

CEDES

Nuevos Documentos CEDES
es una serie monográfica
periódica del Centro de Estudios
de Estado y Sociedad.
Su objetivo es contribuir al avance
del conocimiento científico por
medio de la difusión de investiga-
ciones de las diferentes áreas que
conforman la institución.

Esta publicación se edita en
formato electrónico y es de libre
acceso.

Disponible en:
[http://www.cedes.org/informacion/
ci/publicaciones/nue_doc_c.html](http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/nue_doc_c.html)

ISSN 1851-2429

Numero 48, Año 2008

**Centro de Estudios
de Estado y Sociedad
Coordinación Técnica**
Sandra Raiher
Centro de Información - CEDES
cicedes@cedes.org

CEDES
Sanchez de Bustamante 27
(C1173AAA) Ciudad Autónoma de
Buenos Aires
Argentina
E-mail: cedes@cedes.org
<http://www.cedes.org>

Nº 49/2008

Nuevos Documentos Cedes

Testeo Forzoso De VIH/SIDA y Discriminación En El Mundo del Trabajo¹: El Caso de la Ciudad De Buenos Aires²

Daniel Maceira, Bárbara Lignelli,
Fernanda Villalba y Mercedes Vellez
CEDES

¹ Este documento sintetiza los principales hallazgos de un documento de investigación más amplio disponible en www.danielmaceira.com.ar (Producción Académica).

² Documento comisionado por las representaciones locales del Banco Mundial y la Organización Internacional del Trabajo. Las opiniones vertidas en este documento son exclusivas de los autores, y no necesariamente reflejan la posición de la institución contratante. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

Cedes, Buenos Aires, 2008

TESTEO FORZOSO DE VIH/SIDA Y DISCRIMINACIÓN EN EL MUNDO DEL TRABAJO¹: EL CASO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES ²

Daniel Maceira, Bárbara Lignelli, Fernanda Villalba y Mercedes Vellez
CEDES

INTRODUCCION

De acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo (OIT), un buen trabajo no sólo implica un empleo de calidad sino 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 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.

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)⁴. Entre ambas modalidades se encuentra el objeto de estudio de la investigación, donde de alguna manera se ven coartados los derechos individuales, admitiendo la siguiente clasificación:

Se denomina “**testeo forzoso visible**” a aquel que se realiza con el conocimiento de la persona pero donde se presume que el consentimiento está de alguna manera condicionado. Se supone que esta modalidad está vinculada al mercado de trabajo. Es probable que en contextos de altas tasas de desempleo este tipo de testeo sea más frecuente ya que la capacidad de negociación del postulante es menor.

Por “**testeo forzoso oculto**” se entiende toda prueba de VIH/SIDA que se realiza sin conocimiento ni consentimiento del interesado. Al igual que en el testeo forzoso visible, esta modalidad es ilegítima o moralmente incorrecta, e ilegal al violar la necesidad de consentimiento.

La **primera parte** del documento presenta una breve descripción de la legislación sobre VIH/SIDA vigente en Argentina. La **segunda parte** ubica la problemática en contexto haciendo referencia a los hitos en la historia de la enfermedad, a la situación epidemiológica de VIH/SIDA en Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires, a la relevancia de la enfermedad en la política pública, al mercado laboral en la actualidad y, por último abordando el tópico del estigma y la discriminación. A modo de cierre se presenta un marco teórico de alineamientos de intereses de los actores participantes que conduce potencialmente a una conducta discriminatoria. La **tercera parte** del

¹ Este documento sintetiza los principales hallazgos de un documento de investigación más amplio disponible en www.danielmaceira.com.ar (Producción Académica).

² Documento comisionado por las representaciones locales del Banco Mundial y la Organización Internacional del Trabajo. Las opiniones vertidas en este documento son exclusivas de los autores, y no necesariamente reflejan la posición de la institución contratante. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

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

⁴ 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.

documento brinda un análisis tanto cuantitativo como cualitativo en base a entrevistas a actores clave y bases de datos.

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

I. MARCO NORMATIVO

Legislación vigente en la Argentina

En Argentina, la sanción de la Ley Nacional de SIDA (Ley 23.798) declara de interés nacional la lucha contra la enfermedad, la detección e investigación de sus agentes causales, diagnóstico y tratamiento, prevención, asistencia y rehabilitación, como también las medidas tendientes a evitar su propagación, considerándose en primer lugar la educación de la población. Asimismo, establece que en ningún caso puede afectarse la dignidad de la persona, mediante la marginación o estigmatización. Asegura que el Estado debe garantizar el acceso al testeo, asegurando la confidencialidad, a través de un registro codificado. Además compromete a las autoridades sanitarias a promover la concertación de acuerdos internacionales para la formulación y desarrollo de programas comunes en la lucha contra el SIDA⁵.

Reglamentada en 1991 por el Decreto 1244/91, esta ley incorpora en los programas de educación primaria, secundaria y terciaria la prevención del SIDA. Establece que las pruebas de diagnóstico de VIH deben realizarse previo consentimiento del paciente garantizando confidencialidad. El personal médico debe otorgar información sobre las vías de transmisión y el derecho a recibir atención médica.

