



Organización Internacional del Trabajo



Centro de Estudios del Estado y Sociedad



Banco Mundial

TESTEO FORZOSO DE VIH/SIDA Y DISCRIMINACIÓN EN EL MUNDO DEL TRABAJO¹

EL CASO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Resumen ejecutivo

Daniel Maceira, Ph.D.²
Bárbara Lignelli³ – Fernanda Villalba³ – Mercedes Vellez⁴

¹ Este documento sintetiza los principales hallazgos del documento comisionado por las representaciones locales del Banco Mundial y la Organización Internacional del Trabajo, disponible en www.danielmaceira.com.ar/Producción. Los autores guardan entera responsabilidad por las opiniones expresadas, las que no necesariamente reflejan a aquellas de las agencias financiadoras. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

² Investigador Titular, Centro de Estudios de Estado y Sociedad, (CEDES) y CONICET; ³ Investigadora Asistente, y ⁴ Becaria, Area de Microeconomía Aplicada, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) Buenos Aires, Argentina.

1. Introducción

La epidemia del SIDA, no sólo impone sufrimientos a las personas infectadas y a sus familias, sino que constituye una amenaza para el mundo del trabajo, en tanto afecta a la población económicamente activa, reduce potencialmente los ingresos personales y genera pérdidas en la productividad nacional. Por otra parte, el VIH/SIDA menoscaba los derechos fundamentales en el trabajo, debido a la posible presencia de discriminación y al rechazo del que son objeto las personas que viven con VIH.

Todas las personas tienen derecho a un buen empleo, lo cual no implica solamente acceder a un trabajo de calidad sino también a contar con un marco regulatorio de la actividad laboral y de la relación de trabajo que garantice los derechos fundamentales tanto de los trabajadores como de los empleadores. Un buen empleo implica además gozar de adecuados niveles de protección frente a la adversidad.

El presente informe resume los principales resultados de una investigación más amplia que intenta captar situaciones en las cuales este derecho se ve vulnerado debido a la discriminación por VIH en el ámbito laboral. Puntualmente, el documento analiza la etapa preocupacional previa a la configuración de la relación laboral en sí, donde los exámenes preocupacionales constituirían una herramienta de discriminación mediante la inclusión de pruebas de detección de VIH/SIDA.

2. Definición del Objeto de Estudio

Las modalidades de testeo de VIH/SIDA presenta dos extremos: el testeo voluntario y el obligatorio. El primero de ellos ocurre cuando una persona está interesada en conocer su estado de salud. El segundo, constituye una excepción dentro de la legislación argentina y se circunscribe al ámbito de las Fuerzas Armadas y

de Seguridad (FFAA)³. Entre ambas modalidades se encuentra el objeto de estudio de esta investigación, donde de alguna manera se ven coartados los derechos individuales, y que admite la siguiente clasificación:

(i) “**Testeo forzoso visible**” es aquel que se realiza con el conocimiento de la persona pero donde se presume que el consentimiento está condicionado. Es probable que en contextos de altas tasas de desempleo esta modalidad sea más frecuente ya que la capacidad de negociación del postulante es menor.

(ii) “**Testeo forzoso oculto**” refiere a toda prueba realizada sin conocimiento ni consentimiento del individuo. Al igual que en el caso anterior, es ilegítimo o moralmente incorrecto, además de ilegal al violar el requisito del 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.

3. Contexto

3.1 Marco Normativo

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 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.

Existe legislación que garantiza tanto el acceso a los servicios de salud de las personas viviendo con VIH/SIDA- desde la detección, cobertura del tratamiento, asistencia y rehabilitación- así como también todo lo atinente a la confidencialidad de los resultados y a la regulación de las relaciones laborales.

³ Asimismo, la ley de SIDA declara como obligatoria la prueba de VIH/SIDA en el caso de sangre destinada a transfusiones y en los controles de salud en el proceso de radicación de inmigrantes.

