



Organización Internacional del Trabajo



Centro de Estudios del Estado y Sociedad



Banco Mundial

TESTEO FORZOSO DE VIH/SIDA Y DISCRIMINACIÓN EN EL MUNDO DEL TRABAJO

El caso de la Ciudad de Buenos Aires¹

DICIEMBRE 2005

¹ Documento comisionado por las representaciones locales del Banco Mundial y la Organización Internacional del Trabajo, y elaborado por el equipo coordinado por Daniel Maceira y conformado por Bárbara Lignelli, Mercedes Vellez y Fernanda Villalba. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org.

AGRADECIMIENTOS

Este documento se inserta en el marco del convenio celebrado entre la Oficina de la Organización Internacional del Trabajo en Argentina y la Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay sobre el testeo forzoso preocupacional de VIH/SIDA en Argentina. Esta iniciativa conjunta de las dos Oficinas refleja un consenso de criterios, tanto sobre los problemas que afectan a los trabajadores como sobre las prioridades de acción a implementar en el país.

La elaboración del presente documento contó con la colaboración de un equipo de profesionales, entre los que destaca el Dr. Luis Pérez y el Lic. Gustavo Ponce, representantes locales del Banco Mundial y de la Oficina de la Organización Internacional del Trabajo en Argentina, respectivamente.

Se agradece especialmente la colaboración de la Lic. Dolores Fenoy, coordinadora de la Línea 0800-pregunte SIDA del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y a la asistente de programas Alejandra Vettier por haber facilitado el acceso a la base de datos de llamadas a la línea. Del mismo modo, se agradece a la Lic. María de las Mercedes Fernández y a la Lic. Elida Marconi por proporcionar la base de Estadísticas Vitales de Argentina, y al Departamento de Estadística del Hospital Muñiz por brindar la información disponible del hospital, en particular, la desinteresada colaboración de Sandra Oddone.

En la primera etapa del proyecto se obtuvieron valiosos comentarios acerca de la problemática de VIH/SIDA del Lic. Mario Pecheny y de la Lic. Patricia Digilio. Asimismo, el proyecto de investigación requirió de extensas entrevistas con actores clave del fenómeno bajo estudio. A este respecto merece especial mención la colaboración del Dr. Ignacio Maglio, así como también del equipo de profesionales de la Fundación Huésped, Fundación Red SIDA, Asociación por los Derechos Civiles (ADC) y de la Cruz Roja Argentina. Del mismo modo se reconoce la colaboración de la Dra. Ana Angriman, del Dr. Sergio Maulen, del Dr. Héctor Nieto y del Lic. Juan Carlos Galli.

ABREVIATURAS Y SIGLAS

AAL: Asociación Abogados Laboralistas
ACT UP: AIDS Coalition to Unleash Power
ADC: Asociación por los Derechos Civiles
ADN: Ácido desoxirribonucleico
ANSSAL: Administración Nacional de Seguros de Salud
APE: Administración de Programas Especiales
ARN Ácido ribonucleico
ARV: Antirretrovirales
AZT: Azidotimidina
CD4: Células del Sistema Inmunológico
BIRF: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
CALAB: Cámara Argentina de Laboratorios de Análisis Bioquímicos
CELS: Centro de Estudios Legales y Sociales
CUBRA: Confederación Unificada Bioquímica de la República Argentina
EPH: Encuesta Permanente de Hogares
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual
FDA: Food and Drug Administration
FFAA: Fuerzas Armadas
GCBA: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
GRID: Gay related Immune Deficiency
HAAR T (sigla en inglés): Terapia antirretroviral altamente activa
HSH: Hombres que tienen sexo con hombres
IAS: International AIDS Society
INADI: Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo
INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INSSJP: Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
INTI: Instituto Nacional de Tecnología Industrial
IP: Inhibidor de la Proteasa
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual
MERCOSUR: Mercado Común del Sur
MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Reports
CDC: Centres of disease control and prevention
OIT: Organización Internacional del Trabajo
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONGs: Organizaciones no Gubernamentales
ONUSIDA: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PIB: Producto Interno Bruto
PCR (sigla en inglés): Reacción de la Polimerasa en Cadena
PJJHD: Plan Jefes y Jefas de Hogar Desempleados
PNS: Programa Nacional de Lucha contra RH, ETS y SIDA
PVVIH: Personas Viviendo con VIH
RH: Retrovirus del Humano
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SRT: Superintendencia de Riesgos del Trabajo
TBC: Tuberculosis
TV: Transmisión Vertical
UDI: Usuarios de Drogas Inyectables
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2
ABREVIATURAS Y SIGLAS	3
INTRODUCCIÓN.....	5
PARTE I.....	7
MARCO NORMATIVO Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1- SÍNTESIS DE LA POSICIÓN DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT).....	8
2- MARCO NORMATIVO	11
2.1- Legislación vigente en la Argentina	11
2.2- Avances Normativos de la Región del MERCOSUR y Pactos Internacionales.....	15
3- DEFINICIÓN DEL TÉRMINO TESTEO FORZOSO.....	19
PARTE II.....	20
DIMENSIONES DEL FENÓMENO.....	20
1- HITOS EN LA HISTORIA DE LA PANDEMIA DEL VIH/SIDA Y DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL.....	21
2- SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA	25
2.1- Argentina.....	25
2.2- Ciudad de Buenos Aires	30
2.2.1- VIH.....	31
2.2.2- SIDA	33
2.2.3- Testeo de VIH/SIDA.....	36
3- EL VIH/SIDA EN LA POLÍTICA PÚBLICA	38
3.1- Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus Humano, SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual	38
3.2- Coordinación SIDA, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires	41
4- MERCADO DE TRABAJO	43
4.1- Situación laboral durante los noventa	43
4.2- Recuperación mediados 2002.....	44
5- ESTIGMA, DISCRIMINACIÓN Y VIH/SIDA	47
5.1- Antecedentes.....	47
5.2- Estigma y Discriminación.....	48
5.3- Estigma y Discriminación relacionados con el VIH/SIDA.....	48
6- ANÁLISIS DE INCENTIVOS	52
PARTE III.....	56
DESARROLLO METODOLÓGICO	56
1- DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	57
2- ANÁLISIS CUALITATIVO.....	58
2.1- Entrevistas a participantes clave	58
2.2- Encuesta a grupos clave	64
3- ANÁLISIS CUANTITATIVO.....	72
3.1 - Bases de datos.....	72
3.1.1- Registro de casos de VIH/SIDA en el Hospital Muñíz	72
3.1.2- Estadísticas Vitales - Ministerio de Salud.	78
3.1.3- Línea 0800-Pregunte SIDA	89
PARTE IV – CONCLUSIONES	97
BIBLIOGRAFÍA.....	100

INTRODUCCIÓN

La epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), además de los sufrimientos que impone a las personas y sus familias, afecta profundamente el tejido social y económico de las sociedades. El VIH constituye una amenaza para el mundo del trabajo: afecta al sector más productivo de la población activa, reduce potencialmente los ingresos personales y genera la pérdida de productividad nacional de trabajadores calificados y con experiencia. Por otra parte, el VIH/SIDA menoscaba los derechos fundamentales en el trabajo, debido a la discriminación y el rechazo del que son objeto las personas que viven con VIH.

Los exámenes preocupacionales orientados a adecuar el ámbito de trabajo a las condiciones de salud del trabajador, podrían operar como herramienta de discriminación, mediante la inclusión de pruebas para la detección de VIH/SIDA², impidiendo -de ser positivo- la constitución de la relación laboral. Asimismo, la ausencia de relación laboral implica que tampoco existan obligaciones legales laborales, más allá de que se produzca un acto discriminatorio.

“Todas las personas quieren un empleo, pero sobre todo quieren un buen empleo”. De acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo, un buen trabajo implica, tener un empleo de calidad, pero no sólo eso. Implica también la existencia de un marco regulador de la actividad laboral y de la relación de trabajo que garantice los derechos fundamentales de trabajadores y empleadores. Implica, además gozar de adecuados niveles de protección frente a la adversidad³. El presente trabajo intenta captar situaciones en las cuales este derecho se ve vulnerado debido a la discriminación en el ámbito laboral. Puntualmente, el documento trata sobre aquellas situaciones ubicadas temporalmente en la etapa preocupacional que ocurre en el período posterior a la oferta de empleo y previo a la configuración de la relación laboral en sí. En esta etapa se plantean los requisitos y se define el acceso del candidato, pudiendo dar lugar a diferentes modos de discriminación, en su mayor parte ocultos, restringiendo la posibilidad de remediar sus consecuencias.

Se denomina “testeo forzoso visible” a aquel que se realiza con el conocimiento de la persona pero donde se presume que el consentimiento para realizar la prueba está de alguna manera condicionado. Asimismo, se denomina en este trabajo “testeo forzoso oculto” a aquella prueba de VIH/SIDA que se realiza sin conocimiento ni consentimiento del interesado.

El presente documento se propone realizar una aproximación al estudio del testeo forzoso de VIH/SIDA y la discriminación en el mercado de trabajo en Argentina, tomando como foco de análisis el caso de la Ciudad de Buenos Aires.

El testeo forzoso de VIH/SIDA es un fenómeno complejo, con múltiples aristas y de difícil medición, que en gran parte permanece oculto, por tal motivo requiere de un abordaje multidimensional, que incorpore aspectos legales, económicos y sociales. La **primera parte** del informe presenta la posición de la Organización Internacional del Trabajo frente al testeo, que enmarca la necesaria definición de terminología para analizar la problemática. A continuación se introduce un análisis de la legislación relativa al VIH/SIDA vigente en Argentina y en el Mercosur y el aporte de tratados internacionales.

En la **segunda parte**, el documento se encarga de ubicar al testeo forzoso de VIH/SIDA dentro del contexto en donde se desarrolla. En primer lugar, hace referencia a los hitos presentes en la historia de la pandemia del VIH/SIDA y a la evolución de la terapia antirretroviral. En segundo lugar, analiza la situación epidemiológica del VIH/SIDA en Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires en particular. En tercer lugar, considera la relevancia de la epidemia del VIH/SIDA en la política pública, a partir del estudio del Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus Humano, SIDA y ETS y, su evolución.

² Este mismo caso se presenta con los tests preocupacionales que incluyen exámenes de embarazo o epilepsia.

³ OIT (2004), “Generando trabajo decente en el Mercosur. Empleo y estrategia de crecimiento”, Tomo I, pág. 11.

A continuación, se presenta una breve descripción de la situación del mercado de trabajo argentino en la actualidad y por último se aborda el tópico del estigma y la discriminación. A modo de cierre de esta segunda parte y a partir de las dimensiones abordadas previamente, el trabajo presenta un marco teórico en base a un análisis de alineamientos de intereses de los actores participantes y que lleva potencialmente a la conducta discriminatoria.

La **tercera parte** de este reporte, presenta la metodología propuesta para el desarrollo de la investigación, incluyendo el plan de trabajo, la descripción de los instrumentos cualitativos y cuantitativos utilizados. Entre ellos: entrevistas realizadas a actores clave, formularios de encuesta propuestos para relevar información y análisis de distintas bases de datos, tales como las provenientes de la Dirección de Estadísticas Vitales y de la línea telefónica 0-800-SIDA perteneciente al Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus Humano, SIDA y ETS, ambas del Ministerio de Salud de la Nación, y datos sobre internaciones originadas por VIH/SIDA del Hospital Muñiz.

Finalmente, la **cuarta parte** se destina a resumir las principales conclusiones obtenidas a partir de la investigación, abriendo el debate para eventuales líneas de acción concreta.

PARTE I
MARCO NORMATIVO Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

1- SÍNTESIS DE LA POSICIÓN DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT)⁴

La Organización Internacional del Trabajo propone una serie de directrices como base para enfrentar la epidemia del VIH/SIDA en el lugar de trabajo dentro del marco de la promoción del trabajo decente. Además, la OIT considera que la aplicación de una política y un programa contra el VIH/SIDA requiere la colaboración de empleadores, trabajadores y sus representantes, el gobierno y la participación activa de los individuos infectados por el virus.

No discriminación

La OIT propone como principio fundamental que todas las personas deberían gozar de igualdad de oportunidades y de trato en relación al acceso a los medios de formación profesional y admisión en un empleo de su propia elección, basándose en la aptitud individual para dicha formación o empleo. Se desprende de lo anterior que las distinciones o preferencias basadas en las calificaciones exigidas para un empleo determinado no serán consideradas como discriminación.

Asimismo, todas las personas deberían gozar de igualdad de oportunidades en lo que se refiere al ascenso en el ámbito laboral de acuerdo con la conducta, experiencia, capacidad y laboriosidad de cada persona; de igual remuneración por un trabajo de igual valor y gozar de igualdad en las condiciones de trabajo, entre ellas las horas de trabajo, los períodos de descanso, las vacaciones anuales pagadas, la seguridad e higiene en el trabajo, la seguridad social, los servicios y prestaciones sociales en relación con el empleo.

En relación al principio de trabajo decente y respeto de los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas o afectadas por el VIH/SIDA, no debería haber discriminación alguna contra los trabajadores basada en una infección. Asimismo, en lo referente a la afiliación o a la conservación de dicha afiliación, a las prestaciones de los regímenes obligatorios de la seguridad social y a los planes de previsión profesional, ningún trabajador infectado por el VIH debería ser objeto de discriminación.

El mensaje es que la discriminación y la estigmatización de las personas que viven con VIH dificultan la prevención de la epidemia.

Pruebas de detección del VIH

La OIT postula que la detección del VIH no debería efectuarse en el lugar de trabajo a la vez que no existe razón alguna para pedir a los candidatos a un puesto de trabajo o a los trabajadores activos que proporcionen información personal relativa al VIH/SIDA. Dicha información no es necesaria y pone en peligro los derechos humanos y la dignidad de los trabajadores puesto que los resultados de las pruebas de detección pueden acabar siendo divulgados y explotados indebidamente.

En relación a lo anterior es importante destacar que de realizarse las pruebas de detección del VIH en el ámbito laboral, es posible que el consentimiento del trabajador no sea siempre absolutamente libre o no esté basado en un conocimiento pleno.

Incluso fuera del ámbito de trabajo, las pruebas de detección del VIH deberían realizarse sobre una base voluntaria, con pleno consentimiento y bajo el respeto de la confidencialidad.

⁴ Esta síntesis se basa en el Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo (2001) y en la Recomendación sobre la discriminación en materia de empleo y ocupación – N° 111 (1958).

El test de VIH/SIDA tampoco debería exigirse como requisito obligatorio en los regímenes nacionales de seguridad social y pólizas de seguro. Las compañías de seguros pueden basar su estimación de costos e ingresos y sus cálculos actuariales en los datos epidemiológicos disponibles acerca de toda la población.

Una infección por VIH no constituye una causa justificada de despido. Como sucede con otras enfermedades, las personas con enfermedades derivadas del VIH deberían tener la posibilidad de trabajar mientras se encuentren médicamente aptas.

El Gobierno/Estado

Teniendo en cuenta que el fomento de la igualdad de oportunidad y de trato en materia de empleo y ocupación es asunto de interés público, la OIT recomienda formular una política nacional encaminada a impedir la discriminación en materia de empleo y de ocupación. El Estado debería crear organismos apropiados, con el fin de promover la aplicación de esta política en todos los sectores del empleo público y privado. De aquí se desprende que todos los organismos oficiales deberían aplicar una política de empleo no discriminatoria en todas sus actividades.

En particular, el Estado debería tomar medidas que tiendan a hacer comprender al público los principios de no discriminación y junto a los organismos específicos recibir, examinar y remediar, si fuera posible, todas las quejas sobre cualquier práctica considerada opuesta a la política de no discriminación.

Las autoridades encargadas de la lucha contra la discriminación en materia de empleo y ocupación deberían cooperar estrechamente y de manera continua con las autoridades encargadas de la lucha contra la discriminación en otros sectores, a fin de que puedan coordinarse las medidas adoptadas a este respecto.

El gobierno debería velar por que las prestaciones estipuladas en la legislación nacional se apliquen a los trabajadores con VIH/SIDA, en las mismas condiciones que a los que tienen otras enfermedades graves. Además se debería estudiar la viabilidad de establecer nuevas prestaciones para atender específicamente el carácter progresivo e intermitente del VIH/SIDA.

Se entiende que los gobiernos deben tomar medidas para determinar cuáles son los grupos de trabajadores vulnerables a la infección con el fin de establecer estrategias para evitar los factores que los exponen a este riesgo. Dentro del grupo de trabajadores vulnerables, la OIT considera que el gobierno debería ampliar sus programas de prevención del VIH al sector informal y, fomentar la protección social de los trabajadores informales.

Los empleadores y sus organizaciones

La OIT recomienda a los empleadores no solicitar pruebas ni reconocimientos médicos relativos al VIH/SIDA de sus trabajadores o potenciales trabajadores, a la vez que considera que los empleadores deberían fomentar el trabajo de quienes tengan VIH o enfermedad derivada del SIDA mientras sean médicamente aptos para desempeñar tareas.

La infección por VIH y el SIDA no deben tratarse en el lugar de trabajo de un modo menos favorable que otras enfermedades o dolencias graves. En consecuencia, se entiende que los empleadores deberían proporcionar a sus trabajadores con VIH/SIDA el tiempo libre necesario para asistir a las consultas y al tratamiento, de conformidad con los requisitos nacionales mínimos.

Cuando un trabajador padezca una enfermedad oportunista y su estado de salud le impida seguir trabajando habiéndosele agotado la licencia por enfermedad de larga duración, la relación de trabajo puede extinguirse, de acuerdo a lo expresado en la legislación nacional laboral y antidiscriminatoria.

Toda información de un trabajador relativa al VIH/SIDA debería ser tratada con estricta confidencialidad y constar únicamente en su expediente médico. El acceso a dicha información debería limitarse al personal médico y sólo debería darse a conocer su contenido cuando sea legalmente exigible o con el consentimiento de la persona interesada.

La OIT plantea que en establecimientos donde los trabajadores entran en contacto regularmente con sangre humana y líquidos corporales, los empleadores han de tomar medidas suplementarias para que los trabajadores conozcan las precauciones universales y apliquen las medidas necesarias. De existir en el establecimiento de trabajo el riesgo de contacto con sangre humana, tejidos o líquidos corporales, se debería prever un procedimiento para reducir y afrontar el peligro de infección y de accidente de trabajo.

Asimismo, la OIT considera que los empleadores deberían aplicar normas apropiadas que impidan la propagación de la infección en el lugar de trabajo y, protejan a todos los trabajadores contra la discriminación basada en el VIH/SIDA. En este marco los programas de información y educación sobre el SIDA en el lugar de trabajo son indispensables para combatir la propagación de la epidemia y fundamentalmente para fomentar una mayor tolerancia para con los trabajadores infectados con el VIH/SIDA.

2- MARCO NORMATIVO

2.1- Legislación vigente en la Argentina

Argentina fue uno de los primeros países de América Latina y el Caribe que sancionó una Ley Nacional de SIDA. La misma fue promulgada en 1990 como la Ley 23.798.

Mediante este instrumento se declara de interés nacional la lucha contra el SIDA, la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, considerándose en primer lugar la educación de la población.

La ley establece que en ningún caso pueda afectarse la dignidad de la persona, ni que se produzcan efectos de **marginación, estigmatización**, degradación o humillación de las personas afectadas. El Estado debe garantizar el acceso al testeo o diagnóstico, asegurando la confidencialidad, es decir, estableciendo un registro de los enfermos en forma codificada.

La ley de SIDA insta como obligatoria, la detección del virus VIH en la sangre que sea destinada para transfusión, y la incorporación de pruebas de detección del virus a los controles para inmigrantes que soliciten su radicación definitiva en el país.

Mediante esta ley, se establece el compromiso de las autoridades sanitarias a promover la concertación de acuerdos internacionales para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con la lucha contra el SIDA.

Esta ley fue reglamentada en 1991 por el Decreto 1244/91 que incorpora en los programas de educación primaria, secundaria y terciaria la prevención del SIDA. Asimismo establece que las pruebas serológicas de diagnóstico de VIH deben realizarse previo consentimiento del paciente garantizando la confidencialidad de los resultados. El personal médico debe asegurar y otorgar información sobre la forma de transmisión y sobre el derecho a recibir asistencia sanitaria. El decreto indica que para la aplicación de esta normativa, deberán respetarse las disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos llamada Pacto de San José de Costa Rica.

En Argentina existen otras leyes, decretos, normas y resoluciones que especifican y normatizan, por un lado, la atención de las personas que viven con VIH/SIDA, y por otro, los derechos y obligaciones de los ciudadanos aplicables a la relación de las personas infectadas con el entorno social.

Dado que el estudio sobre el fenómeno del testeo forzoso del VIH/SIDA en el mercado laboral involucra diferentes aspectos del problema a tener en cuenta, a continuación se hace referencia a la normativa legal con relación al consentimiento, a la confidencialidad, a la no-discriminación de los infectados con el virus, el acceso a los servicios de salud, la relación laboral en cuanto a los derechos y obligaciones de las partes.

Consentimiento

El artículo 8 de la Ley Nacional de SIDA (23.798/90) señala que los profesionales que detecten el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o posean presunción fundada de que un individuo es portador, deberán informarles sobre el carácter infectocontagioso del mismo, los medios y formas de transmitirlo y su derecho a recibir asistencia adecuada. Asimismo, el decreto reglamentario de dicha ley establece que el profesional médico tratante determinará las medidas de diagnóstico a que deberá someterse el paciente, previo consentimiento de éste. Le asegurará la confidencialidad y, previa confirmación de los resultados, lo asesorará debidamente (Decreto 1244/91, Artículo 6).

Además de reflejarse en la Ley Nacional de SIDA, la noción de consentimiento está presente en la ley 17.132 de los Profesionales Médicos como mediadora de las relaciones médico-paciente. Ella refiere

a la necesidad de conocer la voluntad del paciente ante cualquier práctica médica, donde quedaría incluido el examen para la detección del VIH.

Sin embargo, existe una excepción al testeo voluntario del virus VIH en el ámbito de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, reglamentado por el Decreto 906 del año 1995. Se considera allí que las actividades de las FFAA presentan características particulares, tales como hallarse expuestas a situaciones de riesgo con elevado número de accidentes, la necesidad de bancos de sangre viviente, la participación en misiones de fuerzas para el Mantenimiento de la Paz en países considerados de riesgo en lo que hace a contagio del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. En consecuencia, el decreto establece la realización de pruebas de detección del virus para todos aquellos interesados a ingresar, como al personal de sus cuadros permanentes y plantas básicas de su personal civil. En caso de diagnosticarse la infección por VIH a dicho personal, se mantendrá la confidencialidad de los resultados, se otorgará tratamiento médico y se reasignarán funciones acordes al estado de salud evitando la exposición a situaciones riesgosas de estos trabajadores.

Confidencialidad

La confidencialidad de los resultados del test del VIH se relaciona estrechamente con el derecho a la intimidad de los pacientes y con el secreto médico. Los derechos a la privacidad y a la intimidad de todas las personas en su forma más general se encuentran garantizados por la Constitución Nacional. Asimismo, todo profesional de la sanidad está obligado a respetar el secreto profesional establecido por la ley 24.004 de los profesionales de Enfermería y la ley 17.132 de los profesionales Médicos. En consecuencia, tanto el médico tratante, los técnicos que realicen la serología del virus, así como los médicos de la seguridad e higiene en el ámbito laboral están incluidos en dicha norma.

A diferencia de otras patologías, en el caso particular del VIH existe una protección especial a la confidencialidad en la Ley Nacional de SIDA, para evitar los efectos perjudiciales de las prácticas discriminatorias y de exclusión.

Sin embargo, el decreto reglamentario establece una excepción, por cierto ambigua, a la confidencialidad de los resultados del test, permitiendo revelar dicha información a terceras personas, bajo la responsabilidad del médico, para evitar un mal mayor. Ejemplos de éste deber o facultad del médico de quebrar la confidencialidad podría ser la notificación de la condición de portador a la pareja del paciente o en el caso de adopciones.

No discriminación

El artículo 16 de la Constitución Nacional establece que todos los habitantes de la Nación Argentina son iguales ante la ley y admisibles en los empleos sin otra condición que la idoneidad.

La Ley Antidiscriminatoria 23.952⁵ prohíbe cualquier forma de discriminación, quedando de este modo incluida cualquier práctica de exclusión arbitraria hacia las personas que viven con el virus.⁶

⁵ Ley Antidiscriminatoria 23.592 (1988). El Senado y Cámara de Diputados de la Nación argentina reunidos en congreso, etc. sancionan con fuerza de ley:

Artículo 1. Quien arbitrariamente impida, obstruya, restrinja o de algún modo menoscabe el pleno ejercicio sobre bases igualitarias de los derechos y garantías fundamentales reconocidos en la Constitución nacional, será obligado, a pedido del damnificado, a dejar sin efecto el acto discriminatorio o cesar en su realización y a reparar el daño moral y material ocasionados. A los efectos del presente artículo se considerarán particularmente los actos u omisiones discriminatorios determinados por motivos tales como raza, religión, nacionalidad, ideología, opinión política o gremial, sexo, posición económica, condición social o caracteres físicos.

Artículo 2. Elévase en un tercio el mínimo y en un medio el máximo de la escala penal de todo delito reprimido por el Código Penal o leyes complementarias cuando sea cometido por persecución u odio a una raza, religión o nacionalidad, o con el objeto de destruir en todo o en parte a un grupo nacional, étnico, racial o religioso. En ningún caso se podrá exceder del máximo legal de la especie de pena de que se trate.

Artículo 3. Serán reprimidos con prisión de 1 mes a 3 años los que participaren en una organización o realizaren propaganda basados en ideas o teorías de superioridad de una raza o de un grupo de personas de determinada religión, origen étnico o color, que tengan por objeto la justificación o promoción de la discriminación racial o religiosa en cualquier forma. En igual pena incurrirán quienes por cualquier medio

La ley de Contrato de Trabajo 20.744 del año 1976 prohíbe cualquier tipo de discriminación entre los trabajadores por motivo de sexo, raza, nacionalidad, religiosos, políticos, gremiales o de edad, estableciendo la igualdad de trato a todos los trabajadores por parte del empleador. Sin embargo, y dado el momento en que esta ley fue sancionada, no incluye la discriminación por estado de salud o por ser portador de VIH específicamente.

Existe una vinculación entre la discriminación y propagación del VIH. La discriminación por infección de VIH se convierte en un factor de riesgo para toda la población, en tanto no contribuye a crear el incentivo a recurrir a los servicios de atención para la detección temprana del virus y acceder al tratamiento apropiado. En consecuencia, erradicar la discriminación es un prerrequisito para poder erradicar la epidemia del SIDA.

La información a través de la educación –en primer lugar- y, el desarrollo de nuevas tecnologías para el tratamiento de los infectados que permitan proporcionales una mejor calidad de vida, parecerían ser un buen mitigador tanto de la discriminación como de la propagación del virus en la población.

Acceso a la atención de la salud

La Constitución de la Ciudad de Buenos Aires garantiza el derecho a la salud integral de las personas, abarcando la protección, prevención, atención y rehabilitación gratuitas. Es decir, que para aquellas personas que no cuentan con cobertura de obra social o prepaga, es el Estado mediante sus hospitales y servicios públicos, quién brinda la atención necesaria, incluyendo la provisión de medicamentos.

En 1995 se aprueba la Ley 24.455 que estipula que las Obras Sociales incorporen como prestación obligatoria a sus beneficiarios la cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas con VIH/SIDA, y que participen en los programas de prevención del VIH/SIDA. Asimismo, la ley 23.660 de Obras Sociales establece que todo beneficiario de dichas instituciones mantiene su condición de tal, sin la obligación de efectuar aportes, en el caso que exista la necesidad de interrumpir su labor por causa de enfermedad y mientras se mantenga el contrato de trabajo.

La cobertura de los tratamientos para las personas infectadas con VIH se extiende a las entidades que prestan servicios de Medicina Prepaga mediante la Ley 24.754 sancionada en 1996, donde se establece que deben tener al menos las mismas "prestaciones obligatorias" anteriormente dispuestas para las Obras Sociales.

alentaren o incitaran a la persecución o el odio contra una persona o grupos de personas a causa de su raza, religión, nacionalidad o ideas políticas.

Artículo 4. Se declara la obligatoriedad de exhibir en el ingreso a los locales bailables, de recreación, salas de espectáculos, bares, restaurantes u otros de acceso público, en forma clara y visible el texto del artículo 16 de la Constitución Nacional, junto con el de la ley. (Agreg. por Ley 24.782).

Artículo 5. El texto señalado en el artículo anterior, tendrá una dimensión, como mínimo de treinta centímetros de ancho, por cuarenta de alto y estará dispuesto verticalmente. En el mismo al pie, deberá incluirse un recuadro destacado con la siguiente leyenda: "Frente a cualquier acto discriminatorio, usted puede recurrir a la autoridad policial y/o juzgado civil de turno, quienes tienen la obligación de tomar su denuncia".(Agreg. por Ley 24.782).

Artículo 6. Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional.

⁶ Sin embargo, no es posible ampararse en esta ley si las acciones contra un acto discriminatorio son de tipo "class-action", porque contempla que el cese del acto discriminatorio será a pedido del damnificado. Esta ley se enmarca en el Derecho Civil y Procesal comercial donde se consideran iguales a las partes involucradas. En cambio, en el marco de los Derechos Humanos, se supone que una de las partes es vulnerable y la otra poderosa. En el contexto de la discriminación por HIV, el damnificado recurre frecuentemente a organizaciones civiles, en donde las futuras acciones contra el acto discriminatorio pueden ampararse en el art. 43 de la Constitución Nacional y en el art.14 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires. Dichos artículos establecen la legitimidad de la acción legal por cualquier habitante o personas jurídicas defensoras de los derechos e intereses colectivos.

Como parte del esquema solidario de financiamiento de este subsistema y, mediante la Resolución 709/97 de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), todas las Obras Sociales y Asociaciones de Obras Sociales del Sistema Nacional, podrán solicitar apoyo financiero para la cobertura de tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de personas infectadas por retrovirus humanos y las que padezcan SIDA y/o enfermedades intercurrentes. Los responsables de las obras sociales solicitarán el apoyo financiero para las coberturas señaladas dentro de las pautas prescriptas por la Resolución 574/96-ANSSAL.

Preocupacional

La Ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo 19.587 y la Resolución 43/97 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) imponen como obligaciones de los empleadores la realización de los llamados **exámenes preocupacionales**. Dicha obligatoriedad se debe a la necesidad de comprobar la aptitud de un postulante para cubrir un determinado puesto de trabajo, así como a los fines de detectar las patologías preexistentes al inicio de una relación de trabajo. No obstante, en ningún caso pueden ser utilizados como elemento discriminatorio para el empleo (Resolución 43/97, SRT).

Existen otros exámenes de salud incluidos en el sistema de riesgos del trabajo. Por idénticas razones que justifican la existencia de exámenes preocupacionales, resulta conducente prever como responsabilidad del empleador o de la aseguradora la realización de exámenes médicos de salud **posteriores a una ausencia prolongada** del lugar de trabajo por parte del trabajador, como así también **exámenes previos a una transferencia o cambio en la asignación de actividades al trabajador**, en donde varíe el tipo de aptitud requerida. Estos exámenes tienen el carácter de optativos para el empleador. También la resolución prevé exámenes de salud optativos **previos a la terminación de la relación laboral** que tienen como propósito comprobar el estado de salud frente a los elementos de riesgo a los que hubiere sido expuesto el trabajador al momento de la desvinculación. Además, resulta un instrumento adecuado de prueba en caso de que, a posteriori de producida la extinción de la relación laboral, el trabajador sufra algún infortunio no imputable al antiguo empleador.

La ley 24.557 pone en la aseguradora o del empleador autoasegurado la obligación de responder por los daños que se hubieran producido durante la vigencia de la relación de trabajo y hasta dos años de producida la extinción de aquella, llevando todas estas razones a hacer aconsejable la realización de exámenes médicos a la finalización de la vinculación laboral.

Todos los exámenes médicos a los que se refiere la Resolución 43/97⁷, serán obligatorios para el trabajador, quien deberá asimismo proporcionar, con carácter de declaración jurada, la información sobre antecedentes médicos y patologías que lo afecten y de los que tenga conocimiento. A su vez, los mencionados exámenes deberán ser realizados en centros habilitados por la autoridad sanitaria y bajo la responsabilidad de un médico del trabajo habilitado ante la autoridad correspondiente.

El objetivo de la Medicina Laboral es adecuar las tareas a realizar, según el puesto laboral, a las condiciones de salud del trabajador que resultan del examen preocupacional y junto con la ley de Higiene pretende fijar principios orientadores en materia de selección e ingreso de personal en función de los riesgos a que den lugar las respectivas tareas, operaciones y manualidades profesionales.

Según la Resolución 320/99 de la SRT, los incumplimientos de los empleadores en el examen preocupacional de salud impiden el oportuno y veraz conocimiento de la aptitud psicofísica de los

⁷ El examen de salud deberá contener como mínimo un examen físico completo, que abarque todos los aparatos y sistemas, incluyendo agudeza visual cercana y lejana, radiografía panorámica de tórax, electrocardiograma, exámenes de laboratorio que incluyan hemograma completo, eritrosedimentación, uremia, glucemia, reacción para investigación de Chagas Mazza y orina completa.

trabajadores y la detección temprana de enfermedades profesionales, sus secuelas y patologías e incapacidades preexistentes. Este accionar implica la desprotección de la salud del trabajador a la vez que desplaza responsabilidades sobre las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo en materia de cobertura de preexistencias, en forma contraria a las previsiones del sistema.

La SRT considera que los trabajadores deben ser informados por los empleadores respecto a las afecciones o hallazgos detectados en los exámenes preocupacionales que se les efectúen, debiendo entregar copias de ellos mediando simple solicitud en tal sentido, siendo tal devolución inherente a la protección de los derechos de los trabajadores. Los empleadores afiliados y los empleadores autoasegurados además de comunicarles los resultados a los trabajadores deberán facilitar el acceso a tal información y documentación, a las Comisiones Médicas del Sistema de la Ley 24.557, a las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y, a la Superintendencia.

La Ley de Riesgos del Trabajo 24.557 tiene como objetivo principal la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y, en los supuestos de ocurrir, asegurar al damnificado la atención adecuada y oportuna. La ley no sólo estipula el fomento de la prevención como objetivo, sino que además adopta herramientas adecuadas para hacer posible su cumplimiento, estableciendo la obligación por parte de las Aseguradoras de denunciar ante la SRT los incumplimientos vinculados con la normativa de Higiene y Seguridad, y desarrollar planes de mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo. Asimismo, la ley impone la obligación de monitorear el estado de salud de los trabajadores, derivado de la exposición a riesgos laborales, a través de la realización de exámenes médicos. Las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo no podrán someter a los trabajadores a la realización de exámenes preocupacionales de manera previa al contrato de afiliación de los mismos. La ley 24.557 libera de responsabilidad a las aseguradoras o empleadores autoasegurados a brindar prestaciones respecto de las preexistencias detectadas al inicio de la relación laboral, cuya producción no es responsabilidad del nuevo empleador ni de la Aseguradora a la que se encuentre afiliado.

La relación laboral

Una vez iniciada la relación de trabajo, la ley de contrato de trabajo 20.744 establece que los días en los que el trabajador no preste servicios por padecer alguna enfermedad inculpable se computarán como trabajados y no afectará el derecho del trabajador a percibir su remuneración durante un plazo determinado según su antigüedad. Dicha ley establece que la recidiva de enfermedades crónicas no se considera enfermedad, salvo que se manifestara transcurrido los dos años de antigüedad.