A continuación se hace referencia a diferentes aspectos legales contemplados en lo referente al ámbito laboral.

Consentimiento informado. Además de reflejarse en la ley de SIDA, la noción de consentimiento informado 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 la prueba de VIH. Sin embargo, existe una excepción al testeo voluntario del virus VIH en el ámbito de las FFAA, reglamentada por el Decreto 906 del año 1995, por considerar que sus actividades presentan características particulares en lo referente al contagio del SIDA.

Confidencialidad. Los derechos a la privacidad y a la intimidad 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.

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.

⁵ Existen avances normativos en la región del MERCOSUR para promover una política integrada de lucha contra la epidemia de VIH/SIDA: Declaración socio-laboral del MERCOSUR (1998); Estrategias de Acceso a los medicamentos antirretrovirales en la Región del MERCOSUR, Bolivia y Chile (2004); Áreas prioritarias en VIH/SIDA en el MERCOSUR, Bolivia y Chile (2003).

La Ley Antidiscriminatoria 23.952 prohíbe cualquier forma de discriminación, quedando incluida cualquier práctica de exclusión hacia las personas infectadas por VIH.

La OIT⁶ recomienda que no debiera haber discriminación contra los trabajadores basada en una infección. Esta recomendación se hace extensiva a la seguridad social y a los planes de previsión profesional.

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, garantizando la protección, prevención, atención, rehabilitación y provisión de medicamentos en forma gratuita a través de los hospitales y servicios públicos.

En 1995 se aprueba la Ley 24.455 mediante la cual las Obras Sociales deben incorporar como prestación obligatoria la cobertura del tratamiento a las personas con VIH/SIDA. Esta normativa se extiende a las entidades de Medicina Prepaga mediante la Ley 24.754 sancionada en 1996.

Ambas leyes concuerdan con las recomendaciones de la OIT que establecen que el gobierno debería velar para que las prestaciones sanitarias estipuladas en la legislación nacional se apliquen.

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 del tratamiento.

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 obligación de los empleadores la realización de exámenes preocupacionales, con el propósito de comprobar la aptitud del postulante, así como la detección de patologías. En ningún caso los resultados podrán ser utilizados como elemento discriminatorio para el empleo. 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 relación laboral. Una vez iniciada la relación laboral, la ley de contrato de trabajo 20.744 establece que los días en los que el trabajador no preste servicios por enfermedad inculpable se computarán como trabajados y percibirá 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 manifestaran transcurridos los dos años de antigüedad.

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

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

La epidemia del SIDA trajo aparejado el surgimiento de otras epidemias como el estigma, el miedo y la discriminación. A su vez, la generación actual de antirretrovirales

⁶ Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo (2001) y Recomendación sobre la discriminación en materia de empleo y ocupación – N° 111 (1958).

ofrece una potente arma contra el VIH. A continuación se presenta un breve repaso de los hitos que marcaron la historia del VIH/SIDA.

1981: Se publican en el reporte semanal de morbilidad y mortalidad (MMWR) del Centro para el Control de Enfermedades (CDC, siglas en inglés) 5 casos de neumonía entre jóvenes homosexuales. Todos ellos presentaban un sistema inmunológico muy deteriorado.

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.

1985: La Food and Drug Administration (FDA)⁷ de los EE.UU. aprobó la primera prueba comercial que detecta los anticuerpos del VIH.

1987: Se produce el primer movimiento activista homosexual. Como consecuencia se acorta el período de aprobación de medicamentos a 12.6 meses. Ese mismo año se inicia la monoterapia de AZT (Azidotimidina), primer medicamento con beneficios clínicos (disminución de la sintomatología y ligeros incrementos de corta duración de los conteos de CD4).

1991: Se descubre que la utilización de AZT no proporciona beneficios a largo plazo. Se reconoce al tejido linfóide como uno de los grandes reservorios del VIH. La FDA aprobó los medicamentos ddI (Didanosine) y ddC (Zalcitabine) que comenzaron a utilizarse en combinación con dosis reducidas de AZT. Se inicia la era de la **terapia antirretrovírica secuencial**. Estos medicamentos inhiben la enzima transcriptasa reversa (presente en los CD4), introduciendo información genética “equivocada” que impide que el ARN del virus se convierta en ADN viral, determinando su muerte.

1994: Se descubre que el tratamiento de monoterapia con AZT aplicado durante el embarazo y al recién nacido, disminuye significativamente el riesgo de transmisión vertical.

1995: La **terapia antirretroviral de combinación** comienza con la aprobación del primer inhibidor de la proteasa (IP): Saquinavir. Éstos actúan sobre las células ya infectadas impidiendo el “ensamblaje” de las proteínas necesarias para la formación de nuevas partículas virales. No permiten que el virus realice copias de sí mismo.