⚡ La **Ley Nacional de SIDA** (Ley 23.798) constituye la normativa más general sobre el tópic. Declara de interés nacional la lucha contra la enfermedad. Establece que en ningún caso puede afectarse la dignidad de la persona, mediante la marginación, estigmatización, o humillación. Asegura que el Estado debe garantizar el acceso al testeo, asegurando la confidencialidad, a través de un registro codificado.

⚡ La ley 17.132 de los Profesionales Médicos, garantiza tanto el **consentimiento informado** como el derecho a la **confidencialidad** de los resultados. Esto último también se encuentra regulado por la Ley 24.004 de secreto profesional.

⚡ Respecto al **acceso a la atención de salud**, la ley aprobada en 1995 establece que las Obras Sociales deben incorporar como prestación obligatoria la cobertura del tratamiento a las personas viviendo con VIH. Esta normativa se hace extensiva a las prepagas mediante la sanción de la ley 24.754.

⚡ En cuanto a la regulación de los aspectos referentes al ámbito laboral, si bien la Ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo 19.587 y la Resolución 43/47 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) impone a los empleadores la realización de exámenes preocupacionales a los postulantes a los puestos de trabajo, los mismos no podrán ser utilizados como elemento discriminatorio para el empleo bajo ninguna circunstancia.

3.2 Situación Epidemiológica

⚡ Argentina

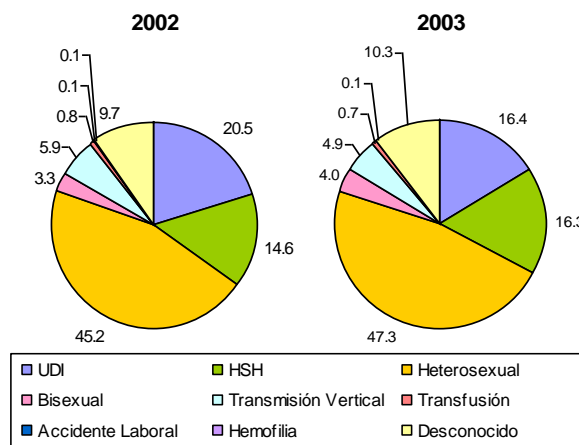
La epidemia de SIDA en Argentina, al igual que a nivel mundial, se caracteriza por ser cada vez más femenina, joven y pobre.

Desde el inicio de la epidemia, la proporción entre casos masculinos y femeninos se ha ido modificando. A partir de 1987 la relación hombre/mujer comenzó a descender de 13.79 en 1988 a 2.21 en 2005.

De acuerdo a las estimaciones oficiales⁴, a **diciembre de 2005 serían aproximadamente 127.000 las personas que viven con VIH/SIDA en Argentina. Sin embargo, el 60% de ellas desconocería su situación serológica.** Los registros de septiembre de 2005 dan cuenta de 29.960 casos notificados de SIDA 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 31.900.

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 medicación antirretroviral y 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.

Respecto a las vías de transmisión, más del 60% corresponde a la transmisión sexual (homo-bi-heterosexual). Tanto en 2002 como 2003, los nuevos casos de SIDA se deben mayormente a relaciones sexuales heterosexuales, con un peso del 45.2% y 47.3%, respectivamente.



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

⁴ Estimaciones realizadas conjuntamente entre ONUSIDA, OMS y el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS (PNS).

Respecto de la edad, la población en edad económicamente activa de ambos sexos, particularmente entre 25 y 39 años, resultan ser el grupo etario más afectado por la enfermedad. En 2004 los nuevos diagnósticos de SIDA se produjeron con más frecuencia entre 30 y 39 años. La diferencia de 5 años se debe a distintos factores tales como la detección más temprana y comienzos de la terapia antirretroviral.