Si al momento de la reincorporación del trabajador, finalizada la licencia por enfermedad, éste no estuviese en condiciones de realizar las mismas tareas que cumplía con anterioridad, el empleador debe asignarle otras que sí pueda ejecutar, pero sin que ello ocasione la disminución de la remuneración percibida por el trabajador. Asimismo, el empleador tiene la obligación de conservarle el empleo al trabajador por el plazo de un año, si éste no estuviere en condiciones de retomar su empleo una vez vencido el plazo de interrupción por enfermedad.

Si durante el plazo de las interrupciones pagas por accidente o enfermedad inculpable, el empleador despidiese al trabajador, deberá pagar además de la indemnización por despido injustificado, los salarios correspondientes al período que faltase para el vencimiento de la licencia por enfermedad.

Todas las leyes, resoluciones y decretos anteriormente mencionados sirven para identificar hipótesis sobre los incentivos que rigen el comportamiento de los diferentes actores sociales involucrados en el estudio sobre el "testeo forzoso del VIH/SIDA".

2.2- Avances Normativos de la Región del MERCOSUR y Pactos Internacionales

Declaración socio-laboral del MERCOSUR: Originada en 1998 se instituye una comisión socio-laboral regional como órgano auxiliar del Grupo Mercado Común para promover la aplicación de los siguientes principios y derechos en el área del trabajo:

No-discriminación: Todo trabajador tiene garantizada la igualdad efectiva de derechos, tratamiento y oportunidad en el empleo y ocupación, sin distinción o exclusión por cualquier motivo. Los Estados Partes se comprometen a realizar acciones destinadas a eliminar la discriminación en lo que refiere a los grupos en situación desventajosa en el mercado de trabajo.

Promoción de la igualdad: las personas portadoras de necesidades especiales serán tratadas de forma digna y no discriminatoria, favoreciéndose su inserción social y en el mercado de trabajo. Los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas en lo que se refiere a la educación, formación, readaptación y reorientación profesional, con el fin de asegurar que las personas portadoras de necesidades especiales tengan la posibilidad de desempeñar una actividad productiva.

Seguridad social: Los trabajadores del MERCOSUR tienen derecho a la seguridad social, en los niveles y condiciones previstos en las respectivas legislaciones nacionales. Los Estados Partes se comprometen a garantizar una red mínima de amparo social que proteja sus habitantes frente a la contingencia de riesgos sociales, enfermedades e invalidez, buscando coordinar las políticas en el área social, de forma de suprimir eventuales discriminaciones derivadas del origen nacional de los beneficiarios.

Complementariamente se firman los siguientes acuerdos relevantes para la temática de esta investigación:

Acuerdo sobre la creación de la Comisión Intergubernamental para promover una Política Integrada de lucha contra la epidemia de VIH/SIDA en la región del MERCOSUR, Bolivia y Chile (2002). La Comisión Intergubernamental será la encargada de promover una política integrada para combatir la epidemia del VIH/SIDA en la región. Deberá coordinar las acciones de vigilancia epidemiológica, estableciendo criterios comunes de investigación del virus que permitan el intercambio de tecnologías y experiencias entre los países de la región. La Comisión también deberá promover el acceso de las personas viviendo con VIH a los medicamentos antirretrovirales, a los medicamentos para combatir las infecciones oportunistas e insumos de diagnóstico y fomentar acciones de educación y campañas de información a la población en general.

Áreas prioritarias en VIH/SIDA en el MERCOSUR, Bolivia y Chile (2003). Las áreas técnicas de los Estados Partes y Asociados han definido algunos tópicos prioritarios en el área de VIH y SIDA:

Vigilancia Epidemiológica: Debe definir los casos de SIDA para la región estableciendo criterios de investigación que permitan la comparación de las tendencias epidemiológicas. Los programas nacionales de SIDA necesitan monitorear la transmisión vertical del VIH y adoptar medidas de vigilancia y prevención que permitan controlar de manera eficaz la epidemia del VIH. Para aumentar el conocimiento sobre la dinámica de la epidemia en los países del MERCOSUR y subsidiar medidas de control en el ámbito de las acciones nacionales y de cooperación internacional es necesario constituir un banco de datos epidemiológicos con indicadores comunes que permitan el intercambio de informaciones provenientes de los sistemas de vigilancia epidemiológica.

Promoción a la salud: Una de las estrategias de fundamental importancia para el combate de la epidemia de SIDA es el involucramiento de organizaciones de la sociedad civil y el fortalecimiento de redes regionales para ampliar la respuesta a los segmentos de la población más alcanzados por la epidemia. La constitución del Consejo Empresarial en VIH/SIDA del MERCOSUR y el incentivo a la creación de Consejos Locales refleja el compromiso social de las empresas de formar una estructura de apoyo para la implementación de programas y de difusión de experiencias para la región. Son prioritarias las acciones de educación y campañas de información a la población en general. Asimismo, es fundamental la implementación de comités de salud de las áreas de frontera debido a la situación de riesgo y vulnerabilidad de las poblaciones que residen en áreas de fronteras que expresan redes diferenciadas de interacción social, movilidad espacial y migración estacional junto

con elevadas tasas de infección de ITS y otras enfermedades transmisibles. El intercambio de experiencias y tecnologías en el área de prevención, que posibilite la reducción de los costos relativos a la adquisición de insumos de prevención, como los preservativos, debe ser acompañado de inversiones en el campo de la ciencia y tecnología. Dichas inversiones le permitirían a la región aumentar la oferta de bienes, servicios y conocimientos volcados para la mejoría de las condiciones de salud de la población, especialmente de aquellas personas que viven con VIH/SIDA. La cooperación técnica en el área de la ciencia y tecnología para la producción de medicamentos y para la investigación de vacunas es prioritaria.

Asistencia: Con el objeto de garantizar que los individuos infectados por el VIH, y la población en general tengan acceso a los procedimientos de diagnóstico, asistencia y tratamiento, se identifica como prioritario el intercambio de tecnologías y experiencias y el acceso al diagnóstico precoz del virus para, por un lado, mejorar la información a los profesionales de la salud y a la población, y por otro, para reducir los costos financieros y sociales asociados al diagnóstico tardío de la infección. El intercambio de tecnología y experiencias dentro de la región permitiría aumentar la disponibilidad de modalidades de asistencia que prioricen el cuidado ambulatorio de los pacientes con un aumento efectivo en la calidad de vida y bienestar de los portadores de VIH/SIDA, disminuyendo la cantidad y duración de las internaciones y así como la necesidad de tratamientos más complejos. Es necesario garantizar la calidad de los medicamentos ofrecidos a los pacientes de SIDA y de los insumos de diagnóstico; mediante la regulación y el control de su distribución y la promoción del uso correcto de los medicamentos.

Legislación y Derechos Humanos: Los Ministros de Salud de los Estados Partes consideran prioritario la adopción de normas en el área de migración, trabajo, asistencia y tratamiento de la salud y de otras áreas relacionadas a la garantía de los derechos humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA.

Investigación y Vacunas Anti-VIH/SIDA: Se considera prioritaria la implementación de protocolos de investigación para el desarrollo de vacunas anti VIH y SIDA, siguiendo las recomendaciones vigentes de la Declaración de Helsinki para estudios que envuelven a seres humanos.

Estrategias de Acceso a los medicamentos antirretrovirales en la Región del MERCOSUR, Bolivia y Chile (2004). Los Ministros de Salud de los Estados intervinientes acuerdan desarrollar proyectos comunes de cooperación técnica y financiera para favorecer conjuntamente el acceso a los tratamientos antirretrovirales de las personas viviendo con VIH/SIDA en la Región.

Finalmente, la **Constitución Nacional de la República Argentina** en su artículo 75 inc. 22 establece que los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes. La Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) tienen jerarquía constitucional, y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías que reconoce la constitución⁸.

Pacto de San José de Costa Rica (1969). Los Estados partes se comprometen a respetar los derechos y garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad personal, física, psíquica y moral. Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada y toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias. Todas las personas son iguales ante la ley, en consecuencia, tienen derecho, sin discriminación, a igual protección de la ley.

⁸ Otros tratados son: La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención Sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer; la Convención Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; la Convención Sobre los Derechos del Niño.

Declaración Cumbre de París sobre SIDA (1º de diciembre de 1994). El jefe de Gobierno del Estado Argentino afirma su deber de dar prioridad a la lucha contra el VIH/SIDA, comprometiéndose, mediante el entorno jurídico y social, a proteger y promover los derechos de las personas que viven con el VIH/SIDA, así como a asegurar que gocen de igual protección ante la ley en lo que respecta al acceso a la atención sanitaria, al empleo, a la educación, a la libertad de circulación, a la vivienda y a la protección social. El responsable político considera prioritario, como base de la prevención del VIH/SIDA, el fortalecimiento de la atención primaria de salud, la promoción y el acceso a diversos medios de prevención, incluidos los preservativos y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, así como la promoción de la educación de los jóvenes en el medio escolar y extraescolar.

En la Cumbre de París se resuelve acentuar la labor de cooperación internacional apoyando el desarrollo del programa de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA e incentivar una mayor participación de las personas que viven con el VIH/SIDA mediante una iniciativa tendiente a fortalecer la capacidad y la coordinación de las redes formadas por esas personas y por los movimientos asociativos. La cooperación nacional e internacional en las investigaciones sobre el VIH/SIDA, entre los sectores público y privado, es fundamental para acelerar el desarrollo de técnicas de prevención y tratamiento. El fortalecimiento de los mecanismos nacionales e internacionales que se ocupan de los derechos humanos y de la ética en materia de VIH/SIDA, incluidas las redes nacionales y regionales, es importante a fin de asegurar que los principios de no discriminación y de respeto de los derechos humanos sean parte integrante de todas las actividades de lucha contra la pandemia.

Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966). Reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y pide a los Estados Partes que adopten medidas para asegurar la plena efectividad de este derecho incluidas la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas y la creación de condiciones que aseguren a todos la asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social.

3- DEFINICIÓN DEL TÉRMINO TESTEO FORZOSO

Existen diversas modalidades de testeo de VIH/SIDA, que pueden ser clasificadas según los grados de libertad en la decisión del paciente. En los dos extremos se encuentran el test voluntario y el test obligatorio. El primero de ellos ocurre cuando una persona está interesada en conocer su estado de salud. Dentro del testeo voluntario se pueden incluir aquellos que se le realizan a las mujeres embarazadas, que constituyen una práctica habitual en nuestros días y cuyo fin es evitar la transmisión vertical del virus. De acuerdo a la legislación argentina, independientemente del tipo de cobertura en salud que posea el interesado, el examen es gratuito. Sobre este tipo de test recae la normativa del consentimiento informado previo a la realización del test, así como también la confidencialidad de los resultados del mismo.

El test obligatorio de VIH/SIDA constituye una excepción dentro de la legislación argentina y como se mencionó en la sección anterior está circunscrito al ámbito de las Fuerzas Armadas y de Seguridad. Del mismo modo, la ley de Sida declara como obligatoria la prueba de VIH/SIDA para la sangre destinada a transfusión y para los controles de salud en el proceso de radicación de inmigrantes.

Entre ambas modalidades extremas de testeo se concentra el objeto de nuestra investigación, donde claramente de alguna manera se ven coartados los derechos individuales de las personas testeadas y de acuerdo a su forma de manifestación se lo considera dentro del grupo de los forzosos.

Se denomina “**testeo forzoso visible**” a aquel que se realiza con el conocimiento de la persona pero donde se presume que el consentimiento para realizar la prueba está de alguna manera condicionado. Este tipo de testeo podría estar vinculado a los exámenes preocupacionales para acceder a un empleo, a los exámenes de salud previos a la contratación de un seguro de vida, o a los relacionados con la afiliación a la seguridad social, donde el candidato accedería a la realización del test de VIH para cumplir con los requisitos solicitados por su potencial empleador o asegurador.

Es probable que en contextos de altas tasas de desempleo este tipo de testeo forzoso sea más frecuente ya que las capacidades de negociación del candidato al puesto de trabajo son menores. El empleador podría seleccionar al personal en base a su examen preocupacional además de considerar las capacidades o atributos que requiere el puesto de trabajo. Por el lado de la oferta de trabajo, y ante la necesidad de conseguir un empleo, el postulante podría ponderar más el hecho de acceder a él que a la libertad de negarse a la realización del test de VIH/SIDA, haciendo valer sus derechos. Ante una apariencia legal (existe un consentimiento firmado), se incurre en una acción violatoria de la intimidad, recurriendo a una acción cuestionable moralmente para la obtención de información.

Asimismo, se denomina en este trabajo “**testeo forzoso oculto**” a aquella prueba de VIH/SIDA que se realiza sin conocimiento ni consentimiento del interesado. Este tipo de testeo también se podría vincular, como en el caso anterior, a los exámenes laborales o a los relacionados a la contratación o afiliación de un seguro. Al igual que en el testeo forzoso visible, esta modalidad es ilegítima o moralmente incorrecta, e ilegal al violar la necesidad de consentimiento. Ello socava el derecho de las personas a conocer su estado de salud y a recibir tratamiento adecuado en caso de resultar reactiva la prueba de detección de VIH.

Estas dos modalidades de testeo constituyen parte fundamental de la investigación. Tanto el enfoque cuantitativo como el cualitativo que se presentan en la tercera parte de este estudio, que permitirán realizar una aproximación al análisis de la cultura del testeo forzoso en el ámbito del mercado de trabajo en la Ciudad de Buenos Aires, con algunas comparaciones con el resto del país.

PARTE II

DIMENSIONES DEL FENÓMENO

1- HITOS EN LA HISTORIA DE LA PANDEMIA DEL VIH/SIDA Y DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Veinte años son sólo una fracción mínima de la historia. Sin embargo, en ese corto lapso la epidemia del SIDA, generó una verdadera revolución en aspectos sociales y culturales y también el desarrollo más veloz de recursos científicos complejos que cualquier otro problema conocido.

La epidemia del SIDA no vino sola, sino acompañada de otras epidemias: la del estigma, la intolerancia, el rechazo y el miedo.

La infección por VIH es para siempre: no existen vacunas para prevenir la infección y una vez que la persona se infecta no hay cura. Sin embargo, se han realizado considerables avances en la terapia farmacológica en los últimos años y la generación actual de antirretrovirales, cuando se usan en combinación, ofrece una potente arma contra el VIH. El uso de una terapia antivírica agresiva ha demostrado en diversos estudios ser eficaz para reducir el virus en sangre hasta niveles indetectables. Se calcula que esta reducción de la carga viral evitará en gran medida el deterioro del sistema inmunológico de los pacientes infectados, con lo cual mejorará la calidad y las expectativas de vida de las personas que viven con SIDA. Futuros estudios clínicos determinarán si estas pautas de tratamiento supondrán un verdadero beneficio a largo plazo.

En las dos décadas posteriores a los primeros casos descubiertos de SIDA, se han logrado importantes avances sobre el conocimiento de la biología, la estructura molecular y la patogénesis del VIH, lo que ha permitido el desarrollo de nuevas y mejoradas terapias antirretrovirales. El objetivo de esta sección es realizar un breve repaso de los hitos que marcaron la historia de la epidemia del VIH/SIDA y de la terapia antirretroviral.

✘ **1981:** Se publica en el reporte semanal de morbilidad y mortalidad (MMWR) del Centro para el Control de Enfermedades (CDC, siglas en inglés) cinco casos de neumonía provocada por un parásito (*Pneumocystis carinii*) entre jóvenes homosexuales. En todos ellos se observaba un sistema inmunológico muy deteriorado. Inicialmente la enfermedad se denominó Inmunodeficiencia Relacionada a Homosexuales (GRID "gay-related immune deficiency", en inglés).

✘ **1982:** Se acuña la sigla SIDA.

✘ **1983:** El investigador francés Luc Montaigner del Instituto Pasteur de París aisló el virus y lo llamó Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Paralelamente el investigador Gallo hacía lo propio en Estados Unidos.

✘ **1984:** El número de casos se multiplica. En ese entonces ya se habían registrado (en EEUU) 3500 muertes por SIDA, no sólo se hablaba de los homosexuales, también se reconocían casos entre heterosexuales, contactos con sangre y hemoderivados. No se conocía tratamiento específico: sólo se trataban una a una las enfermedades oportunistas que iban padeciendo los enfermos.

✘ **1985:** La *Food and Drug Administration* (FDA)⁹ de los Estados Unidos aprobó la primera prueba comercial que detecta los anticuerpos del VIH en una persona. De esta manera se introducen los tests serológicos para medir el antígeno viral y los anticuerpos anti-VIH en las muestras de plasma de los pacientes.

✘ **1987:** Ocurre el primer movimiento comunitario activista homosexual liderado por el escritor Larry Kramer que da origen al grupo ACT UP (AIDS Coalition to Unleash Power). Este grupo logra modificar radicalmente el desarrollo y proceso de aprobación de medicamentos contra el SIDA enviados a la FDA. Como consecuencia de este activismo, el proceso de aprobación de nuevos medicamentos se acortó a un promedio de 12.6 meses. Durante este mismo año el primer agente antirretroviral es aprobado, se inicia la **monoterapia de AZT** (Zidovudina o Azidotimidina, INTI).

⁹ En español: Administración de Drogas y Alimentos.

Este es el primer medicamento que muestra ciertos beneficios clínicos en individuos infectados con el VIH, como por ejemplo, la disminución de la sintomatología y ligeros incrementos de corta duración de los conteos de CD4 (se reconoce el recuento de CD4 como un marcador de progresión de la enfermedad.) De esta manera se abría la posibilidad de encontrar un tratamiento para la enfermedad.

Previamente a la identificación y aprobación del AZT se utilizaron varios compuestos que uno a uno fueron descalificados por su falta de efectividad en ensayos clínicos: Compuesto Q (raíz de pepino chino), Péptido T, AL-721, CD4 soluble, Dextran sulfato y algunos inmunomoduladores como: Isoprinosine (inmunoestimulante), Imutiol, Ampligen y Imreg-1.

✘ **1988:** El movimiento ACT UP se extiende a unas 130 ciudades del mundo, realiza una acción directa en la Bolsa de Wall Street y baja el precio de AZT por un 30%.

✘ **1990:** Se propone el uso temprano de AZT para controlar la infección por VIH.

✘ **1991:** Durante la IX Conferencia Internacional del SIDA en Berlín el estudio Concorde identificó que la utilización a largo plazo de AZT no proporcionaba beneficios a las personas que lo tomaban. El tiempo de sobrevivencia de estas personas, al compararlo con un grupo control que no tomaba medicamento alguno, no mostró ninguna diferencia. En ese momento la utilización de AZT era con dosis extremadamente altas y a intervalos de tiempo reducidos, lo que muchas veces afectaba la calidad de vida de los individuos debido a los efectos colaterales adversos severos. Ese año se reconoce el tejido linfóide como uno de los grandes reservorios del VIH. La FDA aprobó los medicamentos ddI (Didanosine) y ddC (Zalcitabine) -análogos nucleósidos inhibidores de la transcriptasa reversa- que muy rápidamente se empezaron a usar en combinación con dosis reducidas de AZT. Se inicia la era de **terapia antirretrovírica secuencial**. Estos inhibidores de la transcriptasa fueron los primeros medicamentos que se desarrollaron y actúan inhibiendo la enzima transcriptasa reversa (presente en las células CD4), introducen una información genética “equivocada” o “incompleta” que hace imposible que el ARN del virus se convierta en ADN viral y determina su muerte. De este modo protegen a las células sanas impidiendo que el virus se replique.

✘ **1994:** Un hito en la historia del SIDA: Se descubre que el tratamiento de monoterapia con AZT aplicado a mujeres embarazadas y, posteriormente al recién nacido, durante un corto período, disminuye significativamente el riesgo de transmisión materno-fetal. A partir de ese momento, resulta fundamental que toda mujer embarazada se realice la prueba de detección del HIV.

✘ **1993:** Se conoce que el virus se replica rápidamente durante la fase asintomática. También en este año se introducen técnicas de detección más sensibles como la PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa). Este método permite, a partir de una muestra muy pequeña de ADN, obtener millones de copias de ADN *in vitro*, en unas pocas horas y sin necesidad de usar células vivas, para medir el ARN viral.

✘ **1995:** La terapia antirretroviral de combinación comienza con la aprobación el primer inhibidor de la proteasa (IP): Saquinavir. Su función es actuar sobre las células ya infectadas impidiendo el “ensamblaje” de las proteínas necesarias para la formación de nuevas partículas virales. No dejan que el virus se arme. Es decir que evita que el virus realice copias de sí mismo.

✘ **1996:** La FDA aprobó el Nevirapine, el primer análogo no-nucleósido, inhibidor de la transcriptasa reversa. A diferencia de los análogos de los nucleótidos, para ser activo no necesita de una fosforilación (en bioquímica es la unión de un grupo fosfato a una proteína o molécula pequeña). Al mismo tiempo aparece un estudio de laboratorio denominado Carga Viral, que se utiliza para medir la cantidad de virus existente en determinados fluidos o tejidos de una persona infectada. Este estudio junto con el recuento de CD4 contribuyeron a determinar el momento en el cual se debe comenzar el tratamiento.

✘ **1997:** Se aprueban dos IP nuevos, Ritonavir e Indinavir. La era de la **terapia triple** empieza. La combinación ideal para iniciar el tratamiento es la de combinar dos inhibidores de la transcriptasa

inversa con uno de la proteasa. En este mismo año se anunció por primera vez la disminución de las tasas de mortalidad por SIDA. Este eufórico fenómeno se convirtió en la esperanza de muchos y la falsa percepción de que ya se había encontrado la solución para esta epidemia. Desafortunadamente poco después se supo que estos medicamentos no funcionaban de igual manera para todos los individuos afectados. Para muchas personas los efectos colaterales adversos de corto, mediano y largo plazo eran intolerables o bien la efectividad de los medicamentos combinados tenía un tiempo limitado de funcionamiento aceptable.

⚡ 1998: Las combinaciones llegan a ser más complejas y difíciles, pero queda demostrado que la mortalidad y morbilidad bajan, básicamente a causa de un tratamiento antirretroviral precoz, fuerte y continuado.

⚡ 1999: Se aprueba otro inhibidor de la transcriptasa reversa no análogo de los nucleósidos, Efavirenz. Además, se han iniciado importantes ensayos con terapias basadas en la inmunidad para demostrar la teoría que las terapias antivirales de alta potencia (HAART) + las terapias basadas en la inmunidad pueden convertirse en un doble ataque frontal (por un lado, porque debilitan el virus y, por la otra, porque sostienen el sistema inmunológico).

⚡ 2000: A fines de este año, existe una formulación de Trizivir (Zidovudina + lamivudina + Abacavir) un IP con tres drogas en una cápsula que, en muchos aspectos, puede hacer más fácil la adhesión, aunque el número de pastillas sólo es uno de los aspectos que concurren en la adherencia de manera sostenida a un régimen de medicación.

⚡ 2001: Uno de los primeros tratamientos introducidos en 2001 fue Lopinavir, un IP que se utiliza en combinación con otros medicamentos anti VIH. Lopinavir es muy potente con alta probabilidad de complicaciones, reduciendo su administración.

⚡ 2003: Se aprueban tres medicamentos nuevos de una nueva clase, los inhibidores de fusión Fuzeon (T-20), Emtriva (FTC) y Reyataz (Atazanavir). La función de dichos medicamentos es impedir la unión del virus a los receptores de la membrana celular (CD4) y por lo tanto no dejan que entre a la célula y la infecte. Actualmente existen diversos medicamentos para tratar la infección por VIH. Esto permite que se puedan realizar diferentes combinaciones de antirretrovirales. Para referirnos a los tratamientos con estas combinaciones decimos TARGA o TARGE (tratamiento antirretroviral de gran actividad o de gran eficacia), y en inglés HAART (terapia combinada de alta potencia, siglas en inglés). Así, se pueden prescribir diversas combinaciones según las características de cada persona y se puede cambiar el tratamiento si no funciona. Nuevos y mejores agentes de las clases conocidas están en desarrollo, así como nuevas clases de medicamentos que afectan nuevos blancos en el ciclo de vida del VIH, por ejemplo *los inhibidores de la integrasa* que al inhibir esta enzima impiden la integración del ADN viral al ADN celular y, por lo tanto, su reproducción. Asimismo, están en proceso de investigación nuevas estrategias de tratamiento e iniciativas basadas en la reconstitución del sistema inmunológico.

⚡ 2005: Se realiza la 3^o Conferencia de la IAS (Internacional AIDS Society) sobre Patogénesis y Tratamiento del HIV en Río de Janeiro, Brasil. En este plenario se enfatizó sobre el gran avance que se ha producido en el tratamiento contra el SIDA, exhortando a la urgente necesidad de encontrar nuevas maneras de abordar el tratamiento, más simples de utilizar, de menor resistencia y efectos colaterales. También se expusieron presentaciones que dieron cuenta de un mejor entendimiento de la actividad celular en la replicación del VIH: El VIH usa proteínas celulares para completar aspectos cruciales de su ciclo vital, pero de hecho, algunas proteínas obstruyen, en vez de apoyar, la replicación del VIH. Se detalló sobre la defensa que realizan estas células para impedir la replicación del VIH y las estrategias del virus para contrarrestar estas defensas. Por lo tanto, el nuevo desafío de los investigadores es aprender a promover la acción de defensas celulares y desarrollar agentes que entorpezcan las respuestas del virus. Este tipo de investigación puede conducir a nuevas clases de terapias anti-VIH.

En la actualidad, Argentina dispone de los siguientes medicamentos:

Inhibidores de transcriptasa reversa análogos de los nucleótidos:

- Zidovudina (AZT)
- Didanosina (ddl)
- Zalcitabina (ddC)
- Estavudina (d4T)
- Lamivudina (3TC)
- Abacavir (ABC)
- Zidovudina + lamivudina = Combivir
- Zidovudina + lamivudina + abacavir = Trizivir

Inhibidores de transcriptasa reversa no análogos de los nucleótidos:

- Efanirenz
- Nevirapina (NVP)

Inhibidores de la proteasa:

- Ritonavir (RTV)
- Indinavir (IDN)
- Nelfinavir (NFV)
- Saquinavir capsulas de gelatina blanda (SQV)
- Saquinavir cápsulas de gelatina dura (SQV)
- Amprenavir
- Lopinavir + ritonavir = Kaletra

2- SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

2.1- Argentina¹⁰

De acuerdo a las estimaciones realizadas conjuntamente entre ONUSIDA, OMS y el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS (PNS)¹¹, a diciembre de 2005 serían aproximadamente 127.000 las personas que viven con VIH/SIDA en Argentina. Sin embargo, un punto relevante a destacar es que el 60% de ellas desconocería su situación serológica.

A octubre de 2004, el 84% de las personas viviendo con VIH/SIDA bajo tratamiento en el país (17.284 personas) se encontraban bajo la cobertura del PNS, que provee la medicación antirretroviral y los estudios de Carga Viral. Por su parte, la seguridad social cubría al 14% y los seguros privados al 2% de las personas viviendo con VIH/SIDA.

A partir de 1982, año en que se detectó el primer caso en Argentina, la epidemia de SIDA ha evolucionado en forma irregular hasta llegar en septiembre de 2005 a 29.960 casos notificados y 26.887 infectados por el VIH en el PNS. No obstante, debido a las demoras en el envío de notificaciones, se estima que el total de enfermos diagnosticados sería de 31.900¹².

El mayor número de notificaciones de SIDA, 2.853 casos, se produjo en 1996, año en que fueron incorporadas a la notificación tres nuevas enfermedades marcadoras: tuberculosis pulmonar, neumonía bacteriana a repetición y, cáncer de cuello uterino invasivo, responsables del 31% de los enfermos diagnosticados en ese año. En contraposición, desde el año 1997 se percibe una disminución constante de los casos notificados, coincidiendo con la incorporación de las nuevas terapias antirretrovirales de alta eficacia, que influye directamente en el descenso de la tasa de incidencia de diagnóstico de enfermos de SIDA (Cuadro 2.1).

¹⁰ Esta sección fue realizada en base al “Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina” N° 23 (Octubre de 2004) y N° 24 (Septiembre de 2005) y a “Argentina. Situación del VIH/SIDA 2004”, pertenecientes al Programa Nacional de Lucha contra los RH, SIDA y ETS del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

¹¹ Estas estimaciones fueron construidas a partir del trabajo conjunto con el fin de determinar el tamaño de las poblaciones en riesgo. A las mismas se les aplicó la prevalencia recopilada a partir de sitios centinelas, lo que determinó a las PVVIH en cada grupo específico y se sumó a las PVVIH de población general, obtenidas a partir del seguimiento de las prevalencias en mujeres embarazadas. El método utilizado por ONUSIDA y la OMS parte del supuesto de que la prevalencia entre embarazadas se aproxima a la de la población adulta (15 a 49 años). Ver Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina (2005), pág. 9.

¹² El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, que consiste en considerar diferentes bases de datos (de registros provinciales, mortalidad, medicamentos, cargas virales, etc.) permite una recopilación más exhaustiva de las notificaciones tanto de VIH como de SIDA. De acuerdo con la Ley Nacional de SIDA (23.788/90), el Ministerio de Salud registra a las personas con diagnóstico de SIDA de todo el país, bajo una codificación específica que permite preservar la identidad de la persona. Para ello, la Ley establece la obligatoriedad para médicos e instituciones de salud de notificar por medio de un formulario especialmente elaborado dentro de las 48 horas de confirmado el diagnóstico de VIH/SIDA, así como el fallecimiento de una PVVIH y las causas de la muerte. El Ministerio de Salud está intentando corregir posibles desvíos y establecer un Registro Nacional de VIH/SIDA que contemple las distintas etapas de la infección/enfermedad. Ver Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina (2004), pág. 9.

Cuadro 2.1: Tendencia anual de casos notificados de SIDA en Argentina según año de diagnóstico, 1982-2005

Año	Casos notificados	Casos estimados *	Tasa de Incidencia por millón de habitantes**
1982	4	4	0.1
1983	4	4	0.13
1984	8	8	0.23
1985	28	28	0.92
1986	40	40	1.22
1987	96	96	2.95
1988	207	207	6.37
1989	306	306	9.36
1990	514	514	16
1991	755	759	23
1992	1148	1150	35
1993	1524	1534	46
1994	2261	2290	67
1995	2316	2385	67
1996	2853	2910	80
1997	2733	2783	75
1998	2491	2501	65
1999	2263	2372	59
2000	2264	2281	58
2001	2076	2128	51
2002	2087	2087	47
2003	1965	1980	46
2004	1600	1840	42
2005	417	1730	
TOTAL	29960	31937	700.1***

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Las tasas de incidencia de los años 2004 y 2005 se calcularon respecto a los casos estimados y no a los notificados.

* Son el resultado de la estimación realizada mediante el cálculo del retraso en la notificación por el Programa Informático Moucho.

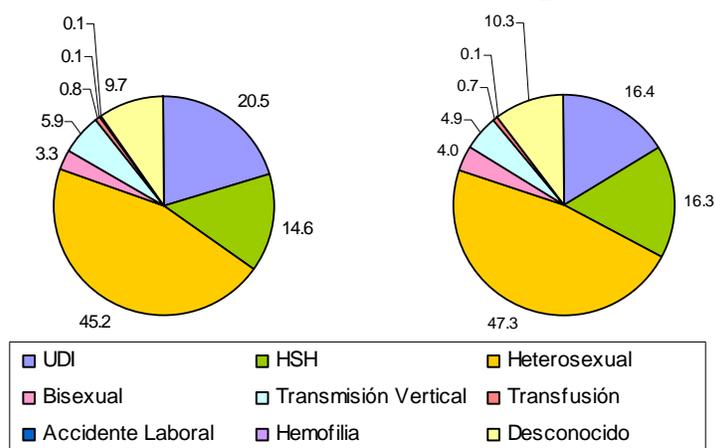
** Las Tasas de Incidencia se calcularon con los casos notificados y los datos de población según datos del Anuario Estadístico de la República Argentina 2004. INDEC, Buenos Aires, Argentina, Año 2004 y los resultados del Censo 2001 del INDEC.

*** Tasa de Incidencia acumulada de SIDA.

En cuanto a la distribución geográfica de la epidemia, el SIDA afecta de manera desigual a las distintas regiones de la Argentina. La mayor parte de los infectados se localiza en las grandes ciudades y desde el inicio de la epidemia hasta 2004 cuatro jurisdicciones poseen casi el 85% de los casos notificados al PNS: Provincia de Buenos Aires (45.7%), Ciudad de Buenos Aires (28%), Santa Fe (6.2%) y Córdoba (5%) (Cuadro 2.2).

Con referencia a las vías de transmisión, sobre el total de casos existentes más del 60% corresponde a la transmisión sexual (homo-bi-heterosexual). Tanto en los años 2002 como 2003, los nuevos casos de SIDA se deben con mayor frecuencia a relaciones sexuales heterosexuales, con un peso del 45.2% y 47.3%, respectivamente. En ambos años les siguen en importancia los usuarios de drogas inyectables (UDI), con un 20.5% y 16.4% y las relaciones sexuales entre hombres (HSH) con un 14.6% y 16.3% (Gráfico 2.1).

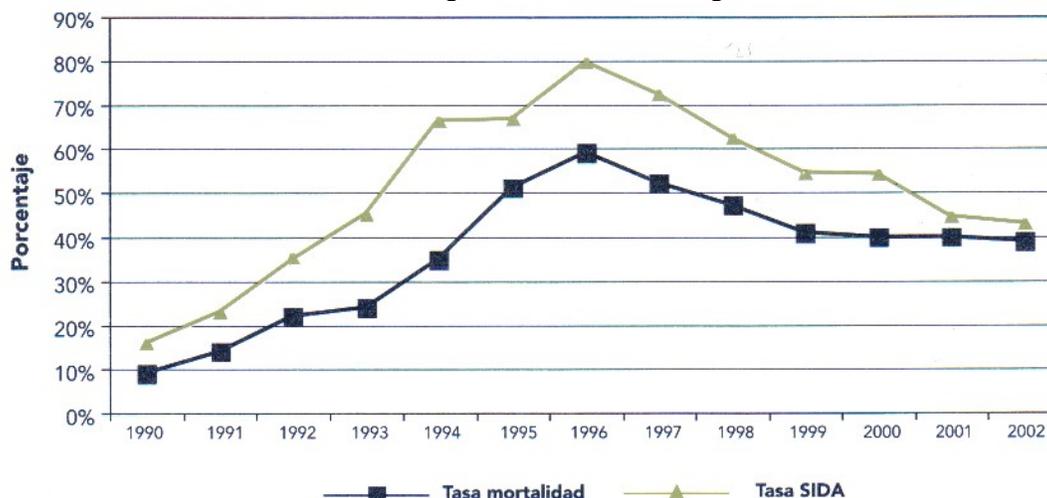
Gráfico 2.1: Distribución de los Casos Notificados de SIDA según Vía de Transmisión en Argentina, 2002-2003



Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS - Ministerio de Salud de la Nación

Para poder conocer la evolución de la epidemia en la Argentina resulta fundamental el estudio de la mortalidad por VIH/SIDA. La evolución de la misma presentó un comportamiento similar al de la tasa de incidencia de diagnóstico de SIDA, con un pico en el año 1996 que se corresponde con la anteriormente mencionada incorporación de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia, momento a partir del cual comenzó a descender. El estancamiento que se produce entre 1999 y 2002 puede ser a causa de diagnósticos tardíos, no adherencia al tratamiento antirretroviral, fallas del tratamiento, enfermos de larga evolución, etc. que provocan un descenso menor al esperado en la mortalidad por VIH/SIDA (Gráfico 2.2).

