector de orden general la igualdad de derechos, cualquiera que sea la condición personal. Pero pese a esta evolución del derecho encuentra culminación en la mencionada igualdad, persiste y habrá de perdurar una diferenciación que se basa en sustentos naturales y que se justifica por la particular orientación que deben tener las normas. La regulación jurídica de los me de la destinada a la persona adulta porque los principios tutelares y pedagógicos a que nores de edad, en efecto, debe distinguirse de la destinada a la persona adulta porque los principios tutelares y pedagógicos a que debe responder imponen la separación."<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> D' Antonio, Daniel Hugo. **Derecho de menores**. pag. 40.

En resumen existe un verdadero estado de minoridad, ya que se tiene que tomar en cuenta la condición de menor para consagrar un cuerpo normativo de índole protector, en tanto así lo requiere la especificidad del sujeto. No debe confundirse esta verdadera diferencia de situación jurídica con lo concerniente a la regulación de la capacidad. Esta, constituye uno de los atributos de la persona en general y la consagración de la incapacidad del menor tipifica uno de los elementos protectorios a los que recurre el derecho de menores, los elementos e instituciones de protección jurídica al menor tienen como fundamento su condición de ser en formación, cuyo incompleto desarrollo requiere el resguardo por parte de los responsables directos o por medio de la intervención concurrente o supletoria de los organismos del Estado señalados a tal fin.

El derecho de menores, en consecuencia, toma al menor como sujeto en virtud de los elementos diferenciadores que le son inherentes.

## **1.2. Regulación legal**

La Constitución Política de la República de Guatemala en el Artículo 20 establece: "Los menores de edad que transgredan la ley son inimputables. Su tratamiento debe estar orientado hacia una educación integral propia para la niñez y la juventud. Los menores, cuya conducta viole la ley penal, serán atendidos por instituciones y personal especializado. Por ningún motivo pueden ser reclusos en centros penales o de detención destinados para adultos. Una ley específica regulará esta materia."

La Convención sobre los Derechos del Niño estipula en el Artículo 40: "Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño de quien se alegue que ha infringido las leyes penales o a quien se acuse o declare culpable de haber infringido esas leyes a ser tratado de manera acorde con el fomento de

su sentido de dignidad y el valor, que fortalezca el respeto del niño por los derechos humanos y las libertades fundamentales de terceros y en la que se tengan en cuenta la edad del niño y la importancia de promover la reintegración del niño y de que éste asuma una función constructiva en la sociedad”.

Estos principios normativos fundamentan el cambio de paradigma respecto a la consideración tradicional de inimputabilidad referida a los menores de edad. Previo a la Convención sobre los Derechos del Niño, el contenido de la inimputabilidad se reduce a un criterio naturalista; falta de capacidad para conocer y comprender el ilícito penal.

“Tres elementos constituyen la base para la crítica a esta posición naturalista de la inimputabilidad referida a los menores de edad:

- El asumir como premisa que la niñez, por decisión legal, carece de estas características, lo que en principio resulta inverosímil fácticamente y genera por lo tanto una política discriminatoria de minusvalía para este sector social;
- El pretender que los aspectos psicológicos se agotan con el conocimiento y comprensión del ilícito penal, cuando en realidad se incorporan otros como el de la efectividad;
- El criterio naturalista no toma en consideración la perspectiva social, en el sentido que la responsabilidad penal implica relaciones sociales, y por lo tanto relaciones de diferentes grupos culturales conformando una estructura social determinada, de tal manera de evitar la hegemonía cultural lo que implica relaciones sociales, y por lo tanto relaciones de diferentes grupos culturales

conformando una estructura social determinada, de tal manera de evitar la hegemonía cultural lo que implica una política discriminatoria.

El criterio naturalista al considerar a los menores de edad incapaces de conocer y comprender el carácter ilícito de sus actos, justifica la intervención estatal en forma tutelar, que reforzada con la influencia del positivismo criminológico lo conforma como sujeto peligroso.

Por esta razón, al reconocer al menor de edad como persona autónoma, trae como consecuencia directa que la respuesta estatal a los conflictos de naturaleza penal se inscriban dentro del ámbito de control social punitivo, diferenciándolos claramente de las respuestas sociales que se le asignan como sujetos sociales con base a sus necesidades y no de peligrosidad. Esto no significa que estas necesidades no sean tomadas en cuenta en el momento de la toma de decisiones respecto a las medidas, por el contrario, el criterio de inimputabilidad de los menores de edad es precisamente esto, diferenciar la naturaleza de la respuesta de los adultos, sin negar su carácter de persona, sin que esta diferenciación implique la categoría de sujetos peligrosos objeto de tutela.

Como personas autónomas, los menores de edad gozarán de todos los derechos que a toda persona se le atribuyen y otras por razón de su condición social, esto constituirá el primer nivel para el criterio de inimputabilidad de los menores de edad, ser tratados como personas.

Considerado al menor de edad como persona autónoma y por lo tanto como sujeto de derechos, es importante resolver el problema si la respuesta estatal implica o no responsabilidad. El Código Penal contiene dentro del Título III las causas que excluyen la responsabilidad penal la inimputabilidad al menor de edad



(Artículo 23 Código Penal). Entonces surge la interrogante ¿Cómo debe ser interpretada esta norma?

Si se le atribuye la característica de persona y al mismo tiempo se afirma que la respuesta es de carácter coactivo, no puede negarse que se reconozca cierto nivel de responsabilidad. Este es el sentido de la Convención sobre los Derechos del Niño cuando describe: “Ser tratado de manera acorde con el fomento de su sentido de dignidad y el valor, que fortalezca el respeto del niño por los derechos humanos y las libertades fundamentales de terceros”. (Artículo 40 de la Convención sobre los Derechos del Niño). Por tal razón, no se puede hablar de irresponsabilidad, pues tal afirmación le negaría su carácter de persona autónoma y por lo tanto incongruente.

Si se organiza una respuesta de control social en el ámbito penal, debe orientarse a su criterio de responsabilidad. La diferencia radica en que la respuesta es diferente a la pena para un adulto. Este es el sentido que debe darse a la descripción penal: exclusión de responsabilidad penal, no de responsabilidad criminal. A los menores de edad no se les atribuye una respuesta criminal, sino otro tipo de respuestas, acordes a su condición de sujeto social, pero diferente, inscrita dentro del ámbito de control social de la justicia penal. Congruente con este principio, la Constitución Política de la República de Guatemala, establece en el Artículo 20 que frente a un ilícito penal debe responderse con medidas propias para la niñez y juventud, en ningún momento un sujeto irresponsable.

### **1.3. Responsabilidad**

En definitiva, el niño es una categoría cultural, en donde los elementos físicos constituyen un indicio para delimitarlo pero son insuficientes para

definirlo. Así lo estipula la Convención sobre los derechos del niño cuando expresa en su Artículo primero: “Se entiende por niño a todo ser humano menor de 18 años, salvo que, en virtud de ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.”

La diferenciación de los menores de edad en la legislación tiene orígenes muy antiguos. Los diferentes sistemas jurídicos: Babilónico, Griego, Egipcio, Romano, Germánico y Español, sin descuidar el tratamiento que a estas personas se dio durante los períodos precolombino, colonial, independiente y liberal en Guatemala.

En las diversas legislaciones se presenta diferente trato para los niños que para los adultos, manifestando un criterio de sujeción hacia los padres, deduciendo incluso responsabilidad a éstos por las acciones de sus hijos. Es frecuente en algunas legislaciones hacer diferenciación de trato entre edades que van desde los siete años hasta los quince en algunas legislaciones y en otras se extiende hasta los veinticinco años.

Esta disparidad del criterio sobre el límite de la edad para la responsabilidad penal, pone en evidencia que la construcción del sujeto social niño es eminentemente histórica, que guarda en sí un criterio político sobre las necesidades de control social por parte del poder. Incluso, en la actualidad se pone en evidencia esta diferenciación en varios instrumentos legales vigentes: edad para contraer matrimonio (menores de 14 años para mujeres y menores de 16 para hombres), y edad para contraer obligaciones y derechos para el trabajo (14 años).

El desarrollo de la cultura, en términos globales, ha generado una concepción sobre la niñez tendiente a constituir una persona en proceso de formación, a la cual se deben proporcionar los elementos necesarios para el

desarrollo integral, de tal manera de incorporarse a las distintas actividades sociales y fortalecer el desarrollo humano. La Convención sobre los Derechos del Niño, tiene ese sentido, por lo que además de los derechos individuales indispensables se le reconoce otros para garantizar su desarrollo integral.

En el ámbito del control social punitivo este reconocimiento es fundamental para definir la edad a partir de la cual se puede deducir la responsabilidad penal. El Código Civil reconoce que la mayoría de edad se alcanza a los 18 años, o sea a partir de la cual la persona goza de todos los derechos de participación social, como ciudadano pleno: puede disponer de sus bienes, derechos y obligaciones civiles y participación política amplia. El Código Penal es congruente con estos principios al excluir al menor de 18 años de la responsabilidad penal en dos sentidos:

- Por no tener una participación plena en las decisiones globales;
- Porque no se han satisfecho ciertas necesidades sociales que contribuyan eficazmente en la sociedad (en especial trabajo y educación).

Otro factor importante es definir la edad mínima a partir de la cual no deberá existir ninguna respuesta. Diversas razones de índole biológico, psiquiátrico o psicológico pueden darse en este aspecto, sin embargo, estas no alcanzan para definirlo.

La Convención sobre los Derechos del Niño así lo considera, por lo que optó por orientar a los Estados partes a definir una edad mínima a partir de la cual se considera que el niño no tiene capacidad para infringir las leyes penales (Artículo 40 inciso 3). A este principio, la que el niño no tiene capacidad para infringir las leyes penales (Artículo 40 inciso 3<sup>a</sup>.a). A este principio, la Convención agrega

elementos para garantizar la participación del menor de edad dentro de los procesos judiciales, así lo expresa el Artículo 12 inciso 1º: "Los Estados partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio y el derecho a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que le afecten, en función de su edad y madurez.

De esta manera, la definición de la edad mínima está en conexión con la obligación educativa del Estado, es decir, sólo puede exigir una respuesta determinada en la medida que se ha dado al sujeto la base de formación para una determinada capacidad de respuesta. Con este límite, pareciera que haber completado la educación básica constituiría el límite mínimo. De conformidad con nuestro sistema educativo, a los trece años el menor de edad ha completado este nivel, por lo que la edad mínima sería trece años. Y así lo establece el Artículo 2º de la Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia, al señalar: "Para los efectos de esta ley se considera niño o niña a toda persona desde su concepción hasta que cumple trece años de edad, y adolescente a toda aquella desde los trece hasta que cumple dieciocho años de edad.

#### **1.4. La problemática del menor en el derecho penal**

"La culpabilidad de los menores de edad ha sido un punto central de la discusión doctrinal de los últimos años dadas las diversas concepciones que sobre esta categoría de la teoría general del delito, se han elaborado en el desarrollo histórico de la dogmática penal.

La concepción de la culpabilidad y del menor de edad específicamente de su imputabilidad ha dependido de la posición normativa y doctrinal vigente en cada momento histórico.

La orientación actual de un derecho tutelar de menores, tanto en la doctrina como en el derecho comparado, hacia un Derecho Penal Juvenil, provoca necesariamente la revisión del contenido del concepto de la inimputabilidad del menor de edad.

La inimputabilidad se caracteriza por ser un mecanismo de exención de la responsabilidad penal de los menores de edad lo cual parece ser contradictorio con las actuales tendencias que reconocen su responsabilidad.

Ante esta situación cabe preguntarse ¿Cómo se puede sostener la responsabilidad penal del menor de edad cuando a la vez se le exime de la misma por considerarlo inimputable?

### **1.5. Respuesta tradicional**

El derecho positivo ha regulado la inimputabilidad con base al modelo tradicional de incluir en ella a los menores de edad, situación que se puede apreciar en la mayoría de códigos penales, por ejemplo los de Centroamérica sin embargo en otros países, como España, han adoptado el sistema de excluir a los menores de la responsabilidad penal exclusiva de los adultos, es decir se les excluye de las consecuencias jurídicas reguladas en el Código Penal pero no obstante ello se les hace responsables penalmente conforme a una Ley específica de responsabilidad penal juvenil.