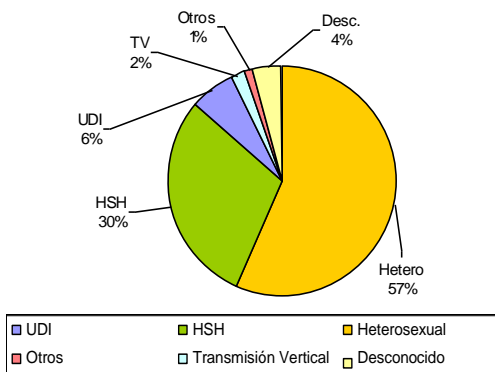
⌘ Ciudad de Buenos Aires

Desde el año 2003 hasta octubre de 2004 se recibieron en la Ciudad de Buenos Aires 2.061 notificaciones de infección por VIH y SIDA: 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. De ese total, corresponden a residentes en la ciudad unas 851 notificaciones, es decir, el 41.3%.

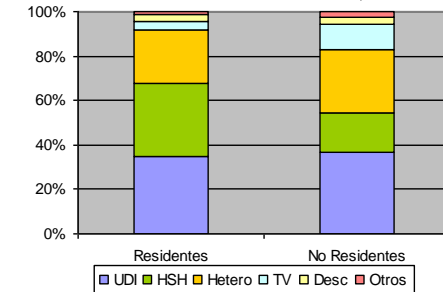
Considerando el subsector de pertenencia, en el total de notificaciones, el 90.4% proviene del sector público y el 9.6% del subsector privado.

Desde el inicio de la epidemia en 1983, se han notificado en la Ciudad 7.416 casos de SIDA entre los residentes, de los cuales el 71.1% de los análisis fueron realizados en hospitales públicos locales.

Vías de Transmisión VIH. CABA, 2003-2004



Vías de Transmisión SIDA. CABA, 2003-2004



Fuente: Elaboración propia en base a Infosida 4.

3.3 Política Pública

A nivel nacional a partir de la aparición de los primeros casos de SIDA, el Ministerio de Salud incorporó el control de la enfermedad al Departamento de las Enfermedades de Transmisión Sexual mediante el **Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus Humano, SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (PNS)**. El mismo tiene como metas principales:

- ⌘ Disminuir la infección por HIV en la población del país; su impacto biológico, psicológico y socioeconómico.
- ⌘ Dar atención a los pacientes con HIV/SIDA;
- ⌘ Coordinar las actividades en el ámbito nacional, provincial y municipal.

Entre las actividades que desarrolla el programa para alcanzar dichas metas se encuentran:

- **Vigilancia epidemiológica e investigaciones en SIDA:** otorga apoyo técnico a los distintos programas del Ministerio de Salud relacionados con la epidemia a través de la capacitación de recursos humanos. Asimismo, se encarga de la adquisición y distribución de los medicamentos, y elementos de diagnóstico y prevención en las distintas jurisdicciones del país.

- **Prevención y control de ETS:** lleva a cabo tareas de control y seguimiento de las ETS, la donación de reactivos de diagnóstico y medicamentos y la promoción masiva del uso del preservativo.

• **Proyecto de Lucha contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (LUSIDA)** con el apoyo del BIRF se encuentra subdividido en cuatro componentes: (i) *Prevención Comunitaria*; (ii) *Educación, SIDA y ETS*; (iii) *Fortalecimiento del Sector Público de Salud dedicado a SIDA y ETS*; (iv) *Monitoreo y Evaluación*.

Desde el punto de vista **asistencial**, el PNS intenta mejorar el acceso de la población a los medicamentos. La Argentina brinda el 100% de los tratamientos antirretrovirales y para enfermedades oportunistas y cobertura total para el seguimiento de los pacientes que requieren pruebas de monitoreo. Desde el punto de vista **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) entregar materiales de prevención; d) fortalecer la Línea 0800-3333-444; e) coordinar proyectos de financiamiento internacional y f) desarrollar una campaña masiva de prevención.