Gráfico 2.2: Evolución de la Tasa de Mortalidad por VIH/SIDA y la Tasa de Incidencia de Diagnóstico de SIDA en Argentina, 1990-2002



Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS - Ministerio de Salud de la Nación

Cuadro 2.2: Evolución de los Enfermos de SIDA notificados en Argentina según año de diagnóstico y provincia, 1982–2003

Año	Buenos Aires	Ciudad de Bs As	Catamarca	Chaco	Chubut	Córdoba	Corrientes	Entre Ríos	San Luis	Jujuy	La Pampa	La Rioja	Mendoza	Misiones	Neuquén	Río Negro	Salta	San Juan	San Luis	Santa Cruz	Santa Fe	Sgo del Estero	Tierra del Fuego	Tucumán	Sin inf.	Total por año	
1982	1																								2	3	
1983		2																								2	4
1984	1												1													6	8
1985	7	1											1						2							17	28
1986	4	11		1		1	1						1								1					19	39
1987	14	25			1	6	3						12							9	2	1		1	20	94	
1988	54	87		1	1	7	7	8					4	2	3	2		1		2	7			3	15	204	
1989	111	131		1		11	4	10	2				5	2	2	2	2	2		2	13				2	300	
1990	135	188		5	3	31	3	11	1		1		5	3	2	3	1			3	102				7	504	
1991	221	280		6	3	40	9	11					20	5	3	2	3	9		2	131				2	747	
1992	365	428		3	11	93	12	19			2		22	8	3	3	3			1	154	1	3	1	5	1137	
1993	591	588		4	11	93	16	8			5		20	13	10	8	12	5	2	5	75	10	1	4	16	1497	
1994	1007	796	1	2	6	66	25	14	3	3	2	5	18	18	12	11	18	23	2	5	145	1	3	22	25	2233	
1995	1013	847	3	13	7	69	27	10	2	8	1	1	21	12	16	10	22	27	2	2	119	5	7	18	11	2273	
1996	1290	900	6	14	11	89	11	29	7	4	1	4	35	33	26	12	22	29	4	6	160	7	4	27	25	2756	
1997	1379	582	3	30	17	107	4	28	6	13	3	13	34	73	16	14	32	18	3	5	106	8	8	24	11	2537	
1998	1185	455	12	13	17	127	12	15	3	24	6	16	34	46	27	15	33	24	13	7	66	13	5	26	24	2218	
1999	1053	359	5	14	13	115	8	9	3	16	3	14	31	56	18	11	28	12	7	5	96	11	4	38	25	1954	
2000	1003	308	2	11	15	107	12	16	6	33	4	17	38	49	11	14	49	27	35	3	111	17	7	27	41	1963	
2001	724	325	4	18	20	105	7	26	9	31	7	11	25	22	15	20	50	14	8	7	107	16	6	31	32	1640	
2002	441	192	5	9	20	99	1	6	1	19	5	10	22	18	10	19	60	8		4	47	12	8	24	30	1070	
2003	11	6								1							6									2	26
TOTAL	10610	6511	41	145	156	1166	162	220	42	152	40	91	349	360	174	146	341	199	78	66	1442	102	56	246	339	23235	

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS - Ministerio de Salud de la Nación

La epidemia de SIDA en Argentina, análogamente a lo que ocurre a nivel mundial, se caracteriza por ser cada vez más femenina, joven y pobre. Desde el inicio de la epidemia la relación entre casos masculinos y femeninos se ha ido modificando. El primer caso de SIDA en una mujer se registró en 1987 y a partir de ese año la relación hombre/mujer comenzó a descender de 13.79 en 1988 a 2.21 en 2005. El mayor impacto en las mujeres aumenta el riesgo de transmisión vertical de la enfermedad.

De acuerdo a las estadísticas, en el caso de la edad, la población en edad económicamente activa de ambos sexos, particularmente quienes tienen entre 25 y 39 años, en ambos sexos, resultan ser el grupo etario más afectado por la enfermedad, considerando el acumulado de casos es entre 25 y 34 años (Cuadro 2.3), pero en el 2004 los nuevos diagnósticos de SIDA se produjeron con más frecuencia entre 30 y 39 años (Gráfico 2.3). Esta diferencia de 5 años se debe a distintos factores entre los cuales se encuentran la detección más temprana y comienzos de la terapia antirretroviral de alta eficacia.

Cuadro 2.3: Casos informados de SIDA por grupos de edad, según sexo. Argentina. Años 1982-2003

Sexo	Casos informados de SIDA por grupos de edad													
	Total	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60 y más
Total	25,758	1,394	351	97	373	2,616	5,943	5,988	3,821	2,338	1,301	757	382	397
Varones	76.0	50.9	43.9	56.7	66.0	69.6	75.3	79.0	80.7	82.4	84.4	85.3	81.7	80.6
Mujeres	23.4	48.6	55.8	42.3	33.5	29.5	24.2	20.3	18.9	17.0	15.0	14.4	18.1	18.9
S/ inf.	0.6	0.6	0.3	1.0	0.5	0.9	0.5	0.7	0.3	0.6	0.6	0.3	0.3	0.5

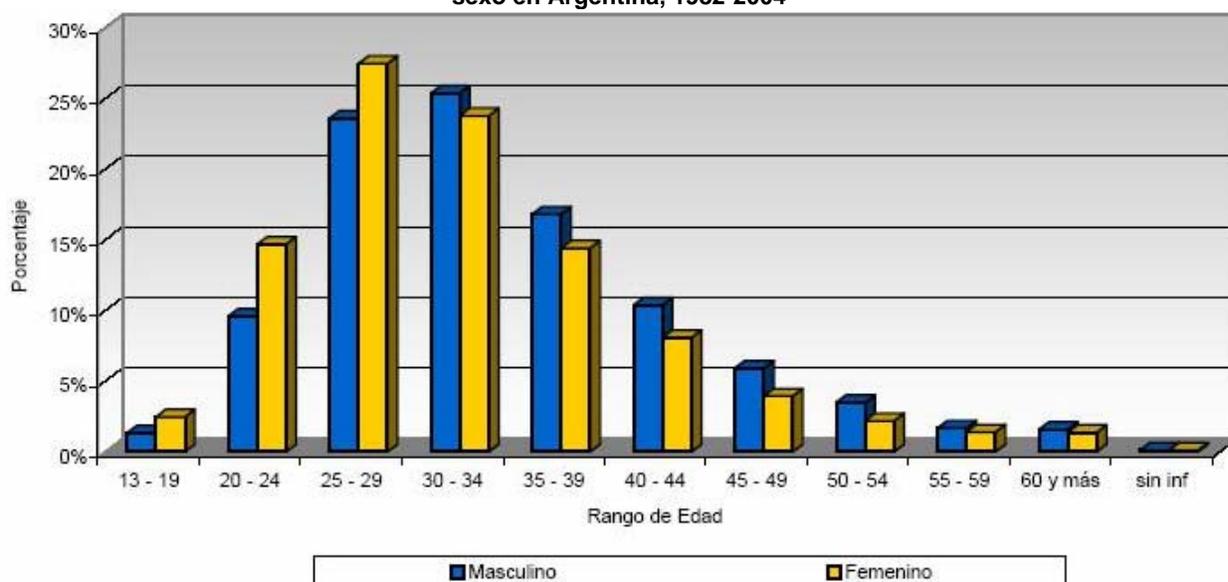
Nota: datos acumulados desde 1982 hasta el 2003.

Los datos correspondientes a los años 2002 y 2003 son cifras provisorias debido al retraso en las notificaciones.

Los casos informados al Programa Nacional de Lucha contra el SIDA no reflejan su incidencia real dado que existe un importante subregistro.

Fuente: INDEC-Ministerio de Salud. Secretaría de Programas Sanitarios. Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. Boletín sobre el SIDA en la República Argentina.

Gráfico 2.3: Distribución porcentual de los casos notificados de SIDA en mayores de 12 años según grupo etario y sexo en Argentina, 1982-2004



Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS - Ministerio de Salud de la Nación

Con respecto a la relación entre epidemia del SIDA y pobreza, desde hace varios años profesionales dedicados al estudio del SIDA afirman que la enfermedad se ha convertido en una patología de los

pobres, debido a que mayormente las nuevas infecciones se dan en los países subdesarrollados o en los sectores socioeconómicos más deprimidos de los países desarrollados (Cahn, 1999).

2.2- Ciudad de Buenos Aires¹³

Desde el año 2003 y hasta octubre de 2004 se recibieron en la Ciudad de Buenos Aires 2.061 notificaciones de infección por VIH y SIDA¹⁴: 1.375 diagnósticos de infección por VIH, 351 diagnósticos simultáneos de infección y casos de SIDA, 335 diagnósticos de SIDA con diagnóstico de infección previa (Cuadro 2.4). De ese total corresponden a residentes en la ciudad unas 851 notificaciones, es decir, el 41.3%.

Considerando el subsector de pertenencia, en el total de notificaciones la gran mayoría, el 90.4% de las mismas (1.864), provienen del sector público y 9.6% (197) del subsector privado.

Cuadro 2.4: Notificaciones de VIH/SIDA en la Ciudad de Buenos Aires, 2003-2004

Institución	Nº	%
H. Muñiz	698	33.9
H. Fernández	321	15.6
H. Ramos Mejía	153	7.4
H. Piñero	124	6
H. Argerich	93	4.5
Consultorios Privados	85	4.1
H. Penna	67	3.3
Nexo A. C.	66	3.2
H. Sarda	64	3.1
H. Durand	52	2.5
H. Garrahan	51	2.5
H. Gutiérrez	43	2.1
H. Alvarez	36	1.7
H. Santojanni	34	1.6
H. Elizalde	31	1.5
H. Pirovano	24	1.2
H. Tornú	22	1.1
S/D	18	0.9
H. Rivadavia	15	0.7
H. Ferrer	13	0.6
H. Militar	10	0.5
H. Borda	8	0.4
Medicus	8	0.4
H. Moyano	7	0.3
H. Alemán	7	0.3
H. Vélez Sarsfield	5	0.2
H. Zubizarreta	3	0.1
H. Italiano	3	0.1
TOTAL	2061	

Fuente: Infosida 4

En cuanto a los casos de SIDA según el subsector de notificación, en la tabla que figura a continuación se observa que, desde el inicio de la epidemia en 1983, se han notificado en la Ciudad de Buenos Aires 7.416 casos de SIDA entre los residentes, de los cuales el 71.1% de los análisis fueron realizados en hospitales públicos de la Ciudad.

¹³ Informe Epidemiológico al 30/08/04.

¹⁴ A la notificación de casos de SIDA desde fines del 2002 se agregó la notificación obligatoria mediante código de los nuevos diagnósticos de infección por VIH.

Cuadro 2.5: Casos de SIDA según subsector de notificación en la Ciudad de Buenos Aires, Años 1983/2004.*

AÑO	Hospital		Sector		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
1983	1	50,0	1	50,0	2
1985	0	0,0	1	100,0	1
1986	3	27,3	8	72,7	11
1987	15	55,6	12	44,4	27
1988	50	56,8	38	43,2	88
1989	83	62,9	49	37,1	132
1990	133	69,6	58	30,4	191
1991	214	74,8	72	25,2	286
1992	304	70,7	126	29,3	430
1993	434	73,2	159	26,8	593
1994	605	75,2	199	24,8	804
1995	657	77,3	193	22,7	850
1996	618	67,7	295	32,3	913
1997	405	66,3	206	33,7	611
1998	335	69,4	148	30,6	483
1999	250	64,9	135	35,1	385
2000	235	64,9	127	35,1	362
2001	311	72,3	119	27,7	430
2002	239	82,1	52	17,9	291
2003	196	71,5	78	28,5	274
2004	187	74,2	65	25,8	252
Total	5275	71,1	2141	28,9	7416

Fuente: Coordinación SIDA, GCBA.

* Datos notificados al 30/06/2005.

2.2.1- VIH¹⁵

Desde enero de 2003 se notificaron 1.726 diagnósticos de VIH en la Ciudad de Buenos Aires, de los cuales 728 (42.2%) corresponden a residentes en la ciudad.

Con respecto a la distribución geográfica, sólo se conoce el barrio donde habitan en el 45% de los residentes diagnosticados con VIH, quienes en su mayoría provienen de la zona sur (sur: 44.5%, centro: 34.0% y norte: 21.5%) (Cuadro 2.5).

Cuadro 2.5: Diagnósticos de VIH en la Ciudad de Buenos Aires según Barrio de Residencia Notificado, 2003-2004

Barrio	Nº	%
Balvanera	35	10.74
Flores	32	9.82
Palermo	27	8.28
Caballito	19	5.83
Boca	18	5.52
Almagro	17	5.21
Barracas	16	4.91
San Telmo	16	4.91
Villa Lugano	14	4.29
Belgrano	12	3.68
Recoleta	12	3.68
V. Urquiza	10	3.07
Mataderos	9	2.76
Otros	89	27.30
TOTAL	326	

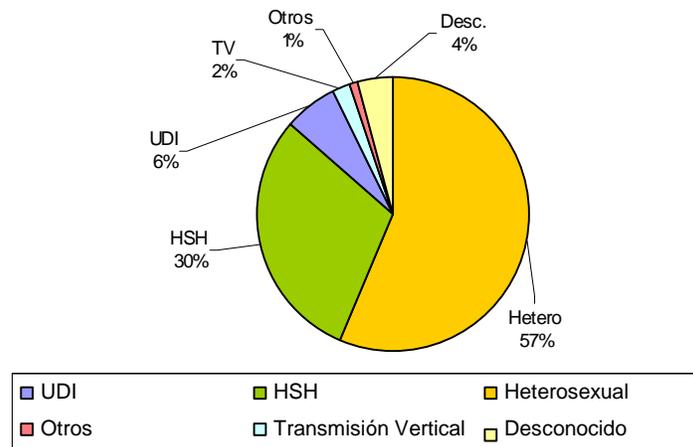
Fuente: Infosida 4

¹⁵ Definición de caso VIH: Test VIH positivo.

En cuanto a la relación hombre/mujer, del total de diagnósticos 444 corresponden a hombres y 284 a mujeres, siendo la relación de 1,6 hombres por mujer, reafirmando la tendencia a la feminización de la epidemia. La edad mediana de los hombres es de 33 años y la de las mujeres de 30 años.

Las vías de transmisión de las personas con diagnóstico de infección muestran que el 86,4% adquirió el virus producto de relaciones sexuales: 56.5% heterosexuales y aproximadamente el 30% homosexuales. Comparando esta información con los datos históricos sobre casos de SIDA, se percibe que en las nuevas infecciones se incrementa la transmisión sexual y cae el diagnóstico entre usuarios de drogas inyectables (6.5%), quienes representan más del 18% de los casos de SIDA (Gráfico 2.3).

Gráfico 2.3: Vías de Transmisión en Diagnósticos de VIH en la Ciudad de Buenos Aires, 2003-2004



Fuente: Elaboración propia en base a Infosida 4.

Resulta de gran importancia conocer el estadio de la infección al momento del diagnóstico, debido a que es un indicador que permite evaluar la accesibilidad al sistema de salud y particularmente, al testeo y la percepción de riesgo de la población. En este sentido, el 58.5% de los diagnósticos fue realizado en el período asintomático, un 12,6% en personas sintomáticas sin criterio del SIDA y poco más del 19% en personas con enfermedades marcadoras definitivas del SIDA. Diferenciando por sexo, los diagnósticos femeninos en el período asintomático (64.8%) tienen un mayor peso que los masculinos en el mismo estadio (54.5%), debido exclusivamente al peso de las consultas prenatales (Cuadro 2.6).

Cuadro 2.6: Estadío Clínico en el Momento de Diagnóstico de Infección de VIH

Estadío Clínico	Nº	%
Síndrome Retroviral Agudo	13	1.8
Asintomático	426	58.5
Sintomático sin Criterio de SIDA	92	12.6
SIDA	139	19.1
Desconocido	58	8.0
TOTAL	728	

Fuente: Infosida 4

El nivel de escolaridad permite observar que el 33% tiene como máximo nivel de escolaridad alcanzado la primaria completa y el 40.7% tiene secundaria completa o más. Al compararlo con el nivel de escolaridad del total de los habitantes de la ciudad, se observa que quienes viven con VIH alcanzan niveles más bajos dentro del sistema educativo formal (Cuadro 2.7).

A partir de la hipótesis de que las personas con mejor nivel de instrucción tienen una mayor percepción de riesgo y/o más accesibilidad a los servicios de salud, se analiza la relación entre el nivel de instrucción y el estadio de la infección al momento del diagnóstico del VIH. Los datos indican

que a mayor nivel de estudios, mayor es la proporción de personas que acceden al diagnóstico en etapas asintomáticas de la enfermedad (Cuadro 2.8).

Cuadro 2.7: Nivel de Estudios de la Población General y de Población Diagnosticada con VIH Residentes de la Ciudad de Buenos Aires (%) N=634

Nivel de Estudios	Población General	Población VIH+
P. Incompleta o menos*	6	8.4
P. Completa	18.2	24.6
S. Incompleta	16.9	26.3
S. Completa*	24	22.1
Terciaria/Universitaria	35	

*estadísticamente no significativo

Fuente: Infosida 4

Cuadro 2.8: Nivel de Estudios y Estadío Clínico (%)

Nivel de Estudios	SRA	Asintomático	Sint. s/SIDA	SIDA	Desc.	Nº
Analfabeto	0	0	0	100	0	3
P. Incompleta	0	46	10	44	0	50
P. Completa	1.3	58.2	17	21.6	2	153
S. Incompleta	2.4	66.3	10.8	16.3	4.2	166
S. Completa	2.2	72.4	9	15.7	0.7	134
Terciaria	0.9	73.9	16.2	7.2	1.8	111
TOTAL						617

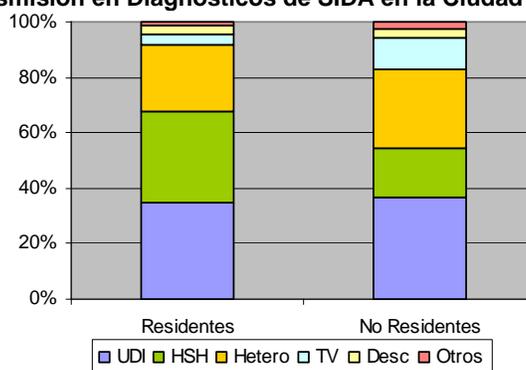
Fuente: Infosida 4

2.2.2- SIDA¹⁶

En 1983 fue diagnosticado el primer caso de SIDA en la Ciudad de Buenos Aires. Desde entonces se han notificado 13.617 casos, correspondiendo el 52.6% a residentes en la ciudad.

En el total de casos se observa que la principal vía de transmisión se da en personas con antecedentes de uso de drogas por vía inyectable (34.5% en residentes), seguidos, en el caso de residentes, por aquellos hombres que tienen sexo con hombres (33.1%) y por la vía heterosexual (24%) (Gráfico 2.4).

Gráfico 2.4: Vías de Transmisión en Diagnósticos de SIDA en la Ciudad de Buenos Aires, 2003-2004



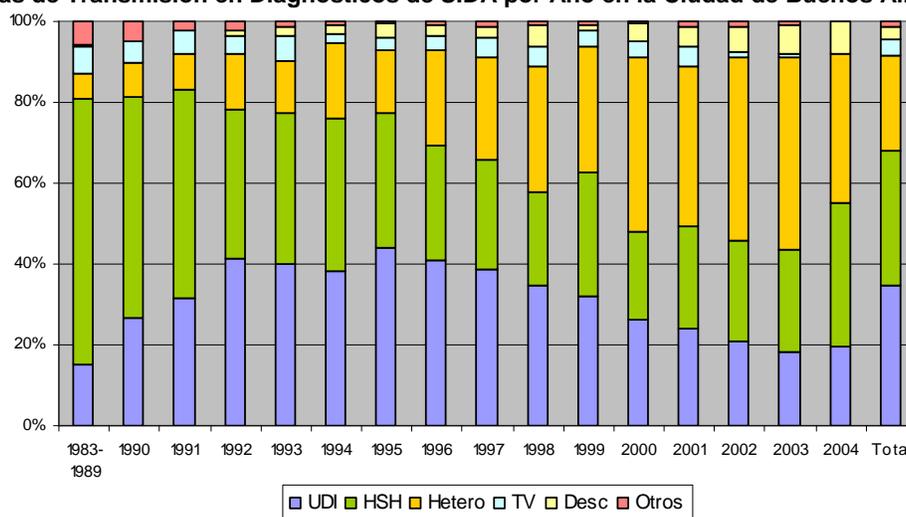
Fuente: Elaboración propia en base a Infosida 4.

Por otro lado, al considerar la evolución de los casos de SIDA según la vía de transmisión por año de diagnóstico, en 2004 se destaca el descenso, tanto en casos de SIDA debidos a transmisión vertical, como así también, en los relacionados con el uso de drogas inyectables. Como contrapartida, es posible observar la tendencia ascendente de los casos debidos a relaciones sexuales heterosexuales

¹⁶ Definición caso SIDA: Persona con diagnóstico de VIH con enfermedad marcadora de SIDA (según criterios 2003).

(llegan al 36.8%) y la estabilización en aquellos de hombres que tiene sexo con otros hombres (35.5%) (Gráfico 2.5).

Gráfico 2.5: Vías de Transmisión en Diagnósticos de SIDA por Año en la Ciudad de Buenos Aires, 1983-2004



Fuente: Elaboración propia en base a Infosida 4.

Con referencia a la institución notificante, desde el inicio de la epidemia el 75.5% de los casos de SIDA en la ciudad corresponden al sector público, con una alta concentración de casos en los hospitales de referencia para esta enfermedad, el Muñiz y el Fernández, que suman el 62% de los casos notificados desde el inicio de la epidemia. Por su parte, el sector privado y las obras sociales cuentan en conjunto con 3.335 casos notificados (24.5%) (Cuadro 2.9).

Cuadro 2.9: Casos de SIDA Notificados en el Sector Público según Hospital en la Ciudad de Buenos Aires, 1983-2004

Institución	Nº	%	Acumulado
H. Muñiz	4,794	46,63	46,63
H. Fernández	1,665	16,19	62,82
H. Ramos Mejía	700	6,81	69,63
H. Argerich	623	6,06	75,69
H. Garrahan	311	3,02	78,72
H. Piñero	302	2,94	81,65
H. Tornú	289	2,81	84,46
H. Gutiérrez	252	2,45	86,91
H. Elizalde	226	2,20	89,11
H. Penna	218	2,12	91,23
H. Santojanni	159	1,55	92,78
H. Durand	156	1,52	94,30
H. Pirovano	136	1,32	95,62
H. Udaondo	131	1,27	96,89
H. Álvarez	79	0,77	97,66
H. Borda	63	0,61	98,27
H. V. Sarsfield	62	0,60	98,88
H. Zubizarreta	48	0,47	99,34
H. Ferrer	27	0,26	99,61
H. Rivadavia	23	0,22	99,83
H. Moyano	18	0,18	100,00
TOTAL	10,282		

Fuente: Infosida 4

Siguiendo la tendencia de casos de SIDA en residentes de la ciudad a lo largo del tiempo es posible ver que el año de mayor incidencia¹⁷ fue 1996 y luego el número de casos anuales comenzó a descender, con la sola excepción de la alza en el año 2001, debida a la intensificación de la vigilancia

¹⁷ La Tasa de Incidencia se refiere a los casos nuevos en relación a la población expuesta.

epidemiológica a fines del 2000 (Cuadro 2.10). En los últimos cinco años la razón hombre/mujer se encuentra estabilizada en 3 hombres por mujer.

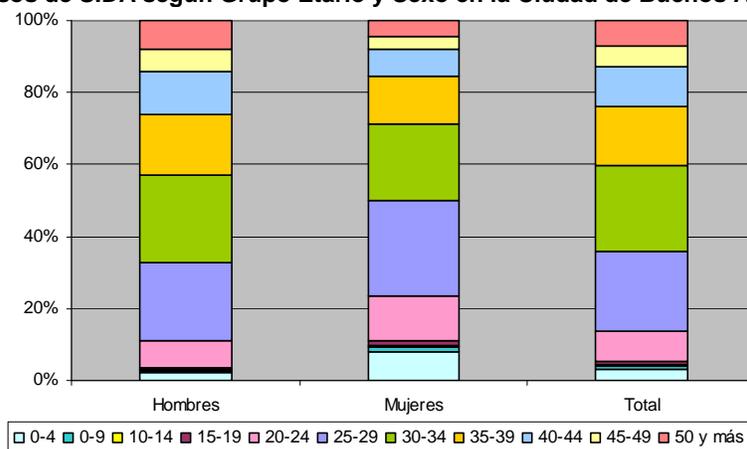
Cuadro 2.10: Casos de SIDA según Grupo Etario y Sexo en la Ciudad de Buenos Aires, 1983-2004

	Hombres	Mujeres	Desc.	Total
1983	2	0	0	2
1984	0	0	0	0
1985	1	0	0	1
1986	11	0	0	11
1987	26	0	1	27
1988	84	3	0	87
1989	120	9	2	131
1990	171	15	3	189
1991	254	29	3	286
1992	351	76	3	430
1993	482	105	5	592
1994	637	163	1	801
1995	681	151	15	847
1996	742	161	4	907
1997	468	133	4	605
1998	345	131	1	477
1999	293	85	1	379
2000	250	102	1	353
2001	323	99	2	424
2002	205	76	0	281
2003	206	54	0	260
2004	65	11	0	76
TOTAL	5717	1403	46	7166

Fuente: Infosida 4

Al analizar la edad, se observa que la mayor parte de los casos de SIDA se encuentran en el grupo de población que tiene entre 30 y 34 años, en el caso de hombres, mientras que en el caso de las mujeres, las más afectadas tienen menos edad, entre 25 y 29 años (Gráfico 2.6).

Gráfico 2.6: Casos de SIDA según Grupo Etario y Sexo en la Ciudad de Buenos Aires, 1983-2004



Elaboración propia en base a Infosida 4.

En cuanto al nivel de escolaridad, hasta el año 2003 se observa una disminución del nivel de estudio de las personas con SIDA¹⁸.

¹⁸ Se utilizó como indicador la proporción de personas que no han pasado de la escuela primaria.

Pasando a las enfermedades marcadoras, a lo largo de los años la más frecuente es la neumonía por P. Carinini, aunque su peso relativo muestra una tendencia descendente, principalmente a partir de 1993 cuando fue incorporada la TBC pulmonar.

2.2.3- Testeo de VIH/SIDA¹⁹

En el año 2003 la Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires²⁰ incluyó por primera vez, dentro del capítulo destinado a salud, un apartado dedicado a conductas preventivas en relación al VIH/SIDA. Los resultados obtenidos a partir de esta fuente de información revelan que 1 de cada 3 personas declaró haberse realizado²¹ al menos un test de VIH/SIDA en el último año (32.2%) (Cuadro 2.11).

El Cuadro 2.11 permite acceder a esta información desagregada a nivel de Centro de Gestión y Participación (CGP)²². De la lectura de la información tabulada se observa que el CGP 8, perteneciente a la zona sur de la Ciudad, que se caracteriza por presentar los peores indicadores socioeconómicos dentro de la Ciudad, registra el menor porcentaje de testeos voluntarios de VIH. Contrariamente, la zona centro (conformada únicamente por el CGP 1), se ubica 4,3 puntos porcentuales por sobre la media de la Ciudad (36.5% y 32.2%, respectivamente).

Cuadro 2.11: Proporción de población que realizó Test de VIH/SIDA en la Ciudad de Buenos Aires, 2003

CGP	%
CGP 1	36.5
CGP 2 norte	31.9
CGP 2 sur	36.5
CGP 3	38.7
CGP 4	33.9
CGP 5	32.1
CGP 6	35.1
CGP 7	28.9
CGP 8	26.6
CGP 9	29.7
CGP 10	29.8
CGP 11	29.8
CGP 12	28.6
CGP 13	36.5
CGP 14 este	35.2
CGP 14 oeste	32.3
TOTAL CIUDAD	32.2

Fuente: EAH 2003- DGEyC, GCBA

Al considerar la edad de la población que se realiza el test, es posible ver diferencias considerables. La población de hasta 20 años que se somete a estos exámenes es relativamente escasa (hasta 13, 7.7% y entre 14 y 20 años casi el 13%) al igual que el grupo poblacional de edad avanzada, en especial desde los 61 años en adelante (14.4%). Paralelamente, quienes pertenecen a las edades

¹⁹ En base a la Encuesta Anual de Hogares (EAH) de la Ciudad de Buenos Aires, 2003.

²⁰ Publicada por la Dirección General de Estadísticas y Censos de la Ciudad de Buenos Aires (DGEyC-GCBA).

²¹ Los CGP que conforman las distintas zonas en las cuales se divide la Ciudad de Buenos Aires son:

Zona Sur: CGP 3, 4, 5, 8, 9;

Zona Centro: CGP 1;

Zona Norte: CGP 2 Norte, 12, 13, 14 Este, 14 Oeste;

Zona Oeste: CGP 2 Sur, 6, 7, 10 y 11.

²² Los Centros de Gestión y Participación son la base de la descentralización administrativa del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

centrales son más proclives a realizarse estos estudios, ya que presentan valores muy superiores, destacándose principalmente el grupo etario que corresponde a población entre 31 y 40 años (64.2%) (Cuadro 2.12).

Cuadro 2.12: Distribución porcentual de la población según realización del test VIH-SIDA por grupos de edad en la Ciudad de Buenos Aires, 2003

Rango de edad	SI	NO	NS/NC
Hasta 13 años	7.7	91.7	0.6
14 a 20 años	12.8	87	0.1
21 a 30 años	50	49.4	0.6
31 a 40 años	64.2	35.2	0.6
41 a 60 años	41.9	57.7	0.5
61 y más años	14.4	85.1	0.5

Fuente: EAH 2003- DGEyC, GCBA

Considerando puntualmente a la población que se sometió a testeo de VIH/SIDA, no existen grandes diferencias por sexo. Sin embargo, entre los distintos grupos etarios los comportamientos difieren entre varones y mujeres, ya que estas últimas se realizan el examen en mayor proporción hasta los 40 años. Concretamente, la cantidad de las mujeres con testeo es mayor entre los 21 y 40 años, coincidiendo con su ciclo reproductivo, pudiéndose entonces vincular esta conducta a los cuidados preventivos durante el embarazo. En contraposición, en el caso de población mayor de 60 años, son los varones quienes más se testean (Cuadro 2.13).

Cuadro 2.13: Distribución porcentual de la población según realización del test VIH-SIDA por sexo según grupos de edad en la Ciudad de Buenos Aires, 2003

Rango de edad	Varon	Mujer
Hasta 13 años	7.1	8.4
14 a 20 años	12	13.8
21 a 30 años	45.4	54.3
31 a 40 años	59.7	68.5
41 a 60 años	43.5	40.6
61 y más años	18.6	11.8
Total Ciudad	31.9	32.4

Fuente: EAH 2003- DGEyC, GCBA

3- EL VIH/SIDA EN LA POLÍTICA PÚBLICA

3.1- Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus Humano, SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual

A partir de la aparición de los primeros enfermos de SIDA en 1982, el Ministerio de Salud incorporó esta nueva enfermedad para su control al Departamento de las Enfermedades de Transmisión Sexual que dependía de la Dirección Nacional de Promoción y Protección de la Salud.

En 1990 se dictó la Ley Nacional de SIDA (Ley 23.798) y su decreto reglamentario (N° 1.244), declarándose de interés nacional la lucha contra la epidemia, entendiéndose por tal la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías asociadas, así como también medidas tendientes a evitar su propagación.

Se estableció, además, que las disposiciones de dicha ley fuesen aplicadas en todo el territorio de la República y que la autoridad de aplicación sería el Ministerio de Salud. Su ejecución en cada jurisdicción quedó a cargo de las respectivas autoridades sanitarias provinciales.

En 1995, a raíz de la reestructuración del Ministerio, el Programa Nacional quedó bajo la órbita de la Secretaría de Recursos y Programas de Salud y en 1996 se le incorporó el Departamento de Enfermedades de Transmisión Sexual, que dejó de depender de la Dirección de Epidemiología.

Durante dicha reestructuración, el Programa Nacional generó un Plan de Mediano Plazo para el período 1995-1999 donde el objetivo general planteado fue reducir la diseminación de la infección por HIV y las enfermedades de transmisión sexual, atenuando el impacto biológico, psicológico y socioeconómico de la epidemia. Entre los objetivos específicos establecidos se encontraba la prevención de la transmisión sexual, perinatal y por sangre, a través de hemoderivados y procedimientos invasivos y la prevención de la infección entre usuarios de drogas. Así como también, la reducción del impacto individual, familiar y socioeconómico, el mejoramiento de los análisis de situación y tendencias de la epidemia y la consolidación de los aspectos administrativos, gerenciales y la gestión del Programa.

En el año 1995, el programa estaba compuesto por dos actividades: a) diagnóstico y asistencia de pacientes infectados y b) distribución de medicamentos. Esta estructura del programa se mantuvo hasta el año 1997, cuando se firmó un convenio de préstamo con el Banco Mundial (BIRF), por medio del Decreto N° 961.

En dicho decreto se acordó que el monto del préstamo sería de US\$15.000.000, a ser administrado por el Ministerio de Salud. Adicionalmente se creó la Unidad Ejecutora del Proyecto de Control del SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (LUSIDA), que pasó a ser una nueva actividad del Programa Nacional de lucha contra el SIDA y ETS.

Finalmente en el año 2000, por medio del Decreto N° 455, se reestructuró el organigrama del Ministerio de Salud y tanto el Programa Nacional como el Proyecto LUSIDA, pasaron a depender de la Subsecretaría de Programas de Promoción y Prevención, quedando ambos programas bajo una misma unidad coordinadora. En la actualidad el PNS depende de la Subsecretaría de Programas de Promoción y Prevención y de la Secretaría de Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación.

El Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual, tiene como metas:

1. Producir la disminución de la infección por HIV en la población del país;
2. Dar atención a los pacientes con HIV/SIDA;
3. Disminuir el impacto biológico, psicológico y socioeconómico de la epidemia;
4. Coordinar el eficiente ejercicio de las actividades vinculadas con el HIV/SIDA en el ámbito nacional, provincial y municipal.

Para propender al logro de las mismas el programa desarrolla las siguientes tareas:

1. Vigilancia epidemiológica e investigaciones sobre el SIDA;
2. Epidemiología de los casos;
3. Descripción, análisis y difusión de los datos;
4. Epidemiología de los infectados en poblaciones de distintas jurisdicciones;
5. Análisis de la situación y las tendencias de la epidemia y del mercado social de preservativos;
6. Asistencia con medicamentos a pacientes con SIDA (atención médica, laboratorios y bancos de sangre);
7. Prevención de la transmisión por sangre, hemoderivados y trasplantes durante procesos quirúrgicos.

En el año 2001 el programa estaba compuesto por tres actividades:

1) Vigilancia epidemiológica e investigaciones en SIDA, ejecutada a través del Programa Nacional de SIDA, otorga apoyo técnico a los distintos programas del Ministerio de Salud relacionados con la epidemia del SIDA y a través de la capacitación de recursos humanos. La adquisición y distribución de los reactivos de laboratorio a todos los servicios oficiales de medicina transfusional y la de medicamentos y elementos de prevención a pacientes con diagnóstico de infección atendidos en las distintas jurisdicciones del país, representan otras de las funciones asociadas a la vigilancia epidemiológica del SIDA.