En ese sentido se puede decir que el modelo español tiene una regulación expresa sobre el contenido y orientación de la inimputabilidad de los menores de edad: establece el Artículo 19 del Código Penal: “Los menores de dieciocho años no serán responsables criminalmente con arreglo a este Código. Cuando un menor de edad cometa un hecho delictivo podrá ser responsable con arreglo a lo dispuesto en la Ley que regule la responsabilidad

penal del Menor. Regulación que deja en claro y sin dar lugar a confusión que el menor de edad es responsable penalmente y que inimputabilidad equivale a irresponsabilidad; en otras legislaciones no se da esta aclaración por lo que el legislador, como sucede con otras figuras jurídicas, deja que sea la doctrina, la dogmática y la jurisprudencia quién otorgue el contenido a la inimputabilidad de los menores de edad. Igual concepción ha logrado la nueva Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia en su articulado.”<sup>4</sup>

La inimputabilidad de los menores de edad constituye el centro de atracción en el modelo de justicia de menores. Su contenido debe verificarse desde la perspectiva político-criminal, debido a que sus implicaciones influyen en todo el sistema de justicia, en el aspecto sustantivo su definición le da contenido a las medidas aplicables, en lo procesal configura la participación del niño como sujeto de derechos u objeto del proceso; y en la aplicación de las medidas, orienta el comportamiento de las instituciones para verificar en su acción un tratamiento a un peligro social, o apoyo para remover los obstáculos que facilitan su comportamiento delictivo.

Existen diversos modelos de justicia de menores, su concepción e implementación nos pone de manifiesto la correlación que existe entre el grado de democratización de la sociedad y el modelo a implementar, lo que evidencia el carácter político del control social. Con denominaciones diferentes hasta el momento se identifican tres principales: la doctrina de la situación irregular, el modelo educativo y el modelo garantista.

#### **1.6. Doctrina de la situación irregular**

“El auge económico del Siglo XIX, desencadenado por el desarrollo industrial, no pudo resolver los problemas sociales debido al modelo planteado desde la exclusión social. En forma paralela dentro del derecho

---

<sup>4</sup> UNICEF. **Inimputabilidad y responsabilidad penal especial de los adolescentes transgresores de la ley.** Guatemala, 2001. págs. 117.

penal, se generan perspectivas de interpretación del fenómeno del crimen a partir de posiciones bioantropológicas que dan como resultado el positivismo criminológico, en donde se privilegia la búsqueda de las causas de la delincuencia en las características del autor, generando una posición determinista. No menos importante para la construcción del modelo de control social hacia los menores, tiene el movimiento asistencialista hacia los huérfanos, indigentes y niñez privada de libertad, producto del modelo económico social excluyente.

Estos tres elementos confluyeron en la creación de un modelo de control social basado en el principio de la situación irregular, que centró su preocupación en dos elementos:

- Propiciar políticas asistencialistas a la niñez excluida socialmente, y;
- Garantizar al mismo tiempo su control social.

Para el logro de este objeto, se generó un movimiento que propugnó por la exclusión del derecho penal de la niñez, generando una categoría especial de niños, los menores. Para éstos últimos, se gestó una normativa especializada, la legislación de menores, que tuvo su origen en Estados Unidos, a finales del siglo XIX y después irradió su influencia en Europa y América Latina. Esther Jiménez Salinas y Emilio García Méndez desarrollan las características generales de este tipo de legislación que coincide con los principios que rigieron al Código de Menores, ya derogado por la Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia:

- Los niños y jóvenes deben estar absolutamente separados de las influencias corruptas de los criminales adultos;

- Centralización del poder de decisión en la figura del juez de menores, quién actúa en una posición eminentemente paternalista y por lo tanto con competencia discrecional;
- Ampliar el control penal no sólo a las conductas delictivas, sino también a situaciones vinculadas a la situación de riesgo social generadas por la exclusión estructural: menores abandonados, prostitución y en general la niñez marginal asentada en áreas de pobreza;
- Consideración del carácter anormal o patológico de los niños delincuentes, equiparándolos a enfermos mentales.

El programa de reforma se fundamenta en el ideal rehabilitador y adaptación a valores propios de la cultura dominante, por lo que se privilegia aquellas medias tendientes a apartarlos de su medio, privilegiando el internamiento en centros especiales para menores.

Un proceso estructurado en la negación absoluta de las garantías mínimas penales y procesales, con la idea de apartarlos del derecho penal. Esta posición garantizó el amplio margen de discrecionalidad para la aplicación, sin límites, de las medidas de coerción.

En último término, el modelo de la situación irregular se orienta fundamentalmente a determinar si el menor es un peligro social, antes que intentar la resolución de determinados conflictos de carácter penal. Por este motivo, la averiguación de la verdad histórica no constituye un elemento importante dentro del proceso, ni la participación de la víctima, sino



determinar si reúne las características de niñez excluida del sistema social para la aplicación de las medidas correspondientes.”<sup>5</sup>

### **1.7. Modelo educativo**

“A finales de la segunda guerra mundial, se desarrolla en Europa el modelo de Estado basado en el bienestar social (Welfare). El Estado de bienestar social es un producto típicamente europeo, se inicia un proceso de reforma de la justicia de menores tendiente a disminuir la intervención de los operadores de justicia (policías, jueces, trabajadores sociales, etc), dando paso a la acción educativa y abandono de los métodos represivos. Sin embargo, este modelo no abandonó la diferenciación entre delincuencia juvenil y situación de riesgo o peligro, sin embargo, el internamiento se aplicó como último recurso.

En América Latina, no tuvo la influencia esperada, en especial en nuestro país, el estado de bienestar nunca existió, el único intento de implementarlo fue durante la revolución de 1944, sin embargo, fracasó en 1954. La influencia de este movimiento en la justicia de menores se evidencia con la creación de la Ciudad de los niños, propugnada por Juan José Orozco Posadas. Mientras Europa desarrolló este modelo, en América Latina se instauraron regímenes autoritarios que continuaron con la política de la situación irregular.”<sup>6</sup>

### **1.8. Modelo garantista**

“Con la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño, las Naciones Unidas propuso un cambio de paradigma respecto a la niñez. Para el efecto, el niño es considerado como persona, y por lo tanto con los

---

<sup>5</sup> UNICEF y Organismo Judicial. **Modulo sobre los derechos del niño en Guatemala**. Guatemala, 2001. pág. 72.

<sup>6</sup> UNICEF y Organismo Judicial. **Ob. Cit.** pág. 73.

derechos inherentes a ella. Además de estos derechos, se le reconocen otros, como sujeto social en proceso de desarrollo: derecho a tener una familia, identidad cultural, educación, recreación, prioridad a su interés superior y prioridad en la asignación de recursos estatales. De tal manera, se produce un cambio de doctrina: de la situación irregular a la protección integral. Las principales características de este modelo son:

- Sin dejar de tomar en cuenta las profundas diferencias sociales existentes, la Convención propone que toda la legislación sea un instrumento para toda la niñez, poniendo fin a la categoría de menores;
- Al menor de edad sólo se aplicará una medida de corrección cuando se compruebe dentro de un debido proceso que su conducta es contraria al ordenamiento penal;
- Toda garantía prevista para los adultos en la Constitución Política de la República y los tratados internacionales se aplicará con mayor razón a los menores de edad;
- Se deben ampliar las garantías respecto a la niñez, en especial las relativas a la defensa, intermediación, culpabilidad, legalidad e inocencia;
- Toda medida de corrección debe estar legalmente determinada y ninguna puede tener una duración indefinida. Tampoco puede sobrepasar ni tener la misma intensidad de las sanciones penales previstas en la legislación penal para ese mismo hecho;
- El cumplimiento de las medidas debe estar sometido a constante control jurisdiccional y prever mecanismos que permitan la suspensión de tal medida por otra menos gravosa en cualquier momento;

- Se deben incorporar mecanismos de conciliación y mediación para determinados conflictos, de tal manera de permitir mayor participación de la víctima en el proceso;
- Establecer un catálogo amplio de medidas que faciliten la utilización del internamiento como último recurso;
- Tomando en cuenta la diversidad pluricultural de la sociedad, se deben reconocer el sistema jurídico de las culturas indígenas para la resolución de este tipo de conflictos.<sup>7</sup>

El ingreso de la niñez al sistema de garantías penales y procesales no pretende incorporarlo a la justicia de adultos, por el contrario significa reconocerlo como persona diferente y por lo tanto esta diferencia no es sinónimo de minusvalía o endurecimiento del sistema, sino congruencia con el principio de mínima intervención del derecho penal. De esta manera, el principio de inimputabilidad adquiere la característica de una garantía y no de minusvalía propuesta por la posición naturalista.

---

<sup>7</sup> UNICEF y Organismo Judicial. **Ob. Cit.** pág. 73.

## CAPÍTULO II

### 2. El sida

#### 2.1. Bosquejo histórico

“El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una enfermedad mortal descrito por primera vez en los Estados Unidos y posteriormente en Europa en 1981”<sup>8</sup>.

Oficial y públicamente fue en Estados Unidos de Norteamérica donde se examina a la primera persona con dicho síndrome, la cual fallece debido a no tener entre sus historias clínicas la existencia de dicha enfermedad y no tener los medicamentos necesarios para combatirla.

Se considera que los antecedentes de los primeros casos de SIDA en los Estados Unidos pudieron haber ocurrido en 1978.

Se han dado varias hipótesis sobre los orígenes del VIH, entre los cuales se puede mencionar los siguientes:

- La teoría de que el microorganismo pudo haber tenido su origen en laboratorios como consecuencia de experimentos.
- La teoría que el virus es tan antiguo como el mismo hombre, teniendo su origen en África, en la zona del lago victoria.

---

<sup>8</sup> Chumil Cuc, Juan. **Prevalencia del virus de la inmunodeficiencia humana en prostitutas en el departamento de Escuintla.** Pág. 3.

La primera teoría manifiesta que el virus del SIDA se creó como consecuencia de experimentos de laboratorio, por medio de los cuales se deseaba conseguir algún elemento para combatir alguna enfermedad, pero por casualidad se produjo el VIH, cuando se hicieron experimentos con personas dio lugar que de allí se iniciará el contagio y propagación. Esta teoría no es aceptada por la mayoría de científicos, ya que los mismos manifiestan que el VIH ha existido durante muchos años en diferentes lugares de África.

Conforme la segunda teoría, que es la más acertada, según científicos, el origen del virus se inició en la zona del Lago Victoria en África, el cual ya estaba en algunas clases de monos verdes, denominando al virus Simian Immunodeficiency Virus (SIV), a causa de recientes mutaciones el virus parece haberse equipado para agredir al hombre.

Sin embargo en 1981 el Doctor Gallo del Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos, señaló que el SIDA podía deberse a un agente infeccioso viral relacionado con los experimentos descubiertos en 1980.

Posteriormente un grupo de investigadores franceses dirigidos por el Doctor Montagnier del Instituto Pasteur de París, demostró que el agente causal del SIDA era efectivamente “un virus que pertenecía a la subfamilia de los lentivirus, el cual se aisló de los ganglios hipertrofiados” de un homosexual, denominándosele Virus Asociado Linfadenopatía (LAV).

En 1984 el Doctor Gallo y colaboradores publicaron un informe, afirmando que el virus descubierto por ellos, al que denominaron Retrovirus Linfotrópico T Humano era el agente causal.

En san Francisco a fines de 1984, Lev y colaboradores aislaron el virus denominándosele Virus Asociado al SIDA (ARV).

Finalmente en mayo de 1986 el “Comité Internacional para la Taxonomía” de Virus recomendó que el agente causal se le denominara Virus de Inmunodeficiencia Humana, señalando con ello la acción del virus y su huésped específico.

## 2.2. Análisis

“El SIDA es una enfermedad “infecto-contagiosa”, que presenta una amplia gama de manifestaciones que van desde una infección asintomática (no presenta síntomas) hasta el síndrome completamente manifiesto, caracterizado por una deficiencia inmunitaria al producirse daño en la función del ser humano, cuando éste es infectado por el virus, permitiendo que el organismo sea invadido por infecciones oportunistas provocadas por la agresión violenta de varias especies de microorganismos algunas veces con lesiones de la piel, problemas neurológicos y cáncer, de los cuales, en condiciones normales, nuestro cuerpo sabe defenderse”<sup>9</sup>.

Para entender mejor qué es SIDA, es importante comprender primero su significado literal, y de esa cuenta se puede desglosarlo de la siguiente manera:

**S= SÍNDROME:** Conjunto de signos y síntomas. Signo es lo que se encuentra objetivamente cuando una persona es examinada, y síntoma es la queja, lo que la persona refiere sentir.

---

<sup>9</sup> Appropriate Health Resources & Technologies Action Group. **Acción en sida**. Pág. 9.

**I= INMUNO:** Referente al sistema defensivo que normalmente todo sujeto posee.

**D= DEFICIENCIA:** Condición en que el sistema inmunológico del cuerpo no es competente para actuar su actividad defensiva.

**A= ADQUIRIDA:** Que no pertenece a un organismo; se incorpora a éste.

En consecuencia sida es la incorporación, al cuerpo del ser humano, del virus que le hace perder sus defensas y ser proclive o susceptible a cualquier enfermedad por leve que sea. Es la pérdida de las defensas del cuerpo para que en el mismo se desarrollen con amplitud las enfermedades comunes, y por el motivo de no tener defensas o carecer de las mismas esto tiene como consecuencia estar en condiciones de desarrollar con mayor fuerza cualquier enfermedad sin que el cuerpo oponga resistencia.