En la **Ciudad de Buenos Aires, Coordinación SIDA** perteneciente a la Secretaría de Salud de del Gobierno de la Ciudad tiene como principal desafío el 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 personas que viven con VIH y sus organizaciones.

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 modo rápido y confidencial. Del mismo modo, la Ciudad dispone de grupos de encuentro para personas viviendo con

VIH/SIDA⁵. Éstos son espacios abiertos para todas las personas infectadas, sus familiares y allegados donde se reflexiona sobre la problemática cotidiana de vivir con VIH.

3.3 Mercado Laboral

Analizar las características y la evolución del mercado laboral argentino resulta relevante para entender el contexto dentro del cual se enmarca la problemática bajo estudio.

Las políticas implementadas durante los 90's tuvieron graves consecuencias sobre las variables sociales. En el mercado de trabajo, se evidenció la falta de dinamismo en la creación de empleo, pese al crecimiento económico observado.

Desde el año 2000, la destrucción neta de puestos de trabajo correspondió principalmente a puestos registrados. La ocupación a tiempo completo fue menos dinámica que el empleo total, reflejándose en un aumento de la subocupación involuntaria en el empleo total de más de 4 puntos porcentuales entre 1998 y 2001.

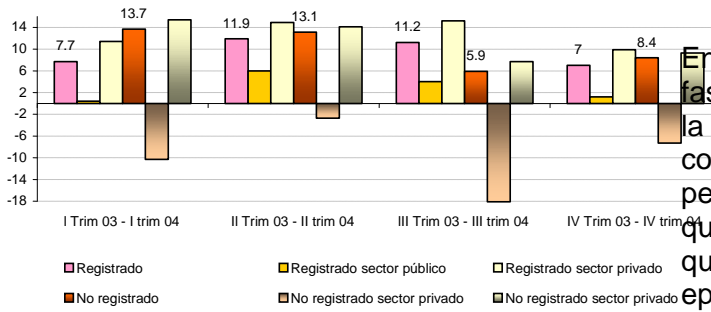
A mediados del 2002 se revirtió la tendencia declinante del PIB al consolidarse una nueva estructura de precios relativos, luego de la crisis financiera de fines de 2001, a la vez que se inició un proceso de re-sustitución de importaciones. El mantenimiento de un tipo de cambio elevado y la existencia de capacidad ociosa permitieron una reversión de la tendencia de los indicadores laborales. Sin embargo y, en forma similar a lo que ocurrió durante los 90's, 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, 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

⁵ Los grupos son gratuitos y se desarrollan en distintos hospitales públicos: Muñiz, Tornú, Durand, Alvarez, Piñero, Pirovano.

formales. En efecto, la generación de empleo asalariado, sin planes de empleo, fue principalmente en posiciones no registradas particularmente en el sector privado. Mientras los asalariados en blanco crecieron un 7.7% los no registrados lo hicieron en 13.7% entre el I-Trim 03 y el I-Trim 04.

Variación Porcentual del Empleo Asalariado en Argentina, 28 Aglomerados Urbanos



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

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.

Es así como en un mercado laboral con estas características, 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.

3.4 Estigma y Discriminación

El estigma y la discriminación asociados al VIH/SIDA se deben a diversos factores específicos, entre ellos se encuentran⁶:

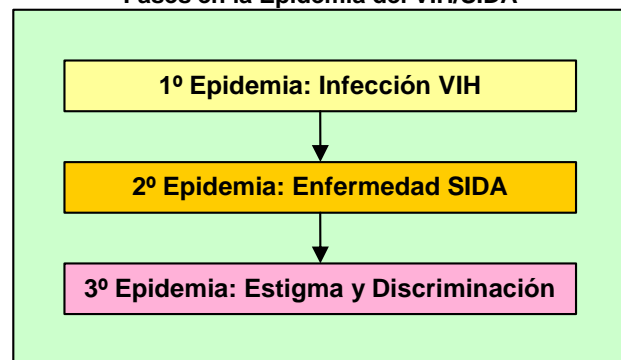
1. El hecho que sea una enfermedad, potencialmente mortal;
2. El temor a contraer el VIH;
3. La asociación de la enfermedad a comportamientos que todavía son objeto de

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 VIH o el SIDA son resultado de una falta moral (como la promiscuidad o las relaciones sexuales “desviadas”).