2) Prevención y control de enfermedades de transmisión sexual, ejecutada por el Departamento de Enfermedades de Transmisión Sexual. Los objetivos incluyen la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual y el apoyo técnico a las distintas jurisdicciones a fin de mejorar el conocimiento epidemiológico de dichas enfermedades. También se llevan a cabo tareas que tiendan a mejorar el control y seguimiento de las enfermedades de transmisión sexual, la donación de reactivos de diagnóstico y medicamentos y la promoción masiva sobre el uso del preservativo.

3) LUSIDA- 4168/AR, ejecutado por la Unidad Ejecutora Central (BIRF 4168). El objetivo general del Proyecto de Lucha contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (LUSIDA) es reducir la incidencia de la infección por HIV y ETS en la Argentina. Se encuentra subdividido en cuatro componentes:

I. Prevención Comunitaria. El "Fondo de Asistencia para Proyectos de Organizaciones de la Sociedad Civil" tiene por objeto diseñar, organizar e instrumentar actividades que estimulen prácticas de prevención del HIV y ETS en la población, incluyendo la capacitación del personal voluntario en materia de prevención para realizar acciones en la comunidad. La "Comunicación Social", por su parte, tiene por objeto la incorporación de manera sistemática y sostenida del tema HIV/ETS en la sociedad, incrementando la información para la población sobre las características, vías de contagio y formas de prevención de la epidemia para así poder contribuir al cambio de comportamientos que impliquen riesgos de transmisión del HIV/ETS en la población. Asimismo, su tarea es contribuir a eliminar la discriminación hacia las personas infectadas en los ámbitos laboral, social, educativo, deportivo, judicial, policial, bajo el marco de los contenidos expresados en las leyes nacionales de lucha contra el SIDA (Ley N° 23.798) y antidiscriminatoria (Ley N° 23.592).

II. Educación, SIDA y ETS. Tiene como objetivo desarrollar actividades en las escuelas tendientes a la adopción de medidas preventivas contra el SIDA y desaparición de la discriminación. Estas acciones comprenden la formación de recursos humanos en todas las jurisdicciones del país, apoyo para la formalización de proyectos institucionales participativos escolares, producción y distribución de materiales didácticos orientados hacia la prevención del SIDA y las ETS.

III. Fortalecimiento del Sector Público de Salud dedicado a SIDA y ETS. Sus principales objetivos son el de mejorar la calidad de vida de los pacientes acortando los períodos de internación y evitando la internación innecesaria por medio de la creación de hospitales de día y atención domiciliaria, entre otros. El mejoramiento de las condiciones de bioseguridad y del sistema de registro de egresos hospitalarios y defunciones, así como la inclusión del diagnóstico de HIV en el control de mujeres embarazadas, constituyen parte de sus objetivos.

IV. Monitoreo y Evaluación. Se propone establecer un sistema de seguimiento de gestión del proyecto mediante indicadores que permitan medir la consecución de los resultados esperados. Las acciones se orientan a monitorear los indicadores que cuantitativa y cualitativamente permiten identificar los avances del proyecto e implementar acciones que estén relacionadas con la evaluación del impacto y/o el cumplimiento de los objetivos del mismo.

A fines de 2001, ante la crisis económica, financiera e institucional en la Argentina, el Ministerio de Salud consideró al Programa Nacional de SIDA (PNS) como Programa Protegido, debido a que los medicamentos e insumos se vieron afectados por la fluctuación del dólar. Se fortaleció la gestión del PNS y se realizó el monitoreo de la evolución de los precios de mercado de ARV para así buscar estrategias que hicieran al Ministerio sustentable en el tiempo la provisión gratuita de medicamentos.

Desde el año 2002, el Ministerio comenzó a trabajar en conjunto con los diferentes actores involucrados en la problemática: redes de personas viviendo con VIH/SIDA, ONGs, universidades, sociedades académicas y laboratorios farmacéuticos para incrementar la respuesta ante la epidemia y hacer posible el consenso en los momentos más agudos de la crisis.

Las estrategias del PNS ante la crisis fueron: sostener y consolidar los avances en prevención; fortalecer el control de gestión asistencial; ejecutar un plan de comunicación y fortalecer la Vigilancia Epidemiológica como herramienta básica para la programación de acciones.

El PNS fue incrementando las líneas de trabajo en VIH/SIDA desde su creación, en 1989 y en la actualidad, el Sistema de Salud en su conjunto se dedica a la prevención y asistencia al total de las personas viviendo con VIH/SIDA en Argentina.

El sistema de salud argentino está compuesto por tres sectores, que son independientes aunque se encuentran regulados por el Ministerio de Salud de la Nación: el *sector público*, es de acceso universal, financiado a través de impuestos o recursos fiscales, ejecutados por los respectivos gobiernos nacional, provincial y municipal; el *sector de la seguridad social*, integrado por quienes están formalmente insertos en el mercado de trabajo y financiado por contribuciones sociales transferidas a las obras sociales (nacionales, provinciales, municipales) y por último, el *sector privado*, las prepagas, financiado por medio del gasto privado (desembolsos directos o primas) y destinado a quienes perciben mayores ingresos, que obtienen servicios a cambio de la compra de seguros de salud.

De este modo, el sector público abarca 24 sistemas públicos provinciales, los Ministerios de Salud de las provincias, que son instituciones descentralizadas y el Ministerio de Salud de la Nación. La seguridad social, por su parte, incluye cerca de 300 Obras Sociales Nacionales²³, 24 Obras Sociales

²³ Las Obras Sociales Nacionales son cerca de 300 instituciones definidas por actividad productiva. Hasta la reforma de los noventa, la pertenencia a la obra social se encontraba asociada a la ocupación del afiliado, sin embargo, a partir de

Provinciales²⁴ y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), conocido como PAMI²⁵, mientras que, el sector privado, está formado por las empresas de medicina prepaga.

El sistema de aseguramiento social amplio -esto es, las instalaciones dependientes de los Ministerios de Salud Nacional y Jurisdiccionales y las instituciones de seguridad social (Obras Sociales Nacionales, Provinciales y PAMI)- cubren el 95% de la población, en tanto el 5% restante cuenta con cobertura de salud brindada por empresas de medicina prepaga (Maceira, 2006).

En el caso de la epidemia de VIH/SIDA existe legislación específica que define los deberes de los distintos sectores²⁶.

En la parte **asistencial**, el objetivo del PNS es mejorar el acceso de la población a los medicamentos contra el VIH, que son de elevado costo. La Argentina brinda el 100% de los tratamientos antirretrovirales y para enfermedades oportunistas requeridos por las personas viviendo con VIH/SIDA y cobertura total para el seguimiento de los pacientes que requieren pruebas de monitoreo. El PNS cubre gratuitamente los tratamientos de ARV y no ARV, pruebas de Carga Viral y conteo de CD4-T para quienes no poseen otra cobertura. El Ministerio de Salud es responsable de entregar el 88% de los tratamientos para las 30.000 personas que los requieren. El PNS cubre al 70% de las personas con tratamientos ARV y no ARV (19.611); la Superintendencia de Servicios de Salud a 5.100 y el INSSJP a 1.000.

En su capítulo **preventivo**, el programa se ocupa principalmente de: a) gestionar actividades financiadas por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; b) realizar acciones de prevención de la Transmisión Vertical; c) continuar la entrega de materiales de prevención; d) fortalecer la Línea 0800-3333-444; e) coordinar proyectos de financiamiento internacional y f) desarrollar una campaña masiva de prevención.

3.2- Coordinación SIDA, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

En noviembre de 2000 por medio del Decreto N° 1988/00 el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires dio origen a la Coordinación SIDA, perteneciente a la Secretaría de Salud de la Ciudad. Entre sus funciones, la Coordinación SIDA se encarga de la coordinación de todos los programas y de la ejecución de todos los convenios suscriptos por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires relativos a la prevención y tratamiento del SIDA, de acuerdo al Decreto N° 2202/00.

entonces, es posible el cambio de afiliación entre ellas. Su financiamiento proviene de un impuesto al salario del 3% de su ingreso y 5% como aporte del empleador. Del total de ingresos por Obra Social, la Administración Federal de Ingresos Públicos retiene un 10% (y 15% de aquellas obras sociales del personal de dirección), que se canaliza a un Fondo Solidario de Redistribución, gerenciado por la Administración Nacional de Servicios de Salud (ANSES), cuya función es incorporar un componente de equidad en la distribución de recursos entre entidades. Asimismo, deduce los gastos generados por prestaciones a afiliados de la Obra Social en hospitales públicos de autogestión.

²⁴ Las Obras Sociales Provinciales brindan cobertura de salud a los empleados de las administraciones públicas provinciales, y cubren entre un 8 y 40% de la población total de su jurisdicción. Sus fuentes de financiamiento son las contribuciones salariales de los empleados públicos y los aportes de la provincia en su rol de empleador.

²⁵ El PAMI otorga cobertura a la población jubilada y pensionada y es la estructura de seguridad social más importante del país, puesto que constituye una pieza estratégica en la definición de contratos y mecanismos de pago con los prestadores privados y el sector farmacéutico. Su financiamiento proviene de varias fuentes: aportes de los trabajadores en actividad, equivalente al 5% del salario -3% aporte personal y 2% patronal-, aporte de los pasivos, que varía entre 6% y 3% de sus ingresos, según estos superen o no el haber mínimo, y contribuciones del Tesoro Nacional, que constituyen el 20% de los ingresos.

²⁶ Para un mayor tratamiento del tema, consultar la normativa vigente en Argentina, en la Parte I del presente trabajo.

Con el objetivo de brindar una respuesta integral a la epidemia en el distrito, fue puesto en marcha un proceso de planificación estratégica del que participaron todos los actores sociales involucrados en el tema: organizaciones de la sociedad civil, organismos del GCBA, personas viviendo con VIH/SIDA y representantes de instituciones de salud del sector privado. A partir de ello surgió el Plan Estratégico de VIH-SIDA de la Ciudad de Buenos Aires.

En el Plan Estratégico de VIH-SIDA se establece que todas las acciones deberán ser parte del proceso de construcción de ciudadanía y son definidos los siguientes objetivos estratégicos:

- 1) Disminuir la transmisión del VIH en la Ciudad de Buenos Aires;
- 2) Garantizar la atención integral a las personas viviendo con VIH/SIDA;
- 3) Promover la investigación aplicada en el área VIH/SIDA;
- 4) Fortalecer la capacidad de gestión con la participación de los distintos sectores involucrados.

Uno de los principales desafíos que tiene la Coordinación SIDA es ayudar a disminuir la discriminación, para lo cual trabaja con otros organismos, algunos estatales: de Educación, Promoción Social, Derechos Humanos, Comunicación Social; otros no gubernamentales y también junto a las personas que viven con VIH y sus organizaciones.

La Coordinación SIDA está conformada por un equipo multidisciplinario que reúne profesionales con diferente formación (antropólogos, médicos infectólogos, sanitaristas y generalistas, sociólogos, psicólogos, abogados y administrativos) con experiencia en el campo del VIH/SIDA en el distrito. A ellos se suma una Comisión Asesora Técnica Asistencial y una Red de SIDA con representantes de todos los hospitales de la Ciudad.

La Ciudad de Buenos Aires cuenta con centros de testeo de VIH/SIDA, denominados CePAD (Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico del VIH-SIDA), que funcionan en centros de salud, hospitales y organizaciones comunitarias donde es posible realizar consultas sobre el VIH-SIDA, retirar material informativo y efectuar el test de un modo rápido y confidencial.

Del mismo modo, la Ciudad dispone de grupos de encuentro para personas viviendo con o afectadas por el VIH/SIDA. Los grupos de encuentro son espacios abiertos para todas las personas que viven con VIH-SIDA, sus familiares y allegados. En los grupos se reflexiona sobre la problemática cotidiana de vivir con VIH -o convivir con alguien que tiene el virus-, con la intención de construir respuestas personales a partir del intercambio entre pares. Los grupos son gratuitos y se desarrollan en distintos hospitales públicos: Muñiz, Tornú, Durand, Alvarez, Piñero, Pirovano.

La Coordinación SIDA tiene publicaciones, entre ellas el "*Infosida*", la publicación oficial de SIDA de la Ciudad, que es una herramienta que sistematiza la información epidemiológica del distrito y da a conocer las experiencias de quienes trabajan en la temática del VIH/SIDA dentro de la Ciudad. El objetivo de la misma es que sea útil para conocer lo que sucede con la epidemia de VIH/SIDA en la Ciudad de Buenos Aires, tanto en el diagnóstico como en las respuestas que pueden proponerse a partir del mismo.

El Gobierno de la Ciudad lleva adelante campañas de prevención del VIH asociadas a las líneas de trabajo de la Coordinación SIDA. Por un lado, buscan instalar un tema en el espacio público y por otro, dan a conocer los servicios y recursos a los que tiene derecho la población de la Ciudad. De este modo, la campaña sobre preservativos se halla vinculada a la Red de Prevención, la del test se basa en la existencia de los Centros de Prevención Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD) y las campañas contra la discriminación se apoyan en el trabajo conjunto con personas que viven con VIH y con otros organismos del gobierno, como el concurso de historieta realizado con la Secretaría de Educación en escuelas medias.

4- MERCADO DE TRABAJO

4.1- Situación laboral durante los noventa

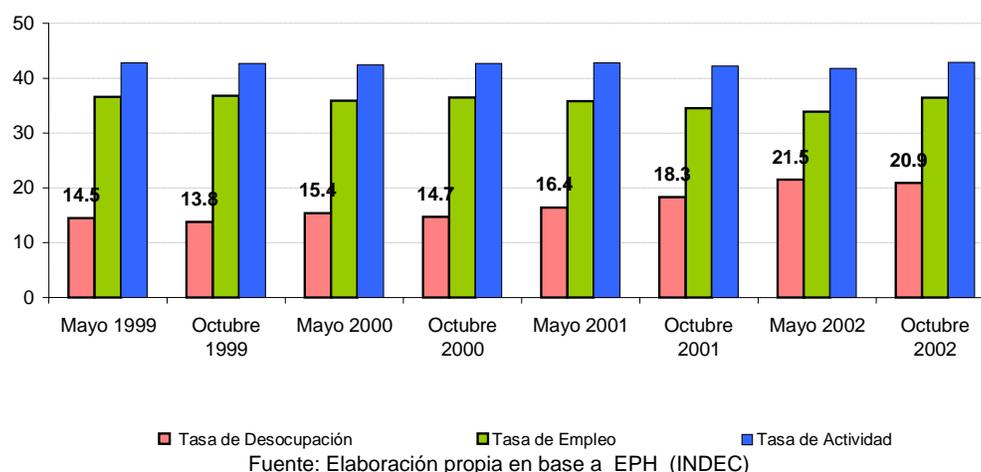
Las políticas implementadas durante la década de los 90 tuvieron graves consecuencias sobre las variables sociales. En el mercado de trabajo, se hizo evidente la falta de dinamismo en la creación de empleo durante los noventa, fenómeno que puede ser visto como una anomalía en un período de rápido crecimiento económico.

La apertura comercial y la apreciación cambiaria tuvieron mucho que ver a la hora de explicar el comportamiento del empleo. Ambos fenómenos, a través de la variación de los precios relativos, provocaron cambios en la tecnología de producción y en la organización de la actividad productiva, incentivando la utilización de los factores productivos físicos (capital) en detrimento del factor trabajo. La baja elasticidad producto del empleo expresa la débil demanda de empleo y el escaso dinamismo del mercado laboral durante el régimen de convertibilidad.

A partir de 1998 el descenso persistente del nivel de actividad provocó una desaceleración del crecimiento del empleo y empeoró el cuadro social. La elevada desocupación y la generación de empleo sesgada hacia ocupaciones asalariadas no registradas en la seguridad social desembocaron en una situación de precariedad laboral, de desigualdad en la distribución del ingreso y de alta marginalidad y exclusión social, a la vez que se afianzó un proceso de segmentación de la estructura social.

La crisis económica que desemboca en la salida de la convertibilidad a fines del 2001 acentuó inicialmente el ritmo de la caída del empleo asociado a una drástica reducción del PBI. Asimismo, ello aceleró el crecimiento del desempleo llegando al 21.5% en el primer trimestre del 2002, valor inédito en el país (véase gráfico 4.1). Asimismo, la devaluación de la moneda tuvo su consecuente aumento de precios que impacto sobre las remuneraciones reales. No obstante, la intensidad de la caída del producto más que compensó la disminución de los salarios, provocando una contracción de la ocupación en las áreas urbanas.

Gráfico 4.1: Evolución de la Actividad, el Empleo y el Desempleo en Argentina, Total de Aglomerados, 1999-2002



La destrucción neta de puestos de trabajo se observa desde el año 2000 donde la mayor reducción en el empleo correspondió a puestos registrados en la seguridad social. Con respecto a la composición del empleo, la cantidad de asalariados no registrados cayó en menor proporción que la

de registrados, a la vez que aumentó la proporción de trabajadores independientes. La ocupación a tiempo completo²⁷ fue menos dinámica que el empleo total, lo cual se reflejó en un aumento de la incidencia de la subocupación involuntaria²⁸ en el empleo total de más de 4 puntos porcentuales entre 1998 y 2001.

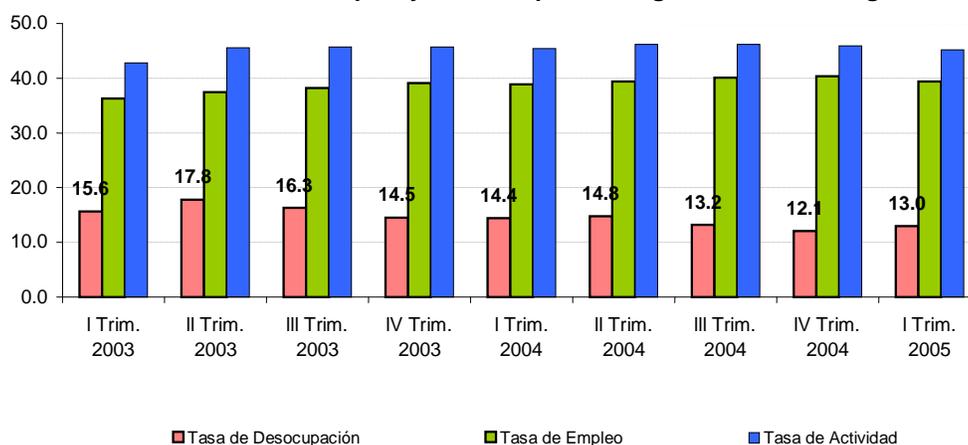
Desde el punto de vista sectorial se observó, posterior a la devaluación, una reducción generalizada en el empleo en todas las ramas de actividad, aunque entre las más afectadas podría destacarse el comercio y la construcción, siendo ésta última y la industria manufacturera las principales actividades que mostraron un mayor deterioro entre 1998 y 2001.

4.2- Recuperación mediados 2002

A mediados del 2002 se fue revirtiendo la tendencia declinante del producto al consolidarse una nueva estructura de precios relativos, producto del cese del régimen de la convertibilidad, a la vez que se inició un proceso de re-sustitución de importaciones. El mantenimiento de un tipo de cambio elevado y la existencia de capacidad ociosa permitieron una reversión de la tendencia en los indicadores del mercado de trabajo.

Junto con la recuperación del PBI, a partir de mediados del 2002 la ocupación agregada creció por encima del 7% entre mayo y octubre del 2002. En un principio, si bien parte de la recuperación del empleo se debió a que en los primeros meses del 2002, el gobierno instauró el Plan de Jefes y Jefas de Hogar Desempleados (PJJHD) para hacer frente a la crisis social, posteriormente y hasta el tercer trimestre del 2004, se intensificó la creación neta de puestos de trabajo no ligados a los planes, es decir que aumentó el empleo genuino. En esta etapa de consolidación del empleo, se observó la elevada creación de nuevas ocupaciones por parte del sector privado que más que compensó la disminución de los beneficiarios de los planes que tuvo lugar a partir de mediados del 2003. El gráfico siguiente muestra la evolución de los principales indicadores laborales para el total de aglomerados urbanos en la etapa de recuperación.

Gráfico 4.2: Evolución de la Actividad, el Empleo y el Desempleo en Argentina, Total de Aglomerados, 2003-2005



Fuente: Elaboración propia en base a EPH (INDEC)

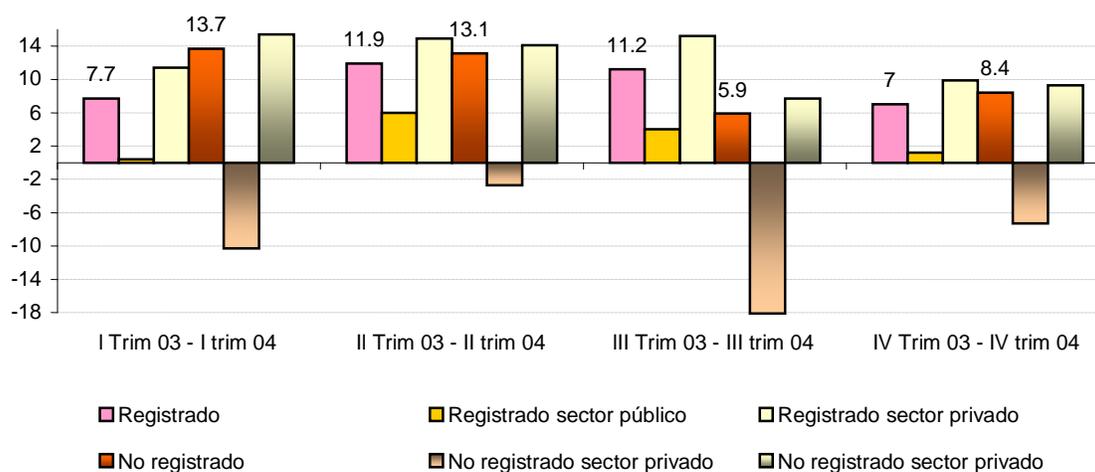
²⁷ Incluye a aquellos ocupados que trabajan al menos 35 horas semanales o que trabajando menos no tienen intenciones de trabajar más horas.

²⁸ Se refiere a aquellos ocupados que trabajan menos 35 horas semanales y tienen intenciones de trabajar más horas.

Sin embargo, en forma similar a lo que ocurrió durante los noventa, el continuo incremento de la ocupación, excluyendo los planes sociales, estuvo basado en una fuerte expansión de las tareas asalariadas no registradas y de las no asalariadas (los llamados trabajadores independientes), reflejando que una parte de los nuevos puestos de trabajo genuinos fueron de baja calidad.

Sólo un tercio de los puestos creados durante el 2003 y el 2004 fueron ocupaciones asalariadas formales. En efecto, la generación de empleo asalariado, sin incluir los planes de empleo, fue principalmente en posiciones no registradas en la seguridad social especialmente en el sector privado. Se observa en el gráfico a continuación, que mientras los asalariados en blanco crecieron un 7.7% los no registrados lo hicieron al 13.7% entre el primer trimestre del 2003 y el primer trimestre del 2004.

Gráfico 4.3: Variación Porcentual del Empleo Asalariado en Argentina, 28 Aglomerados Urbanos



Fuente: Elaboración propia en base a EPH (INDEC).

En el año 2003, los incrementos en la ocupación tuvieron lugar en casi todas las ramas de actividad. No obstante, se destaca que las actividades industriales, junto con el comercio y la construcción han sido las ramas que más han contribuido a la generación total de empleo a lo largo del 2003 y 2004, si se tiene en cuenta que los registros de empleo de las mismas venían de niveles muy deprimidos. Dentro de las industrias, aquellas que mostraron un mayor dinamismo fueron textiles, confecciones, y algunas metalmecánica, ciertamente ligadas a la re-sustitución de importaciones.

Desde el punto de vista sectorial, el empleo asalariado no registrado en la seguridad social desde fines del 2003 al 2004 creció en mayor medida en el sector de comercio, de servicios a las empresas y la industria. En ésta la proporción de registrados y no registrados fue similar, mientras que el sector de la construcción fue el que experimentó el mayor ritmo de crecimiento del empleo cubierto, si bien la generación de ocupaciones “en negro” fue significativa.

En promedio, la calidad de las ocupaciones de las personas de menor nivel educativo continuó deteriorándose al seguir creciendo entre ellos la participación de los puestos no registrados. Por el contrario, entre aquellos con secundario completo, terciario incompleto y graduados terciarios, se registro una leve mejoría en cuanto a la calidad de los puestos de trabajo, ya que la mayor proporción de ocupados correspondió a la categoría de asalariados registrados.

Como ya se mencionó la devaluación afectó los ingresos laborales, en particular, durante el 2002 las remuneraciones reales cayeron un 30%. La relativa estabilidad de precios y la recuperación del empleo permitieron que los ingresos reales de los ocupados se incrementen de forma moderada.

Esta evolución positiva de las remuneraciones reales se verificó especialmente en los ocupados asalariados no registrados y en los menos calificados del sector privado, contribuyendo en parte, a reducir la brecha de ingresos según categoría ocupacional. No obstante, las remuneraciones de los asalariados no registrados del sector privado representan el 46% de las obtenidas por los no registrados. Parte de la mejoría en las remuneraciones de los trabajadores “en negro” y de los de menor nivel educativo se debe a la implementación de políticas de ingresos llevadas a cabo por el gobierno²⁹.

En resumen, la favorable evolución del empleo total fue consecuencia del importante incremento del nivel de actividad y de una elevada elasticidad producto del empleo de 0.75 entre fines del 2002 y 2004, constituyendo un rasgo destacable del nuevo régimen económico si se lo compara con el bajo valor que registró en los noventa. Sin embargo, a pesar del significativo crecimiento del empleo en la fase de recuperación, los nuevos puestos de trabajo generados no han resuelto plenamente los problemas de precariedad e inestabilidad laboral. Dentro de este marco es que se desenvuelve el mecanismo de testeo forzoso de VIH/SIDA, como método discriminatorio que se constituye como una barrera a la entrada sesgada a un mercado laboral crecientemente flexible e informal.

Paradójicamente, en un nuevo mercado laboral con estas características de desprotección del trabajador, la cantidad de aspirantes que deberían someterse a un testeo preocupacional es menor. Ello se debe a que la instancia de ingreso a un trabajo cuyo requisito previo es un testeo de aptitud psico-física es propio del sector de empleo formal. Por lo tanto, la posibilidad que exista un mecanismo de discriminación por esta vía se vería reducida, independientemente de la intención de hacerlo por parte del potencial empleador.

²⁹ Desde fines del 2002 el gobierno por decreto instrumentó aumentos de suma fija para los trabajadores del sector privado y de la Administración Pública Nacional, así como también fue incrementado el Salario Mínimo Vital y Móvil.

5- ESTIGMA, DISCRIMINACIÓN Y VIH/SIDA

5.1- Antecedentes

Desde el inicio de la pandemia el estigma y la discriminación han acompañado al HIV/SIDA, dando impulso a la transmisión del VIH y aumentando en gran medida el impacto asociado a la epidemia. En todos los países y medios sociales, desde que se detectó la enfermedad, las personas con VIH/SIDA o aquellos vulnerables a la infección han sido objeto de reacciones negativas, como el maltrato físico y verbal, la pérdida del hogar, empleo, rechazo de familiares, cónyuges y amigos y la violación de los derechos humanos básicos y de las libertades fundamentales (OPS, 2003).

Más de veinte años transcurrieron desde el inicio de la epidemia del SIDA y en ese tiempo se han alcanzado grandes avances, especialmente en lo referido al conocimiento científico del virus como así también en cuanto a la calidad y al acceso a medicamentos que permiten detener su avance y alcanzar una mejor calidad de vida. Sin embargo, el estigma y la discriminación que sufren quienes viven o se presume que viven con el VIH/SIDA o se encuentran de algún modo a él vinculados (familiares, amigos, trabajadores del sector salud, etc.) continúan siendo un importante obstáculo en todos el mundo, que impide prevenir nuevas infecciones, aliviar el impacto de la enfermedad y proporcionar asistencia, tratamiento y apoyos adecuados (ONUSIDA, 2005).

El consenso mundial sobre la importancia de afrontar el estigma y la discriminación relacionados con el SIDA se refleja en la *Declaración de compromiso*³⁰ aprobada por las Naciones Unidas, donde se señala que la lucha contra el estigma y la discriminación es un requisito previo para una prevención y asistencia eficaces, y reafirma que la discriminación de una persona por razón de su estado serológico del VIH es una violación de los derechos humanos (ONUSIDA, 2005).

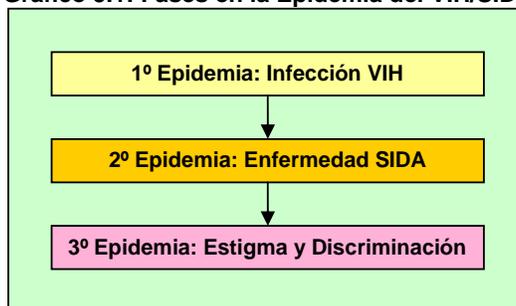
La relevancia de este tópico impulsó a que la Campaña Mundial contra el SIDA de los años 2002-2003, bajo el lema “*vive y deja vivir*”, haya tenido como tema la lucha contra el estigma y la discriminación, poniendo de relieve el daño que causan; fomentando las ventajas de su abordaje; utilizando la educación para hacer frente a la ignorancia, el miedo y la negación y promoviendo la esperanza y la contribución de las personas que viven con el VIH o con SIDA (ONUSIDA, 2003). El objetivo principal de la campaña fue ayudar a prevenir, reducir y, en última instancia, eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA, en todos los lugares donde se manifiesten y en todas sus formas, fomentando una amplia sensibilización con respecto al tema y estimular cambios tangibles a nivel institucional.

En cualquier sociedad es posible identificar tres fases en la epidemia del VIH/SIDA. Tal como lo señalara Mann³¹ en 1987, la primera epidemia es la de la infección del VIH, que penetra en una comunidad de manera silenciosa sin que nadie se de cuenta. Esta es seguida por la segunda epidemia, la del SIDA, que aparece cuando el VIH provoca infecciones que amenazan las vidas. Finalmente, la tercera epidemia, la del estigma y la discriminación, la culpa y el rechazo colectivo, dificulta la lucha contra las dos anteriores (Parker y Aggleton, 2002a; 2002b) y hace referencia a la reacción social, política, económica y cultural ante el VIH/SIDA.

³⁰ La Declaración de compromiso fue adoptada en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en junio de 2001.

³¹ Jonathan Mann fue fundador y director del Programa Global de SIDA de la Organización Mundial de la Salud.

Gráfico 5.1: Fases en la Epidemia del VIH/SIDA



Fuente: Elaboración propia

5.2- Estigma y Discriminación

La palabra **estigma** tiene gran antigüedad, proviene del griego y originalmente hacía referencia a las marcas corporales hechas con hierro a fuego para señalar a los marginados (esclavos, criminales), quienes debían ser evitados. El sociólogo estadounidense Erving Goffman en 1963 definió el término “estigma” como una marca o un mal moral. El estigma es un atributo utilizado por la sociedad, que “desprestigia profundamente” a quienes lo poseen, sean grupos o personas. El individuo estigmatizado es una persona con una “identidad dañada” que se vuelve “indigna” a la vista de los demás. Asimismo, el estigma repercute en el modo en que el individuo se percibe a sí mismo. La estigmatización puede ser vista como un proceso de desvalorización.

Los atributos que justifican el estigma pueden estar relacionados con acciones específicas, como el adulterio o el comportamiento delincuente, con características innatas, como el sexo o el color de piel, o casi innatas, como la religión o la nacionalidad. Aparecen estigmas nuevos y otros desaparecen a medida que los conocimientos y las estructuras de poder cambian y producen jerarquías y normas sociales nuevas (OPS, 2003).

El estigma, que debe ser visto como un proceso, es un medio de control social, a partir del cual se definen ciertas normas sociales y se excluye a quienes se apartan de ellas. El estigma se basa fundamentalmente en el miedo ante la amenaza social que ocasionarían los estigmatizados. El estigma está ligado a los mecanismos de poder y de dominación de la sociedad en su conjunto, desempeñando un papel clave en la producción y reproducción de las relaciones de poder (Parker y Aggleton, 2002).

Los prejuicios y las ideas estigmatizantes pueden conducir a la discriminación. La **discriminación** hace referencia a cualquier forma de distinción, exclusión o restricción que afecte a una persona, en general, pero no exclusivamente, por razón de una característica personal inherente, con independencia de que exista o no justificación para tales medidas (ONUSIDA, 2001). La discriminación se produce cuando se realiza contra una persona una distinción que da lugar a que sea tratada con deslealtad e injusticia por la creencia o por la efectiva pertenencia de ella a un grupo concreto (Parker y Aggleton, 2002a; ONUSIDA, 2003).

5.3- Estigma y Discriminación relacionados con el VIH/SIDA

La discriminación y el estigma hacia las personas que viven con el virus es un efecto generalmente silencioso pero dañino de la epidemia de VIH/SIDA. Este fenómeno es complejo y presenta muchas facetas que no se comprenden plenamente. Si bien el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA se generalizan, es difícil medir con exactitud la magnitud del problema (OPS 2003).

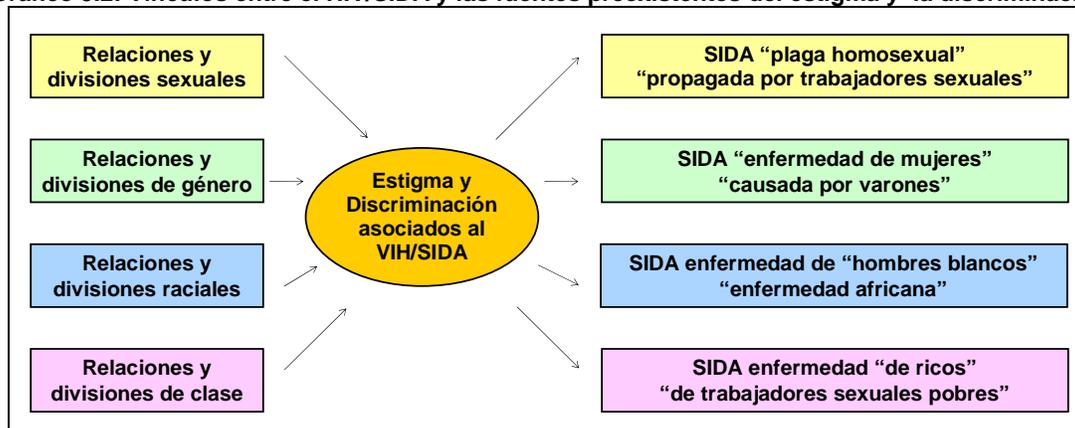
El estigma asociado al SIDA ha silenciado una discusión abierta tanto de sus causas como de posibles respuestas apropiadas. La visibilidad y apertura respecto al VIH son requisitos previos para una movilización eficaz de gobiernos, comunidades y personas con el fin de responder a la epidemia. El ocultamiento del problema fomenta la negación de su existencia, retrasa una acción urgente y también hace que se perciba a las personas que viven con el VIH como un “problema”, no como una parte de la solución para contener y afrontar la epidemia (ONUSIDA, 2005). Las actitudes negativas acerca del VIH hacen que las personas tengan más miedo del estigma y la discriminación asociados a la enfermedad que de la enfermedad misma.