### **2.3. Análisis del sida en el mundo**

Para tener una mejor visión del contagio y propagación del SIDA es necesario describir, mediante un cuadro sinóptico, la situación de la epidemia del SIDA hasta diciembre del año 2000<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> ONUSIDA. **La epidemia de sida: situación en diciembre de 2000.** Pág. 3.

<b>PERSONAS RECIEN INFECTADAS POR EL VIH</b>			
<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>MENORES DE 15 AÑOS</b>	<b>TOTAL</b>
4.7 millones	2.2 millones	600,000	7.5 millones

<b>PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA</b>			
<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>MENORES DE 15 AÑOS</b>	<b>TOTAL</b>
34.7 millones	16.4 millones	1.4 millones	52.5 millones

<b>DEFUNCIONES CAUSADAS POR EL SIDA</b>			
<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>MENORES DE 15 AÑOS</b>	<b>TOTAL</b>
2.5 millones	1.3 millones	500,000	4.3 millones

Los problemas que plantea el VIH varían enormemente de un lugar a otro, dependiendo de la magnitud y rapidez de la propagación del virus y de la existencia de un gran número de personas infectadas que hayan empezado a enfermar o fallecer.

Excepto en África subsahariana (parte que pertenece a Turquía), en todas partes del mundo hay más varones que mujeres infectados por el VIH y que fallecen a causa del SIDA. El comportamiento de los varones influidos a menudo por creencias culturales perjudiciales sobre la masculinidad, los convierte en víctimas propiciatorias de la epidemia. En total se estima que durante el año dos mil se infectaron dos millones quinientos mil varones de



15 a 49 años de edad, lo que eleva a dieciocho millones doscientos mil el número de varones adultos que, a finales de año, viven con el VIH o con SIDA. El comportamiento masculino también contribuye a la infección por el VIH en las mujeres, que a menudo tienen menos poder para determinar dónde, cuándo y cómo se llevan a cabo las relaciones sexuales.

Durante el año dos mil en la Federación de Rusia se han producido más nuevas infecciones por el VIH que en el conjunto de todos los años previos de la epidemia. Teniendo en cuenta también la expansión ininterrumpida de la epidemia en Ucrania, una estimación conservadora sitúa en setecientos mil el número de adultos y niños que viven con el VIH o con sida en Europa Oriental y Asia Central para finales del año dos mil, en comparación con cuatrocientos veinte mil hace tan sólo un año. Las prácticas peligrosas de inyección de drogas intravenosas siguen siendo el principal factor impulsor.

“A finales del año 1999, la cifra estimada de adultos y niños que vivían con el VIH o con SIDA en Europa Oriental y en los países de la antigua Unión Soviética era de cuatrocientos veinte mil. Justo un año después, una estimación conservadora sitúa esa cifra en setecientos mil. La mayoría del cuarto de millón de adultos que se han infectado en el dos mil son varones, en su mayor parte consumidores de drogas de aplicación o consumo intravenosas”<sup>11</sup>.

La epidemia en América Latina es un mosaico complejo de patrones de transmisión en que el VIH continúa propagándose a través de las relaciones sexuales entre varones (homosexualismo), las relaciones sexuales entre varones y mujeres (relación heterosexual) y el uso de drogas

---

<sup>11</sup> ONUSIDA. **Ob. Cit.** Pág. 5.

intravenosas. Se estima que en la región ciento cincuenta mil adultos y niños contrajeron la infección a lo largo del dos mil. En muchos países, gracias a la terapia “antirretrovírica”, las personas VIH positivas viven más tiempo en condiciones más saludables. Se estima que, a finales del presente año, un millón cuatrocientos mil adultos y niños de la región viven con el VIH o con SIDA, en comparación con un millón trescientos mil a finales de mil novecientos noventa y nueve.

Las poblaciones y naciones del mundo, actuando de común acuerdo, tienen la fuerza para doblegar el sida: educando a los niños, protegiendo a los jóvenes, poniendo fin a la vergonzosa estigmatización de las personas que viven con el VIH, y asegurando el futuro para todos los que están infectados o afectados por el VIH.

Bajo la premisa de que las necesidades de las personas que viven con el sida son mejor comprendidas por aquellas que están afectadas, Voluntarios de las Naciones Unidas (VNU) han venido proporcionando apoyo a la mayor participación de personas que viven con el sida, una iniciativa en curso del PNUD y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Trabajando dentro de comunidades locales en doce países en África, Asia y el Caribe, los voluntarios – muchos de ellos VIH positivos – apoyan la atención médica y la asistencia a domicilio, reaccionan contra el estigma y la discriminación, fortalecen la capacidad de las redes de autoayuda y promueven programas de prevención.

En Burundi, el Programa VNU ha ayudado también a desarrollar e integrar políticas relativas al VIH/SIDA en los lugares de trabajo apoyando a empresas para que integren el tema del VIH/SIDA en los planes de producción y desarrollo, creen grupos de apoyo y fondos de solidaridad para apoyar a empleados infectados y establezcan servicios de asesoría e información anónimos para el personal. A fin de seguir promoviendo el

intercambio de experiencias, el Programa VNU está estableciendo una red voluntaria regional de apoyo a GIPA en el Sudeste Asiático.

La acción voluntaria ha sido recientemente reconocida como una de las principales modalidades en la implementación de la Iniciativa de Capacidad en el Sur de África (SACI) del PNUD en nueve de los países más afectados por el VIH/SIDA\*. El Programa VNU apoya la iniciativa ayudando a responder a la pérdida de mano de obra productiva, capacitada y educada en la región. “Es triste ver cómo el VIH/SIDA sega las vidas de tanta gente capaz y aterra pensar qué pasa con las familias que han perdido a la persona que ganaba el pan de cada día. Pero estamos haciendo todo lo que está en nuestras manos para compensar estas trágicas pérdidas,” asegura el VNU Patrick Moses de Sierra Leona asignado en Swazilandia. Patrick forma parte de un equipo de VNU, en su mayoría procedentes de la región, que ayudan al gobierno a sentar las bases para una estrategia nacional de planificación de los recursos humanos a fin de garantizar la prestación de servicios sociales claves en una zona de VIH/SIDA. Intentan además contrarrestar el déficit inmediato de recursos humanos proporcionando conocimientos profesionales en ámbitos como la educación y la gestión de atención médica. Con este fin fortalecen la capacidad de las organizaciones comunitarias de base para que ofrezcan servicios esenciales, como por ejemplo la asistencia a domicilio para personas con SIDA, y movilizan a muchos voluntarios locales, incluyendo titulados universitarios y funcionarios jubilados del servicio público, para que ayuden ofreciendo servicios esenciales.

Para tener un conocimiento más exacto de la propagación del sida, se hace necesario observar las estadísticas que presenta ONUSIDA en la región del caribe:

## CARIBE

### Estadísticas y características del VIH y el SIDA, final de 2002 y 2006

	Adultos y niños que vivían con el VIH	Número de mujeres que vivían con el VIH	Nuevos casos de infección por el VIH en adultos y niños	Prevalencia en adultos (%)	Defunciones de adultos y niños a causa del SIDA
2004	440 000	210 000]	53 000	2.3	36 000
2002	420 000	190 000	52 000	2.3	33 000

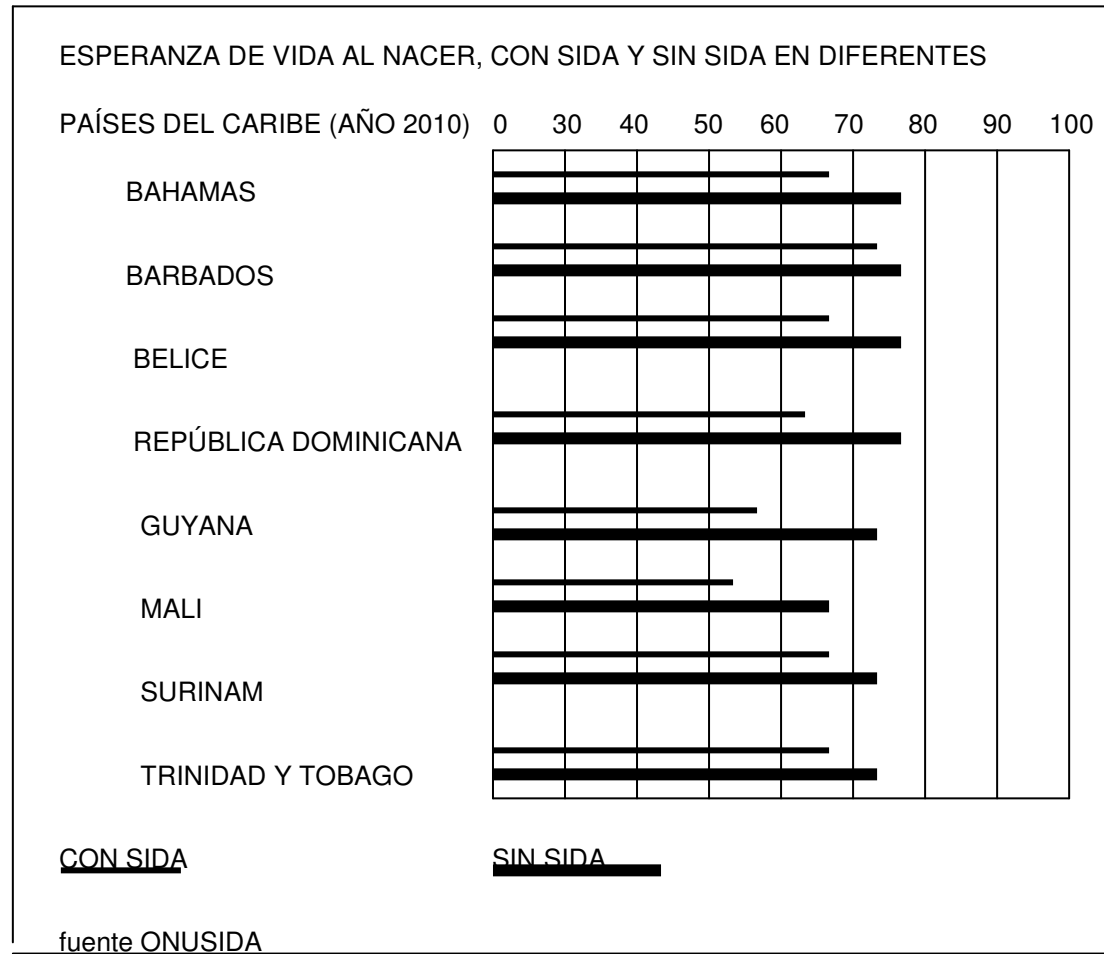
El Caribe es la segunda región del mundo más afectada por el VIH.

Entre los adultos de 15-44 años de edad, el SIDA ha pasado a ser la principal causa de mortalidad.

Más de 440,000 personas viven con el VIH en el Caribe, incluidas las 53 000 que contrajeron el virus en 2006. Se estima que 36 000 personas fallecieron por SIDA durante ese último año. Entre los jóvenes de 15-24 años, alrededor del 3,1% de las mujeres y el 1,7% de los varones vivían con el VIH a finales de 2006. En la región de la Comunidad del Caribe (CARICOM) hay 370 000 personas que viven con el VIH, incluidas las 48 000 que se infectaron en el curso de 2006. Más de 29 000 personas fallecieron a causa del SIDA durante el pasado año.

Con una prevalencia promedio en adultos del 2,3%, el Caribe es la segunda región del mundo más afectada por el VIH. En cinco países

(Bahamas, Belice, Guyana, Haití y Trinidad y Tobago), la prevalencia nacional supera el 2%. En conjunto, los niveles máximos de infección por el VIH entre las mujeres de las Américas corresponden a los países del Caribe, y el SIDA se ha convertido en la primera causa de mortalidad entre los adultos caribeños de 15-44 años (Centro Epidemiológico del Caribe, OPS, OMS, 2006). Se proyecta que, en 2010, la esperanza de vida al nacer será 10 años menor en Haití, y nueve años menor en Trinidad y Tobago, de la que hubiera sido en ausencia del SIDA. Varios países y territorios cuyas economías dependen del turismo figuran entre los más afectados por la epidemia en esta región, como Bahamas, Barbados, Bermuda, Jamaica, República Dominicana y Trinidad y Tobago. Sin embargo, la mayoría de los países de la región tiene una capacidad limitada para supervisar la evolución de sus epidemias, y confía en datos y sistemas que no se corresponden necesariamente con las realidades a las que se enfrentan.