En cualquier sociedad es posible identificar tres fases en la epidemia del VIH/SIDA: la primera es la de la infección del VIH, que penetra en la comunidad silenciosamente sin que nadie lo perciba. Esta es seguida la epidemia del SIDA, que aparece cuando el VIH provoca infecciones que amenazan las vidas. Finalmente, la tercera epidemia, la del estigma y la discriminación dificulta la lucha contra las dos anteriores y hace referencia a la reacción social, política, económica y cultural ante el VIH/SIDA.

Fases en la Epidemia del VIH/SIDA



Fuente: Elaboración propia

Para avanzar en la lucha contra este fenómeno es necesario realizar cambios amplios y duraderos en las actitudes y en los valores sociales mediante un contexto jurídico y normativo equitativo, desarrollando campañas de información pública y la educación participativa, aumentando el acceso a los medicamentos.

3.5 Análisis de Incentivos

Dentro de los factores responsables de la existencia de discriminación en el ámbito laboral por HIV se entrecruzan elementos de las relaciones de trabajo con aquellos asociados con las características de la enfermedad y su

⁶ Bruyn, 1999

tratamiento, juntamente con los mecanismos de información y aprendizaje social del fenómeno.

En primer lugar, el desarrollo de las nuevas terapias antirretrovirales asimila al SIDA a cualquier otra enfermedad crónica, con lo cual los efectos económicos directos que sufriría la empresa por pérdidas de productividad se verían reducidos.

En segundo lugar, los costos asociados directamente con el tratamiento no son financiados por la empresa. Los mismos son absorbidos por la obra social indirectamente (mediante fondos especiales de la seguridad social) o por el Estado⁷.

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. Existe difusión de información pero se identifican fallas en el proceso de comunicación, ya sea porque el empleador no accede a ella o porque no logra interpretarla y plasmarla 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, violando la ley.

En este sentido, y especialmente en el segundo tipo de situaciones, las campañas de

comunicación y sus estrategias de difusión cumplen un rol fundamental.

Así, tanto las empresas como las instituciones de seguridad social o prepagas encontrarían reducidas las posibilidades y necesidades de discriminación. En el caso de que la intencionalidad de discriminar existiese, las firmas encontrarían resistencia por parte de las personas o instituciones que tienen a cargo realizar los estudios de testeo, considerando su ilegalidad. Sin embargo, y dada la estructura de la oferta de análisis de medicina laboral, la capacidad de negarse de estas instituciones 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 reducido.

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.

La legislación referida al tratamiento y financiamiento de la enfermedad provoca un alineamiento de intereses entre los distintos actores. Las medidas de política del gobierno que permiten encauzar los fondos de las obras sociales descansan en el APE para 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 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. Esta tensión entre el hospital público y la seguridad social está asociada con la naturaleza segmentada del sistema de aseguramiento

⁷ 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. Para un análisis más detallado, ver "Testeo forzoso de VIH/SIDA y discriminación en el mundo del trabajo. El caso de la Ciudad de Buenos Aires" – versión completa.

social y mecanismos financieros de *risk-pooling* en el modelo de salud en el país.