El SIDA no es la única enfermedad marcada por el estigma, otras como la epilepsia, la enfermedad mental, el cáncer, la tuberculosis y la sífilis han sido y en el presente continúan siendo estigmatizantes. Sin embargo, lo que distingue al HIV/SIDA de otras dolencias y enfermedades es la gran cantidad de dimensiones que posee el estigma a ella relacionado (De Bruyn T., 1999).

Las infecciones de transmisión sexual siempre han sido acompañadas del estigma por su asociación con comportamientos considerados anormales o inmorales. Del mismo modo, las sociedades históricamente han reaccionado con miedo a las enfermedades mortales, debilitantes y desfigurantes, traduciendo esta aversión en acciones discriminatorias hacia los infectados. La pandemia de VIH/SIDA se ha hecho presente combinando estas características y frecuentemente se encuentra asociada con el estigma y la discriminación (Busza, 1999).

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA interactúan con los estigmas y la discriminación preexistentes, asociados con la sexualidad, el género, la raza y la pobreza y con temores previos sobre el contagio y la enfermedad. Las primeras metáforas del SIDA, tales como la muerte, el horror, el castigo, la culpa, la vergüenza, los otros, han exacerbado estos temores, reforzando y legitimando la estigmatización y la discriminación (Parker y Aggleton, 2002b).

Gráfico 5.2: Vínculos entre el HIV/SIDA y las fuentes preexistentes del estigma y la discriminación



Fuente: Parker y Aggleton, 2002b

El estigma y la discriminación asociados al VIH/SIDA se debe a diversos factores, como lo son la falta de conocimiento sobre la enfermedad, los mitos sobre los modos de transmisión del VIH, la falta de acceso al tratamiento, las informaciones irresponsables sobre la epidemia en los medios de comunicación, el hecho de que el SIDA sea una enfermedad incurable y los prejuicios y temores relacionados con diversas situaciones socialmente delicadas, como la sexualidad, la enfermedad y la muerte, y el consumo de drogas intravenosas (Parker y Aggleton, 2002a; ONUSIDA, 2005).

Es posible identificar cinco factores específicos que contribuyen a la existencia del estigma asociado al VIH y al SIDA (de Bruyn, 1999):

1. El hecho de que el SIDA sea una enfermedad que amenaza la vida, potencialmente mortal;
2. El hecho de que las personas tengan miedo de contraer HIV;

3. La asociación de la enfermedad a comportamientos (como las relaciones sexuales entre hombres y el consumo de drogas inyectables) que todavía son objeto de estigma en muchas sociedades;
4. El hecho de que muchas veces se piensa que las personas que viven con VIH/SIDA son responsables de haber contraído la enfermedad;
5. Las creencias religiosas o morales que llevan a algunas personas a pensar que el HIV o el SIDA son resultado de una falta moral (como la promiscuidad o las relaciones sexuales “desviadas”).

El estigma y la discriminación violan los derechos humanos fundamentales y pueden estar presentes en diferentes niveles: político, económico, social, psicológico e institucional. En los distintos países del mundo es posible encontrar casos de personas con el VIH a las que niegan, entre otros, los derechos a recibir atención de salud, al trabajo, la educación y la libertad de movimiento (ONUSIDA, 2005).

La discriminación contra las personas con VIH o que están relacionadas con éste está generalizada y adopta muchas formas, como la denegación o destitución del empleo, la obligación a someterse a una prueba del VIH para trabajar, viajar u otras finalidades, la falta de confidencialidad o la limitación de la misma y el rechazo de la familia, los amigos y las comunidades. Estos actos afectan la salud de la comunidad y del individuo. En ciertos casos pueden ser obstáculos para el ejercicio de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, mientras que en otros son de por sí una violación de los derechos y libertades del individuo (OPS, 2003).

Parker y Aggleton³² desarrollan un marco conceptual que incorpora al estigma y a la discriminación asociados al VIH/SIDA como procesos sociales, en lugar de considerarlos como procesos individuales, tal como lo hace la mayor parte del pensamiento actual, que presenta al estigma como una característica individual, delimitando así el análisis de las causas subyacentes y de las posibles respuestas al estigma y a la discriminación relacionados con el VIH/SIDA. Por el contrario, al entender que el estigma y la discriminación son procesos sociales pueden ser resistidos y desafiados por la acción social.

En consecuencia, es necesario considerar la forma en que el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA interactúan y refuerzan estigmas preexistentes vinculados con la sexualidad, el género, la raza y la pobreza y ubicarlos en un determinado contexto social, cultural, político y económico.

Gráfico 5.3: Estigma y Discriminación relacionado con el VIH



³² Parker y Aggleton (2002b).

Fuente: Elaboración propia en base a Parker y Aggleton, 2002b

Las personas con VIH/SIDA suele ser desvalorizadas y consideradas culpables de su situación por haber hecho algo malo, vinculado con relaciones sexuales o actividades ilícitas o reprobadas por la sociedad, como el consumo de drogas intravenosas. Los hombres infectados pueden ser vistos como homosexuales, bisexuales o clientes de prostitutas, mientras que las mujeres con el VIH/SIDA son consideradas “promiscuas” o profesionales del sexo. Frecuentemente, la familia y la comunidad perpetúan el estigma y la discriminación, ya sea por miedo, por ignorancia, o porque resulta más cómodo culpar a quienes se vieron inicialmente afectados. El estigma y la discriminación pueden llevar a la depresión, falta de autoestima y desesperación a las personas que viven con el VIH. Al internalizar las respuestas y reacciones negativas de los demás las personas con el VIH/SIDA sienten culpa, vergüenza, se aíslan y autoestigmatizan. (Parker y Aggleton, 2002a).

La discriminación es el trato injusto y desleal de una persona en razón de su estado serológico respecto al VIH, sea éste percibido o real. La discriminación surge de las acciones, el trato y las conductas originadas a partir del estigma y pueden violar los derechos humanos de las personas viviendo con el VIH/SIDA.

Un entorno social estigmatizador levanta obstáculos en todas las etapas del ciclo prevención-atención-tratamiento (ONUSIDA, 2005). Para avanzar en la lucha contra el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA es necesario realizar cambios amplios y duraderos en las actitudes y en los valores sociales. El estigma relacionado con la enfermedad se puede reducir mediante un contexto jurídico y normativo equitativo, desarrollando campañas de información pública y la educación participativa, aumentando el acceso a los medicamentos y centrando la atención en las profundas desigualdades que originan el estigma y la discriminación (divisiones sociales de género, sexualidad, pobreza, etc.) (Parker y Aggleton, 2002a).

La estigmatización y la discriminación no son fenómenos aislados o la expresión de actitudes individuales sino que son procesos sociales utilizados para crear y mantener el control social y producir y reproducir las desigualdades sociales (Parker y Aggleton, 2002b). Asimismo, la posibilidad de acceder a mayor información, no sólo individual sino colectivamente, “aísla” la posibilidad de discriminación, desenmascarándola.

De este modo, de la misma manera que la flexibilidad del mercado laboral reduce las posibilidades de discriminación y los avances científicos disminuyen los costos asociados con la enfermedad, tanto individual como socialmente y especialmente en las relaciones laborales, la acción del Estado cumple un triple papel en este escenario: proveyendo los mecanismos de regulación y control que garanticen la igualdad ante la ley; asegurando el financiamiento que facilite el acceso a los servicios para el tratamiento de las personas con VIH/SIDA y difundiendo información para extinguir el virus de la discriminación.

6- ANÁLISIS DE INCENTIVOS

El objeto de estudio de este trabajo constituye un desafío desde la perspectiva de la investigación: se trata de identificar la relevancia de un mecanismo de discriminación sobre los cuales no existen *records*.

Cualquier mecanismo de discriminación es injusto, independientemente de la existencia de un marco legal que lo penalice o no. Cuando ese mecanismo de discriminación ocurre en secreto, es decir, cuando el individuo discriminado ni siquiera cuenta con el conocimiento de lo sucedido, ello se vuelve no solamente injusto, sino que elimina cualquier tipo de contrato social, ya sea éste moral, social o económico.

A partir del análisis de las secciones anteriores se muestra hasta qué punto existe la posibilidad que estos mecanismos de discriminación ocurran en Argentina. Especialmente a partir de la crisis que desencadena la devaluación del 2001, se observa que el mercado laboral argentino fue flexibilizándose crecientemente. Ello implica una precarización de las condiciones de trabajo y por tanto una disminución en el número de testeos pre-ocupacionales. Ello, indirectamente, reduce la probabilidad que una persona sea discriminada como resultado de haber sido sometida a un testeo forzoso, ya sea oculto o visible, que revele su condición de portador de VIH. Sin embargo, esto no necesariamente implicaría la ausencia de discriminación, dado que la misma puede adoptar otras formas (trato diferente, discriminación en el ámbito laboral, etc).

Adicionalmente, la misma tecnología aplicada al tratamiento de las personas viviendo con VIH/SIDA indicaría que aún ante la intención de discriminar, los efectos económicos directos que sufriría la empresa se verían reducidos. Ello ocurre en la medida en que los días perdidos de trabajo disminuyen, al tiempo que, los costos asociados directamente con el tratamiento no son financiados por la empresa. El avance de la tecnología estaría definiendo que la potencial caída de producción asociada con el ausentismo de una persona que vive con VIH/SIDA podría ser considerado similar al de otra enfermedad crónica, mientras que los costos directos del tratamiento son financiados por la obra social indirectamente (mediante fondos especiales de la seguridad social) o por el Estado.

En este contexto, la estrategia desarrollada por el Estado argentino para afrontar socialmente este problema es amplia. A este respecto, cabe destacar la actividad desplegada por parte de los hospitales públicos especializados a los cuales asiste aproximadamente el 60% de las personas viviendo con VIH/SIDA (Hospital Muñiz y Fernández). Ello ocurre independientemente de la capacidad de los hospitales públicos de facturar a la seguridad social por el tratamiento de los trabajadores que contrajeron la enfermedad, y que deberían ser financiados por el sistema de seguridad social.

De ello se desprende un debate acerca de la capacidad de las instituciones públicas de autogestión para absorber los costos de éstos tratamientos, dada la escasa eficiencia en la gestión de gerenciamiento de contratos. Dado que el paciente aporta al sistema de salud, la absorción de costos genera un subsidio no deseado, impidiendo el tratamiento de otras personas con esta enfermedad u otras que no cuentan con los recursos para hacerlo al carecer de un financiador de última instancia. Por el otro lado, ante la actual normativa el tratamiento de las personas con cobertura formal reduce el riesgo no solamente de la firma potencialmente empleadora, sino también de la institución de seguridad social, en tanto el APE (Administración de Programas Especiales) auspicia como fondo para financiar enfermedades de alto costo y baja incidencia.

En todas estas instancias, es posible observar que la intencionalidad de discriminar relacionada con factores económicos o financieros se ve reducida por una cuestión de posibilidad (flexibilidad del empleo) y de necesidad financiera (quién cubre el costo de la enfermedad).

Sin embargo, la discriminación se concreta a partir de una acción directa de la firma, que depende no sólo de un móvil estigmatizador sino también de su capacidad de incorporar la información existente. Esto último presenta tres posibles comportamientos por parte del empleador bajo el supuesto de la existencia de información sobre VIH/SIDA:

- (i) El empleador accede a esa información, la interpreta y la aplica. En este caso no sólo existe una efectiva comunicación de la información necesaria, sino que los receptores comprenden el mensaje y lo llevan a la práctica.
- (ii) La difusión de la información existe pero se identifican fallas en el proceso de comunicación, ya sea porque el empleador no accede a ella o porque no logra interpretarla y traducirla en acciones concretas.
- (iii) El empleador conoce la información, sin embargo, continúa discriminando. En este caso, la persona que discrimina no tiene interés en ocultar su actitud discriminatoria y está violando la ley, mientras que por otro lado, el individuo discriminado en muchas ocasiones ni siquiera está informado que fue sujeto a ese mecanismo.

En este sentido, y especialmente en el segundo tipo de situaciones, son vitales las campañas de comunicación y sus estrategias de difusión, que involucran información sobre las características de la enfermedad, las probabilidades de contagio y la capacidad social de tratamiento. Ellas no solo involucran al Estado Nacional o Local, sino también a las instituciones de la sociedad civil y a ONGs internacionales y agencias multilaterales.

De este modo, tanto las empresas como las instituciones de seguridad social o las prepagas encontrarían reducidas las posibilidades y necesidades de discriminación. En el caso de que la intencionalidad de discriminar existiese, las firmas encontrarían con resistencia por parte de las personas o instituciones que tienen a cargo realizar los estudios de testeo (laboratorios de medicina laboral), considerando su ilegalidad. Sin embargo, y dada la estructura de la oferta de análisis de medicina laboral, se entiende que la capacidad de negociación de estas instituciones para negarse a cometer un acto ilegal es amplia, especialmente cuando la cantidad de empresas del sector formal que recurren a ellas es muy grande y por tanto su nivel de dependencia es reducido³³.

La mayor probabilidad de ejercer algún mecanismo de discriminación a través del testeo forzoso oculto se presentaría en aquellas instituciones de medicina laboral integradas verticalmente a la estructura formal de la empresa, con reducida capacidad de acción. La relación entre el empresario con interés en discriminar y el candidato a empleado con probabilidad de ser discriminado implica una suerte de interacción dinámica de información incompleta donde el empresario está dispuesto a incurrir en un costo, no solamente económico sino moral, por identificar al trabajador viviendo con VIH/SIDA, mientras que el empleado puede o no conocer su estado de salud en términos del VIH/SIDA y puede o no percibir si a través de ese testeo será discriminado o no.

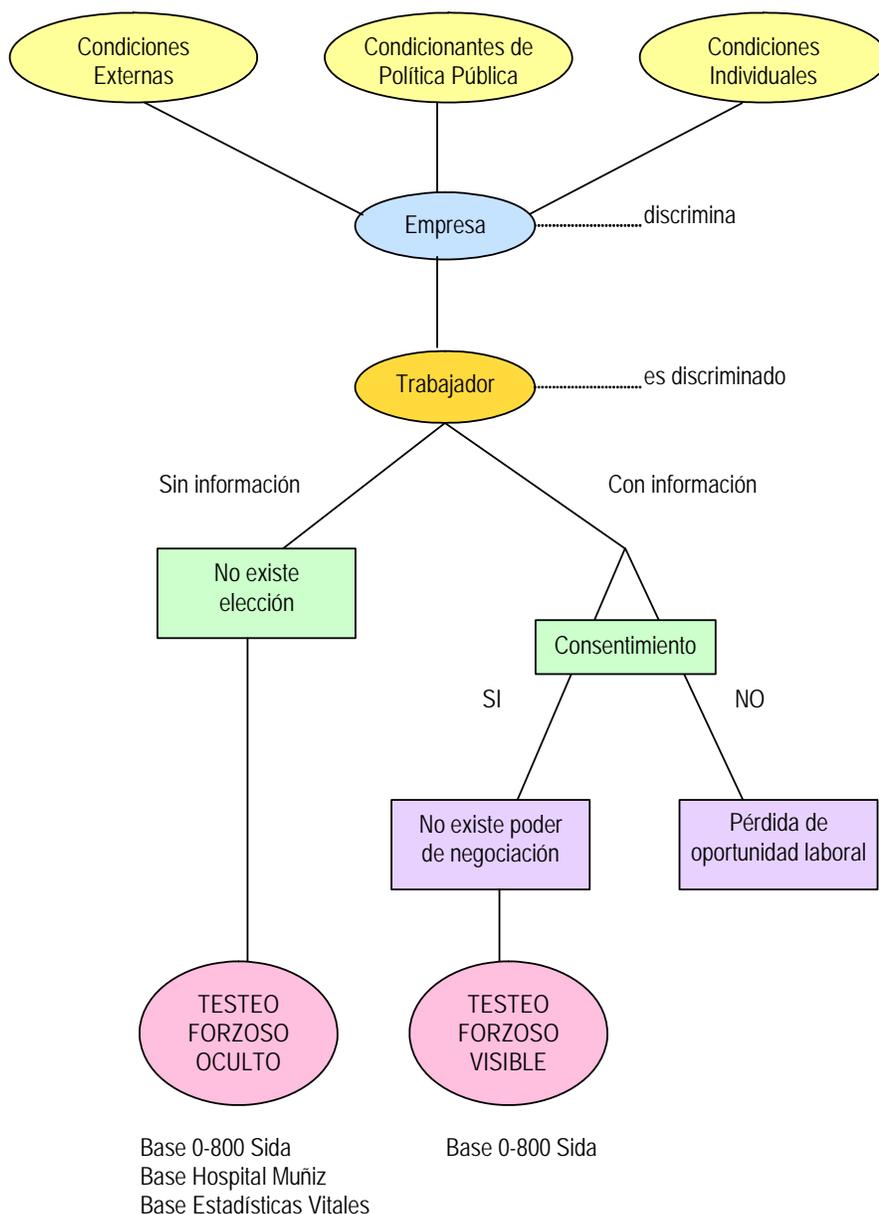
Una relación donde exista información revelada entre el empleador y el potencial empleado requiere por parte de este último la firma de un consentimiento informado que puede ser o no aceptado. Si lo acepta, evidencia dos posibilidades: (i) su conocimiento acerca de la no-enfermedad y, (ii) su baja capacidad de negociación en un contexto macroeconómico de alto nivel de desempleo. Este sería el caso de testeo forzoso visible.

³³ Considerando como indicador de dependencia comercial el porcentaje de la facturación de una empresa de medicina laboral asociada con una firma/cliente específica, la capacidad de la primera de rechazar prácticas ilegales demandadas por las segundas, tiene una relación inversa: menor dependencia, mayor probabilidad de rechazar un testeo ilegal, independientemente de la naturaleza del laboratorio (medido en términos de moralidad o aversión al riesgo) ó, de la capacidad de monitoreo y *enforcement* de la norma por parte del Estado.

Alternativamente, si el proceso de testeo es no informado, se genera una situación donde la falta de información no permite elección, siendo el caso del testeo forzoso oculto.

En el primer caso de testeo forzoso, la información proveniente de la Línea 0-800 SIDA, que se discutirá en secciones siguientes, permite conocer la condición de discriminación o no, desde el mismo individuo que fue discriminado, y es complementada con opiniones de personas viviendo con VIH/SIDA, que accedieron a responder nuestro cuestionario. Asimismo, el análisis tanto del testeo forzoso oculto como el del testeo forzoso visible, se refieren al análisis de la información disponible asociada con muertes por causa, provistas por la Dirección de Estadísticas Sanitarias del Ministerio de Salud y del Hospital Muñiz.

Gráfico 6.1: Esquema de la interacción entre actores



Fuente: Elaboración propia

Cuadro 6.1: Condicionantes de la decisión del empleador

<u>Condiciones Externas</u>	<u>Condiciones Individuales</u>	<u>Condicionantes de Política Pública</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Flexibilidad Laboral (-) - Desempleo y probabilidad de inserción laboral (+) - Avances científicos en el tratamiento (-) 	<ul style="list-style-type: none"> - Moral/Solidaridad (-) - Aversión al riesgo (-) - Percepción de Control Público/Social + Castigo (-) - Estigma (+) - Poder de negociación sobre medicina laboral (+) 	<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura pública de medicamentos y tratamientos (-) - Fondo Solidario de Seguridad Social (-) - Monitoreo y Enforcement de política (-) - Información a la comunidad (-)

Nota: (-) refiere a una relación inversa entre el condicionante y la probabilidad de discriminación.

(+) refiere a una relación en la misma dirección entre el condicionante y la probabilidad de discriminación.

Hasta aquí se identificaron los actores que intervienen directa o indirectamente en el fenómeno: empresas, instituciones de seguridad social, instituciones de seguros privados, medicina laboral, gobierno y personas viviendo con VIH/SIDA. La legislación referida al tratamiento y financiamiento de la enfermedad provoca un alineamiento de intereses entre los distintos actores. Ejemplo de ello son las medidas de política del gobierno que permiten encauzar los fondos de las obras sociales, descansando en el APE evitar algún tipo de discriminación y selección adversa por parte de estas instituciones.

La relación entre el hospital público y las instituciones de seguridad social siguen manteniéndose alineadas en vistas de este fenómeno desde la perspectiva epidemiológica, en tanto la falta de registros o baja capacidad de gestión de los hospitales, impide el recupero de costos de los tratamientos. Sin embargo, esta tensión entre el hospital público y la seguridad social no es propia de este fenómeno sino que está asociado con la naturaleza segmentada del sistema de aseguramiento social y mecanismos financieros de *risk-pooling* en el modelo de salud en el país.

Las secciones siguientes abordan el fenómeno de discriminación potencial a personas viviendo con VIH/SIDA a través de dos perspectivas. La primera, a partir de las opiniones provistas por informantes clave, donde se encuentran representantes no solamente del grupo de actores directamente involucrados, sino de aquellos otros indirectamente interesados ya sean ellos abogados, ONGs que agrupan a personas viviendo con VIH/SIDA u otras ONGs que se dedican a tareas de investigación y/o advocacy asociadas con la enfermedad. En segundo lugar, el documento propone el estudio de la información cuantitativa existente, donde se intenta realizar una aproximación a la magnitud del fenómeno.

PARTE III

DESARROLLO METODOLÓGICO

1- DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

La metodología para el desarrollo de la investigación propone una combinación de enfoques, incluyendo tanto un análisis cualitativo como así también un análisis cuantitativo del testeo forzoso de VIH/SIDA. En virtud de la dificultad que se presenta para captar esta práctica ilegal y, dada la complejidad de la misma, la conjunción de ambos métodos intenta alcanzar una mayor aproximación cobertura del problema bajo estudio.

A fines de realizar una primera aproximación al testeo forzoso de VIH/SIDA y a la discriminación en el mercado de trabajo en la Ciudad de Buenos Aires, se procuró un panorama de opiniones sobre la existencia, la frecuencia y extensión de esta práctica. Se realizaron entrevistas a actores clave y representantes de instituciones como: Coordinación SIDA del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires; Cámara Argentina de Laboratorios (CALAB); Fundación Huésped; Asociación por los Derechos Civiles (ADC); Fundación Recursos-Estudios-Desarrollos (R.E.D.); Sociedad Argentina de Medicina del Trabajo; Hospital Muñiz; Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus Humano, SIDA y ETS.

Asimismo, fue elaborada una encuesta para el relevamiento de información sobre el fenómeno, con un bloque de preguntas comunes para los distintos actores y otras especialmente formuladas para cada uno de ellos. De este modo, se confeccionaron en total siete cuestionarios, dirigidos a: empresas, empresas que prestan servicios de medicina del trabajo, laboratorios, obras sociales, abogados laboristas, personas viviendo con VIH/SIDA (PVVIH) y organizaciones no gubernamentales con trabajo en VIH/SIDA, a fin de complementar la información recogida mediante entrevistas.

Desde una perspectiva cuantitativa y, a partir de los actores que participan del fenómeno, las estrategias por ellos implementadas y, la información con que cuentan para la toma de decisiones, el trabajo considera el análisis distintas bases de datos originadas en la Oficina de Estadísticas Vitales y en la línea telefónica 0-800-SIDA, perteneciente al Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus Humano, SIDA y ETS, ambas del Ministerio de Salud de la Nación y, con datos sobre internaciones por VIH/SIDA en el Hospital Muñiz.

2- ANÁLISIS CUALITATIVO

2.1- Entrevistas a participantes clave

El primer instrumento que se utilizó para abordar el análisis cualitativo fue una serie de entrevistas a diversos profesionales e instituciones que están involucrados en la problemática del VIH/SIDA. El objetivo de las entrevistas fue conocer las funciones que cada uno de éstos desempeña en el contexto del VIH/SIDA y conocer su perspectiva respecto del testeo forzoso en sus dos modalidades: visible y oculto. A continuación se resumen los rasgos más importantes de cada uno de las entrevistas que se mantuvieron.

Coordinación SIDA – Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Dependiente de la Secretaría de Salud de la Ciudad Dentro, la Coordinación SIDA cumple funciones relativas a la prevención, tratamiento y promoción de la investigación aplicada en el área VIH/SIDA, ayudando a disminuir la discriminación en el marco del Plan Estratégico de VIH/SIDA de la Ciudad de Buenos Aires.

Entre las acciones de prevención e información a la comunidad sobre el VIH/SIDA, la coordinación está realizando una serie de micros televisivos para el canal de la Ciudad, destinados a tratar el tema del testeo para la detección del virus.

Durante la entrevista, la coordinación manifestó no haber trabajado con casos de denuncias por discriminación en el examen preocupacional. Sólo en una oportunidad, Coordinación Sida recibió un caso cuyo testimonio daba cuenta de la existencia del testeo forzoso del VIH en el examen preocupacional donde la condición de portador fue motivo de la no aceptación del postulante para el empleo. Dicho caso fue derivado a la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.

Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires

La Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires es un organismo de control autónomo e independiente, que protege y defiende los derechos individuales y sociales de los vecinos de la ciudad; supervisa y garantiza que las instituciones y los funcionarios del Gobierno de la Ciudad cumplan con sus deberes y respeten la Constitución y las leyes vigentes; controla que las empresas de servicios públicos brinden los servicios de manera adecuada a toda la comunidad y atiende las inquietudes de las personas que se sientan afectadas por abusos, negligencias o irregularidades.

El área que trabaja en denuncias por discriminación dentro de la Defensoría es la de Derechos, es la oficina de Discriminación y Violencia. La misma sólo recibe denuncias contra la Administración Pública local y empresas que prestan servicios públicos. De esta manera, quedaría excluido del ámbito de su competencia las denuncias por discriminación en el sector privado. No obstante, en la Defensoría no se han recibido casos de testeo forzoso oculto o visible del VIH al inicio de la relación laboral en el sector público.

Las actividades que desarrolla la Defensoría se relacionan con denuncias por falta de provisión de medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA por parte de la Obra Social de la Ciudad y/o demoras en la provisión de éstos por parte de los Hospitales Municipales como el Muñiz y el Fernández. Dichos casos reflejan que a pesar de que la legislación argentina vigente establece la cobertura gratuita del tratamiento de los infectados con VIH/SIDA, en la práctica se presentan ciertas demoras e irregularidades en su cumplimiento.

Sobre la Ley Antidiscriminatoria en particular, el abogado de la Defensoría manifestó que la misma no admite la posibilidad de hacer lo que se denomina “*class-action*”³⁴, ya que es el damnificado quien debe iniciar las acciones legales correspondientes para el cese del acto discriminatorio. En la mayoría de los casos de discriminación por VIH, el infectado recurre al amparo de asociaciones civiles, como ser la fundación Huésped, y dependencias de gobierno por lo que las acciones legales se enmarcan en la defensa de los Derechos Humanos y no en el Derecho Civil.

Fundación Huésped

La Fundación Huésped es una organización no gubernamental sin fines de lucro que, desde 1989, trabaja en la lucha contra el SIDA, no sólo como enfermedad biológica de transmisión entre las personas, sino como una importante problemática social que requiere de la existencia de un entorno comunitario adecuado para las personas que viven con el virus HIV. Entre sus objetivos se encuentran lograr un adecuado acceso a la información y la educación para la prevención para conformar una conciencia social comprometida y solidaria; favorecer la investigación y la actualización continua de los profesionales vinculados al área de la salud; y mejorar la disponibilidad de servicios sociales y de salud para quienes los necesiten, incluyendo protección social y política contra el prejuicio y la discriminación.

La Fundación comentó, durante la entrevista, haber recibido casos de personas a quienes se les habría realizado el test de VIH en el examen preocupacional o en los exámenes durante la relación laboral y, que como consecuencia de su condición de seropositivos no obtuvieron el empleo o fueron despedidos. Muchas de éstas personas se dirigen a la Fundación debido al mal funcionamiento de algunas dependencias públicas.

La Fundación distinguió entre dos tipos de testeo del VIH en los exámenes preocupacionales: aquel que se realiza sin consentimiento (testeo forzoso oculto), y aquel que si bien se le hace firmar al postulante antes de hacerse el test, éste pareciera no tener otra alternativa si su intención es obtener el empleo (testeo forzoso visible). La gravedad del primero de ellos radica en que además de violar el consentimiento informado genera consecuencias directas sobre el estado de salud del postulante ya que se lo rechaza sin informarle que es portador de VIH, lo que implica que éste no inicie el tratamiento apropiado a tiempo.

La Fundación consideró que ambas modalidades de testeo, y la posterior inaccesibilidad al empleo deben enmarcarse en el contexto de altas tasas de desocupación existentes. Durante el año 2002, por un lado, el elevado desempleo permitía, en cierto modo, que las empresas tuvieran un mayor margen de selección entre los potenciales trabajadores, pudiendo discriminar no sólo por ser portador de VIH sino también por sexo, edad, etc. En este sentido, la discriminación que sufren las personas portadoras de VIH es similar a lo que sucede con las mujeres embarazadas o con hijos: la empresa percibe que se perjudicará en el futuro por los días de licencia que tenga que otorgar en cada caso y prefiere, entonces, no emplearlos para evitarlo. Por otro lado, siguiendo el mismo argumento, en un contexto de despidos generalizados el hecho de que se haya dejado sin empleo a una persona infectada con VIH no necesariamente implica un acto discriminatorio.

La Fundación manifestó que es muy difícil demostrar la existencia de discriminación por testeo forzoso oculto del VIH/SIDA ya que, en ocasiones, para protegerse de futuras acciones legales, los empleadores realizan los exámenes preocupacionales a más de un candidato, para poder seleccionarlos por su condición física sin tener la necesidad de comunicarles que no fueron aceptados por estar infectados con VIH. La Fundación comentó que el testeo forzoso oculto del VIH

³⁴ Class-action (acciones de clase): Mecanismo jurídico que permite reunir en una demanda colectiva un número significativo de personas.

en el examen preocupacional refleja una cadena de complicidades, que involucran a los laboratorios, las empresas de medicina laboral y los empleadores.

Con respecto a la frecuencia del testeo forzoso de VIH en los exámenes preocupacionales, la Fundación consideró que no hay mayores diferencias por rama de actividad o por el tamaño de la empresa. Sin embargo, señaló que es más frecuente que se realice el test en el sector privado que en el sector público.

La Fundación recomienda, a las personas que conocen su condición de portadores del VIH y que se encuentran ocupados, informar de su infección a sus empleadores para poder así evitar un futuro despido por discriminación. Claramente, si el empleador una vez conocida la enfermedad del trabajador lo despidiese, quedaría en evidencia el acto discriminatorio. La Fundación comentó que los empleadores suelen generar situaciones de desgaste laboral para incitar a que el trabajador seropositivo renuncie voluntariamente o tratar de encontrar diversos motivos para despedirlos con justa causa. En estos casos, se aconseja a los trabajadores responder mediante una carta documento y les proporciona apoyo para que no renuncien a su empleo.

Asociación por los Derechos Civiles (ADC)

La Asociación por los Derechos Civiles (ADC) es una organización no gubernamental, apartidaria y sin fines de lucro creada en 1995 con el propósito de contribuir a afianzar una cultura jurídica e institucional que garantice los derechos fundamentales de las personas, sustentada en el respeto por la Constitución y los valores democráticos. Los objetivos de ADC son difundir y promover el respeto de los derechos fundamentales de las personas; defender los derechos de los habitantes de nuestro país, en especial de aquellos que vean limitado su acceso a la justicia por cualquier criterio discriminatorio; y contribuir al fortalecimiento de las instituciones de la democracia, con especial énfasis en aquellas encargadas de impartir justicia.

La ADC no ha recibido denuncias de discriminación por testeo preocupacional forzoso oculto o visible del VIH. Al igual que la Fundación Huésped, ADC consideró que es difícil probar legalmente que la no contratación laboral de una persona se debió a su infección con VIH, porque existe complicidad entre la empresa y el laboratorio. Además, si el “rechazado” desconoce su condición de portador, no imagina el verdadero motivo de haber quedado sin el empleo.

La Asociación comentó un caso del año 1996 de la Corte Suprema sobre testeo obligatorio en la Policía Federal y posterior paso a retiro del infectado. Lo particularmente relevante del fallo es que por un lado, plantea el derecho a la intimidad y privacidad de las personas versus los derechos del Estado para velar por la Salud Pública; y por el otro, pone en evidencia el acto discriminatorio por el aislamiento del infectado de la fuerza policial una vez conocido el resultado de las pruebas.

Sobre la legislación argentina vigente ADC comentó, como un avance positivo, que se está trabajando actualmente en un proyecto de ley para considerar lo que se llama “categorías sospechosas”: el concepto ya se trata en Estados Unidos y la idea es que si existe una ley o norma que restringiera a alguna persona por causas dudosas, el Estado debería probar que esa restricción es fundamental para ciertos objetivos para considerarla válida, es decir, que se presume la invalidez de la norma (“se considera un acto discriminatorio hasta que se demuestre lo contrario”). En particular, la Ley Antidiscriminatoria constituye una reglamentación de la Constitución Nacional y como tal no debería ser más restrictiva que ésta última. Sin embargo, ADC manifestó, al igual que la Defensoría del Pueblo de la Ciudad, que sí lo es.

Tanto la **Asociación de Abogados Laboralistas (AAL)** como el **Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)** no han trabajado con casos de testeo forzoso del VIH y discriminación laboral. La AAL nos proporcionó tres fallos judiciales vinculados al tema: el primero es de discriminación por VIH y despido en el período de prueba, el segundo es un caso de una prepaga que dio de baja a un afiliado por ser portador de VIH y el tercero es un caso de despido injustificado de un infectado con VIH.

Fundación RED SIDA

La Fundación RED (Recursos, Estudios, Desarrollos) es una organización sin fines de lucro dedicada a promover la prevención y asistencia de las personas que viven con el VIH/SIDA. Entre las actividades que lleva a cabo la fundación se menciona la puesta en marcha el "Programa Empleo para todos" que tiene como objetivo que todas las personas que se encuentren bajo tratamiento antiviral puedan acceder a un trabajo digno y genuino.

La Fundación expresó no haber recibido denuncias por discriminación laboral de personas infectadas con VIH desde hace aproximadamente cinco años. Durante la entrevista, el representante de la fundación comentó que en los talleres de personas viviendo con VIH/SIDA que organiza la Fundación, la mayor preocupación de las personas es la falta de empleo y dado que en general poseen un bajo nivel educativo, su categoría de desempleados se debe principalmente a la elevada tasa de desocupación, en lugar de su condición de infectados. Algunos de ellos pertenecerían al conjunto de los desocupados "desalentados" en la búsqueda de empleo.

La Fundación manifestó que si bien representa un logro social la posibilidad de cobertura del tratamiento general de los pacientes con VIH, el mismo podría contener un sesgo a favor de los laboratorios farmacéuticos comerciales, productores de los drogas para el tratamiento. Este no pareciera ser el caso brasileño, donde la autoridad sanitaria ha comenzado a producir de manera parcial los medicamentos antirretrovirales para el tratamiento del VIH/SIDA. La Fundación estimó que la partida presupuestaria destinada los gastos de atención de personas con VIH de Brasil es aproximadamente seis veces mayor que la de Argentina.

La Fundación recomendó visitar el Hospital Muñiz para obtener información epidemiológica sobre VIH/SIDA, ya que un gran número de infectados recurren a dicha institución sanitaria pública para recibir asistencia.

Abogado especialista en Salud Pública del Hospital Muñiz y Fundación Huésped

En la entrevista, el especialista distingue un antes y un después en la práctica del testeo del VIH en el análisis preocupacional: mientras que en un primer momento los empleadores realizaban el test sin consentimiento del potencial trabajador (testeo forzoso oculto), en los últimos tiempos, las empresas con la intención de cumplir con lo que establece la ley, les hacen firmar a los trabajadores el consentimiento (testeo forzoso visible). No obstante, éste último no siempre se traduce como voluntario.