A diferencia de América Latina, la transmisión del VIH en el Caribe se produce principalmente a través del coito heterosexual (casi las dos terceras partes de todos los casos de SIDA hasta ahora se atribuyen a este modo de transmisión), aunque las relaciones sexuales entre varones, que están fuertemente estigmatizadas y en algunos lugares son ilícitas, siguen constituyendo un aspecto significativo —pero todavía ignorado— de la epidemia. La transmisión del VIH a través del consumo de drogas intravenosas continúa siendo poco habitual, con las excepciones notables de Bermuda, donde es responsable de una gran proporción (43%) de los casos de SIDA, y Puerto Rico, donde más de la mitad de todas las infecciones en 2003 se asociaron al consumo de drogas intravenosas y aproximadamente una cuarta parte se transmitió por vía heterosexual (Centro Epidemiológico del Caribe, 2005; ONUSIDA, 2006).

Conforme evoluciona la epidemia en la región, cada vez hay más mujeres afectadas, de modo que la cifra de nuevas infecciones por el VIH entre ellas supera actualmente a la de los varones. Las últimas estimaciones indican que aproximadamente hay tantas mujeres como varones que viven con el VIH en la región. Según una encuesta de base poblacional efectuada en 2003, las mujeres menores de 24 años en la República Dominicana tenían casi el doble de probabilidades de estar infectadas por el VIH que sus homólogos masculinos (MAP, 2005). En Jamaica, las muchachas adolescentes tienen una probabilidad 2,5 veces mayor de estar infectadas que los muchachos de su mismo grupo de edad (10-19 años). Esto es debido en parte a que algunas muchachas tienen relaciones sexuales con varones de mayor edad, que es más probable que estén infectados por el VIH, una tendencia que también se ha documentado en otros países.

Haití sigue teniendo el mayor número de personas que viven con el VIH en el Caribe: unas 280 000 al final de 2004 (ONUSIDA, 2005). Los estudios más recientes de vigilancia apuntan a un descenso en la

prevalencia del VIH. Los últimos datos, en centros que mantienen una notificación continua, señalan que la prevalencia mediana del VIH entre las mujeres (15-49 años) que acuden a dispensarios prenatales ha disminuido del 4,5% en 1996 al 2,8% en 2005-2006 (Ministerio de la Salud Pública de la Población, 2006). La prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas de 15-24 años parece haber experimentado una reducción similar a la de las mujeres de todos los grupos de edad durante el mismo periodo (del 3,6% al 2,8%). El descenso en el grupo de edad más joven suele considerarse indicativo de un descenso en la incidencia. Pero no es fácil explicar el descenso de magnitud similar en el grupo de mayor edad. El mayor apoyo de los donantes para vigilancia del VIH en Haití durante 2005-2006 pudo haber mejorado la calidad de los datos recopilados, pero dificulta comparar la información más reciente con la obtenida en estudios de vigilancia previos. Se requieren nuevas investigaciones que combinen tendencias en los datos de prevalencia con tendencias en los datos de comportamiento para examinar las razones de este descenso observado en la prevalencia del VIH en Haití.

Las últimas encuestas de vigilancia en mujeres embarazadas indican que la prevalencia del VIH varía entre el 1,8% y casi el 7% en diferentes partes de Haití. Las mujeres más pobres y con menor nivel educativo tienen mayores probabilidades de estar infectadas por el VIH que sus congéneres más acomodadas. Datos recientes de vigilancia del comportamiento han demostrado que una proporción significativa de la población, mayoritariamente joven (cerca del 60% tiene menos de 24 años), es sexualmente activa y mantiene relaciones sexuales no protegidas. En una encuesta de 2001, casi la mitad de las mujeres jóvenes (y más de la mitad de los varones) dijeron que habían iniciado la actividad sexual antes de cumplir 18 años, y el 18% de las muchachas urbanas de 15-19 años habían quedado embarazadas al menos una vez. Aunque se está extendiendo el conocimiento general sobre el SIDA, siguen circulando conceptos erróneos

acerca del virus, especialmente entre las mujeres, una indicación de que hay mucho que hacer aún para ampliar y mejorar los esfuerzos de prevención.

Jamaica, donde se estima que 22 000 personas vivían con el VIH a final de 2003, tiene el segundo mayor número de casos y defunciones por SIDA en la región, superado tan sólo por Haití (ONUSIDA, 2006). Mientras que otras islas de la zona parecen estar realizando avances progresivos en la lucha contra la epidemia gracias a la ampliación del acceso al tratamiento antirretrovírico, en Jamaica se han comunicado como mínimo 900 casos anuales de SIDA desde 1999, y la enfermedad se ha cobrado entre 590 y 690 vidas cada año durante el mismo periodo, más del doble que hace tan sólo cuatro años (Centro Epidemiológico del Caribe, 2006). Los datos más recientes de vigilancia del VIH señalan que la epidemia tampoco está retrocediendo. La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas atendidas en dispensarios prenatales se mantuvo en el 1,4% a nivel nacional en 2002, pero llegó hasta el 2,7% y 1,9% en las parroquias de St. James y de Kingston and St. Andrews, respectivamente. La alta prevalencia del VIH entre pacientes que acudieron a dispensarios de infecciones de transmisión sexual (ITS) en 2006 parece dar la razón a las advertencias previas sobre la generalización de las relaciones sexuales no protegidas: casi el 8% de los varones atendidos en esos dispensarios eran VIH-positivos, como lo eran casi el 5% de las mujeres (Ministry of Health, Jamaica, 2005). A finales de los años 1990, un estudio especial realizado entre adolescentes varones y adultos jóvenes de Jamaica comprobó que hasta el 9% había notificado síntomas de ITS durante el año previo, una indicación inequívoca de relaciones sexuales no protegidas (Norman y Uche, 2006). No hay pruebas hasta ahora de que estos patrones se hayan modificado significativamente.

Al mismo tiempo, tanto en las Bahamas como en Barbados hay indicios de que los mayores esfuerzos de prevención desde finales de los años 1990 podrían estar reduciendo los niveles de infección por el VIH. En



Bahamas, donde se estima que 5.000 personas estaban viviendo con el VIH a finales de 2005, la prevalencia en mujeres embarazadas disminuyó del 4,8% en 1993 al 3,6% en 1996 y al 3% en un estudio de vigilancia del VIH en 2002. Se ha observado una tendencia descendente similar en los niveles del VIH entre los pacientes atendidos en dispensarios de ITS (Department of Public Health, Bahamas, 2005). La reducción en el número anual de casos notificados de SIDA (de 320 en 2000 a 164 en 2003) y de defunciones por SIDA (de 272 en 2000 a 185 en 2003) es probablemente reflejo de este descenso progresivo en la prevalencia, junto con la ampliación del acceso al tratamiento antirretrovírico desde el cambio de siglo (Centro Epidemiológico del Caribe, OPS, OMS, 2003).

Barbados tiene una epidemia más limitada, pero también ahí se está observando un descenso en los niveles del VIH, de forma que los nuevos diagnósticos de VIH en mujeres embarazadas disminuyeron sustancialmente entre 1999 y 2004, del 0,7% al 0,3% (Kumar y Singh, 2005). La transmisión maternoinfantil del VIH también se ha reducido desde la ampliación de los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias y la dispensación de tratamientos preventivos antirretrovíricos. La tasa de transmisión maternoinfantil disminuyó en un 69% entre septiembre de 2000 y diciembre de 2004 (St John *et al.*, 2005). Asimismo, la introducción en 2002 del tratamiento antirretrovírico para las personas con el VIH ha invertido el curso de la tendencia en la mortalidad por SIDA en este país isleño. La cifra anual de defunciones por SIDA se redujo de 114 en 1998 a 50 en 2005, mientras que los ingresos hospitalarios para tratamiento de infecciones oportunistas disminuyeron un 42% durante el mismo periodo. En Bermudas, entretanto, el número de casos de SIDA se redujo casi a la mitad (de 19 a 11) entre 2000 y 2003 (Centro Epidemiológico del Caribe, 2006; CAREC, OPS, OMS, 2005).

Con un nivel estimado del 2,5% a finales de 2005, la prevalencia del VIH en Guyana se erigió en la segunda más alta de la región. Se ha

registrado un incremento gradual en el número de casos de VIH notificados desde mediados de los años 1990. Según el Ministerio de Salud, es probable que los casos comunicados oficialmente representen menos de un tercio del número real de personas que viven con el VIH. Asimismo, menos de una quinta parte de las personas infectadas por el VIH —la mayoría de ellas de 20-34 años de edad— conocen su estado serológico. La mayor parte de las infecciones se transmite a través del coito heterosexual. Un estudio reciente entre mineros de la región amazónica del país ha revelado una prevalencia excepcionalmente alta del VIH (6,5%). Los mineros, todos varones jóvenes, reparten su vida entre turnos de trabajo de 6-8 semanas y dos semanas de descanso en casa, cerca de la costa. Parece existir un riesgo importante de que los mineros infectados transmitan el VIH a sus parejas habituales en el hogar, o a parejas ocasionales cerca de la mina.

Desde el reporte del primer caso en Guatemala en 1984 hasta marzo de este año se han reportado un total de 10,382 casos de Sida en el país correspondiendo casi un 50% de los mismos al reporte de los últimos tres años. El 94% de los casos reportados han sido infectados por vía sexual. Esta cifra representa un número mucho menor de los casos reales en el país debido al alto subregistro de casos existentes. La prevalencia de mujeres embarazadas, grupo representativo de la población en general es de 0.44% lo que significa que la epidemia no se presenta únicamente en grupos de alto riesgo.

La República Dominicana, que comparte con Haití la isla La Española, sigue enfrentándose a una grave epidemia, con una prevalencia del VIH en mujeres embarazadas superior al 2% a nivel nacional. En la capital, Santo Domingo, la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas de 15-24 años —que puede ofrecer un indicio de las tasas recientes de infección— ha disminuido desde aproximadamente el 3% en 1995 hasta menos del 1% en 2005 (ONUSIDA, 2006). Esto puede ser debido a los grandes esfuerzos de

prevención dirigidos a animar a las personas a que adopten comportamientos sexuales más seguros. Sin embargo, no se aprecia la misma tendencia en otras partes del país. Preocupa en particular la prevalencia inusualmente alta del VIH (4,9%) que se está detectando entre trabajadores de plantaciones de caña de azúcar (MAP, 2005).

Cuba, con una prevalencia del VIH muy baja, ha sido una excepción en esta región, debido posiblemente, y al menos en parte, a una política de cuarentena de las personas infectadas por el VIH como medida preventiva durante los años 1980. Posteriormente, Cuba abandonó esta política. Al mismo tiempo, el acceso gratuito y universal a la terapia antirretrovírica ha mantenido muy baja la cifra de casos de SIDA y defunciones por esa enfermedad. Aunque sigue siendo de escala reducida, actualmente la epidemia de VIH en el país está creciendo. Desde finales de los años 1990 se ha producido un incremento acusado en los casos de VIH notificados, de modo que el número anual de nuevos casos comunicados casi se ha quintuplicado entre 1995 y 2000. No obstante, la epidemia de Cuba continúa siendo pequeña, en contraste con la mayor parte del Caribe. La mayoría de las nuevas infecciones por el VIH se transmite como consecuencia de relaciones sexuales entre varones (Centro Epidemiológico del Caribe, 2005).

La falta de datos de vigilancia del VIH de buena calidad en la mayoría de los países del Caribe está obstaculizando la posibilidad de preparar y ejecutar programas de prevención potencialmente eficaces, y es casi seguro que socavarán los esfuerzos para ampliar el acceso al tratamiento antirretrovírico. Pero si los países de la región pretenden llegar a controlar sus epidemias, tendrán que afrontar retos sociales, no sólo técnicos. La homofobia generalizada está creando un clima ideal para la propagación del VIH al alejar a los varones que tienen relaciones sexuales con varones de la información, los servicios y la seguridad que necesitan para protegerse contra el VIH. Al mismo tiempo, las desigualdades en la condición social y

económica entre varones y mujeres actúan como dinámica poderosa en epidemias que están creciendo en medio del estigma, los conceptos erróneos y la negación continuados.



## CAPÍTULO III

### 3. Situación guatemalteca

#### 3.1. Datos de población generales

Conocido qué es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y la realidad mundial, se hace necesario conocer la presencia del SIDA, en Guatemala y la situación actual, así como lo psicosocial como plataforma de los problemas de la salud.

Guatemala es un país de ciento ocho mil ochocientos ochenta y nueve kilómetros cuadrados, con una población aproximada de doce millones de personas, con un promedio de ochenta y cuatro habitantes por kilómetro cuadrado. Su población urbana representa el treinta por ciento del total de la población y sus habitantes pertenecen a dos grupos étnicos diferentes: el cuarenta y dos por ciento de la población es indígena. La cual habla entre sí veintitrés idiomas diferentes.

El setenta por ciento de sus habitantes es menor de treinta años; y la población materno infantil representa el sesenta y cinco por ciento del total. Se cuenta con dos millones de mujeres de edad fértil y el cuarenta y seis por ciento de la población son menores de quince años. En mil novecientos ochenta y nueve se estimaba que el cincuenta y dos por ciento de la población mayor de quince años, no sabía leer ni escribir. Según datos de mil novecientos ochenta y uno, el cincuenta y uno por ciento de las mujeres eran analfabetas. La tasa de natalidad es de treinta y siete por ciento y el crecimiento vegetativo de dos punto siete por ciento.