Condicionantes de la decisión del empleador

Condiciones Externas	Condiciones Individuales	Condicionantes de Política Pública
- Flexibilidad Laboral (-)	- Moral/Solidaridad (-)	- Cobertura pública de medicamentos y tratamientos (-)
- Desempleo y probabilidad de inserción laboral (+)	- Aversión al riesgo (-)	- Fondo Solidario de Seguridad Social (-)
- Avances científicos en el tratamiento (-)	- Percepción de Control Público/Social + Castigo (-)	- Monitoreo y Enforcement de política (-)
	- Estigma (+)	- Información a la comunidad (-)
	- Poder de negociación sobre medicina laboral (+)	

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.

4. Desarrollo Metodológico

Las siguientes secciones abordan el fenómeno de discriminación potencial a personas viviendo con VIH/SIDA a través de dos perspectivas. La primera se instrumenta 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.

4.1 Análisis Cualitativo

El primer instrumento utilizado constó de entrevistas a profesionales e instituciones involucrados en la problemática del VIH/SIDA. El objetivo fue conocer su opinión respecto del testeo forzoso en sus dos modalidades: visible y oculto.

Si bien muchas de las instituciones de la sociedad civil entrevistadas afirman no haber

recibido puntualmente denuncias por testeo forzoso de VIH en los exámenes preocupacionales, las mismas argumentan que ello no implica la ausencia del fenómeno y, que la no declaración responde en una mayoría a la dificultad asociada a la probación del ilícito.

Utilizando un cuestionario de preguntas específicas para ONGs, las obras sociales, las empresas, los servicios de medicina laboral, los laboratorios de análisis bioquímicos, abogados laboralistas y las PVVIH se inició una segunda ronda de consultas. Los niveles de respuesta fueron muy bajos. Sólo en el caso de la encuesta destinada a las personas que viven con VIH/SIDA se obtuvo algún número de respuestas, que sin llegar a ser significativo, permitió extraer los siguientes argumentos:

- Los respondientes se encontraban en edad económicamente activa, con un rango de edad promedio entre 30 y 56 años.
- El nivel educativo superaba el secundario incompleto.
- El 26.6% se encontraba actualmente desempleado.
- Más del 50% respondió no haberse sentido discriminada. Sin embargo, la mayoría notó dificultad para conseguir empleo lo cual no puede asociarse directamente a su condición de portador de VIH.
- De las 9 personas que dicen haber realizado exámenes preocupacionales, en 3 casos conocen la presencia del test de VIH.
- Excepto en dos casos, todos aducen conocer la legislación sobre la no-obligatoriedad del test de VIH en los exámenes preocupacionales.
- Ninguno recurrió a un organismo de gobierno para recibir asesoramiento. Los que buscaron apoyo lo hicieron en organismos no gubernamentales, lo que refiere a la información disponible sobre este tipo de actores del sistema.

4.2 Análisis Cuantitativo

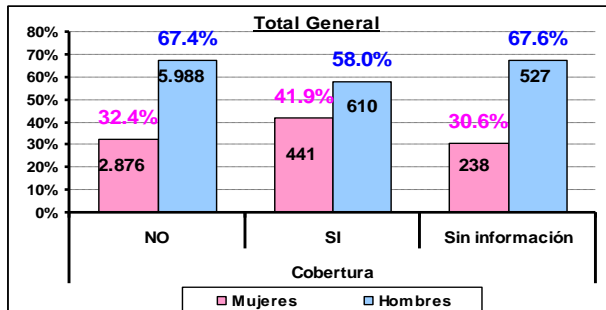
La presente sección se basa en el análisis de diferentes fuentes de información provenientes de los registros del Hospital Muñiz, de las

Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud de la Nación y, de la base de datos de la Línea 0800-Pregunte SIDA dependiente del Programa Nacional.