El profesional mencionó que durante 1998 la Fundación Huésped recibió 288 consultas legales de las cuales el 35% correspondían a discriminación por VIH en el ámbito laboral, mientras que en 1999 no sólo las consultas ascendieron a 348 sino que además también la proporción de ellas por discriminación fue del 41%. La percepción es que el número de denuncias estaría subestimado por la falta de motivación de las personas discriminadas a realizar las denuncias pertinentes. Las causas de la desmotivación devienen de la percepción de incertidumbre jurídica, de los prolongados plazos de resolución de la justicia y del efecto discriminación que acarrea el hacer la denuncia explícita en el

ámbito socio-laboral. De la opinión del experto surge que la mayoría de los casos de despido sin justa causa se resuelven llegando a un arreglo en un marco extrajudicial, no sólo por lo mencionado anteriormente sino también por el temor de ciertas empresas de ver socavado su prestigio.

Asimismo, la causa por discriminación es difícil de probar legalmente y, en ocasiones no es posible hacer seguimiento de aquellas que se inician con sus respectivas condenas, en tanto las denuncias por discriminación pueden presentarse tanto como perjuicios y daño moral ante la justicia Civil o como despido sin justa causa ante la Justicia Laboral.

Con relación a los fallos judiciales, el experto considera que la evidencia presenta distintos ejemplos locales relevantes. El primer caso testigo en Argentina, caratulado como daño moral civil y que llegó a la Corte Suprema de Justicia, fue el mencionado por ADC y relacionado con el Cabo de la Policía Federal pasado a retiro por ser portador de VIH. Otro caso fue el del trabajador de una la editorial. En este caso la empresa, al enterarse de la condición de portador del VIH, buscó agotar el plazo legal de días por enfermedad del trabajador. Una vez agotada esta instancia, se recurrió a una licencia de hasta un año sin goce de sueldo para ser reincorporado, evitando así el gasto asociado.

Sociedad Argentina de Medicina del Trabajo

La Sociedad Argentina de Medicina del Trabajo es una sociedad científica que se desarrolla en el marco de la Asociación Médica Argentina. La Medicina del Trabajo tiene como fin la adaptación del ambiente y de las condiciones laborales al estado de salud del trabajador. Es el médico laboral el que determina a través del examen preocupacional si el candidato es apto o no para el empleo al que se postula. En la escala de aptitud se designa como A a aquel que está en óptimas condiciones físicas, como B a aquel que posee alguna enfermedad compatible con las tareas a desarrollar en el trabajo, como C a aquel que tiene alguna enfermedad incompatible y como D a aquel que no es apto.

Durante la entrevista que se mantuvo con un conjunto de médicos laborales, algunos de ellos plantearon que el SIDA es una enfermedad culposa y que la confidencialidad de los resultados del test de VIH generalmente no existe, puesto que es el paciente el primero en violar el secreto médico ya sea por los incentivos creados por los abogados o por mecanismos propios de defensa. El VIH es una enfermedad donde el riesgo percibido es muy grande si se la compara con el Chagas que es una patología que en nuestro país involucra a más de 3 millones de personas. Los médicos laborales comentaron que éste mayor riesgo también se ha dejado traslucir en algunas encuestas que preguntaban, dentro de una lista de enfermedades cual sería de ellas la prioridad para otorgarle un presupuesto mayor: la mayoría ubicó al SIDA en primer lugar, cuando en la lista se encontraba la patología cardiovascular, la mayor causa de muerte en el mundo.

Algunos de los médicos presentes planteaban su disconformidad ante la existencia de una condena social por el rechazo de la aptitud física de la persona por estar infectada con VIH, cuando esa condena no existía para otras enfermedades o discapacidades físicas.

Otros contaban su experiencia en el servicio de medicina del trabajo de una empresa productora de cigarrillos donde en los exámenes preocupacionales se les realizaba el test del VIH a los trabajadores. Se aducía en tal caso que las condiciones del trabajo a desarrollar podían ser perjudiciales para la salud de aquellos que eran inmuno-deprimidos.

Todos coincidieron en que no ha habido casos de transmisión del virus del VIH en el ámbito laboral por lo que la condición de infectado no representaba un peligro para el resto del plantel de trabajo.

Sin embargo, el grupo médico coincidía en que la práctica más común no era precisamente la de comunicar al testeado su infección con el VIH.

Cámara Argentina de Laboratorios de Análisis Bioquímicos (CALAB)

Creada en el 2002, la Cámara Argentina de Laboratorios de Análisis Bioquímicos tiene como objetivo el satisfacer los intereses y necesidades de los laboratorios de análisis bioquímicos asociados, a través de la defensa de la actividad, la concientización a organismos, instituciones, gerenciadore, financiadores y opinión pública de la importancia de la misma; y la promoción para un mejor desarrollo de los laboratorios.

Durante la entrevista, el asesor legal de la cámara manifestó que si bien los laboratorios pueden suponer que el médico solicitante comunica al paciente y hace firmar el consentimiento, ello en muchos casos no se efectúa, por lo que es conveniente requerir al paciente la firma de un consentimiento para la extracción de sangre y la determinación de HIV. El mismo incluye su número de documento y fecha, un párrafo en el que se notifica al paciente que podrá ser citado, de ser necesario, para una nueva extracción, comprometiéndose en tal caso a concurrir, sin que ello implique ninguna presunción sobre el resultado del test.

El laboratorio debe advertirle al paciente que el resultado, cualquiera fuere el mismo, será entregado al médico prescribiente, responsable de “diagnosticar” la enfermedad, ya que dentro de las facultades de los bioquímicos no se encuentra la de comunicar o revelar dicha información.

El asesor legal manifestó que a fin de mantener en secreto la identidad del paciente, los laboratorios deben adoptar un sistema de archivo que combine las iniciales del nombre y apellido y el día y mes del nacimiento, tal como lo indica la ley.

El resultado del test debe ser entregado en sobre cerrado y bajo recibo al médico que solicitó la prueba, por lo cual un análisis sin prescripción médica quedaría sin contraparte a quien entregar el resultado. La Cámara recomienda a los laboratorios de análisis bioquímicos mantener al día la vigencia del seguro por mala praxis, ya que frente a cualquier problema entre paciente y médico, pueden, eventualmente, ser incluidos en la demanda.

Con respecto a la realización del test forzoso oculto de VIH, es decir, aquel que se realiza sin conocimiento ni consentimiento informado, la Cámara manifestó que dicho acto es delictivo y supone que no se lleva a cabo en los exámenes preocupacionales.

Línea 0800 Pregunte SIDA – Programa Lucha contra RHSIDA e ITS – Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Dependiente del Programa Nacional de Lucha contra el RHSIDA e infecciones de transmisión sexual, la línea 0-800 es una línea telefónica gratuita que tiene como objetivo la prevención de la enfermedad, brindando información relativa al VIH/SIDA, sus modos de transmisión, tratamiento, centros de atención para realizarse el test, información sobre la legislación referente al VIH/SIDA, etc.

En los últimos tiempos, con el avance de la tecnología farmacológica se presenta la idea generalizada de que el tratamiento antirretroviral convierte al SIDA en una enfermedad crónica. Sin embargo, en ocasiones la presencia de un buen tratamiento hace que las personas disminuyan los cuidados preventivos. Surge, entonces, el concepto de “percepción de riesgo de contagio”. La respuesta del programa es que se percibe una ausencia del mismo. El temor de las personas se asocia a mecanismos de negación del tipo: “si no soy homosexual, o no consumo drogas, a mi no me va a

pasar". Estos mecanismos de negación están vinculados a la historia social del SIDA que desde sus orígenes fue una enfermedad estigmatizada.

Paralelamente, la idea del SIDA como una "infección de la pobreza" se asocia con la falta de información, con el acceso al testeo para una detección temprana del virus y, en consecuencia la falta de acceso al tratamiento.

Finalmente y, asociado con este nuevo perfil, la relación entre SIDA y trabajo se vuelve más compleja, asociada con las características informales del empleo en grupos económicamente rezagados. El representante del Programa manifestó que los exámenes preocupacionales para empleos del sector privado se realizan a través de empresas privadas de medicina laboral, lo que dificulta su control por parte de la autoridad pública y aumenta las posibilidades de que se realicen tests del VIH de manera involuntaria. En cambio, para los empleos del ámbito público los análisis preocupacionales se llevan a cabo de manera centralizada en la Dirección preocupacional

2.2- Encuesta a grupos clave

El segundo instrumento que se utilizó para abordar el análisis cualitativo fue una serie de encuestas a grupos de actores interesados en la problemática de testeo forzoso. Las encuestas se confeccionaron en base al rol que desempeñan los diferentes actores en el fenómeno bajo análisis. En este sentido se realizaron un conjunto de preguntas específicas para las organizaciones no gubernamentales (ONGs), para las obras sociales, las empresas, los servicios de medicina laboral, los laboratorios de análisis bioquímicos, abogados laboristas y para las personas que viven con VIH/SIDA (PVVIH). A su vez y, a fin de permitir la comparabilidad de las opiniones entre los diferentes grupos, se confeccionó un conjunto de preguntas comunes a cada uno de ellos. En el Cuadro 2.2.1 se presenta la serie de cuestionarios confeccionados, marcando con una cruz aquellos destinados a cada grupo.

		ONGs	OBRAS SOCIALES	EMPRESAS	MEDICINA LABORAL	LABORATORIOS	ABOGADOS LABORALISTAS	PVVIH
1	Su principal tarea es	X						
2	Cantidad de Socios Aportantes. (Indique):		X					
3	Cantidad de Beneficiarios. (Indique):		X					
4	Cantidad de Monotributistas.		X					
5	Rama de actividad que se vincula con ésta Obra Social		X					
6	Tienen socios aportantes que estén infectados con el VIH/SIDA	SI NO CUANTOS	X					
7	En términos de un trabajador no infectado con el VIH/SIDA, cuánto estima que representa dicho costo adicional	UN 50% MAS UN 25 % MAS OTRO	X					
8	Los servicios de Medicina Laboral en lo que se refiere a los exámenes preocupacionales, están integrados a su empresa	SI NO		X				
9	Si el postulante no firma el consentimiento para la prueba del VIH/SIDA, lo considera una falta de compromiso del postulante	SI NO		X				
10	Los análisis de laboratorio de los exámenes preocupacionales se mandan a un laboratorio de análisis bioquímicos fuera de su empresa	SI NO			X			

		ONGs	OBRAS SOCIALES	EMPRESAS	MEDICINA LABORAL	LABORATORIOS	ABOGADOS LABORALISTAS	PVVIH
11	Realizan habitualmente análisis de laboratorio para los exámenes preocupacionales	SI NO				X		
12	Cuál es el porcentaje de los casos atendidos que se relacionan con medicina laboral					X		
13	En dichos casos son contratados directamente por	LA EMPRESA LA EMPRESA DE MEDICINA LABORAL				X		
14	El sistema de codificación de los resultados de la prueba del VIH/SIDA por iniciales y fecha de nacimiento es un instrumento para preservar la confidencialidad	SI NO				X		
15	Este tipo de codificación se utiliza exclusivamente para los resultados del test de VIH	SI NO				X		
16	Considera al utilizar dicho código se revela indirectamente la infección por el VIH	SI NO				X		
17	Edad							X
18	Sexo	FEM MASC						X
19	Nacionalidad							X
20	Lugar de residencia	PROVINCIA LOCALIDAD						X
21	Nivel educativo	*NUNCA ASISTIO *SECUNDARIO INCOMPLETO *SECUNDARIO COMPLETO *TERCIARIO- UNIVERSITARIO COMPLETO						X
22	Tiene empleo actualmente	SI NO						X
23	Tiene cobertura de salud	SI NO CUAL						X
24	Si tiene Obra Social, figura como	TITULAR BENEFICIARIO						X
25	Rama de actividad donde Ud. históricamente se desempeñó. (Puede marcar más de una opción)	* INDUSTRIA *CONSTRUCCION *COMERCIO, HOTELES Y RESTAURANTES *TRANSPORTE, ALMACENAJE, COMUNICACIÓN *SERVICIOS FINANCIEROS Y SEGUROS *ADMINISTRACIÓN PÚBLICA * SERVICIOS SOCIALES * SALUD EDUCACION * OTROS						X

		ONGs	OBRAS SOCIALES	EMPRESAS	MEDICINA LABORAL	LABORATORIOS	ABOGADOS LABORALISTAS	PVVIH
26	Tipo de trabajo donde Ud. históricamente se desempeñó. (Puede marcar más de una opción)							X
27	Categoría ocupacional a la que Ud. históricamente perteneció							X
28	Esta realizando un tratamiento con antirretrovirales							X
29	Si está realizando tratamiento antirretroviral, cada cuántas semanas se hace el CD4 o carga viral							X
30	Nombre los medicamentos que utilizaba al comenzar su tratamiento							X
31	Nombre los medicamentos que utiliza actualmente en su tratamiento							X
32	Donde sigue el tratamiento contra el VIH/SIDA. (Nombre la Institución)							X
33	Tuvo problemas en la provisión de medicamentos por parte de su Obra Social/ Prepaga							X
34	En qué año descubrió que tenía el VIH							X
35	Por qué motivo se realizó su primer test de VIH							X
36	Cómo cree que se infectó con el VIH							X
37	Considera que el virus ha disminuido su capacidad de trabajo							X
38	Por qué factor							
39	Notó una mayor dificultad en conseguir empleo después de su infección con VIH/SIDA							X
40	Considera que fue discriminado en el empleo							X

		ONGs	OBRAS SOCIALES	EMPRESAS	MEDICINA LABORAL	LABORATORIOS	ABOGADOS LABORALISTAS	PVVIH
41	Qué tipo de discriminación sufrió							X
	* NO SER TOMADO EN UN EMPLEO * DESIGUALDAD DE TRATO DURANTE LA RELACION LABORAL * DESPIDO * OTROS							
42	Recurrió a algún organismo de gobierno para recibir asesoramiento legal. (Nombre todos los lugares donde asistió)							X
	SI NO CUALES							
43	Recurrió a algún organismo no gubernamental para recibir asesoramiento (Nombre todos los lugares donde asistió)							X
	SI NO CUALES							
44	Cuántos exámenes preocupacionales le realizaron a lo largo de su vida							X
	NINGUNO UNO DOS TRES MAS							
45	En cuántos de ellos se incluyó el test del VIH/SIDA							X
	NINGUNO UNO DOS TRES MAS							
46	Si le realizaron el test de VIH/SIDA en el examen preocupacional, se le hizo firmar el consentimiento por escrito							X
	*SIEMPRE *LA MAYORIA DE LAS VECES *ALGUNAS VECES *NUNCA							
47	Se sintió "obligado" por parte de su empleador a firmar el consentimiento para el test de VIH/SIDA en el examen preocupacional							X
	SI NO							
48	Considera que el testeo del VIH/SIDA en los exámenes preocupacionales sin conocimiento ni consentimiento del postulante es un tema relevante	X	X	X	X	X	X	X
	SI NO POR QUÉ							
49	Considera que es política de las empresas hacer el test VIH/SIDA en los exámenes preocupacionales	X	X	X	X	X	X	X
	SI NO NS/NC							
50	Considera que es política de las empresas de medicina laboral ofrecer el test de VIH/SIDA dentro del examen preocupacional	X	X	X	X	X	X	X
	SI NO NS/NC							
51	Considera que es legal realizar el test del VIH en el examen preocupacional	X	X	X	X	X	X	X
	SI NO POR QUÉ							
52	Considera que existe alguna relación entre el sector de actividad y el testeo del VIH/SIDA en el preocupacional	X	X	X	X	X	X	X
	SI NO CUAL							

		ONGs	OBRAS SOCIALES	EMPRESAS	MEDICINA LABORAL	LABORATORIOS	ABOGADOS LABORALISTAS	PVVIH
53	De realizarse el test de VIH/SIDA en el examen preocupacional, se informa al postulante en qué consisten dichas pruebas	SI NO	X	X	X	X	X	X
54	Si no se informa en que consisten las pruebas del VIH/SIDA, considera que hay un derecho vulnerado	SI NO	X	X	X	X	X	X
55	Conoce la no obligatoriedad de realizarse el test del VIH en el examen preocupacional	SI NO		X	X	X		X
56	Dispone finalmente el postulante de los resultados de su examen preocupacional	SI NO NS/NC	X	X	X	X	X	X
57	Considera que los costos de la empresa asociados a un trabajador infectado con VIH/SIDA son altos	SI NO	X	X	X	X	X	X
58	Conoce algún antecedente de problemas con el sindicato por aceptar a un trabajador con VIH		X	X	X	X	X	X
59	Existe alguna situación de conflicto que se pudiere evitar realizando la prueba del VIH en el preocupacional	SI NO CUAL	X	X	X		X	X
60	La transmisión del VIH en el ámbito laboral ¿constituye un accidente de trabajo?	SI NO POR QUE	X	X	X		X	X
61	Considera que tener como afiliado a un trabajador infectado por el VIH/SIDA, representa un costo muy significativo para la Obra Social	SI NO	X	X	X	X	X	
62	Según el tipo de tareas a desarrollar, un trabajador infectado con el VIH, representa un riesgo para terceros	SI NO EN QUE TAREAS		X	X			
63	Según el tipo de tareas a desarrollar, un trabajador infectado con el VIH, representa un riesgo para sí mismo	SI NO EN QUE TAREAS		X	X			
64	Si el postulante no firma el consentimiento para la prueba del VIH/SIDA, realizan el resto de los estudios de laboratorio del examen preocupacional	SI NO		X	X	X		
65	La diferencia del costo de los estudios de laboratorio si se incluye la prueba del VIH en un examen preocupacional típico es marginal	SI NO		X	X	X		

		ONGs	OBRAS SOCIALES	EMPRESAS	MEDICINA LABORAL	LABORATORIOS	ABOGADOS LABORALISTAS	PVVIH
66	A partir de un examen preocupacional, se pueden disminuir los costos que ocasiona el ausentismo laboral			X	X			
67	Si la empresa enfrenta mayores costos al tener como empleado a un trabajador con VIH, dichos costos son en términos de	X		X	X		X	
68	Han recibido consultas de personas infectadas con el VIH/SIDA por discriminación en el empleo en la etapa del examen preocupacional	X					X	
69	Los resultados de los exámenes preocupacionales son confidenciales			X	X	X		
70	Se relaciona el conocimiento de los derechos y obligaciones con el nivel socio cultural	X					X	

La modalidad de distribución de las encuestas fue diferente según el grupo de actores involucrados y, en todos los casos las mismas fueron autoadministradas. En algunos grupos se intentó acceder a los individuos/empresas a encuestar a través de asociaciones u organizaciones que los nuclean como estrategia para incentivar su colaboración y debido asimismo a la dificultad de acceder en forma directa al potencial encuestado. Tales fueron los casos del grupo de las personas que viven con VIH/SIDA, los laboratorios, los abogados laboralistas y las ONGs.

Para el caso de las personas que viven con VIH/SIDA las encuestas se distribuyeron mediante la *Red Argentina de Personas viviendo con VIH/SIDA* contando con la colaboración de la Cruz Roja Argentina. Paralelamente y, en forma directa se distribuyó el cuestionario en el *Grupo de Encuentro para Personas Viviendo con o afectadas por el VIH/SIDA*, que se lleva a cabo en el Hospital Muñiz. El criterio de selección de ésta modalidad de distribución estuvo motivado en el grado de confianza que para ellos representaría responder la encuesta en el marco de un ambiente familiar para ellos.

Del mismo modo, se estableció contacto con la Asociación Argentina de Abogados Laboralistas y con el Foro de ONGs con Trabajo en VIH/SIDA, cuya colaboración permitió distribuir la encuesta vía e-mail al grupo de abogados laboralistas y ONGs respectivamente.

Para el caso de los laboratorios se intentó establecer contacto con la Confederación Unificada Bioquímica de la República Argentina (CUBRA) y con la Cámara de Laboratorios de Análisis Bioquímicos (CALAB), en busca de su apoyo en la distribución de las encuestas y para solicitarles el padrón de laboratorios afiliados a la misma. Sin embargo, no se logró colaboración por parte de ellas debido (según sus voceros), a la limitada importancia de la temática o la baja probabilidad de respuesta esperada.

En el caso de las firmas empleadoras, se envió por correo electrónico la respectiva encuesta a un total de cincuenta empresas adherentes al padrón de la Unión Industrial Argentina, en tanto que para

las Obras Sociales se tomó como base a aquellas de las cuales disponía de información relativa a la dirección de correo electrónico, resultando en un número cercano a ciento cincuenta instituciones.

A través de una base de empresas de medicina laboral proporcionada por el Departamento de Salud Ocupacional se tomó una muestra aleatoria de empresas de medicina laboral y telefónicamente se solicitó su colaboración para responder la encuesta diseñada a tal fin. La base de información disponible puso en evidencia la falta de actualización de los datos, provocando la sucesiva redefinición de la muestra seleccionada originalmente. En algunas ocasiones, la dirección médica de los servicios de medicina laboral manifestó no desear participar de la iniciativa. Ambos factores cooperaron para la efectiva distribución de encuestas quedara reducida a veinte ejemplares.

Los niveles de respuesta obtenidos fueron muy bajos, coincidiendo con las expectativas planteadas en las reuniones de trabajo previas. Ello implicó extraer algún aprendizaje adicional al generado en las entrevistas a actores clave. Sólo en el caso de la encuesta destinada a las personas que viven con VIH/SIDA se obtuvo un número de respuestas, que sin llegar a ser significativo, permitió observar los siguientes argumentos:

- Todos los respondientes se encontraban en edad económicamente activa, con un rango de edad que oscilaba entre 56 y 30 años.
- El nivel educativo superaba el secundario incompleto.
- El 26.6% se encontraba actualmente desempleado.
- Excepto una persona, todos se encontraban realizando tratamiento con antirretrovirales.
- Aquel que tenía cobertura de salud realizaba su tratamiento del VIH en centros de atención privados y el aquel que no poseía cobertura en establecimientos públicos.
- Más del 50% de las personas respondió no haberse sentido discriminada.
- Sin embargo, la mayoría alega que nota una mayor dificultad para conseguir empleo, aunque ello no puede asociarse directamente a su condición de seropositivos.
- De las 9 personas que dicen haber realizado exámenes preocupacionales, en 3 casos conocen la presencia del test de VIH.
- Excepto en dos oportunidades, todos los respondientes aducen conocer la legislación sobre la no-obligatoriedad del test de VIH en los exámenes preocupacionales.

Asimismo, cabe destacar de las repuestas obtenidas que:

- Todo aquel individuo que respondió acerca de los mecanismos utilizados para la provisión de medicamentos alegó haber tenido problemas por parte de la obra social o prepaga para su atención, confirmando lo expresado por la Defensoría de la Ciudad de Buenos Aires, evidencia irregularidades a pesar de la claridad de la misma.
- Ninguno recurrió a un organismo de gobierno para recibir asesoramiento. Los que buscaron apoyo o evacuar una consulta lo hicieron en organismos no gubernamentales, lo que refiere a la información disponible sobre este tipo de actores del sistema.

3- ANÁLISIS CUANTITATIVO

3.1 - Bases de datos

La presente sección propone utilizar la información disponible para identificar indicios de testeo forzoso de VIH en los exámenes preocupacionales. Para ello, se analiza en primer lugar la base de datos provista por el Hospital Muñiz a fin de establecer las características de la población en el centro nacional (público y privado) con mayor exposición a la problemática del SIDA. Del análisis de la misma podrán reforzarse ciertos argumentos sobre las características de las personas viviendo con la enfermedad, a ser utilizados en las secciones siguientes. A partir de estos hallazgos y, haciendo pivote en la presencia de cobertura formal, se analizan por sexo, educación, geografía y año, las muertes nacionales a causa del SIDA, comparando sus características con aquellas que surgen de dos grupos de control: fallecimientos por tuberculosis y tumores. Finalmente, estos resultados son contrastados con aquellos surgidos del análisis de las denuncias ingresadas en la línea 0800-Pregunte SIDA.

3.1.1- Registro de casos de VIH/SIDA en el Hospital Muñiz

La información fue suministrada por el Departamento de Estadísticas del hospital de infecciosas “Francisco Javier Muñiz”, establecimiento de salud público de referencia en la atención de VIH/SIDA en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La base de datos brinda información sobre un total de 10.714 casos atendidos durante los años comprendidos entre 2000 y 2004.

Este registro permite conocer, además del género y la edad del paciente, su estado (alta o defunción), el segundo diagnóstico por el cual ha ingresado (siendo el primero VIH), la cantidad de días de internación, el número de reinternaciones si ese fuera el caso y, por último la existencia o no de seguro social.

Un primer acercamiento a la base de datos con fines descriptivos permite caracterizar el perfil de la población atendida en el Hospital Muñiz durante 2000/2004. El Cuadro 3.1 presentado a continuación desagrega la información en función del género y la cobertura de salud de las personas atendidas en todo el período bajo estudio. Se observa que en cada uno de los años más de dos tercios de los casos tratados corresponden a pacientes del sexo masculino, registrando el acumulado del período un 66.5% (7.125 observaciones), y un 33.2% de la muestra pertenece al sexo femenino (3.555 observaciones).

La evolución de los casos atendidos según la composición por género no sigue un patrón lineal de comportamiento. En el caso de las mujeres, se observa que hasta el año 2002 la cantidad de pacientes ha ido en aumento, alcanzando en ese año un total de 783 casos, convirtiéndose en el máximo registro de la serie para el grupo, siendo un 28.4% mayor a lo observado a comienzos de período, en el año 2000. A partir de allí, la cantidad de mujeres atendidas muestra una tendencia descendente, pasando de 741 en el 2003 a 665 en el año 2004. A pesar de ello, este último dato supera al registro del año 2000 en 55 casos respecto de la última observación, lo que implica un crecimiento del 7%.

La evolución de la cantidad de pacientes varones muestra en todos los años un registro de casos que supera los 1.300, con un mínimo de 1.363 en el año 2001 y un máximo de 1.499 en 2003. El año 2004 contabilizó 1.369 casos, número éste levemente superior al verificado en 2001.

El análisis según cobertura de salud muestra que sólo el 9.8% de las personas que recurrieron a este establecimiento en los cinco años bajo estudio, contaba con algún tipo de seguro social (desagregando por género ese porcentaje se compone de 41.9% de mujeres y de 58% de hombres, que se traducen en 441 y 610 casos, respectivamente). Estas características observadas resultan

muy similares para cada uno de los años, sin observarse grandes desviaciones respecto del total general.

Cuadro 3.1: Casos atendidos por sexo y cobertura de salud. Período 2000/2004

Año	Género	Cobertura			Total
		No	Si	Sin información	
2000	Mujer	471	70	69	610
		29.3%	32.1%	34.3%	30.1%
	Hombre	1,129	147	132	1,408
		70.3%	67.4%	65.7%	69.6%
	Sin información	5	1	0	6
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Total	1,605	218	201	2,024
		100%	100%	100%	100%
2001	Mujer	629	97	30	756
		34.7%	44.7%	29.7%	35.5%
	Hombre	1,179	120	64	1,363
		65.1%	55.3%	63.4%	64.0%
	Sin información	3	0	7	10
		0.2%	0.0%	6.9%	0.5%
	Total	1,811	217	101	2,129
		100%	100%	100%	100%
2002	Mujer	646	95	42	783
		34.2%	44.6%	24.3%	34.4%
	Hombre	1,243	118	125	1,486
		65.7%	55.4%	72.3%	65.3%
	Sin información	2	0	6	8
		0.1%	0.0%	3.5%	0.4%
	Total	1,891	213	173	2,277
		100%	100%	100%	100%
2003	Mujer	566	96	79	741
		31.2%	46.4%	35.0%	33.0%
	Hombre	1,242	111	146	1,499
		68.5%	53.6%	64.6%	66.7%
	Sin información	5	0	1	6
		0.3%	0.0%	0.4%	0.3%
	Total	1,813	207	226	2,246
		100%	100%	100%	100%
2004	Mujer	564	83	18	665
		32.0%	42.1%	23.1%	32.7%
	Hombre	1,195	114	60	1,369
		67.9%	57.9%	76.9%	67.2%
	Sin información	2	0	0	2
		0.1%	0.0%	0.0%	0.1%
	Total	1,761	197	78	2,036
		100%	100%	100%	100%
Total	Mujer	2,876	441	238	3,555
		32.4%	41.9%	30.6%	33.2%
	Hombre	5,988	610	527	7,125
		67.4%	58.0%	67.7%	66.5%
	Sin información	17	1	14	32
		0.2%	0.1%	1.8%	0.3%
	Total	8,881	1,052	779	10,712
		100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a registro de casos Hospital Muñiz

Un análisis similar al anterior, discriminando la información por año en función de la existencia de seguro médico y "estado" (alta o defunción), se presenta en el Cuadro 3.2 el cual tabula la cantidad de casos correspondientes a cada categoría. En línea con lo mencionado anteriormente, se observa que en todo el período y en cada uno de los años, el grupo poblacional con mayor presencia dentro del total está compuesto por las personas que carecen de cobertura de salud. La proporción de defunciones de este grupo poblacional resulta ser superior en todos los casos a la presentada por el

grupo de personas que cuentan con algún tipo de seguro médico, superando en cada año los diez puntos porcentuales.

Cuadro 3.2: Casos atendidos según cobertura de salud y estado. Período 2000/2004

		2000	2001	2002	2003	2004	Total	
Cobertura	Si	Altas	179	187	179	183	170	898
		Defunciones	39	30	34	24	27	154
		Total	218	217	213	207	197	1,052
	No	Altas	1,352	1,506	1,594	1,515	1,478	7,445
		Defunciones	253	304	296	297	283	1,433
		Total	1,605	1,810	1,890	1,812	1,761	8,878
	Sin información	Altas	162	72	144	185	61	624
		Defunciones	39	29	29	41	17	155
		Total	201	101	173	226	78	779
Total General		2,024	2,128	2,276	2,245	2,036	10,709	

Fuente: Elaboración propia en base a registro de casos Hospital Muñiz

El análisis de las variaciones porcentuales de la cantidad de personas que concurren al establecimiento en busca de atención médica distingue dos períodos bien definidos. El primero de ellos corresponde a los años comprendidos entre 2000/2002, los cuales muestran una tendencia creciente del número de atenciones, alcanzando un máximo de 2.276 casos en 2002, número éste que resulta ser un 7% mayor en comparación al año anterior y un 12.5% respecto de comienzos del período, año 2000. A partir de 2003, esta tendencia se revierte registrándose un 1.4% casos menos que en 2002. En el año 2004 se realizaron un total de 2.036 atenciones, verificándose un decrecimiento del 9.3% respecto del período anterior. Este comportamiento se encuentra probablemente asociado a las condiciones macroeconómicas adversas por las cuales atravesó nuestro país durante ese período.

Respecto de las patologías presentadas por los pacientes, el Cuadro 3.3 muestra que las afecciones más recurrentes resultan ser aquellas relacionadas con las vías respiratorias, entre las que se destacan la tuberculosis (TBC -en todas sus variantes: multirresistente, pulmonar y diseminada) y las neumonías. La cantidad total de casos registrados por estos dos diagnósticos para el período completo (acumulado 2000/2004) asciende a 3,134 representando el 36.2% sobre el total. En segundo lugar se ubican las enfermedades micóticas³⁵ con un total de 896 casos, agrupando al 10.4% del total de pacientes atendidos en todo el período bajo análisis.

La cantidad de individuos que asistieron al establecimiento por motivos de control, tanto de laboratorio como de medicación, resulta similar entre hombres y mujeres, presentando solamente una diferencia de 7 casos a favor de los primeros. Si bien esto es así, la composición por grupo muestra que el porcentaje de mujeres supera al de los hombres en casi tres puntos porcentuales, siendo de 6% y 3.3% para cada grupo, respectivamente. De ello se sigue que las mujeres parecieran presentar un sesgo más preventivo que los hombres.

³⁵ Este subgrupo de enfermedades incluye los diagnósticos de candidiasis, histoplasmosis, cryptococosis, y herpes -genitales, bucales, etc.-

Cuadro 3.3: Casos atendidos según cobertura de salud y enfermedad. Período 2000/2004

Diagnóstico	Género		
	Mujer	Hombre	Total
Tuberculosis	494	1,097	1,591
(multirresistente, pulmonar y diseminada)	16.5%	19.4%	18.4%
Neumonías	529	1,014	1,543
	17.6%	18.0%	17.8%
Enfermedades micóticas	297	599	896
	9.9%	10.6%	10.4%
Enfermedades digestivas	307	451	758
	10.2%	8.0%	8.8%
Enfermedades cerebrales y del sistema nervioso	151	274	425
	5.0%	4.9%	4.9%
Otras respiratorias	171	233	404
	5.7%	4.1%	4.7%
Toxoplasmosis	114	257	371
	3.8%	4.6%	4.3%
Controles (de laboratorio y/o medicación)	180	187	367
	6.0%	3.3%	4.2%
Hepatitis (B y/o C)	74	208	282
	2.5%	3.7%	3.3%
Tumores/ Cáncer	41	145	186
	1.4%	2.6%	2.2%
Otras	644	1,182	1,826
	21.5%	20.9%	21.1%
Total	3,002	5,647	8,649
	100.0%	100.0%	100.0%
Edad promedio	26 años	31 años	29 años

Fuente: Elaboración propia en base a registro de casos Hospital Muñiz

Dado que la base de datos suministrada por el Hospital Muñiz brinda información acerca de la obra social a la cual pertenecen los pacientes que asistieron al establecimiento, esto permite agrupar los casos atendidos según ramas de actividad. De esta manera, se identificaron 19 categorías (17 bien definidas, una que agrupa aquellos sectores que no pudieron ser clasificados y una que nuclea a todas las personas que no cuentan con seguro social, o bien los casos en los cuales la información al respecto no fue reportada). En función de ello, se tabuló la información disponible para cada uno de los años contemplados en la base, teniendo en cuenta únicamente a las personas en edad de trabajar, es decir que se restringieron los datos a la población económicamente activa (PEA).

Los Cuadros 3.4 (a) a (e) presentan los resultados encontrados. De la lectura de los mismos se observa que el perfil de los concurrentes al Hospital Muñiz no presenta variaciones a lo largo del período analizado. En todos los casos, el grupo que reúne la mayor cantidad de pacientes (luego de la categoría "Sin obra social o no reportado"), resultan ser personas que cuentan con obra social de Jubilados y Pensionados, seguido del sector de actividad "Administración pública". Si bien esto es así, en los dos últimos años, 2003 y 2004, el número de ingresantes pertenecientes al primer grupo presentó variaciones negativas del -7.5% y -2.3%, respectivamente, luego de haber registrado incrementos interanuales de 12.5% y 14.8% en los años 2001 y 2002. El segundo grupo de mayor peso, conformado por personas provenientes de obras sociales asociadas a la rama de actividad de la Administración Pública, presentó las mayores variaciones en 2002 y 2003, al contabilizar 21 y 29 casos, respectivamente. Estas cifras representan un incremento del 61.5% y 38.1% para cada año respecto del anterior. La incidencia de las demás ramas de actividad es marginal sin llegar a superar el 1% total en todos los años. Finalmente, la cantidad de personas que asistieron al establecimiento que no cuentan con ningún tipo de cobertura médica supera el 90% sin excepción.