### 3.2. El sida en Guatemala

En Guatemala la epidemia del SIDA aparece en el año mil novecientos ochenta y cuatro, cuando en el mes de junio son reportados dos casos de sida, oficialmente, en pacientes de nacionalidad guatemalteca, residentes y diagnosticados en los Estados Unidos de América; desde entonces, la mayoría de los casos registrados durante los primeros años, proceden de ese país; sin embargo, a partir de mil novecientos ochenta y ocho los casos autóctonos han sido los que se reportan con mayor frecuencia. Hasta mil novecientos noventa y cuatro se habían reportado quinientos casos de sida en Guatemala, siendo el registro más bajo en Centro América con relación al número de habitantes.

“Hasta hace poco tiempo la prevalencia del VIH en Guatemala había sido estimado a través de los resultados de las pruebas de donadores de sangre y otros grupos, tales como guatemaltecos deportados de los Estados Unidos”<sup>12</sup>.

En Guatemala, como en otros países, las medidas preventivas contra el sida han sido divulgadas desde mil novecientos ochenta y cuatro, y en ese sentido tiene un gran mérito la “Asociación Guatemalteca de Parasitología y Medicina Tropical”, que en ese año fue la primera en presentar una conferencia acerca del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

En Guatemala la epidemia se encuentra con más presencia entre personas de quince y cuarenta y nueve años de edad, siendo las más afectadas los comprendidos entre veinte y los treinta y nueve años de edad, en los cuales los porcentajes son mayores, teniendo carácter sintomático la mayoría, mientras que casos directos de sida se encuentran en menor

---

<sup>12</sup> Juárez Gálvez, Olimpia Margarita. *El sida de intervención del trabajo social en Guatemala*. Pág. 12.

proporción, en este sentido se consideran los casos sintomáticos como aquellos en que la persona tiene los síntomas de la enfermedad pero sin haberla desarrollado en definitiva, mientras que los casos directos de sida se consideran aquellos en que la persona se encuentra con la enfermedad pero en constante tratamiento u hospitalizado.

“En Guatemala para el 2006 se estima que el rango de infectados oscila entre 104 y 116 mil. 102,000 es aproximadamente la población de enfermos a nivel nacional. 93% ha sido contagiado por relaciones sexuales. 5 a 6% de madre a hijo. Menos el 3% se infecta; si la madre recibe tratamiento. 2% por drogas intravenosos o transfusiones de sangre”<sup>13</sup>.

Conforme datos del Programa Nacional de Prevención y Control del Sida, se establece que de los años del ochenta y cuatro al ochenta y seis, fallecieron más personas por causa del sida, mientras que las personas portadoras del sida sobrevivieron en los años mencionados, entre los años ochenta y siete y ochenta y ocho, estaban niveladas las muertes a causa del sida y los casos de personas portadoras que sobrevivieron; y del año mil novecientos ochenta y nueve en adelante sobreviven más las personas portadoras del virus, siendo en menor proporción las defunciones a causa del virus y sobreviviendo más los portadores. Gracias a una serie de tratamientos médicos se prolonga la vida de estas personas.

“En el país hay alrededor de 70 mil personas portadoras del VIH que necesitan asistencia. Alrededor de 7 mil requieren tratamiento urgente. Sólo 3,500 personas reciben medicación. El IGSS atiende a 1700. El Ministerio de Salud, a 900, a partir de julio. Médicos Sin Fronteras, España y Francia dan cobertura sanitaria a 900 pacientes. En este año se espera dar tratamiento a

---

<sup>13</sup> Prensa Libre. **En busca del virus**. Guatemala, 15 de febrero 2006. Pág. 55.



unas 600 persona más, gracias a la ayuda del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida”<sup>14</sup>.

Prevenir situaciones de riesgo y recibir tratamiento farmacológico son las únicas armas para combatirle VIH, hasta que una vacuna tenga éxito.

Conforme fuentes del Programa Nacional de Prevención y Control del Sida, se estableció que de doscientos setenta y ocho mujeres con sida, fallecieron treinta y ocho, mientras que de un total de ochocientos cincuenta casos de hombres con sida, fallecieron ciento cincuenta, teniendo mayor proporción en contagio las personas de sexo masculino.

Conforme al territorio, según la misma fuente, el primer lugar en mayoría de personas detectadas con sida lo ocupa del departamento de Guatemala, siguiendo con una proporción de casos el sesenta por ciento, el departamento de Escuintla, siguiéndoles Quetzaltenango e Izabal.

“Las enérgicas medidas adoptadas hasta ahora para reducir la tasa de infecciones por el VIH obtendrán dividendos sustanciales en los próximos años, cualquiera que sea el nivel de prevalencia de los países. La prevención surte efecto. En casi todos los contextos, los programas de prevención en gran escala han demostrado claramente que es posible reducir la propagación del VIH especialmente entre los jóvenes”<sup>15</sup>.

Para el combate y prevención del sida, en Guatemala se formó el Grupo Temático, en sus postulados se manifiesta “Somos producto de un esfuerzo coordinado y complementario de las agencias del Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala, las agencias de cooperación internacional y las instituciones del ámbito nacional. En el grupo participan el Banco

---

<sup>14</sup> Prensa Libre. **Paciente con sida temosa depender del Estado**. Guatemala, 29 de mayo de 2005. Pág. 8.

<sup>15</sup> ONUSIDA. **Día mundial de la salud**. Pág.35.

Mundial, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), EL Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA). También forman parte de este esfuerzo la Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos (USAID) y algunas instancias nacionales como el Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA y la Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA”<sup>16</sup>.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la salud, en Guatemala hay más de 78,000 personas con VIH y sólo 3,600 de las 13,500 que necesitan tratamiento con urgencia antirretroviral lo recibieron hasta diciembre de 2005.

“En la Clínica Familiar Luis Àngel García, atendieron a 220 infantes comprendidos de 0 a 14 años. De los casi mil adulto entre los 18 a 80 años, la mayoría tiene entre 20 y 35 años. El 53 por ciento son hombres, el 47 por ciento mujeres. De ellos, el 52 por ciento son del área metropolitana, y el resto de los departamentos, sobre todo de Escuintla, el Progreso y Puerto Barrios. La razón de que acudan a los centros hospitalarios de la capital es porque en los pueblos la mayoría de habitantes se conocen, y temen ser rechazados por la estigmatización que hay acerca de la enfermedad. Los Médico Sin Fronteras, brindaron atención a 1600 pacientes entre 18 y 70 años, el promedio tiene 34. En el IGSS hay registrados 1,546 pacientes de los que 1186 son hombres y 360 mujeres. En 2003 la institución gastó cincuenta y tres millones ochocientos ochenta y tres mil ochocientos

---

<sup>16</sup> Grupo Temático de Guatemala. **Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA**. Pág. 12.

cincuenta siete quetzales, y de enero a mayo de 2005 treinta millones quinientos ochenta y dos mil seiscientos sesenta y seis”<sup>17</sup>.

El Grupo Temático fue constituido en agosto de mil novecientos noventa y seis con el propósito de estimular, apoyar y fortalecer las actividades necesarias para lograr un impacto contra el SIDA en Guatemala. El esfuerzo de coordinación amplia que el grupo ha realizado, responde al espíritu de transformación del Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala y al interés de acompañar los esfuerzos nacionales en forma conjunta, aprovechando las fortalezas y la experiencia de cada uno de los organismos de la Organización de las Naciones Unidas.

La idea es facilitar el trabajo multiagencial que conjuntamente con el gobierno y la sociedad civil está tratando de encontrar alternativas de acción para enfrentar el creciente problema social y de salud desencadenado por la epidemia del VIH/SIDA.

Como principal promotor de la acción mundial, la Misión del Grupo Temático se centra “en apoyar y fortalecer la capacidad de respuesta ampliada en Guatemala para prevenir y controlar la transmisión del VIH/SIDA y ofrecer una atención integral y oportuna a las personas afectadas, además de reducir la vulnerabilidad de los individuos y comunidades al VIH/SIDA, a fin de aliviar el impacto de la epidemia en el país”.

El Grupo Temático de Guatemala tiene los siguientes principios<sup>18</sup>:

---

<sup>17</sup> Prensa Libre. **La esperanza se mantienen viva**. Guatemala 4 de abril de 2005. Pág. 73.

<sup>18</sup> Grupo Temático. **Ob. Cit.** Pág. 4.

- El Grupo Temático actúa con pleno respeto a las políticas nacionales, costumbres y principios culturales de Guatemala, conciliando planteamientos y asesorando a todas las partes interesadas.
- Su naturaleza es estrictamente técnica. En este sentido divulga los avances científicos, nuevos conocimientos, éxitos y fracasos relacionados con las diferentes modalidades de prevención de la transmisión del VIH y el tratamiento integral de las personas que viven con VIH/SIDA.
- Actúa en base a prioridades y planes de trabajo establecidos en forma conjunta con las diversas instituciones interesadas.
- Reconoce que la epidemia afecta a hombres y mujeres de manera diferenciada y por tanto, promueve que el estudio y análisis de la problemática, así como el diseño de mecanismos de prevención y tratamiento del VIH/SIDA, tengan presentes dichas diferencias.
- Su Presidente es seleccionado por consenso y actúa por delegación del Coordinador Residente de las Naciones Unidas en Guatemala.

Para el combate y prevención del SIDA se han agrupado también la Clínica Familiar “Luis Angel García”, ubicada en el Hospital San Juan de Dios; la Clínica de VIH/SIDA, ubicada en el Hospital Roosevelt; y, la Línea de información sobre el VIH/SIDA, ubicada en la primera avenida y once calle de la zona uno.

“Las enérgicas medidas adoptadas hasta ahora para reducir la tasa de infecciones por el VIH obtendrán dividendos substanciales en los próximos años, cualquiera que sea el nivel de prevalencia de los países. La

prevención surte efecto. En casi todos los contextos, los programas de prevención en gran escala han demostrado claramente que es posible reducir la propagación del VIH especialmente entre los jóvenes”<sup>19</sup>.

En Guatemala hay preocupación porque desde que se detectó el primer caso de sida en 1984 hasta la fecha se han registrado cinco mil quinientos casos y se estima que unas treinta mil personas son portadoras del VIH.

“Dory Lucas, del programa Nacional contra el Sida, sostiene que algunas proyecciones hablan de hasta 50 mil o 60 mil portadores del virus. Hay especulación con el número real, pero es el silencio de los afectados lo que provoca los subregistros”<sup>20</sup>.

“Lucía Dubón, vocera del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, señala que de 1986 a la fecha se han atendido a mil ochocientos siete personas con sida, de las cuales 270 han fallecido. Sólo este año han muerto 71.

El Seguro Social invirtió el año pasado cuarenta y ocho millones quinientos mil quetzales en la atención de pacientes con el síndrome y en lo que va del 2004 la suma se disparó a 12 millones, hecho que confirma el aumento de la incidencia del virus”<sup>21</sup>.

La preocupación se ha extendido a la Iglesia Católica, que comenzó una campaña de prevención contra el sida, a finales del año 2005, en la que además de conscientizar sobre la discriminación, ha hecho un llamado a la fidelidad.

---

<sup>19</sup> ONUSIDA. **Día mundial de la salud**. Pag.35.

<sup>20</sup> Nuestro Diario. **El sida va en aumento**. Guatemala, 1 de diciembre de 2002. Pág. 2.

<sup>21</sup> **Ibid.**

En la última reunión de la Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal de Guatemala (CEG), representantes de todo el país decidieron intensificar el compromiso de la Iglesia con la lucha contra el sida. En octubre del 2005 comenzó a divulgarse en las radioemisoras católicas del país una campaña de concienciación.



## **CAPÍTULO IV**

### **4. El VIH en Sacatepéquez y propuesta de solución**

#### **4.1. Situación geográfica**

Sacatepéquez, pequeño departamento localizado en la región meridional interior de Guatemala, en las tierras altas volcánicas, de las que destacan los volcanes del Agua y del Fuego como principales accidentes del relieve.

Es el segundo departamento del país en cuanto a densidad de población, después de Guatemala, con el que mantiene intensas relaciones económicas.

Superficie, 465 kilómetros cuadrados; población, 202.243 habitantes.

Su clima es templado.

Entre sus accidentes geográficos se encuentra el volcán de Agua, es inactivo; situado al sur del municipio de Guatemala, entre los departamentos de Escuintla, Sacatepéquez y Guatemala. Este volcán es una impresionante montaña en forma de cono que se eleva 3.766 metros sobre el nivel del mar. Es un importante centro turístico.

#### **4.2. Agricultura, ganadería y artesanal**

El clima predominante es templado, que permite cultivos de cereales, frutas, hortalizas, café y caña de azúcar y verduras.