4.2.1 Hospital Muñiz

La evolución de los casos atendidos según género no sigue un patrón lineal de comportamiento. En el caso de las mujeres, hasta el 2002 la cantidad de pacientes ha ido en aumento, alcanzando en ese año 783 casos, máximo registro de la serie. A partir de allí, la tendencia es descendente, alcanzando 665 en el año 2004. La evolución de los pacientes varones muestra en todos los años un registro de casos que supera los 1.300. Sólo el 9.8% de los concurrentes en los cinco años bajo estudio, contaba con algún tipo de seguro social. Estas características observadas resultan muy similares para cada uno de los años, sin observarse grandes desviaciones respecto del total general.

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



Fuente: Elaboración propia en base a datos Hospital Muñiz

El análisis de los datos muestra que el grupo poblacional que asiste a este establecimiento público, se caracteriza por ser mayoritariamente masculino y carente de seguro social. Esto permite esbozar una conclusión preliminar acerca del perfil socio-económico de la enfermedad del SIDA, asociado con pobreza y desprotección social. Sin embargo, la falta de información complementaria (tal como nivel educativo, categoría de ingreso, residencia, etc.) impide dilucidar la causalidad entre estos tres elementos.

4.2.2 Estadísticas Vitales

Para ello, el estudio propone el análisis de esta base de datos, utilizando como metodología la comparación de tres grupos poblacionales diferenciados según causa de defunción. El grupo conformado por fallecimientos debidos al SIDA, se compara con dos grupos control; uno constituido por muertes asociadas a tuberculosis (enfermedad de la pobreza) y otro por defunciones relacionadas con tumores (tradicionales de un perfil epidemiológico avanzado). Estos dos grupos se eligieron con el propósito de asimilar el SIDA a alguna de ellas en función de las características presentadas por las poblaciones afectadas.

Para el año 2001 se observa que el porcentaje de defunciones por SIDA de individuos ocupados y con seguro social (36.4%) resulta menor al presentado por el subgrupo de "Otras causas" ocupados y con cobertura médica (54.9%). Este comportamiento se revierte si se analizan los fallecimientos por SIDA y "Otras Causas" de ocupados sin cobertura. Dado esto, se infiere cierta informalidad laboral entre las personas que han fallecido por SIDA, pero no así discriminación laboral, puesto que el porcentaje de ocupados con cobertura fallecidos por "Otras Causas" resulta idéntico al del grupo poblacional de defunciones por SIDA (20.8% en cada caso). Es resumen, se observa que tanto un grupo como el otro presentan la misma probabilidad de ser desempleados.

El estudio desagregado a nivel geográfico para el período 2001/2003 presenta, por un factor de escala poblacional, mayor concentración en las regiones Metropolitana y Pampeana. En el caso de los fallecimientos a causa del SIDA y de tumores, las diferencias interregionales respecto de Metropolitana superan ampliamente los 40 puntos de diferencia en el primer caso y, casi los 30 puntos en el segundo (exceptuando la región Pampeana). 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 (el 7.5% de las

defunciones totales por SIDA corresponden a personas con seguro social, dicho porcentaje es de 11.6% y 25.6% para los casos de tuberculosis y tumores, respectivamente).

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

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

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 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)

4.2.3 Línea 0-800 Pregunte SIDA

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.

El análisis de esta base muestra que de las 1549 observaciones, 18 llamadas son por denuncias de testeos preocupacionales en el período comprendido entre 2002/2004, siendo las mismas homogéneas entre sexos. Esta distribución por género se altera en el caso de los llamados efectuados por razones de discriminación laboral: de los 47 registros por

este tema, 30 fueron realizadas por hombre y sólo 13 por mujeres.