Cuadro 3.4 (a): Casos atendidos según rama de actividad y estado. PEA, 2000

Rama industrial	Estado					
	Alta		Defunción		Total	
	Nº casos	% sobre total	Nº casos	% sobre total	Nº casos	% sobre total
Administración pública	14	1.0%	5	1.5%	19	1.1%
Alimenticia	9	0.6%	1	0.3%	10	0.6%
Automotriz	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
Bancarios	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
Comercio	4	0.3%	0	0.0%	4	0.2%
Comunicaciones	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
Construcción	4	0.3%	2	0.6%	6	0.3%
Edición e impresión	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
Enseñanza	0	0.0%	1	0.3%	1	0.1%
FFAA y personal de seguridad	6	0.4%	3	0.9%	9	0.5%
Jubilados y/o pensionados	56	4.0%	16	5.0%	72	4.1%
Maestranza	7	0.5%	4	1.2%	11	0.6%
Personal civil	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
Petróleo	2	0.1%	0	0.0%	2	0.1%
Salud	2	0.1%	1	0.3%	3	0.2%
Textil e indumentaria	1	0.1%	1	0.3%	2	0.1%
Transporte	12	0.8%	1	0.3%	13	0.7%
Sin clasificar	4	0.3%	2	0.6%	6	0.3%
Sin obra social o no reportado	1,288	91.1%	286	88.5%	1,574	90.6%
TOTAL	1,414	100.0%	323	100.0%	1,737	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a registro de casos Hospital Muñiz

Cuadro 3.4 (b): Casos atendidos según rama de actividad y estado. PEA, 2001

Rama industrial	Estado					
	Alta		Defunción		Total	
	Nº casos	% sobre total	Nº casos	% sobre total	Nº casos	% sobre total
Administración pública	10	0.7%	3	0.8%	13	0.7%
Alimenticia	0	0.0%	1	0.3%	1	0.1%
Automotriz	0	0.0%	1	0.3%	1	0.1%
Bancarios	0	0.0%	1	0.3%	1	0.1%
Comercio	4	0.3%	0	0.0%	4	0.2%
Construcción	3	0.2%	1	0.3%	4	0.2%
Correo	1	0.1%	1	0.3%	2	0.1%
Ejecutivos	1	0.1%	1	0.3%	2	0.1%
Energía	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
FFAA y personal de seguridad	5	0.3%	1	0.3%	6	0.3%
Jubilados y/o pensionados	65	4.4%	16	4.5%	81	4.4%
Maestranza	3	0.2%	0	0.0%	3	0.2%
Metalurgia y siderurgia	3	0.2%	0	0.0%	3	0.2%
Personal civil	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
Petróleo	1	0.1%	1	0.3%	2	0.1%
Plástico	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
Salud	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
Servicio penitenciario	2	0.1%	0	0.0%	2	0.1%
Textil e indumentaria	5	0.3%	1	0.3%	6	0.3%
Transporte	7	0.5%	1	0.3%	8	0.4%
Sin clasificar	1	0.1%	1	0.3%	2	0.1%
Sin obra social o no reportado	1,363	92.2%	327	91.6%	1,690	92.1%
TOTAL	1,478	100.0%	357	100.0%	1,835	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a registro de casos Hospital Muñiz

Cuadro 3.4 (c): Casos atendidos según rama de actividad y estado. PEA, 2002

Rama industrial	Estado					
	Alta		Defunción		Total	
	Nº casos	% sobre total	Nº casos	% sobre total	Nº casos	% sobre total
Administración pública	18	1.1%	3	0.9%	21	1.1%
Alimenticia	7	0.4%	1	0.3%	8	0.4%
Bancarios	4	0.2%	1	0.3%	5	0.3%
Comercio	4	0.2%	1	0.3%	5	0.3%
Comunicaciones	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
Construcción	0	0.0%	1	0.3%	1	0.1%
Deportes	0	0.0%	1	0.3%	1	0.1%
Ejecutivos	0	0.0%	1	0.3%	1	0.1%
Energía	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
Enseñanza	1	0.1%	1	0.3%	2	0.1%
FFAA y personal de seguridad	7	0.4%	3	0.9%	10	0.5%
Jubilados y/o pensionados	79	4.9%	14	4.0%	93	4.7%
Maestranza	5	0.3%	1	0.3%	6	0.3%
Metalurgia y siderurgia	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
Personal civil	0	0.0%	2	0.6%	2	0.1%
Petróleo	3	0.2%	0	0.0%	3	0.2%
Salud	2	0.1%	0	0.0%	2	0.1%
Servicio penitenciario	3	0.2%	0	0.0%	3	0.2%
Textil e indumentaria	2	0.1%	1	0.3%	3	0.2%
Transporte	5	0.3%	2	0.6%	7	0.4%
Turismo	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
Sin clasificar	3	0.2%	0	0.0%	3	0.2%
Sin obra social o no reportado	1,472	90.9%	319	90.6%	1,791	90.9%
TOTAL	1,619	100.0%	352	100.0%	1,971	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a registro de casos Hospital Muñiz

Cuadro 3.4 (d): Casos atendidos según rama de actividad y estado. PEA, 2003

Rama industrial	Estado					
	Alta		Defunción		Total	
	Nº casos	% sobre total	Nº casos	% sobre total	Nº casos	% sobre total
Administración pública	22	1.4%	7	2.0%	29	1.5%
Alimenticia	7	0.4%	0	0.0%	7	0.4%
Bancarios	1	0.1%	1	0.3%	2	0.1%
Comercio	2	0.1%	0	0.0%	2	0.1%
Construcción	5	0.3%	2	0.6%	7	0.4%
FFAA y personal de seguridad	10	0.6%	0	0.0%	10	0.5%
Jubilados y/o pensionados	78	5.0%	8	2.2%	86	4.5%
Maestranza	2	0.1%	0	0.0%	2	0.1%
Metalurgia y siderurgia	2	0.1%	1	0.3%	3	0.2%
Petróleo	0	0.0%	1	0.3%	1	0.1%
Rurales	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
Salud	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
Textil e indumentaria	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
Transporte	4	0.3%	4	1.1%	8	0.4%
Turismo	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
Sin clasificar	2	0.1%	0	0.0%	2	0.1%
Sin obra social o no reportado	1,426	91.1%	334	93.3%	1,760	91.5%
TOTAL	1,565	100.0%	358	100.0%	1,923	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a registro de casos Hospital Muñiz

Cuadro 3.4 (e): Casos atendidos según rama de actividad y estado. PEA, 2004

Rama industrial	Estado					
	Alta		Defunción		Total	
	Nº casos	% sobre total	Nº casos	% sobre total	Nº casos	% sobre total
Administración pública	23	1.7%	4	1.2%	27	1.6%
Alimenticia	7	0.5%	2	0.6%	9	0.5%
Bancarios	2	0.1%	2	0.6%	4	0.2%
Comercio	4	0.3%	0	0.0%	4	0.2%
Construcción	3	0.2%	0	0.0%	3	0.2%
Enseñanza	2	0.1%	0	0.0%	2	0.1%
FFAA y personal de seguridad	3	0.2%	2	0.6%	5	0.3%
Jubilados y/o pensionados	72	5.2%	12	3.7%	84	4.9%
Metalurgia y siderurgia	2	0.1%	1	0.3%	3	0.2%
Petróleo	1	0.1%	1	0.3%	2	0.1%
Servicio penitenciario	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
Textil e indumentaria	3	0.2%	0	0.0%	3	0.2%
Transporte	2	0.1%	0	0.0%	2	0.1%
Turismo	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
Sin clasificar	3	0.2%	2	0.6%	5	0.3%
Sin obra social o no reportado	1,252	90.7%	299	92.0%	1,551	90.9%
TOTAL	1,381	100.0%	325	100.0%	1,706	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a registro de casos Hospital Muñiz

A modo de conclusión, el análisis de los datos provenientes de los registros del Hospital Muñiz, muestra que el grupo poblacional que asiste a este establecimiento público, se caracteriza en su por ser mayoritariamente masculino, carente de todo tipo de seguro social y, que acude al establecimiento en un estadio avanzado de la enfermedad, dado lo comprometedoras que resultan ser las enfermedades marcadoras más recurrentes (TBC y neumonías avanzadas).

El análisis descriptivo de las características de la población que concurre a este hospital público de referencia permite esbozar una conclusión preliminar acerca del perfil socio-económico de la enfermedad del SIDA, asociado con pobreza y desprotección social. A pesar de ello, la falta de información complementaria sobre los pacientes (tal como nivel educativo, categoría de ingreso, residencia, etc.) impide dilucidar la causalidad entre estos tres elementos: enfermedad, condición de pobreza y desprotección social. No se puede determinar si la población con VIH/SIDA que concurre al Hospital Muñiz lo hace porque pertenece a un grupo poblacional excluido ó justamente, si por ser excluido, mediante discriminación de algún tipo, busca atención médica en dicho establecimiento.

En las dos subsecciones siguientes se presenta un análisis complementario basado en otras fuentes de información que permitan salvar esta limitación.

3.1.2- Estadísticas Vitales - Ministerio de Salud.

La presente subsección toma como fuente de información las Estadísticas Vitales de la Argentina para los años 2001/2003, elaboradas por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación.

La metodología empleada se basa en la comparación de tres grupos poblacionales diferenciados entre sí según causa de defunción. El grupo a ser analizado está compuesto por todos aquellos fallecimientos por SIDA, que será comparado con dos grupos control; el primero de ellos constituido por todas aquellas muertes asociadas a tuberculosis (enfermedad característica de la pobreza) y el segundo por las defunciones relacionadas con toda clase de tumores (considerados como tradicionales de un perfil epidemiológico avanzado). La elección de las causas de muerte de estos dos grupos control tiene como objeto evaluar la evolución de los fallecimientos por SIDA respecto de dos perfiles epidemiológicos opuestos, en un intento de asimilar la enfermedad bajo estudio a alguno de ellos en función de las características presentadas por las poblaciones afectadas. Cada uno de estos grupos se compara a su vez, en cada año, con muertes asociadas a otras causas.

La pregunta de investigación que guía esta sección se centra en la condición de no-beneficiario de la cobertura de seguridad social o privada como indicador de discriminación, constituyendo presunción de testeo forzoso ya sea informado u oculto.

A continuación se presentan un conjunto de tablas para cada uno de los años bajo análisis. Ellas identifican el número de defunciones ocurridas para las tres causas mencionadas anteriormente, desagregadas según la situación ocupacional y cobertura de salud de los individuos al momento del fallecimiento. Los porcentajes en cada caso corresponden al total de fallecimientos respecto del total de muertes, por causa.

Los datos presentados en los Cuadros 3.5, 3.6 y 3.7 muestran la información para cada uno de los años. El primer conjunto de tablas (3.5) presenta los datos de las tres enfermedades para el año 2001. El subgrupo conformado por aquellas personas que al momento de la muerte contaban con empleo y cobertura de salud, se interpreta como pertenecientes al mercado laboral formal³⁶. De esta manera, en el año 2001, el porcentaje de defunciones por SIDA de individuos ocupados y con seguro social (36.4%) resulta ser menor que el presentado por el subgrupo de "Otras causas" ocupados y con cobertura médica (54.9%). Este comportamiento se revierte si se analizan las celdas correspondientes a los fallecimientos por SIDA y "Otras Causas" del subgrupo de ocupados carentes de cobertura de salud pero con empleo, siendo los porcentajes de cada grupo, 63.6% y 45.1%, respectivamente. Dado ello, podría inferirse cierta informalidad laboral entre las personas que han fallecido a causa del SIDA, pero no así discriminación laboral puesto que el porcentaje de ocupados con cobertura fallecidos por "Otras Causas" resulta ser idéntico al presentado por el grupo poblacional de defunciones por SIDA (20.8% en cada caso). Es decir que tanto un grupo como el otro tienen exactamente la misma probabilidad de ser desempleados. Esto último también se replica en el caso de desocupados sin cobertura dado que no se registra ninguna diferencia entre grupos.

Paralelamente, si se realiza un análisis comparativo respecto de los dos grupos control, se observa que en ese mismo año, el comportamiento presentado por los fallecimientos a causa del SIDA se asimila al caso de muertes por tuberculosis pero no así en el grupo de fallecimientos por tumores, cuya distribución de casos resulta opuesta a las dos anteriores. De esta manera, se concluye que la estructura de comportamiento de la enfermedad del SIDA se asemeja a la del subgrupo de defunciones por tuberculosis, hecho que induce a pensar que el SIDA resulta una enfermedad que afecta mayormente a los individuos de iguales características.

Al analizar el comportamiento del primer grupo en los dos años subsiguientes (Cuadros 3.6 y 3.7), se observa que el porcentaje de personas fallecidas por SIDA con cobertura social y empleo ha aumentado respecto del punto inicial (2001). El año 2002 presenta el mayor valor alcanzando, 55.1%, porcentaje éste 18.6 y 11 puntos porcentuales superior al registrado en 2001 y 2003, respectivamente. Este año resulta ser el único en el cual la cantidad de personas con SIDA ocupadas y con cobertura formal supera a sus pares desprotegidos. De esta manera, la información utilizada sugiere que a lo largo de estos tres años, cada vez más personas infectadas por HIV han podido insertarse en el mercado de trabajo formal, lo que debilitaría la presunción de discriminación laboral. Este fenómeno implica que a pesar de la mayor flexibilidad laboral, se observa un incremento de las personas cubiertas al morir. Esta evidencia descartaría la hipótesis de discriminación laboral y/o testeo preocupacional forzoso³⁷.

³⁶ Esta aproximación necesariamente cuenta con limitaciones: a modo de ejemplo, existen beneficiarios que no son titulares y pertenecen al rango etéreo de población económicamente activa, sobreestimando la potencial inclusión (no-discriminación).

³⁷ A este respecto cabe aclarar que los resultados hallados no se circunscriben necesariamente al testeo preocupacional. Dado el cambio en las modalidades de contratación vigentes, no toda persona que ingresa al mercado de trabajo formal lo hace en relación de dependencia.

Cuadro 3.5 (a): Muertes por SIDA y otras causas según condición de actividad y cobertura de seguro médico. Año 2001

Condición de actividad	Cobertura				TOTAL
	Si		No		
	Otra causa	SIDA	Otra causa	SIDA	
Ocupado	6,043 54.9%	39 36.4%	4,967 45.1%	68 63.6%	11,117
Desocupado	583 20.8%	11 20.8%	2,217 79.2%	42 79.2%	2,853
Inactivo	7,498 54.8%	20 14.1%	6,194 45.2%	122 85.9%	13,834
TOTAL	14,124 51.4%	70 23.2%	13,378 48.6%	232 76.8%	27,804

Cuadro 3.5 (b): Muertes por Tuberculosis y otras causas según condición de actividad y cobertura de seguro médico. Año 2001

Condición de actividad	Cobertura				TOTAL
	Si		No		
	Otra causa	Tuberculosis	Otra causa	Tuberculosis	
Ocupado	6,062 54.7%	20 50.0%	5,015 45.3%	20 50.0%	11,117
Desocupado	589 20.9%	5 14.7%	2,230 79.1%	29 85.3%	2,853
Inactivo	7,483 54.5%	35 36.1%	6,254 45.5%	62 63.9%	13,834
TOTAL	14,134 51.1%	60 35.1%	13,499 48.9%	111 64.9%	27,804

Cuadro 3.5(c): Muertes por Tumores y otras causas según condición de actividad y cobertura de seguro médico. Año 2001

Condición de actividad	Cobertura				TOTAL
	Si		No		
	Otra causa	Tumores	Otra causa	Tumores	
Ocupado	4,189 50.6%	1,893 66.7%	4,088 49.4%	947 33.3%	11,117
Desocupado	429 18.9%	165 28.2%	1,839 81.1%	420 71.8%	2,853
Inactivo	5,180 52.8%	2,338 58.0%	4,623 47.2%	1,693 42.0%	13,834
TOTAL	9,798 48.2%	4,396 59.0%	10,550 51.8%	3,060 41.0%	27,804

Fuente: Elaboración propia en base a las Estadísticas Vitales de Argentina- MSAL

Nota: Se consideran con cobertura unicamente a todas aquellas personas entre 15 y 64 años de edad inclusive, que al momento del fallecimiento contaban con cobertura formal única o con doble afiliación (Obra Social y seguro privado)

Cuadro 3.6 (a): Muertes por SIDA y otras causas según condición de actividad y cobertura de seguro médico. Año 2002

Condición de actividad	Cobertura				Total
	Si		No		
	Otra causa	SIDA	Otra causa	SIDA	
Ocupado	6,245 56.7%	76 55.1%	4,762 43.3%	62 44.9%	11,145
Desocupado	546 19.6%	4 7.0%	2,244 80.4%	53 93.0%	2,847
Inactivo	7,383 54.1%	36 22.9%	6,253 45.9%	121 77.1%	13,793
Total	14,174 51.7%	116 33.0%	13,259 48.3%	236 67.0%	27,785

Cuadro 3.6 (b): Muertes por Tuberculosis y otras causas según condición de actividad y cobertura de seguro médico. Año 2002

Condición de actividad	Cobertura				TOTAL
	Si		No		
	Otra causa	Tuberculosis	Otra causa	Tuberculosis	
Ocupado	6,311 56.8%	10 25.6%	4,795 43.2%	29 74.4%	11,145
Desocupado	549 19.4%	1 4.5%	2,276 80.6%	21 95.5%	2,847
Inactivo	7,396 54.0%	23 23.0%	6,297 46.0%	77 77.0%	13,793
TOTAL	14,256 51.6%	34 21.1%	13,368 48.4%	127 78.9%	27,785

Cuadro 3.6 (c): Muertes por Tumores y otras causas según condición de actividad y cobertura de seguro médico. Año 2002

Condición de actividad	Cobertura				TOTAL
	Si		No		
	Otra causa	Tumores	Otra causa	Tumores	
Ocupado	4,214 52.6%	2,107 67.2%	3,796 47.4%	1,028 32.8%	11,145
Desocupado	387 16.9%	163 29.0%	1,897 83.1%	400 71.0%	2,847
Inactivo	5,053 52.1%	2,366 57.7%	4,638 47.9%	1,736 42.3%	13,793
TOTAL	9,654 48.3%	4,636 59.4%	10,331 51.7%	3,164 40.6%	27,785

Fuente: Elaboración propia en base a las Estadísticas Vitales de Argentina- MSAL

Nota: Se consideran con cobertura unicamente a todas aquellas personas entre 15 y 64 años de edad inclusive, que al momento del fallecimiento contaban con cobertura formal única o con doble afiliación (Obra Social y seguro privado)

Cuadro 3.7 (a): Muertes por SIDA y otras causas según condición de actividad y cobertura de seguro médico. Año 2003

Condición de actividad	Cobertura				Total
	Si		No		
	Otra causa	SIDA	Otra causa	SIDA	
Ocupado	6,334 55.4%	67 44.1%	5,106 44.6%	85 55.9%	11,592
Desocupado	572 20.8%	8 10.3%	2,176 79.2%	70 89.7%	2,826
Inactivo	7,840 55.7%	38 22.5%	6,228 44.3%	131 77.5%	14,237
Total	14,746 52.2%	113 28.3%	13,510 47.8%	286 71.7%	28,655

Cuadro 3.7 (b): Muertes por Tuberculosis y otras causas según condición de actividad y cobertura de seguro médico. Año 2003

Condición de actividad	Cobertura				TOTAL
	Si		No		
	Otra causa	Tuberculosis	Otra causa	Tuberculosis	
Ocupado	6,389 55.3%	12 26.7%	5,158 44.7%	33 73.3%	11,592
Desocupado	580 20.7%	0 0.0%	2,224 79.3%	22 100.0%	2,826
Inactivo	7,864 70.5%	14 16.5%	3,288 29.5%	71 83.5%	11,237
TOTAL	14,833 58.2%	26 17.1%	10,670 41.8%	126 99.9%	25,655

Cuadro 3.7 (c): Muertes por Tumores y otras causas según condición de actividad y cobertura de seguro médico. Año 2003

Condición de actividad	Cobertura				TOTAL
	Si		No		
	Otra causa	Tumores	Otra causa	Tumores	
Ocupado	4,247 50.4%	2,154 68.0%	4,177 49.6%	1,014 32.0%	11,592
Desocupado	387 17.4%	193 32.0%	1,836 82.6%	410 68.0%	2,826
Inactivo	5,427 54.4%	2,451 57.6%	4,552 45.6%	1,807 42.4%	14,237
TOTAL	10,061 48.8%	4,798 59.8%	10,565 51.2%	3,231 40.2%	28,655

Fuente: Elaboración propia en base a las Estadísticas Vitales de Argentina- MSAL

Nota: Se consideran con cobertura únicamente a todas aquellas personas entre 15 y 64 años de edad inclusive, que al momento del fallecimiento contaban con cobertura formal única o con doble afiliación (Obra Social y seguro privado)

A continuación se presentan los Cuadros 3.8 (a) a (c) que muestran la distribución geográfica de los fallecimientos por SIDA, tuberculosis y tumores desagregados por cobertura de salud para el período completo 2001-2003. Se observa que las tres causas de muerte se concentran, por un factor de escala poblacional, en las regiones Metropolitana y Pampeana. En el caso de las defunciones por SIDA, la región Metropolitana es la que registra el mayor porcentaje sobre el total de muertes debidas a esta enfermedad (64.3%), siendo la Ciudad de Buenos Aires, al interior de esta zona la que presenta el 60.4% de los casos ocurridos. Para el caso de la tuberculosis, si bien la región Metropolitana es también la que acumula la mayor cantidad de casos sobre el total (26.1%), el Gran Buenos Aires concentra el 60% de los fallecimientos al interior de la región. Finalmente, el tercer grupo conformado por las muertes a causa de tumores se concentran en la región Pampeana con el 39.6% de los registros totales. Dentro de esta región, la provincia de Buenos Aires es responsable del 41.7% del total de esta zona.

De las tres causas de muerte analizadas, aquellas debidas a la tuberculosis son las que presentan la menor dispersión entre regiones. Si bien el área Metropolitana nuclea la mayor cantidad de casos (26.1%), seguidamente se ubican la zona del NEA, la región Pampeana y el NOA a sólo 3.5, 3.7 y 6.6

puntos porcentuales de diferencia, respectivamente. En el caso de los fallecimientos a causa del SIDA las diferencias interregionales respecto de Metropolitana superan los 60 puntos de diferencia, a excepción de la región Pampeana. Para el caso de las muertes asociadas a tumores, estas diferencias casi superan los 30 puntos porcentuales. Desde esta perspectiva, se observa cierta similitud entre la enfermedad del SIDA y las asociadas a tumores. Sin embargo, el análisis de los datos a partir de la existencia de cobertura formal de salud se revierte y, las defunciones a causa del SIDA se asemejan a las ocurridas por tuberculosis. Esto es así, debido a que para el caso del SIDA, de los 4.324 registros totales, el 20% de los casos no contaban con seguro social mientras que en el caso de la tuberculosis, este porcentaje asciende a 38.4%. Este perfil resulta diferente al de las defunciones asociadas a tumores, donde de las 59.973 muertes ocurridas, el 25.6% corresponden a personas que contaban con algún tipo de cobertura formal³⁸.

Cuadro 3.8 (a): Fallecimientos por SIDA según región geográfica, provincia y cobertura de salud. Período 2001/2003

Región	Provincia	Cobertura (1)			Total
		No	Si	NS/NR	
Metropolitana	Ciudad de Buenos Aires	244	102	1,332	1,678
	Gran Buenos Aires	0	0	1,101	1,101
	Subtotal	244	102	2,433	2,779
Pampeana	Buenos Aires	0	0	545	545
	Córdoba	104	47	9	160
	Entre Ríos	26	6	21	53
	La Pampa	1	4	0	5
	Santa Fé	169	57	28	254
	Subtotal	300	114	603	1,017
NOA	Catamarca	8	0	4	12
	Jujuy	23	13	10	33
	La Rioja	4	1	0	4
	Salta	65	8	14	79
	Santiago del Estero	9	2	0	9
	Tucumán	11	9	27	38
Subtotal	120	33	55	175	
NEA	Chaco	7	2	18	27
	Corrientes	10	2	19	31
	Formosa	8	6	1	15
	Misiones	29	12	19	60
Subtotal	54	22	57	133	
Cuyo	Mendoza	49	20	1	70
	San Juan	20	5	2	27
	San Luis	6	0	4	10
Subtotal	75	25	7	107	
Patagonia	Chubut	23	17	1	41
	Neuquén	19	8	5	32
	Río Negro	15	2	4	21
	Santa Cruz	8	4	0	12
	Tierra del Fuego	5	1	1	7
Subtotal	70	32	11	113	
Total País		863	328	3,166	4,324

Fuente: Elaboración propia en base a las Estadísticas Vitales de Argentina- MSAL

Nota: (1) Se consideran con cobertura únicamente a todas aquellas personas entre 15 y 64 años de edad inclusive, que al momento del fallecimiento contaban con cobertura formal única o con doble afiliación (Obra Social y seguro privado)

³⁸ Cabe señalar la falta de información asociada a la existencia de cobertura de salud en la base de datos, éste grupo representa el 72.3% para el caso de los fallecimientos a causa del SIDA y, el 50% y el 56% en los casos de tuberculosis y tumores, respectivamente. Por otra parte no se cuenta con la información acerca de cobertura de salud para la provincia de Buenos Aires dado que en el año 2001 tuvo lugar un cambio en la metodología de registro a este respecto. La provincia de Buenos Aires continuó empleando los formularios anteriores por lo que no es posible conocer la cobertura al momento del fallecimiento.

Cuadro 3.8 (b): Fallecimientos por Tuberculosis según región geográfica, provincia y cobertura de salud. Período 2001/2003

Región	Provincia	Cobertura (1)			Total
		No	Si	NS/NR	
Metropolitana	Ciudad de Buenos Air	18	8	98	124
	Gran Buenos Aires (2)	0	0	185	185
	Subtotal	18	8	283	309
Pampeana	Buenos Aires	0	0	120	120
	Córdoba	21	9	3	33
	Entre Ríos	18	5	19	42
	La Pampa	0	1	0	1
	Santa Fé	36	17	16	69
	Subtotal	75	32	158	265
NOA	Catamarca	2	1	0	3
	Jujuy	40	20	10	70
	La Rioja	2	0	0	2
	Salta	61	14	24	99
	Santiago del Estero	13	6	1	20
	Tucumán	12	10	15	37
Subtotal	130	51	50	231	
NEA	Chaco	66	6	29	101
	Corrientes	33	3	26	62
	Formosa	41	12	10	63
	Misiones	24	1	17	42
	Subtotal	164	22	82	268
Cuyo	Mendoza	29	7	2	38
	San Juan	10	4	4	18
	San Luis	3	1	1	5
	Subtotal	42	12	7	61
Patagonia	Chubut	7	3	0	10
	Neuquén	5	2	3	10
	Río Negro	9	2	7	18
	Santa Cruz	4	6	1	11
	Tierra del Fuego	1	0	1	2
	Subtotal	26	13	12	51
Total País		455	138	592	1,185

Fuente: Elaboración propia en base a las Estadísticas Vitales de Argentina- MSAL

Nota: (1) Se consideran con cobertura unicamente a todas aquellas personas entre 15 y 64 años de edad inclusive, que al momento del fallecimiento contaban con cobertura formal única o con doble afiliación (Obra Social y seguro privado) aquellos individuos con doble afiliacion (OS y seguro privado)

Cuadro 3.8 (c): Fallecimientos por Tumores según región geográfica, provincia y cobertura de salud. Período 2001/2003

Región	Provincia	Cobertura (1)			Total
		No	Si	NS/NR	
Metropolitana	Ciudad de Buenos Aires	499	2,227	7,155	9,881
	Gran Buenos Aires	0	0	11,086	11,086
	Subtotal	499	2,227	18,241	20,967
Pampeana	Buenos Aires	0	0	9,898	9,898
	Córdoba	2,147	2,722	508	5,377
	Entre Ríos	640	808	758	2,206
	La Pampa	204	345	0	549
	Santa Fé	1,693	3,044	994	5,731
	Subtotal	4,684	6,919	12,158	23,761
NOA	Catamarca	95	157	56	308
	Jujuy	237	287	106	630
	La Rioja	92	202	1	295
	Salta	511	481	201	1,193
	Santiago del Estero	312	309	93	714
	Tucumán	155	539	727	1,421
	Subtotal	1,402	1,975	1,184	4,561
NEA	Chaco	513	322	675	1,510
	Corrientes	376	396	542	1,314
	Formosa	295	236	71	602
	Misiones	428	382	286	1,096
	Subtotal	1,612	1,336	1,574	4,522
Cuyo	Mendoza	1,057	1,077	85	2,219
	San Juan	348	449	118	915
	San Luis	197	191	134	522
	Subtotal	1,602	1,717	337	3,656
Patagonia	Chubut	285	390	4	679
	Neuquén	230	304	147	681
	Río Negro	286	315	169	770
	Santa Cruz	92	116	63	271
	Tierra del Fuego	32	45	28	105
Subtotal	925	1,170	411	2,506	
Total País		10,724	15,344	33,905	59,973

Fuente: Elaboración propia en base a las Estadísticas Vitales de Argentina- MSAL

Nota: (1) Se consideran con cobertura únicamente a todas aquellas personas entre 15 y 64 años de edad inclusive, que al momento del fallecimiento contaban con cobertura formal única o con doble afiliación (Obra Social y seguro privado) aquellos individuos con doble afiliación (OS y seguro privado)

En base a la información que las Estadísticas Vitales presentan acerca del nivel educativo de las personas fallecidas, a continuación se replica el análisis anterior por región geográfica, desagregando por máximo nivel educacional alcanzado. Los datos agrupan la información para el acumulado del período bajo análisis. La variable educación, en este caso, se emplea como una aproximación al nivel de ingreso en un intento de abordar y analizar a la enfermedad del SIDA desde esta perspectiva. Al igual que en el análisis por distribución geográfica, se observa que las muertes por SIDA presentan un perfil similar a los fallecimientos por tumores. De la lectura de las últimas filas de los Cuadros 3.9 (a) a (c), la mayoría de las personas fallecidas por SIDA en los años comprendidos entre 2001 y 2003, contaban con un nivel promedio de educación bajo, dado que el mayor porcentaje se concentra en el nivel "primario completo", alcanzando el 58.7% de los casos totales. Este mismo perfil se presenta en el caso de las defunciones debidas a tumores donde el 52% de los casos se ubican en idéntica categoría. En el caso de las muertes asociadas a tuberculosis, aproximadamente el 50% de ellas carecía de todo tipo de educación formal, denotando el carácter de enfermedad asociada a la pobreza.

A modo de conclusión y, en función de la información sobre las Estadísticas Vitales de la Argentina entre 2001-2003, el análisis realizado de la enfermedad en comparación con las otras causas de

muerte muestra que, desde el punto de vista de la condición de actividad y cobertura formal, el fenómeno de exclusión del mercado laboral de las personas infectadas por VIH no parece constituir una conducta estadísticamente identificable. El número de personas ocupadas con cobertura formal durante el período 2001-2003 se incrementó, pese al aumento en la flexibilización del mercado laboral. Al realizar el análisis comparado de las muertes por SIDA respecto de las personas que perecieron a causa de tuberculosis y de tumores, se observa que el grupo poblacional objetivo presenta un comportamiento similar al primero de ellos, limitando la hipótesis de discriminación laboral, es decir no pareciendo existir diferencias entre ambos en lo referente a la inserción en el mercado de trabajo.

Del mismo modo, el abordaje desde la cobertura de salud muestra que el conjunto de individuos fallecidos a causa del SIDA se asimila a la distribución de los casos de tuberculosis, dado que sólo el 7.6% de los fallecimientos registrados contaban con seguro social al momento de la muerte. La situación se revierte en el caso del grupo poblacional cuya causa de defunción responde a tumores, de los cuales el 26% disponía de algún tipo de cobertura de salud.

Se deduce que el SIDA se asemeja a condiciones de vida que estarían indicando niveles de precariedad o exclusión social. Complementariamente, el análisis por distribución geográfica muestra que esta enfermedad cuenta con mayor amplitud de desarrollo en función de los distintos escenarios geográficos del país. Sin embargo, y en todos ellos existe mayor similitud entre las muertes por SIDA y aquellas debidas a tuberculosis. En el análisis comparado por nivel de educación, no obstante, persisten las diferencias regionales aunque con algún tenue alineamiento entre muertes por SIDA y tumores. En contraste, los fallecimientos a causa de la tuberculosis presentan características diferentes, mayoritariamente correspondientes a individuos sin estudios, cuya distribución geográfica resulta más pareja entre regiones afectando en mayor medida a las zonas más pobres del país.

Cuadro 3.9 (a): Muertes por SIDA según nivel educativo y región geográfica, desagregado por provincia. Período 2001-2003

Región	Provincia	Sin estudios*	Primario completo	Secundario incompleto	Secundario completo y más	TOTAL
Metropolitana	Ciudad Bs As	106	410	63	110	689
		15,4%	59,5%	9,1%	16,0%	100,0%
	Gran Buenos	83	419	54	44	600
		13,8%	69,8%	9,0%	7,3%	100,0%
	Subtotal	189	829	117	154	1.289
		14,7%	64,3%	9,1%	11,9%	100,0%
Pampeana	Buenos Aires	42	173	29	30	274
		15,3%	63,1%	10,6%	10,9%	100,0%
	Córdoba	17	53	30	53	153
		11,1%	34,6%	19,6%	34,6%	100,0%
	Entre Ríos	5	15	2	6	28
		17,9%	53,6%	7,1%	21,4%	100,0%
	La Pampa	1	3	0	0	4
		25,0%	75,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Santa Fé	43	113	19	37	212
		20,3%	53,3%	9,0%	17,5%	100,0%
	Subtotal	108	357	80	126	671
		16,1%	53,2%	11,9%	18,8%	100,0%
	NOA	17	39	30	37	123
		13,8%	31,7%	24,4%	30,1%	100,0%
	NEA	16	26	7	12	61
		26,2%	42,6%	11,5%	19,7%	100,0%
	Cuyo	9	54	15	23	101
		8,9%	53,5%	14,9%	22,8%	100,0%
	Patagonia	11	40	20	22	93
		11,8%	43,0%	21,5%	23,7%	100,0%
	TOTAL	350	1.345	269	374	2.338
		15,0%	57,5%	11,5%	16,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a las Estadísticas Vitales de Argentina- MSAL

Notas: (1) Sólo se tomaron en consideración aquellas personas fallecidas entre 15 y 64 años (PEA)

(2) Las categorías educativas han sido reagrupadas de la siguiente manera:

Los ciclos EGB (1 y 2) incompletos se asimilaron a primaria incompleta

Los ciclos EGB (1 y 2) completos se aruparon bajo la categoría primaria completa

Los ciclos EGB 3 y polimodal incompletos se asimilaron a secundaria incompleta

* La categoría sin estudios incluye a todas aquellas personas que nunca asistieron a un establecimiento educativo como así también aquellos que sólo poseen primaria incompleta.