Se crían diferentes tipos de ganado, fundamentalmente vacuno y porcino.

La industria está representada por la ebanistería y las actividades textiles. Existen minas de pedernal, cuarzo, se fabrican productos de madera tallada, arcilla, cristal de roca, etc. tejidos de hilados, productos de madera, fábrica de licores, platería, dulces, artículo de barro, instrumentos musicales.

#### **4.3. Cabecera departamental**

La cabecera departamental de Sacatéquez, es Antigua Guatemala, la antigua ciudad de Guatemala, emplazada cerca de la moderna, fue destruida cuando el volcán de Agua, que entró en erupción en 1541. En 1917 la ciudad moderna quedó seriamente dañada por un terremoto que se originó cerca de la base del Agua.

Cuenta con tres destacados ríos, el Aguacate, con la notable cascada denominada 'El Salto', el Guacalate y el Sacatepéquez.

Su actual cabecera, Antigua Guatemala, fue históricamente el centro neurálgico de América Central.

Como sitios turísticos, en toda la Antigua Guatemala se caracteriza por sus ruinas, como por ejemplo: La Catedral, El Palacio de los Caballeros, San Francisco, La Merced, San Felipe, Capuchinas, La Recolectión, y mucho más.

Antigua Guatemala(también conocida como Antigua), ciudad del sur de Guatemala, cabecera del departamento de Sacatepéquez, cerca de Ciudad de Guatemala. Está situada en un valle estrecho, a los pies del volcán de

Agua, inactivo. Es el mercado para la vecina zona montañosa, en la que se cultiva café de una gran calidad. El trigo, la caña de azúcar y las frutas y hortalizas son otros cultivos importantes.

Por decreto de la Asamblea Legislativa, número 2772 del 30 de marzo de 1,944, fue declarada Monumento nacional. En resolución No. 4,126 de la XIX Conferencia de las Naciones Unidas celebrada en 1,979, la UNESCO la declaró Patrimonio Mundial y Cultural.

Antigua Guatemala, tiene una extensión territorial aproximada de 78 kilómetros cuadrados, una altura de 1530 metros sobre el nivel del mar y su clima es templado. Cuenta con 37,000 habitantes aproximadamente. Su fiesta titular se celebra el 25 de julio en conmemoración del Apóstol Santiago.

Antigua Guatemala, fue fundada en 1542 por el español Francisco de la Cueva, fue durante más de 200 años la sede de la Capitanía General de Guatemala —una gran región que abarcaba casi toda América Central— hasta que un terremoto destruyó completamente la ciudad en 1773. Sin embargo, se han conservado en buenas condiciones algunos edificios coloniales españoles que hacen de Antigua Guatemala una importante atracción turística. Población (1991), 27.000 habitantes.

#### **4.4. Municipios**

El departamento de Sacatepéquez está compuesto por 16 municipios, lícuales son los siguientes:

- Santo Domingo Xenacoj
- Sumpango
- Santiago Sacatepéquez

- Pastores
- Jocotenango
- San Bartolomé Milpas Altas.
- Santa Catarina Barahona
- San Antonio Aguas Calientes
- Antigua Guatemala
- San Lucas Sacatepéquez
- Santa Lucía Milpas Altas
- San Miguel Dueñas
- Ciudad Vieja
- Magdalena Milpas Altas
- Santa María de Jesús
- Alotenango.

Entre sus municipios más importantes se puede mencionar, Ciudad Vieja: en el año de 1,527 se fundó en este lugar la segunda ciudad de Santiago, la cuál fue destruida por el Volcán de Agua en septiembre de 1,541. Tiene una extensión territorial de 51 kilómetros cuadrados; una altura de 1,518 metros sobre el nivel del mar; su clima es templado y cuenta con una población de 18,000 habitantes. Su fiesta titular se celebra el 8 de diciembre en honor a la Purísima Concepción de María.

Jocotenango, su etimología se deriva de xocotl= jocote; tenanco= locativo; lugar de jocotes o donde abundan los jocotes. Tiene una extensión territorial de 9 kilómetros cuadrados; una altura de 1,540 metros sobre el nivel del mar; su clima es templado y su feria titular se celebra el 15 de agosto cuando la iglesia conmemora a Nuestra Señora de la Asunción. Cuenta con una población de 16,400 habitantes

Magdalena Milpas Altas, tiene una extensión territorial de 8 kilómetros cuadrados, una altura de 2,045 metros sobre el nivel del mar, su clima es frío y cuenta con una población de 7,000 habitantes aproximadamente, su fiesta se celebra del 22 al 25 de julio cuando la iglesia conmemora a Santa María Magdalena.

Pastores, en el siglo XVI se conoció como Molino de Pastores fundado por don Rodrigo de Maldonado, de quien se dice que sembró los primeros 42 granos de trigo que llegaron de México. Otros dicen que fue fundada por don Pedro de Alvarado, para la crianza de sus ovejas que apacentaban los vecinos de donde le vino el nombre de pastores. Tiene una extensión territorial de 19 kilómetros cuadrados; una altura de 1,550 metros sobre el nivel del mar; su clima es frío y cuenta con 10,000 habitantes aproximadamente. Su fiesta titular se celebra en honor del patrono del pueblo San Dionisio Areopagita, el 9 de octubre.

San Antonio Aguas Calientes, cuenta con una extensión de 17 kilómetros cuadrados; una altura de 1,530 metros sobre el nivel del mar; su clima es frío y cuenta con una población de 8,000 habitantes. Su fiesta titular se celebra del 22 al 24 de agosto, en honor al Apóstol San Bartolomé.

San Miguel Dueñas, según Fuentes y Guzmán debe su nombre a que don Pedro de Alvarado proporcionó este terreno para las viudas de los conquistadores que murieron en la toma del peñol de jalpatagua y en otras, y se llamó Milpas de Dueñas. Tiene una extensión de 35 kilómetros cuadrados una altura de 1,460 metros sobre el nivel del mar, su clima es templado y cuenta con 7,500 habitantes aproximadamente. Su fiesta titular se celebra el 29 de diciembre en honor al Arcángel San Miguel.

#### 4.5. Niños con sida

De la población infectada con el virus del sida, del cinco al seis por ciento se transmite de la madre al hijo, menos del tres por ciento se infecta si la madre recibe tratamiento. La mayoría de niños se infecta a través de la madre durante la gestación, el parto o al ingerir leche materna. De cada cien niños nacidos de madres infectadas, sólo el veinticinco o el treinta por ciento presentará el síntoma.

En abril del año dos mil cinco, veintinueve niños, que son portadores del VIH, fueron atendidos en el Proyecto Vida, en Coatepeque, organización que está a cargo de Médicos Sin Fronteras. Esta unidad infantil funciona en un espacio especial del Hospital Nacional de Coatepeque, debido al incremento de estos casos la atención se ofrece todos los días. En este lugar los menores afectados reciben atención médica que les permitirá alcanzar un nivel de vida aceptable con tratamiento retroviral.

“Para el año dos mil cinco se calcula una cantidad de dos mil setecientos ochenta y cinco niños con sida y cuatro mil seiscientos sesenta y tres para el dos mil diez. Para el año dos mil cinco se calcula la muerte de seiscientos veintinueve niños y mil treinta y cinco para el años dos mil diez”<sup>22</sup>.

“Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, en Guatemala hay más de 78,000 personas con VIH y sólo 3,600 de las 13,500 que necesitan con urgencia tratamiento antirretroviral lo recibieron hasta

---

<sup>22</sup> Prensa Libre. **La esperanza se mantiene viva.** Guatemala, 4 de abril de 2005. Pág. 72.

diciembre de 2005. En la Clínica Familiar Luis Ángel García se atienden a 220 infantes comprendidos de 0-14 años”<sup>23</sup>.

Verónica Gómez, infectóloga pediatra del IGSS, a cargo del Brazo Neonatal del Programa de Disminución de la Transmisión Vertical del VIH, explica que “en el caso de las mujeres es vital que se hagan una prueba de detección del virus antes de casarse, en cuanto sepan que están embarazadas y antes de dar a luz, para descartar cualquier riesgo.

Cabe resaltar que el sistema inmune de una madre infectada con VIH tiende a disminuir más en estado de gravidez, lo cual aumenta las probabilidades de contagiar al bebé, y a pesar de que se encuentre controlada éstos tendrán que suprimirse durante el primer trimestre de gestación ya que pueden ocasionar anomalías físicas al pequeño.

Como el virus también se excreta a través de la lactancia materna, estas mujeres tienen que abstenerse de darla a sus hijos. De tal manera que antes, durante y después del embarazo, los niños tienen mucho riesgo de ser infectados por su madre”<sup>24</sup>.

Toda vez se descubre que una mujer en cinta está infectada, existen varias posibilidades de tratamiento. Cada caso es diferente.

Pasados los iniciales tres meses de gestación se reanuda la administración antirretroviral, con el medicamento que mejor llegue al

---

<sup>23</sup> **Ibid.**

<sup>24</sup> **Ibid.**

sistema inmune del niño. Si el estado de gravidez reconoce hasta luego de los tres meses, al tratamiento de la madre sólo se le añade zidovudina.

El parto se resuelve por cesárea para disminuir la infección durante el mismo, debido a la ruptura de membranas y el contacto con sangre y secreciones vaginales. Sin embargo, las mamás también tienen más riesgo de complicaciones post-operatorias y morbilidad, porque sus defensas están bajas y son enfermas crónicas.

La situaciones agrava cuando antes de embarazarse las señoras no habían respondido a las acciones antirretrovirales. Para los casos en que hasta previo el nacimiento, la mujer conoce que es VIH positiva, los médicos le dan un esquema de tratamiento de emergencia.

En cuanto nace el bebé se le administra también un fármaco pacífico y la confirmación o descarte del trastorno se hace tres meses después, basados en el análisis de la carga viral que presente, el conteo de células de defensa sanas que tenga su historial familiar. De confirmarse que también sufre trastornos, empezará a recibir el tratamiento correspondiente.

El hospital Roosevelt tiene programas enfocados a atender personas infectadas con sida y a prevenir la transmisión del virus, en especial de la madre al recién nacido.

Se da tratamiento antirretroviral a cuatrocientas personas, incluyendo mujeres y niños; tratamiento para infecciones oportunistas a unas ochocientas y acceso a exámenes de diagnóstico para mujeres embarazadas.

Cada mes se detectan en esa clínica ochenta nuevos casos de sida, de los cuales, diez son en niños y mujeres embarazadas.

Roger Gil, jefe de la clínica de infectología pediátrica del IGSS, de la zona nueve, indica “En 1999 comenzó su trabajo con 17 niños, sin embargo hasta la fecha, la cifra se elevó a 352”<sup>25</sup>.

#### **4.6. Abandono de niños con sida**

En Guatemala la agudización de los casos de niños en situación de abandono se da en el año de mil novecientos ochenta, cuando se producen esquemas económicos para la militarización, desembolsando el Estado más recursos para el ejército que para otras áreas de mayor significancia.

La falta de empleo, la pobreza extrema y la falta de programas de educación, salud y protección, dan lugar a que las familias busquen nuevos sistemas de abastecimiento económico, obligando a los niños a trabajar y a ser explotados, además de esto la guerra interna crea otra serie de niños abandonados por la situación de la muerte de sus padres, al extremo que muchos abandonan sus lugares de origen para trasladarse a comunidades más prósperas económicamente, por lo tanto éstos tendrán que sobrevivir en las poblaciones donde se cree que hay más recursos económicos y para huir de la violencia generalizada en sus poblaciones. Esto no significa que antes de mil novecientos ochenta no existieran niños en situación de abandono, pero sí es significativo que se incrementara esta población de niños abandonados e hicieran sus grupos para protegerse de la violencia y buscar formas de sobrevivencia.

---

<sup>25</sup> Prensa Libre. **Preocupa aumento de sida**. Guatemala, 28 de noviembre de 2002. Pág. 10.



Desde este orden de ideas la principal causa para que el niño abandone el hogar es la violencia que se da en la familia, los malos tratos que sufre el niño hace que busque mejores derroteros, que según él, los encontrará en la calle al lado de otros niños que por su misma causa y condición se encuentran viviendo su vida “en libertad”.

En la actualidad, muchos padres abandonan a sus hijos por estar contagiados del virus del sida, siendo los padres los que han contagiado a éstos, pero el abandono ocurre por diferentes razones, entre las cuales se pueden mencionar: el contagio que puedan provocar a otros familiares, la discriminación al saber que sufren del VIH, la extrema pobreza para su tratamiento, etc.

Siendo la pobreza una de las causas que llevan al niño a ser abandonado, en virtud de que los padres no tienen los suficientes medios económicos para el tratamiento de la enfermedad, por lo que el niño busca la forma de sobrevivir. Es necesario definir la pobreza como “la presencia de niveles de vida o bienestar socialmente inaceptables. Esta inaceptabilidad corresponde a situaciones en que está en juego la propia existencia del individuo o quizá una de carácter más relativo si nos referimos a condiciones de marginación con relación a los niveles medios de vida que ostenta la sociedad específica en los momentos de tiempo dado”<sup>26</sup>.