4.2.4 Análisis Econométrico

En un intento de identificar las variables que permitan, brindar indicios sobre la presunción de discriminación en el mundo laboral a causa del SIDA, se realiza un ejercicio econométrico de probabilidad, corrigiendo por variables asociadas con el perfil socio-demográfico de la población. El mismo procura medir la incidencia de cada una de las dimensiones estudiadas anteriormente en forma conjunta mediante una regresión probabilística sobre muerte por SIDA en base a las Estadísticas Vitales 2001-2003. A continuación se presentan los resultados obtenidos:

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
Numero de observaciones= 235.122			
LR chi2(9) = 2274,12			
Prob > chi2 = 0.0000			

Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas Vitales del MSAL

Si bien se logran identificar factores de escala, género y sesgos regionales, el resultado más interesante está dado por el coeficiente de la variable "Ocupado y con cobertura", que permite dos lecturas. 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, un coeficiente negativo puede referir a que una menor cobertura refleja una limitación al enfermo para insertarse en el mercado formal, que lo excluye. En este caso la "barrera a la entrada" en el mundo laboral es a la persona viviendo con VIH/SIDA, no a la enfermedad. La data refleja que el 99,31% de las observaciones relevantes se encuentran enmarcadas en el primer grupo.

5. Conclusiones

Desde el punto de vista de la legislación argentina no existe un vacío legal frente al VIH/SIDA. La normativa local es consistente con los tratados y pactos internacionales en materia de derechos humanos, protección de los trabajadores con VIH/SIDA y estrategias de prevención y tratamiento.

El mercado de trabajo informalizado disminuye la probabilidad de discriminar, independientemente de la intencionalidad, en tanto las posibilidades de existencia del testeo de VIH/SIDA se ven reducidas. Por otra parte, los avances científicos disminuyen los costos asociados con la enfermedad, tanto individual como socialmente. La acción del Estado cumple un triple papel en este sentido: provee mecanismos de regulación y control para garantizar la igualdad ante la ley, asegura el financiamiento para facilitar el acceso al tratamiento y, difunde información que extinga la discriminación.

La intención de discriminar de un empleador puede tener sus orígenes en factores económicos, en la falta de *enforcement* de las normas legales, y/o en el estigma que acarrea la enfermedad. Las razones económicas se ven minimizadas por una cuestión de posibilidad (informalidad del empleo) y por necesidad financiera (quien cubre el costo del tratamiento).

En este sentido la política pública asistencialista cubre el costo de la enfermedad, a través de la provisión de tratamiento. La intencionalidad de discriminar también se ve acotada por la percepción de riesgo del empleador de ser penalizado. Esto se relaciona con la capacidad de *enforcement* del Estado y por la existencia de información asimétrica involucrada en el testeo forzoso oculto.

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 necesario tener en cuenta

las limitaciones con las cuales se desarrolló la investigación a causa de las debilidades en la información existente, lo cual 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.

6. Bibliografía

- ✂ Beccaria, L. y R. Maurizio (2004), "El fin de la convertibilidad, desigualdad y pobreza", Universidad Nacional de General Sarmiento, mimeo.
- ✂ Cahn, P., Bloch, C. y Weller, S. (1999), "El sida en Argentina. Epidemiología, subjetividad y ética social", Arketyo, Buenos Aires.
- ✂ Castro, Juan Francisco (2003), "Discriminación en las relaciones laborales. Algunos casos particulares", Chile.
- ✂ Coordinación SIDA, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2004), "INFOSIDA 4", Año 4, Número 4.
- ✂ De Bruyn, T. (1999), "HIV and Discrimination: A discussion paper", Canadian HIV/AIDS Legal Network - Canadian AIDS Society, Canada.
- ✂ Dirección Nacional de Estadísticas y Censos, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2005), "Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires 2003, Aspectos referidos a la Salud", N° 7.
- ✂ Hospital Muñiz, Departamento de Estadística, registro de notificaciones.
- ✂ Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2004), "Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina", Año XI, Número 23.
- ✂ Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Estadísticas Vitales, Argentina 2001-2003
- ✂ Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Línea 0800-Pregunte SIDA
- ✂ OIT (1958), "Recomendación sobre la discriminación en materia de empleo y ocupación", N° 111.
- ✂ OIT (2001), "Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo".
- ✂ OIT (2004), "Generando trabajo decente en el Mercosur. Empleo y estrategia de crecimiento".