Cuadro 3.9 (b): Muertes por Tuberculosis según nivel educativo y región geográfica, desagregado por provincia. Período 2001-2003

Región	Provincia	Sin estudios	Primario completo	Secundario incompleto	Secundario completo y más	TOTAL
Metropolitana	CABA	11	27	6	5	49
		22,4%	55,1%	12,2%	10,2%	100,0%
	Gran Buenos Aires	24	67	4	1	96
		25,0%	69,8%	4,2%	1,0%	100,0%
	Subtotal	35	94	10	6	145
		24,1%	64,8%	6,9%	4,1%	100,0%
Pampeana	Buenos Aires	17	33	5	3	58
		29,3%	56,9%	8,6%	5,2%	100,0%
	Córdoba	16	9	1	2	28
		57,1%	32,1%	3,6%	7,1%	100,0%
	Entre Ríos	15	9	2	1	27
		55,6%	33,3%	7,4%	3,7%	100,0%
	La Pampa	0	1	0	0	1
		0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Santa Fé	24	34	2	0	60
		40,0%	56,7%	3,3%	0,0%	100,0%
Subtotal	72	86	10	6	174	
		41,4%	49,4%	5,7%	3,4%	100,0%
NOA	72	51	8	12	143	
	50,3%	35,7%	5,6%	8,4%	100,0%	
NEA	134	35	5	6	180	
	74,4%	19,4%	2,8%	3,3%	100,0%	
Cuyo	23	27	3	1	54	
	42,6%	50,0%	5,6%	1,9%	100,0%	
Patagonia	17	11	1	9	38	
	44,7%	28,9%	2,6%	23,7%	100,0%	
TOTAL	353	304	37	40	734	
		48,1%	41,4%	5,0%	5,4%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a las Estadísticas Vitales de Argentina- MSAL

Notas: (1) Sólo se tomaron en consideración aquellas personas fallecidas entre 15 y 64 años (PEA)

(2) Las categorías educativas han sido reagrupadas de la siguiente manera:

Los ciclos EGB (1 y 2) incompletos se asimilaron a primaria incompleta.

Los ciclos EGB (1 y 2) completos se agruparon bajo la categoría primaria completa.

Los ciclos EGB 3 y polimodal incompletos se asimilaron a secundaria incompleta.

* La categoría sin estudios incluye a todas aquellas personas que nunca asistieron a un establecimiento educativo o con primaria incompleta.

Cuadro 3.9 (c): Muertes por Tumores según nivel educativo y región geográfica, desagregado por provincia. Período 2001-2003

Región	Provincia	Sin estudios	Primario completo	Secundario incompleto	Secundario completo y más	TOTAL
Metropolitana	CABA	312	1.396	226	1.397	3.331
		9,4%	41,9%	6,8%	41,9%	100,0%
	Gran Buenos	837	4.585	493	756	6.671
		12,5%	68,7%	7,4%	11,3%	100,0%
	Subtotal	1.149	5.981	719	2.153	10.002
		11,5%	59,8%	7,2%	21,5%	100,0%
Pampeana	Buenos Aires	720	3.879	338	1.039	5.976
		12,0%	64,9%	5,7%	17,4%	100,0%
	Córdoba	1.047	1.912	485	1.370	4.814
		21,7%	39,7%	10,1%	28,5%	100,0%
	Entre Ríos	327	666	52	331	1.376
		23,8%	48,4%	3,8%	24,1%	100,0%
	La Pampa	90	320	18	75	503
		17,9%	63,6%	3,6%	14,9%	100,0%
	Santa Fé	859	2.820	198	1.236	5.113
		16,8%	55,2%	3,9%	24,2%	100,0%
Subtotal	3.043	9.597	1.091	4.051	17.782	
	17,1%	54,0%	6,1%	22,8%	100,0%	
NOA		748	1.060	290	722	2.820
		26,5%	37,6%	10,3%	25,6%	100,0%
NEA		1.074	806	163	346	2.389
		45,0%	33,7%	6,8%	14,5%	100,0%
Cuyo		754	1.664	310	804	3.532
		21,3%	47,1%	8,8%	22,8%	100,0%
Patagonia		468	895	184	406	1.953
		24,0%	45,8%	9,4%	20,8%	100,0%
TOTAL		7.236	20.003	2.757	8.482	38.478
		18,8%	52,0%	7,2%	22,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a las Estadísticas Vitales de Argentina- MSAL

Notas: (1) Sólo se tomaron en consideración aquellas personas fallecidas entre 15 y 64 años (PEA)

(2) Las categorías educativas han sido reagrupadas de la siguiente manera:

Los ciclos EGB (1 y 2) incompletos se asimilaron a primaria incompleta.

Los ciclos EBG (1 y 2) completos se agruparon bajo la categoría primaria completa.

Los ciclos EBG 3 y polimodal incompletos se asimilaron a secundaria incompleta.

* La categoría sin estudios incluye a todas aquellas personas que nunca asistieron a un establecimiento educativo o con primaria incompleta.

3.1.3- Línea 0800-Pregunte SIDA

De todas las bases de datos disponibles sobre el tópico bajo estudio, la información brindada por la Línea 0-800-Pregunte SIDA resulta ser la más específica, en tanto proviene del sistema de registro de llamadas del programa nacional. La misma asienta y categoriza por diversas causas recibidas telefónicamente, dentro de las cuales las temáticas relacionadas al ámbito laboral encuentran un espacio.

Este instrumento de análisis permite conocer el motivo de la denuncia, la residencia, nivel educativo, categoría ocupacional, género y edad de las personas que se comunican diariamente con este servicio gratuito del Ministerio de Salud. Dada la alta frecuencia de llamados diarios de esta línea telefónica, se decidió restringir los datos al período enero 2002-junio 2004, dando lugar a una base de 1.549 observaciones.

La fuente original fue reclasificada de tal modo que cada una de las observaciones fue incluida en alguna de las veinte categorías creadas para los motivos de llamadas. El Cuadro 3.8 presentado a continuación muestra la frecuencia de las llamadas por tipo de consulta, ordenados de mayor a menor.

De esta muestra seleccionada de casi 1.600 casos, la categoría “Búsqueda de información” constituye el motivo de mayor frecuencia. Éste agrupa todos aquellos casos en los cuales el motivo de llamadas es por asesoramiento académico, búsqueda de información sobre documentos de trabajo. Esta categoría representa el 21% de los casos.

Los llamados que han podido ser clasificados como denuncias por testeo en exámenes pre-ocupacionales se ubican en el puesto 15 de la lista presentada, con un total de 18 llamadas que se traducen en un 1.2% de la base. Este hecho da cuenta de la limitada relevancia estadística del fenómeno bajo estudio, en tanto este porcentaje corresponde al acumulado de llamadas en un período de dos años y medio. Otras categorías que se relacionan directa o indirectamente con el tópico de estudio están dadas por el desconocimiento de la legislación sobre VIH/SIDA, discriminación laboral, testeo ocupacional y desconocimiento acerca de las obligaciones de las obras sociales. Sin embargo, estas cuatro clasificaciones tomadas en conjunto no superan el 10% de la bases.

Cuadro 3.10: Llamadas telefónicas por tópico

Tópicos	Cantidad	%
Búsqueda de información	324	20.9%
Otros	214	13.8%
Remediar	120	7.7%
Agradecimientos	115	7.4%
Preguntas sobre vías de transmisión y/o por exposición a	111	7.2%
Beca	84	5.4%
Legislación anti-tabaco	81	5.2%
Ayuda asistencial	76	4.9%
Desconocimiento legislación HIV *	75	4.8%
Adicción a fumar	61	3.9%
Dirección de internet	57	3.7%
Acción comunitaria	57	3.7%
Discriminación laboral *	47	3.0%
Denuncias	32	2.1%
Accidente de trabajo	24	1.5%
Test pre-ocupacional *	18	1.2%
Preguntas sobre lugares y/o métodos de testeo voluntario	19	1.2%
Test ocupacional *	14	0.9%
Desconocimiento legislación Obra Social	11	0.7%
Genéricos	5	0.3%
Discriminación social *	4	0.3%
TOTAL	1,549	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a llamados 0800-Pregunte SIDA

Tomando las categorías asociadas, enunciadas anteriormente y señaladas con (*), en el Cuadro 3.11 expuesto a continuación se muestra que para el total de las categorías mencionadas, la edad promedio de las personas infectadas oscila entre los 24 y 35 años, siendo las mujeres en tres de los casos mencionados marginalmente más jóvenes que los hombres (no superan los 30 años de edad).

Las denuncias recibidas por testeo preocupacional resultan ser homogéneas entre ambos sexos, no siendo este el caso de los testeos ocupacionales: de las 14 llamadas por este motivo, el 71.4% las mismas fueron realizadas por mujeres. Esta distribución por género se revierte en el caso de los llamados efectuados por razones de discriminación laboral dado que de los 47 registros, 30 fueron realizadas por hombre y sólo 13 por mujeres.

El Cuadro 3.12 replica el análisis anterior desagregando la información por nivel educativo. De la lectura de los datos se observa que, ratificando las conclusiones extraídas al analizar la base de datos de las Estadísticas Vitales, en cuatro de las cinco categorías el nivel educativo "Secundario completo" es el que registra los mayores porcentajes por motivo de consulta. En el caso de las llamadas por testeos preocupacionales, esta categoría educativa agrupa al 39% de los casos, es decir 7 registros sobre un total de 18.

Cuadro 3.11: Motivos de llamadas por categoría ocupacional y género

Motivo de llamada	Categoría ocupacional	Género			Total
		Mujer	Hombre	Sin información	
Discriminación laboral	Cuenta propia	0	1	0	1
	Docente	1	0	0	1
	Empleado	7	6	0	13
	Estudiante	2	3	0	5
	Sin información	3	20	4	27
	Total	13	30	4	47
	Edad promedio	35 años	35 años	35 años
Discriminación social	Empleado	1	0	1	2
	Estudiante	2	0	0	2
	Total	3	0	1	4
	Edad promedio	24 años
Desconocimiento legislación laboral HIV	Ama de casa	2	0	0	2
	Docente	1	0	0	1
	Empleado	10	18	0	28
	Estudiante	7	4	0	11
	Jubilado y/o pensionado	1	0	0	1
	Privados de la libertad	1	0	0	1
	Sin información	17	8	6	31
Total	39	30	6	75	
	Edad promedio	27 años	32 años	30 años
Test ocupacional	Ama de casa	2	0	0	2
	Empleado	4	2	0	6
	Estudiante	3	0	0	3
	Trabajadores de lsexo	0	1	0	1
	Sin información	1	0	1	2
	Total	10	3	1	14
	Edad promedio	28 años	31 años	30 años
Test pre-ocupacional	Cuenta propia	1	0	0	1
	Empleado	1	1	0	2
	Estudiante	2	2	0	4
	Sin información	3	6	2	11
	Total	7	9	2	18
	Edad promedio	29 años	30 años	30 años
Total General		72	72	14	158

Fuente: Elaboración propia en base a llamados 0800-Pregunte SIDA

Cuadro 3.12: Motivos de llamadas por categoría ocupacional y género

Motivo de llamada	Nivel educativo	Género			Total
		Mujer	Hombre	Sin información	
Discriminación laboral	Primario completo	0	1	0	1
	Secundario incompleto	2	2	0	4
	Secundario completo	1	12	0	13
	Terciario incompleto	0	1	0	1
	Terciario completo	1	1	0	2
	Universitario incompleto	1	0	0	1
	Universitario completo	3	1	0	4
	Sin información	5	12	4	21
Total		13	30	4	47
Edad promedio		35 años	35 años	35 años
Discriminación social	Primario completo	0	0	1	1
	Secundario incompleto	2	0	0	2
	Universitario incompleto	1	0	0	1
	Sin información	0	0	0	0
	Total	3	0	1	4
Edad promedio	24 años	
Desconocimiento legislación laboral HIV	Primario incompleto	1	1	0	2
	Secundario incompleto	6	3	0	9
	Secundario completo	11	16	0	27
	Terciario incompleto	1	0	0	1
	Terciario completo	1	2	0	3
	Universitario incompleto	1	1	0	2
	Sin información	18	7	6	31
	Total	39	30	6	75
Edad promedio	27 años	32 años	30 años	
Test ocupacional	Primario completo	1	0	0	1
	Secundario incompleto	3	0	0	3
	Secundario completo	5	2	0	7
	Sin información	1	1	1	3
	Total	10	3	1	14
Edad promedio	28 años	31 años	30 años	
Test pre-ocupacional	Secundario incompleto	2	0	0	2
	Secundario completo	1	6	0	7
	Terciario incompleto	0	1	0	1
	Terciario completo	2	0	0	2
	Sin información	2	2	2	6
	Total	7	9	2	18
Edad promedio	29 años	30 años	30 años	
TOTAL GENERAL		72	72	14	158

Fuente: Elaboración propia en base a llamados 0800-Pregunte SIDA

Finalmente, el Cuadro 3.13 presenta la distribución de estas categorías según provincia. A excepción de la clasificación “Desconocimiento de la legislación de laboral VIH”, en todos los demás casos, más del 50% de las llamadas provienen de la Ciudad de Buenos Aires y de la provincia de Buenos Aires. En el caso de “Discriminación laboral” y “Test ocupacional”, estas dos jurisdicciones representan casi el 80% de los casos.

Cuadro 3.13: Motivos de llamadas por categoría ocupacional y provincia

Provincia	Discriminación laboral	Discriminación social	Desconocimiento legislación HIV laboral	Test ocupacional	Test pre-ocupacional	TOTAL
Buenos Aires	19 40.4%	0 0.0%	22 29.3%	8 57.1%	5 27.8%	54 34.2%
CABA	17 36.2%	1 25.0%	17 22.7%	3 21.4%	5 27.8%	43 27.2%
Chubut	1 2.1%	0 0.0%	2 2.7%	0 0.0%	0 0.0%	3 1.9%
Córdoba	1 2.1%	0 0.0%	3 4.0%	0 0.0%	2 11.1%	6 3.8%
Jujuy	0 0.0%	2 50.0%	1 1.3%	0 0.0%	0 0.0%	3 1.9%
La Rioja	1 2.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.6%
Mendoza	0 0.0%	1 25.0%	5 6.7%	1 7.1%	1 5.6%	8 5.1%
Misiones	0 0.0%	0 0.0%	1 1.3%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.6%
Neuquén	0 0.0%	0 0.0%	1 1.3%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.6%
Salta	0 0.0%	0 0.0%	1 1.3%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.6%
San Juan	1 2.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.6%
San Luis	1 2.1%	0 0.0%	2 2.7%	0 0.0%	0 0.0%	3 1.9%
Santa Cruz	0 0.0%	0 0.0%	1 1.3%	0 0.0%	1 5.6%	2 1.3%
Santa Fé	0 0.0%	0 0.0%	1 1.3%	1 7.1%	0 0.0%	2 1.3%
Tierra del Fuego	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.6%	1 0.6%
Tucumán	2 4.3%	0 0.0%	2 2.7%	0 0.0%	0 0.0%	4 2.5%
Sin información	4 8.5%	0 0.0%	16 21.3%	1 7.1%	3 16.7%	24 15.2%
TOTAL	47 100%	4 100%	75 100%	14 100%	18 100%	158 100%

Fuente: Elaboración propia en base a llamados 0800-Pregunte SIDA

El análisis de la base de datos de las llamadas recibidas en la línea 0800-Pregunte SIDA ratifica lo que del estudio de las demás fuentes de información se presumía acerca de la escasa relevancia del testeo forzoso de VIH en los exámenes preocupacionales. Un aspecto que resulta importante destacar es el hecho que dentro de las categorías relacionadas al ámbito laboral, el desconocimiento de la legislación es el rubro que agrupa la mayor cantidad de registros telefónicos. Ello podría influir en el peso relativo del rubro bajo análisis.

3.2.4- Análisis econométrico

Una vez realizado un análisis descriptivo de cada una de las bases de datos disponibles sobre la temática bajo estudio y, en un intento de identificar las variables que permitan, corrigiendo por perfil socio-demográfico brindar indicios sobre la presunción de discriminación en el mundo laboral a causa del SIDA, se lleva a cabo en esta sección un ejercicio econométrico. El mismo procura medir la incidencia de cada una de las dimensiones estudiadas en los apartados anteriores en forma conjunta mediante una regresión probabilística que toma como insumo la base de datos de Estadísticas Vitales 2001-2003.

La variable dependiente es binaria, tomando valor uno (1) si la causa de muerte ha sido catalogada como SIDA y, cero (0) en caso contrario, dado el objeto de estudio, la muestra sobre la cual se realiza la regresión se circunscribe únicamente a la población económicamente activa (PEA), lo cual acota

las observaciones a un total de 235.122 individuos. Dentro del conjunto de las variables explicativas se encuentran:

- Casos cada 1000 habitantes: Variable continua que resulta de calcular el cociente de casos notificados de SIDA (proveniente de las publicaciones de los boletines informativos del Ministerio de Salud) entre la población de cada provincia para cada un de los años contemplados en la base. Permite corregir el fenómeno de escala asociado con las distintas tasas de incidencia de la enfermedad en cada jurisdicción.
- Variables por región: Se trata de cinco variables dicotómicas, una por región, a excepción del área Metropolitana que es tomada como área pivote.
- Educación formal: Variable binaria que toma valor cero (0) si el nivel educativo de las personas abarca las categorías “Sin estudios”, “Primario incompleto” y “Primario completo”; en todos los demás casos esta variable toma el valor uno (1).
- Ocupados con cobertura: Esta variable asigna la unidad (1) si el individuo cumple con dos condiciones en forma conjunta: haber tenido empleo al momento del fallecimiento y haber contado con algún tipo de cobertura de salud. De no cumplir con estas características, toma el valor cero (0).
- Género: También se trata de una variable dicotómica, cuya categoría base, con valor cero, es mujer.

El Cuadro 3.12 presentado a continuación resume los resultados hallados. Todas las variables escogidas resultan significativas al 99% de confianza, a excepción de la variable “Educación formal”.

Cuadro 3.12: Determinantes de muerte por SIDA

Pr(SIDA)	Coef.	Std. Err.
Casos c/1000 hab	5.2993	0.229
Región Pampeana	-0.8659	0.039
NOA	-1.2203	0.073
NEA	-1.4247	0.090
Cuyo	-1.2681	0.101
Patagonia	-0.9214	0.097
Educación formal	0.0384	0.033
Ocupados con cobertura	-0.5174	0.077
Género	0.4580	0.035
Constante	-3.9408	0.039
Número de observaciones= 235.122		
LR chi2(9) = 2274,12		
Prob > chi2 = 0.0000		

Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas Vitales del MSAL

La variable “Casos cada 1000 hab.” significativa y positiva, confirma lo observado anteriormente al analizarse la distribución geográfica de las defunciones: las áreas más densamente pobladas registran los mayores porcentajes de ocurrencia. Este fenómeno se ratifica al resultar las variables de región significativas y negativas.

La variable de género resulta significativa y con signo positivo reflejando una mayor probabilidad de ser hombre y fallecer por causa de la enfermedad.

Finalmente, el coeficiente de la variable “Ocupado y con cobertura” resulta negativo y significativo al 99% de confianza. Ello puede ser considerado desde dos perspectivas: la primera de ellas considera que una mayor cobertura permite al trabajador disminuir su probabilidad de fallecer por SIDA. Esto es, la presencia de algún tipo de protección social resulta efectiva, estableciendo una suerte de “barrera a la entrada” de la enfermedad. Alternativamente, la lectura de un coeficiente negativo en esta variable puede referir a que una menor cobertura refleja una limitación al enfermo de SIDA para insertarse en el mercado formal, que lo excluye. En este caso la “barrera a la entrada” es a la persona viviendo con VIH/SIDA, no a la enfermedad.

A fin de identificar la “barrera” efectiva, se recurre a calcular el total de fallecimientos totales ocurridos a causa del SIDA en el período 2001/2003 desagregando la información entre aquellos que contaban con cobertura de salud al momento de la defunción, asignando el valor uno (1) a todas las muertes por SIDA, como así también a todas las personas con seguro social. Este cálculo brinda un indicio de discriminación laboral que se corroboraría en el caso en el cual el porcentaje de fallecimientos por SIDA y sin cobertura resultara superior al de las defunciones por otras causas con seguro social. De verificarse el caso contrario, se rechaza la hipótesis de discriminación y, se apoya la de protección del seguro. En este análisis la existencia de cobertura se interpreta como una señal de pertenencia al mercado de trabajo formal.

A continuación se presentan en forma gráfica los resultados obtenidos a partir del cruce de ambas variables. La Figura 3.2 descarta la hipótesis de discriminación laboral dado que el porcentaje de muertes por SIDA con seguro social (1.84%) resulta ser muy inferior al presentado por el grupo de personas fallecidas por otras causas pero cubiertas (99.31%).

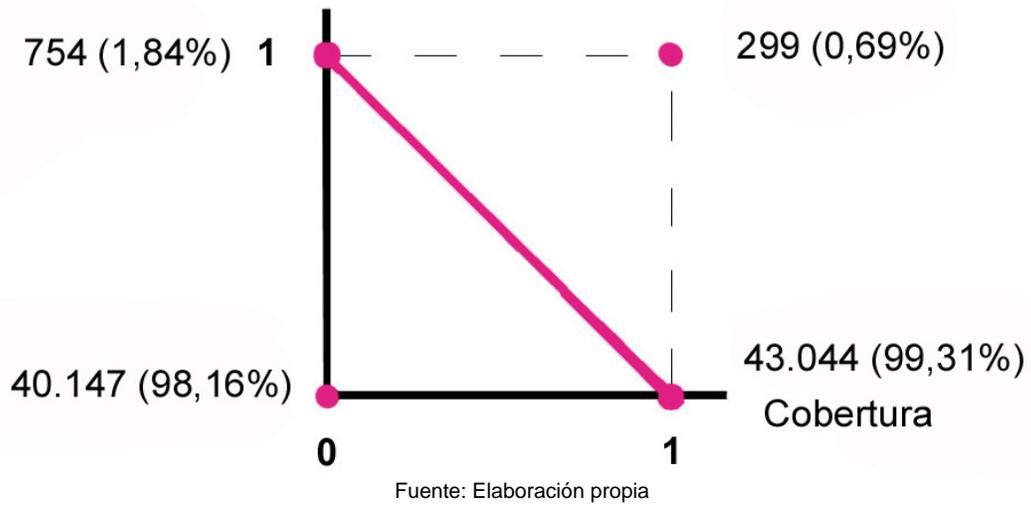
De este modo, la lectura del coeficiente del modelo logístico planteado ratifica los resultados hallados a partir de las estadísticas descriptivas del Hospital Muñiz, las Estadísticas Vitales y de la base de la línea 0800³⁹.

³⁹ Un modo alternativo considerado para estimar el testeo de VIH/SIDA en los exámenes preocupacionales es a través del mercado de reactivos para el VIH. El análisis por el lado de la oferta consiste en medir la brecha entre las ventas de reactivos (Elisa, Western Blot) y los test de VIH/SIDA voluntarios reportados por la Encuesta Anual de Hogares (EAH 2003) realizada por la Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (DGEyC-GCBA). La metodología planteada consiste en inferir que todo reactivo volcado al mercado que no se corresponda con un testeo voluntario del VIH, constituiría un testeo forzoso en el ámbito laboral.

Sin embargo, este enfoque de la oferta no carece de dificultades a la hora de la inferencia. La utilización de los reactivos durante el proceso de análisis bioquímico es compleja y heterogénea. La adquisición por parte de un laboratorio de, por ejemplo, 100 determinantes (reactivos) no equivale a idéntico número de resultados de VIH, por varios factores. En primer lugar, dependiendo del equipo utilizado para realizar el análisis, se necesita cierta cantidad de determinantes para calibrar el equipo antes de utilizarlo. La curva de calibración arroja un nivel o franja de corte que establece que por encima de él, los resultados son reactivos y por debajo no lo son. Ello condicionaría la tasa de utilización “neta”. En segundo lugar, es posible que los resultados recaigan sobre la franja de corte, indicando un resultado indeterminado, con lo que es necesario realizar nuevamente el test para la misma muestra de sangre. En tercer lugar, los reactivos tienen un período de efectividad: un desfazaje entre la demanda esperada y la efectiva de testeos de VIH puede provocar la pérdida de reactivos por volverse obsoletos. Un cuarto factor lo constituye la idiosincrasia de los profesionales bioquímicos acerca de la repetición del análisis por diversas causas ante un resultado indeterminado o ante la pérdida de la muestra sanguínea. Asimismo, el repetir el estudio de VIH debe considerar si ambos análisis usaron iguales insumos. En caso de obtener un resultado indeterminado bajo el test de Elisa, la reproducción del estudio se realiza con el mismo método. En cambio, si el resultado es reactivo, la reproducción es confirmatoria y se utiliza el test Western Blot.

Todos estos factores hacen que el total de las ventas de reactivos de VIH no sea una aproximación verificable de la cantidad total de personas testeadas: un resultado de VIH puede haber requerido la utilización de más de un reactivo, descartándose el intento de seguir esta línea de trabajo como otra forma de estimar el testeo forzoso de VIH en el mercado de trabajo.

Gráfico 3.1: Distribución de muertes por causa y cobertura



PARTE IV – CONCLUSIONES

A partir de la investigación, se concluye que desde el punto de vista de la legislación argentina no existe un vacío legal frente al VIH/SIDA y sus múltiples aristas. Más aún, la normativa local es ampliamente consistente con los tratados y pactos internacionales en materia de derechos humanos, protección de los trabajadores infectados con el VIH/SIDA y estrategias de prevención y tratamiento.

Sin embargo, la legislación sobre SIDA en el país muestra ciertas ambigüedades en relación al testeo de VIH/SIDA, que ameritan revisión. En este sentido, la ley nacional debería aclarar que la obtención del consentimiento escrito para la inclusión del test de VIH en los exámenes médicos preocupacionales no invalida la prohibición de los testeos de HIV obligatorios en el entorno laboral. El modo más obvio de hacerlo sería incorporando una cláusula expresa en la Ley de SIDA, que prohíba el testeo de aplicantes a un empleo, aún con su consentimiento escrito, o emitiendo una regulación para eso bajo la ley. Otra forma de realizarlo sería aclarando que el consentimiento escrito obtenido en tales circunstancias no alcanza al consentimiento libre e informado, requisito presente en la actual Ley de SIDA.

En relación a la legislación, resulta necesario especificar que si bien es importante que la Argentina haya sido uno de los primeros países en adoptar una ley sobre HIV/SIDA, los aprendizajes desde su sanción en 1990, deben ser incorporados. La misma tendría que ser ajustada a las particularidades y necesidades locales, contando con mayor especificidad y mejor adaptación a la epidemia y a las circunstancias del país, registrando e incluyendo aquellos nuevos aspectos no presentes quince años atrás.

Por otro lado, el mercado de trabajo caracterizado por una creciente informalidad en el empleo disminuye la probabilidad de discriminar, independientemente de la intencionalidad, en tanto las posibilidades de existencia del testeo de VIH/SIDA se ven reducidas.

La información a través de la educación, y el desarrollo de nuevas tecnologías para el tratamiento de los infectados que permitan proporcionales una mejor calidad de vida, constituyen mecanismos que reducen la probabilidad de discriminación, así como de la propagación del virus en la población.

La política pública también aborda esta problemática, tanto a nivel nacional (PNS) como provincial (Coordinación SIDA, en el caso de la Ciudad de Buenos Aires). El sistema de salud argentino, a través de sus tres subsectores (público, seguridad social y privado) se dedica a la prevención y asistencia de todas las personas viviendo con VIH/SIDA, existiendo legislación específica que define los deberes de cada uno de ellos. La mayoría de las personas viviendo con VIH/SIDA bajo tratamiento en el país (84%) se encuentra con cobertura del PNS, que provee la medicación antirretroviral y los estudios de carga viral.

El PNS se encarga tanto de la parte asistencial, con el objetivo de mejorar el acceso de la población a los medicamentos contra el VIH, como así también del aspecto preventivo, mediante el desarrollo de una campaña masiva, la entrega de materiales y una línea telefónica (la línea 0800-3333-444) abierta a la población para consultas de todo tipo.

Ante un esquema de flexibilidad en el mercado laboral las posibilidades de discriminación mediante la realización de testeos preocupacionales se verían naturalmente reducidas. Ello no implicaría la presencia de otros modos de discriminación en el lugar de trabajo hacia los portadores de HIV. Asimismo, los avances científicos disminuyen los costos asociados con la enfermedad, tanto individual como socialmente y, en especial en las relaciones laborales. Del mismo modo, la acción del Estado cumple un triple papel en este escenario: proveyendo los mecanismos de regulación y control para garantizar la igualdad ante la ley, asegurando el financiamiento para facilitar el acceso a los

servicios para el tratamiento a las personas con VIH/SIDA y, difundiendo información que extinga el virus de la discriminación.

La intención de discriminar por parte de un empleador puede tener sus orígenes en factores económicos, en la falta de *enforcement* de las normas legales, en la limitación en el acceso o procesamiento de la información difundida sobre el particular y/o en el estigma que acarrea la enfermedad. La intencionalidad de discriminar relacionada con factores económicos o financieros se ve reducida por una cuestión de posibilidad (flexibilidad del empleo) y de necesidad financiera (quién cubre el costo de la enfermedad).

En este sentido la política pública asistencialista es quien cubre el costo de la enfermedad, la que ocurre a través de la provisión de tratamiento. Esa misma tecnología aplicada al tratamiento de las personas viviendo con VIH/SIDA es la que, reduciendo los días perdidos de trabajo, equipara la potencial caída de producción asociada con el ausentismo por VIH/SIDA al de otra enfermedad crónica.

La intencionalidad de discriminar también se ve acotada por la percepción de riesgo del empleador de ser penalizado. Esto se relaciona por un lado, con la capacidad de *enforcement* del Estado y por otro, con la existencia de información asimétrica involucrada en el testeo forzoso oculto.

El estigma y la discriminación relacionada con el VIH/SIDA continúan siendo un importante obstáculo en todo el mundo, que impide prevenir nuevas infecciones, aliviar el impacto de la enfermedad y proporcionar asistencia, tratamiento y apoyo adecuados. Para avanzar en la lucha contra el estigma y la discriminación relacionados con esta enfermedad, es necesario realizar cambios amplios y duraderos en las actitudes y en los valores sociales. En este sentido, las campañas no solamente del Estado Nacional sino globales, en términos de las características de la enfermedad, las probabilidades de contagio y la capacidad social de tratamiento cumplen un papel informativo y fomenta la participación social.

A modo de recomendación, y como medio para combatir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA en el mundo del trabajo, también resulta relevante considerar la posibilidad de adaptar y aplicar en el país una herramienta útil y práctica que ya se utiliza con éxito en Tailandia. Esta propuesta innovadora consiste en generar incentivos en las compañías para adoptar políticas y programas que permitan reducir el estigma y la discriminación, así como también responder a las necesidades de información y servicios de los trabajadores. La Thailand Business Coalition on AIDS⁴⁰ (TBCA) creó las certificaciones ASO (AIDS-response Standard Organization),⁴¹ en base al Repertorio de Recomendaciones de la OIT, entre ellas el fomento del trabajo de quienes tengan VIH/SIDA mientras sean médicamente aptos para desempeñar tareas. De este modo, más de mil empresas tailandesas cuentan con estas certificaciones anuales, que exigen el cumplimiento de ciertos requisitos para la obtención de alguna de sus dos categorías: plata y oro. La certificación de plata implica contar con una política en contra del testeo forzoso, brindar información básica a sus empleados, no despedir a las personas infectadas con VIH, entre otros aspectos, mientras que la de oro requiere cumplir incluso con más exigencias. Ello posibilitaría no sólo generar una "cultura" de la no discriminación, sino que permitirá acceder a la confección de una base de información para el análisis y evaluación de la propia política.

En resumen, y a partir de las bases de datos analizadas se observa que la discriminación preocupacional por VIH/SIDA no es un tema estadísticamente significativo. Sin embargo, ello no refiere a la inexistencia del fenómeno: de las entrevistas realizadas para este estudio se deduce que el testeo forzoso, visible u oculto ocurre en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. Asimismo es

⁴⁰ En español: Coalición Empresarial Tailandesa sobre el SIDA.

⁴¹ En español: Organización Estandarizada de respuesta al SIDA.

necesario tener en cuenta las limitaciones con las cuales se desarrolló la investigación a causa de las debilidades en la información existente.

Uno de los pilares de la investigación que se vio limitado fue el análisis cualitativo a través de las encuestas. En este sentido, los resultados mostraron en general la falta de cooperación y de incentivos (incluso de los damnificados) a responder los cuestionarios. Quizás esto se debió al método autoadministrado elegido para llevar a cabo el instrumento.

Por su parte, los registros del Hospital Muñiz mostraron la falta de información acerca de variables socioeconómicas, la cual limitó la capacidad del estudio de causalidad entre exclusión y VIH/SIDA. La línea 0800 tampoco escapa a ciertas debilidades, como por ejemplo la inclusión de otros programas sociales en la misma base de datos, evidenciando una falta de focalización del programa, como así también la ausencia de un cuestionario más amplio y detallado que permita inferir la discriminación por VIH/SIDA.

Para el caso de la base de Estadísticas Vitales, no se contó con información de cobertura formal de salud sobre la provincia de Buenos Aires, que es precisamente una de las jurisdicciones con mayor concentración de fallecimientos. En dicha base se observaron distintos patrones entre regiones lo cual puede ser el producto de diversos factores, entre ellos: la composición de los sistemas de salud, del funcionamiento de los programas especiales en cada provincia, del *enforcement* y coordinación de estrategias entre los programas nacionales y su implementación en las provincias, diferencias en los patrones del mercado de trabajo y factores socioculturales.

Lo anterior abre el debate para una eventual línea de acción concreta encaminada a sistematizar y ampliar las estadísticas relevadas por las instituciones públicas, ya sea en el ámbito nacional provincial o municipal.

BIBLIOGRAFÍA

- Busza, J. (1999), "Literature review: Challenging HIV-Related Stigma and Discrimination in Southeast Asia: Past Successes and Future Priorities", Horizons Program, The Population Council, Washington, DC.
- Cahn, P., Bloch, C. y Weller, S. (1999), "El sida en Argentina. Epidemiología, subjetividad y ética social", Arketypo, Buenos Aires.
- Campaña Mundial contra el SIDA 2002-2003, Vive y deja vivir, Nota documental sobre la estrategia.
- Castro, Juan Francisco (2003), "Discriminación en las relaciones laborales. Algunos casos particulares", Chile.
- Consejo Internacional de Enfermeras (2003), "Las enfermeras al cuidado de todos, contra el estigma del SIDA", Ginebra.
- De Bruyn, T. (1999), "HIV and Discrimination: A discussion paper", Canadian HIV/AIDS Legal Network - Canadian AIDS Society, Canada.
- De Bruyn, T. (1999), Info Sheet 2, HIV/AIDS and Discrimination, Canadian HIV/AIDS Legal Networks, (<http://www.aidslaw.ca/Maincontent/infosheets.htm>).
- Declaración Cumbre de París sobre el Sida (1994).
- Goffman E. (1963), "Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity", Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, EEUU
- Goffman, E. (1970), Estigma: la identidad deteriorada, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- ONUSIDA (2003), "Estigma y discriminación", Hoja informativa, diciembre de 2003, Ginebra.
- ONUSIDA (2004), "Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. Cuarto informe mundial", Ginebra.
- ONUSIDA (2005), "Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Estudios de caso de intervenciones exitosas", Ginebra.
- ONUSIDA/OMS (2004), "Situación de la epidemia de SIDA", Ginebra.
- OPS (2003), "Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud".
- Parker, R. & Aggleton, P. (2002a), "Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA, ONUSIDA, Ginebra.
- Parker, R. & Aggleton, P. (2002b), "HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action", Horizons Program, The Population Council, Washington, DC.
- UNAIDS/WHO (2001), "Fighting HIV-related intolerance: exposing the links between racism, stigma and discrimination", Ginebra.