Desde las investigaciones sociales de los 70 y 80 se dispone de información respecto a la pobreza y su evolución en tiempo. Con esta base informativa se ha caracterizado a Guatemala como un país con población pobre, con una estructura socioeconómica excluyente, basada en un modelo económico orientado al sector externo desde mediado del siglo XIX. A pesar de diversos esfuerzos, no se ha logrado diversificar la economía fuertemente

---

<sup>26</sup> Instituto de Derechos Humanos. **Estudio demográfico. Derechos Humanos.** Pág. 51.

dependiente del cultivo de unos pocos productos tradicionales como el café y el banano y eventualmente otros cultivos de agro exportación como el algodón, el cardamomo, el aceite de citronela, etc. Las encuestas mencionadas han determinado una tendencia creciente de la pobreza.

Siendo la pobreza una de las causas por las que el niño se ve abandonado, porque los padres no tienen los medios económicos suficientes para darle el tratamiento costoso que esa enfermedad requiere, buscando en la calle los medios de sobrevivencia, y en infinidad de casos el niño no menciona la enfermedad para no ser marginado por otros niños y personas adultas, y en muchos casos el niño es abandonado sin saber el motivo de la misma, es decir, sin saber que está infectado del sida.

En el año de 1996 se calculaba que en Guatemala existían de tres mil quinientos a cinco mil niños abandonados, sin tener una estadística de cuantos de ellos padecen la enfermedad del sida.

Se puede definir como niños en situación de abandono, aquellos menores que han sido abandonados, por diferentes causas, por sus padres o tutores, dejándolos en el desamparo y que sobrevivan por sus propios esfuerzos, sin tener un hogar donde refugiarse y viviendo en los lugares más incómodos que la calle les brinda.

El abandono a que han sido sometidos los ha hecho inmunes a las críticas de la sociedad y del Estado, pues para ellos, que no tienen un ente que se encargue de su educación, salud y protección, sobrevivir es lo único que les interesa.

Las políticas sociales del Estado han sido insuficientes para atender las necesidades de la población. No se puede hablar de acceso al trabajo, a

la salud o a la educación, cuando se revisan los indicadores sociales que colocan a Guatemala en el penúltimo lugar de América Latina”<sup>27</sup>.

Para dar un concepto satisfactorio de lo que es la niñez en situación de abandono, es necesario tener presente la forma de vida de los núcleos familiares que componen la sociedad guatemalteca, así como hacer un balance entre la protección, la salud y educación que se le presta a la niñez, para poder comprender que la niñez está desprotegida y se le dan más incentivos a instituciones que no tienen mayor incidencia en el bienestar de la juventud, por ejemplo se le dan mayores prerrogativas al Ejército de Guatemala, desprotegiendo económicamente la salud y educación del pueblo.

#### **4.7. Violación a los derechos humanos del niño**

El hombre es el creador de los conceptos fundamentales que sustenta la filosofía de los derechos humanos, es decir, los construye y desarrolla; luego los toma par sí y los hace suyos en defensa de su especie. Por tal razón, para llegar a conocer esta filosofía del hombre y su conocimiento se debe ir tras la búsqueda de su origen y su antigüedad.

“En Egipto como resultado de la desintegración del régimen de la comunidad primitiva a inicios del cuarto milenio antes de Cristo, se formaron las primeras sociedades erigidas sobre base esclavista en las que todo el poder del Estado lo detenta una sola persona de origen divino”<sup>28</sup>.

En esta sociedad, puramente esclavista, se contaban como esclavos los agricultores, artesanos y los esclavos domésticos, quienes estaban

---

<sup>27</sup> Ortiz, María José. *Atención a la niñez y juventud de la calle*. Pág. 1.

<sup>28</sup> Arango Escobar, Julio Eduardo. *Filosofía del derecho y de los derechos humanos*. Pág. 27.

obligados a trabajar y tributar a favor del Estado, la nobleza y la burocracia. El jefe de Estado era el faraón, considerándose a éste como un Dios terrenal, practicándose el culto a los faraones y tratándolos como Grandes Dioses, Hijos del Sol, descendientes de los dioses, divinidad.

El rey Ahtoy, a mediados del tercer milenio, plasma la ideología de las clases superiores, divulgando que el pobre es un enemigo, declarando además que al pobre hay que aplastarlo, mientras que el rico es digno de toda confianza.

Ante la discriminación, en el siglo XVIII antes de Cristo, los esclavos y hombres libres se levantan destruyendo las instituciones y repartiéndose los bienes que poseían los ricos, la sublevación no modificó las relaciones sociales continuando la esclavitud, pero éstos lograron conquistar un principio de igualdad desapareciendo la diferencia entre noble y no nobles.

Como se puede observar, las cuestiones humanitarias se van introduciendo en el régimen social, es decir, que se van dando visos de respeto a los derechos de la persona y se va creando una estabilidad en la discriminación entre ricos y pobres.

Durante el tiempo se fueron creando mecanismos de igualdad entre los hombres y desapareciendo las castas, vislumbrándose los primeros indicios de los derechos igualitarios entre los hombres.

Donde se puede apreciar más profundamente la preeminencia del derecho humano, es en la doctrina Taoista, fundada por Lao Tse, en el siglo VI y V antes de Cristo, dicha doctrina se basa en el amor al pueblo, manifestando su fundador: "Cuando en el país hay muchas cosas superfluas el pueblo se vuelve pobre. El hombre inteligente no tiene su propio corazón,

su corazón está integrado por los corazones del pueblo. Mira al pueblo como a sus propios hijos”<sup>29</sup>.

Posteriormente Ortega y Gasset se manifiesta por la vida y su respeto, asimismo Max Scheller ya habla de la realización de los valores de la persona en la sociedad, integrándose así una postura para la defensa de los derechos humanos.

Los derechos humanos también llamados, derechos del hombre, derechos fundamentales, derechos individuales o libertades públicas.

Los Derechos Humanos se pueden definir como los “Derechos del individuo, naturales e innatos, que deben ser reconocidos y protegidos por el Estado”<sup>30</sup>.

Los Derechos Humanos son derechos y libertades que se encaminan en el más alto escalón de la jerarquía normativa, son derechos fundamentales que el hombre posee por el hecho de ser hombre, por su propia naturaleza y dignidad; son derechos inherentes y que, lejos de nacer de una concesión de la sociedad política o del Estado, han de ser o estar consagrados y garantizados.

En el contexto universal, los derechos humanos, se han catalogado como sagrados para todo ser humano, protegiendo a la persona o al individuo desde su concepción.

Los derechos humanos integran un grupo que se diferencian de los demás y que son humanos por naturaleza.

---

<sup>29</sup> **Ibid.**

<sup>30</sup> Fundación Tomás Moro. **Ob. Cit.** Pág. 333.

Para Castán Tobeñas, sus distintas denominaciones, según las épocas, han sido<sup>31</sup>:

- **DERECHOS NATURALES:** Denominación iusnaturalista, que los funda en la misma naturaleza humana.
- **DERECHOS INNATOS U ORIGINARIOS:** Expresión contrapuesta a los “adquiridos o derivados”, y que indica que nacen con el hombre, mientras que los segundos han de menester de un hecho positivo. El empleo de este término es poco usual.
- **DERECHOS INDIVIDUALES:** Definición ligada a los orígenes radicalmente individuales del liberalismo y hoy en desuso.
- **DERECHOS DEL HOMBRE Y DEL CIUDADANO:** Locución ligada a la Revolución Francesa. Parte de la consideración del hombre como hombre y ciudadano frente al Estado.
- **DERECHOS DEL HOMBRE, DEL CIUDADANO Y DEL TRABAJADOR:** Ampliación de la anterior denominación, hecho por Battaglia, en atención a la importancia que en la actualidad han adquirido los derechos sociales de los trabajadores.
- **DERECHOS FUNDAMENTALES O DERECHOS ESENCIALES DEL HOMBRE:** Fundamentales por cuanto sirven de fundamento a otros más particulares derivados de ellos, y esenciales en cuanto son inherentes al hombre la denominación de derechos fundamentales al hombre es la de la carta de las Naciones Unidas del 26 de junio de 1945, preámbulo y Artículo 1o., numeral 3.
- **LIBERTADES FUNDAMENTALES:** Denominación muy empleada que parece aplicarse a los clásicos derechos civiles y políticos -libertades individuales- contrapuestos a los sociales, económicos y culturales.

---

<sup>31</sup> Ibid.

Los derechos y libertades que pueden conceptuados como derechos humanos o fundamentales son los siguientes:

- Derecho a la vida y la integridad física.
- Respeto a la dignidad moral de la persona.
- Derecho a la libertad de pensamiento y de expresión; derecho a una veraz información.
- Derecho a la libertad religiosa y de creencias, con manifestación externa de culto, etc.
- Derecho a la libertad de reunión y asociación (partidos políticos, sindicatos, etc.).
- Derecho a la libertad de circulación y residencia e inviolabilidad del domicilio, correspondencia, etc.
- Derechos económicos y sociales tendentes a una efectiva nivelación e igualdad socioeconómica (derecho al trabajo, seguridad social, huelga, etc.).
- Derechos políticos tendentes a la institucionalización de la democracia y del estado de derecho (intervención y fiscalización efectiva de las funciones de gobierno, elecciones libres, etc.).
- Derecho efectivo de todos los hombres a una participación igualitaria en los rendimientos de la propiedad.
- Derecho a la igualdad ante la ley.
- Derecho de seguridad y garantía en la administración de justicia, concebida ésta independiente de toda instancia política (derecho a no ser arbitrariamente detenido, derecho del detenido a no ser objeto de malos tratos, derecho a un proceso dotado de las suficientes garantías, derecho a contar con recursos jurídicos adecuados, etc.).

La Constitución Política de la República de Guatemala regula los derechos fundamentales en el Título I, relativo a la persona humana, fines y

deberes del Estado, protegiendo a la persona. Regula los Derechos Humanos en el Título II, velando por los derechos individuales, derechos sociales, deberes y derechos cívicos y políticos, y la limitación a los derechos constitucionales, en los Capítulos del I al IV, contenido en los Artículos del 3 al 139.

En dichos capítulos se contemplan: el derecho a la vida, la libertad e igualdad, la libertad de acción, la detención legal, la notificación de la causa de detención, derecho del detenido, interrogatorios a los detenidos o presos, centros de detención legal, el derecho de defensa, la presunción de inocencia y publicidad del proceso, la irretroactividad de la ley, declaración contra sí y parientes, la pena de muerte, los menores de edad, inviolabilidad de la vivienda, inviolabilidad de correspondencia, documentos y libros, registro de personas y vehículos, libertad de locomoción, derecho de asilo, derecho de reunión y manifestación, derecho de asociación, libertad de emisión del pensamiento, libertad de religión, la propiedad privada, derecho de autor e inventor, libertad de industria, comercio y trabajo; los derechos inherentes a la persona humana, derechos sociales, protección a la familia, protección a los menores y ancianos, derecho a la cultura, comunidades indígenas, derecho a la educación, salud, seguridad y asistencia social; derecho al trabajo; derecho de huelga y paro, Deberes y derechos cívicos y políticos.

En Guatemala el problema no es puramente de fundamentación de los derechos humanos, sino lo básico es la protección y el cumplimiento de leyes y tratados relativos a los derechos fundamentales de la persona, pero esta protección debe buscarse en las instancias protectoras de los derechos humanos a nivel nacional y en segundo lugar la instancia internacional a donde puedan acudir las personas a las cuales se les han violados sus derechos.



Por otra parte el Estado está obligado a proteger a la familia y faculta a la persona para formar familia conforme lo estipulado en la ley.

#### **4.8. Violaciones constitucionales**

El Estado se encuentra en primer orden de la violación a los derechos humanos de los niños en abandonados, desde empleados menores hasta funcionarios públicos han violado la Constitución Política de la República de Guatemala, cuando son ellos los primeros que deberían velar por que se cumplan los preceptos constitucionales, en tal virtud es necesario hacer una análisis de Constitución Política sobre los preceptos violados.

Entre los fines y deberes del Estado, el Artículo 1o. de la Constitución Política protege a la persona y a la familia, sin embargo el Estado no lo tiene como una prioridad al abandonar las políticas de salud a que tiene derecho al población, principalmente los niños que son abandonados porque sus padres al no tener los medios económicos para su tratamiento y subsistencia y no darles protección, causando con ello que los niños contagien a otros del virus del sida o mueran a causa de la enfermedad, además que puedan llegar a inmiscuirse en la delincuencia juvenil, y además ante la desprotección la familia se desintegra lo que provoca que muchos niños abandonados tomen la calle como su hogar y en el futuro delincan para subsistir.

El Artículo 2o. manifiesta que es deber del Estado garantizarle a los habitantes de la República la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona.

El Estado, a los niños en situación de abandono, no ha velado por garantizarles la vida al no crear centros de asistencia según la enfermedad que presenten, principalmente en virus del sida, la seguridad y el desarrollo

integral; al no darles ninguna protección, ni crear centros para su tratamiento, pues es el Estado el encargado de darle la seguridad a estas personas, y es más no apoya programas de instituciones que se han dedicado a cumplir con esta tarea que le corresponde al Estado, como es velar por el tratamiento de niños que son abandonados por la enfermedad que padecen.

Entre los Derechos Humanos regulados por la Constitución Política, el Estado debe protección a la vida, manifestando el Artículo 3o. que “El Estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona”. En este sentido el Estado a abandonado a su suerte a los niños infectados, y es más no protege a las madres que están infectadas del virus y puedan infectar a sus hijos desde el momento que están embarazadas hasta el nacimiento del niño, pues no cuentan con un presupuesto para superar el tratamiento, que en muchos casos lo dan instituciones internacionales o nacionales que sobreviven por ayudas de personas o instituciones caritativas.

No obstante lo anterior, el derecho a la vida ha sido constantemente vulnerado en relación con los niños que son abandonados y padecen de la enfermedad del sida, pues el Estado no cumple con su función de proteger la vida y la integridad físicas de los mismos, al no apoyar programas de recuperación y tratamiento, a dejar en el abandono a los niños y no instituir casas hogares que velen por la vida del menor, cuando el Estado es el encargado de proteger la vida y la salud de éstos.

El Estado debe velar por la recuperación del menor que padece la enfermedad del sida, creando instituciones que velen por la salud y tratamiento del niño, pues es el Estado es el obligado a velar por la salud e integridad física y su adaptación del niño a la sociedad cuando padece de la enfermedad.

#### 4.9. Violaciones a leyes nacionales y derechos humanos

El derecho a la vida ha sido constantemente vulnerado en relación con los niños abandonados por la enfermedad del sida, desde el momento que el Estado no protege la vida de éstos, dejándolos en el desamparo al no crearles casas hogares para poder adaptarse a la sociedad y al medio donde se desarrollan, pues muchos de éstos mueren al no tener el derecho a la salud, como lo reza la Constitución Política de la República de Guatemala.

“El contenido de las leyes nacionales, Convenciones, Declaraciones y Constitución de la República, no hacen otra cosa más, que fundamentar que todos los derechos humanos se construyen sobre la base de la vida humana y su respeto. Ese respeto no se queda exclusivamente en el resguardo a la existencia física de la persona cuando el ataque viene del Estado o por accionar de personas propiamente, sino también cuando la mano criminal destruye el medio ambiente, cuando destruye bosques, cuando contamina las aguas, cuando no se brinda salud y cuando por inducción la ciencia destruye la vida de los niños”<sup>32</sup>.

El Artículo 6 de la Convención de los Derechos del Niño, suscrita por el gobierno de Guatemala el 26 de enero de 1990 y ratificada por el Decreto 27-90, establece que todo niño tiene derecho intrínseco a la vida. No obstante lo dispuesto anteriormente se sigue atentando contra la vida de los niños en situación de abandono, y con deficiencias de salud al no brindarles el tratamiento necesario ni protegerlos mediante instituciones que los alojen para evitar su muerte, brindándoles educación, salud e instrucción para que éstos puedan vivir con la enfermedad.

---

<sup>32</sup> Arango Escobar, Julio Eduardo. **Ob. Cit.** Pág. 222.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos en su Artículo 3 declara que: "Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona"; mientras que el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en el Artículo 6 dice que "El derecho a la vida es inherente a la persona humana".

#### **4.10. Vías de solución**

La niñez abandonada por el virus del sida se ve una difícil situación en el contexto social y familiar, por lo que se buscan vías para la solución del problema y evitar que los niños abandonados busquen a otros niños de la calle, donde pueda llegar a convertirse en delincuente.

El niño abandonado busca la forma de sobrevivir, agenciándose fondos para la subsistencia, no importa que estos lleguen a través de la comisión de delitos.

El abandono de los niños lleva consigo, en muchos casos, la desintegración de la familia, el descuido de los demás hijos en el aspecto educacional, de vestuario y alimentación, y el trauma psicológico de los padres de éste cuando por la mala situación económica los abandonan, por no tener los medios suficientes para dar el tratamiento que requiere.

En conclusión la situación familiar conlleva:

- El abandono de la familia.
- El abandono del estudio de los hijos.
- El riesgo de los hijos a delinquir.
- El riesgo de los hijos de integrarse a pandillas juveniles.
- La proliferación de enfermedades en los hijos.

- El trauma psicológico de la familia.
- El trauma psicológico del niño abandonado

Debido al enraizamiento de los problemas familiares, así como las dificultades en la interacción de las instituciones estatales hacer que la vida del menor sea soportable y no tenga que abandonar el hogar, y sea menos dañina, y para hallar soluciones estructurales y permanentes al sistema de salud con relación al menor enfermo, es preciso enfrentar la problemática de forma integral y comprensiva. Esto supone la formulación de una estrategia y la aplicación de medidas cuyo resultado se apreciará en el mediano y largo plazo. De otro lado, la grave situación actual exige también identificar y aplicar algunas medidas que puedan ser efectivas en las actuales circunstancias y con los recursos existentes.

Una de las soluciones es integrar al sector productivo del país, el sector industrial y comercial, éste debiera integrarse para solucionar algunos problemas relacionados con los niños abandonados por causa del sida, otorgándole los beneficios a los que bien puedan acceder.

La instalación de centros de salud y casas hogares, para dar tratamiento a los niños con sida podría ser la solución, lugares donde el niño pueda desarrollarse, darles tratamiento médico, educación e instrucción para llevar una vida normal en lo posible, donde los niños enfermos puedan aprender o desempeñar una actividad de acuerdo a su enfermedad y sentirse que no son carga para la sociedad.

Si se explota la ayuda del sector privado, muchos niños abandonados podrán solucionar, en parte, los problemas que los aquejan, como:

- La educación.

- La alimentación y vestuario.
- La integración del grupo familiar.
- La protección a los demás miembros de la familia, para evitar el contagio.
- La atención médica.

La ayuda que pueda prestar el sector privado a los niños con sida, con la instalación de casas hogares para su tratamiento, educación y aprendizaje de un arte u oficio, a cambio de la ayuda que preste el sector privado a los niños enfermos, el Estado podría rebajar impuestos o eximirlos de algunos de ellos.

Es necesario aclarar que el empresario que se integre a la ayuda, en la instalación de casas hogares, para los niños enfermos de sida, sea beneficiado por parte del Estado con exoneraciones de impuestos, como el Impuesto al Valor Agregado (IVA), Impuesto Sobre la Renta (I.S.R.), Aduanas, importación y exportación de productos manufacturados, etc.

El Estado estaría obligado a participar en la parte que le corresponde en beneficio de los niños, las exoneraciones totales o parciales deben ser acordadas con los empresarios, y luego de llegar a un acuerdo poner en funcionamiento el proyecto a emprender.

Las ventajas que se obtendrían con el proyecto citado, entre otras, estarían las siguientes:

- Dar al niño tratamiento médico.
- Proporcionar al empresario exoneraciones totales o parciales de impuestos.

- Dar la oportunidad al niño enfermo de mantenerse en el núcleo familiar.
- Dar un nivel de vida decoroso al menor y a la familia de éste.
- Reducir gastos al Estado, ya que el empresario se vería obligado a mantener las casas para el cuidado del niño enfermo.
- Evitarle traumas psicológicos en el niño y en su familia.

De lo contrario tendrá que ser el Estado el obligado a instalar casas hogares, principalmente en Sacatepéquez, para el tratamiento de los menores con sida, lo que conlleva fijar un porcentaje en el presupuesto general de la nación para su mantenimiento.

Si el Estado es el obligado a proteger la vida y la integridad física del menor, conforme mandato constitucional, él tendría que velar por la vida y la integridad física de los niños con sida que han sido abandonados, pues lo que se evita es que se propague más la enfermedad. De lo contrario tendrá que buscar soluciones para que el Estado instale instituciones de servicio social o aumentar el presupuesto de las ya existentes, o buscar políticas de convenios con empresarios privados o sectores productivos de la sociedad para la solución del problema.

## CONCLUSIONES

1. En la actualidad la aparición del sida, ha causado muchos daños en numerosas familias, a consecuencia de eso se han quedado muchos niños en la orfandad que han sido contagiados con el VIH, esto da como resultado niños que quedan desprotegidos hasta de lo más elemental, sin que haya hasta el momento ninguna institución gubernamental que les brinde ayuda.
2. El porcentaje de personas infectadas con el sida cada año es más alto a nivel mundial, es una enfermedad altamente contagiosa que puede ser provocada tanto por relaciones sexuales como por transfusión de sangre o drogadicción intravenosa.
3. La proliferación de niños abandonados por causa del sida, aumenta en el departamento de Sacatépequez cada año, dejándolos en el desamparo y que sobrevivan por sus propios esfuerzos, sin tener un hogar donde refugiarse, por lo que se requiere la creación de una entidad que se encargue de su educación, salud y protección.
4. El sida puede causar la muerte en el ser concebido y provocar la muerte de la madre, por lo que se requiere que se adopte un rol más activo en la prevención del VIH/SIDA, asistencia técnica y recursos a través de una institución para mejorar la salud y futuro de nuestra población.





## RECOMENDACIONES

1. El Estado debe de crear más centros o casas hogares, para dar lugar a tratamiento del paciente y al mismo tiempo brindarle educación o instrucción en un oficio o arte, para que al salir a la calle no sea una carga para la sociedad; capacitarse más acerca de la epidemia de VIH/SIDA en nuestro país y principalmente en las comunidades en las que trabajan.

2. El Estado debe buscar ayuda con la iniciativa privada, a fin de que éstos busquen la forma de dar tratamiento a niños abandonados con sida, a cambio de exoneraciones en impuestos. En el caso de un resultado positivo, proporcionar información de seguimiento y realizar las referencias necesarias.



## BIBLIOGRAFÍA

- BAYES, R. **Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA.** Revista Latinoamericana de Psicología. Universidad de California. EE.UU. 1991.
- BENESON, Abraham S. **El control de enfermedades transmisibles en el hombre.** Organización Panamericana de la Salud. Publicaciones Científicas. Washington D.C., 1991.
- BILA M., Kapita. **El SIDA en Africa.** Organización Panamericana de la Salud. Suiza, 1993.
- COLEGIO de Médicos y Cirujanos de Guatemala. **El SIDA en Guatemala.** Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. Guatemala, 1992.
- COATES, Thomas J. **Prevención del SIDA: logro y prioridades.** Revista Latinoamericana de Psicología. Universidad de California. EE.UU., 1992.
- FUENZALIDA, Peulman A. **Aportes de la ética y el derecho al estudio del SIDA".** Organización Panamericana de la Salud. Washington, 1991.
- GIL, Gordon y Tomy Kluoda. **Hablando del SIDA".** Federación Internacional de planificación familiar. Nueva York, 1990.
- ONUSIDA. **Juntos lo conseguiremos.** Programa Conjunto de las Naciones Unidas. Escocia, 2006.
- Organización Mundial de la Salud. **Poner al descubierto la epidemia de VIH SIDA.** ONUSIDA. Ginebra, Suiza, 2001.
- Organización Mundial de la Salud. **La epidemia del SIDA: Situación en diciembre de 2000.** ONUSIDA. Ginebra, Suiza, 2001.
- Organización Mundial de la Salud. **Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el VIH.** Ginebra, Suiza. 2001.
- Organización de las Naciones Unidas. **Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA.** ONUSIDA. Nueva York, 2001.

OSORIO, Manuel. **Diccionario de ciencias jurídicas políticas y sociales.**  
Editorial Heliasta S.R.L. Buenos Aires, Argentina, 1987.

Revista Latinoamericana de Psicología, **Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA.** Universidad de Sonora. México, 1992.

RODRÍGUEZ Leerayes, María Antonieta. **Caracterización comentada de contextos de vulnerabilidad para la adquisición del ITS/VIH/SIDA en cuatro poblaciones en el centro de la ciudad de Guatemala.** Ediciones Pasca. Guatemala, 2001.

TOLEDO Lorenzana, José Rodolfo. **SIDA Actualización de un problema contemporáneo.** Editoial AGAYC. Guatemala, 1992.

#### **LEGISLACIÓN:**

- **Constitución Política de la República de Guatemala** Asamblea Nacional Constituyente de 1985.
- **Ley del Organismo Judicial** Decreto Número 2-89 del Congreso de la República de Guatemala.
- **Código Procesal Penal** Decreto Número 52-92 del Congreso de la República de Guatemala.
- **Código Penal** Decreto Número 17-73 del Congreso de la República de Guatemala.