1996: Aparece un estudio llamado Carga Viral que mide la cantidad de virus existente en determinados fluidos o tejidos de una persona infectada. Este estudio junto con el recuento de CD4 contribuyen a determinar el momento en el cual se debe iniciar el tratamiento.

1997: Se aprueban dos IP nuevos, Ritonavir e Indinavir, comienza la era de la **terapia triple**: 2 inhibidores de la transcriptasa inversa + 1 inhibidor de la proteasa resultan la combinación ideal para iniciar el tratamiento.

2003: Se aprueban tres medicamentos de una nueva clase, los inhibidores de fusión - Fuzeon (T-20), Emtriva (FTC) y Reyataz (Atazanavir)- que impiden que el virus se una

⁷ En español: Administración de Drogas y Alimentos.

a los receptores de la membrana celular (CD4) y, por lo tanto no dejan que entre a la célula y la infecte.

II. 2- SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

Argentina

Según estimaciones oficiales⁸, a diciembre de 2005 serían aproximadamente 127.000 las personas que viviendo con VIH/SIDA (PVVIH) 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 Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS (PNS)⁹.

A octubre de 2004, el 84% de las PVVIH 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 PVVIH. Desde el año 1997 se percibe una disminución constante de las notificaciones, coincidiendo con la incorporación de las nuevas terapias antirretrovirales de alta eficacia.

En cuanto a la distribución geográfica de la epidemia, el SIDA afecta de manera desigual a las distintas regiones del país. 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%).

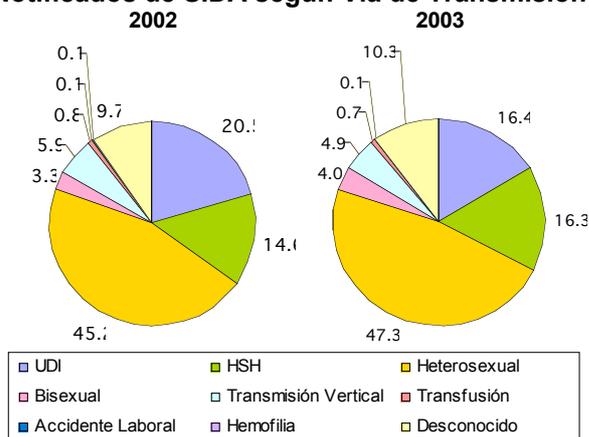
Con referencia a las vías de transmisión, sobre el total de casos existentes más del 60% corresponde a la transmisión sexual (homo-bi-heterosexual). Tanto en los años 2002 como 2003, los nuevos casos de SIDA se deben con mayor frecuencia a relaciones sexuales heterosexuales, con un peso del 45.2% y 47.3%, respectivamente.

Análogamente a lo que ocurre a nivel mundial, la epidemia de SIDA en Argentina 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. El mayor impacto en las mujeres aumenta el riesgo de transmisión vertical de la enfermedad.

⁸ ONUSIDA, OMS y el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS (PNS).

⁹ No obstante, debido a las demoras en el envío de notificaciones, se estima que el total de enfermos diagnosticados sería de 31.900.

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



Fuente: PNS - Ministerio de Salud de la Nación

De acuerdo a las estadísticas, la población en edad económicamente activa (PEA), particularmente entre 25 y 39 años, resultan ser el grupo etario más afectado. En 2004 los nuevos diagnósticos de SIDA se produjeron con más frecuencia entre 30 y 39 años. Esta diferencia de 5 años se debe a distintos factores tales como la detección más temprana y comienzos de la terapia antirretroviral de alta eficacia.

Ciudad de Buenos Aires

A partir del año 2003 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%.

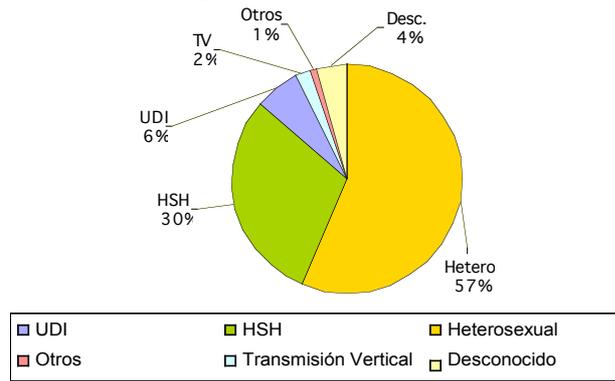
Considerando el subsector de pertenencia, del total de notificaciones de VIH, el 90.4% de las mismas (1.864), provienen del sector público y 9.6% (197) del subsector privado. En cuanto a los casos de SIDA, se observa que desde el inicio de la epidemia en 1983, en la Ciudad de Buenos Aires se han notificado 7.416 casos entre los residentes, de los cuales el 71.1% de los análisis fueron realizados en hospitales públicos de la Ciudad.

Según la distribución geográfica, sólo se conoce el barrio donde habita el 45% de los residentes diagnosticados con VIH, provenientes en su mayoría de la zona sur (sur: 44.5%, centro: 34.0% y norte: 21.5%).

La relación hombre/mujer plantea una razón de 1,6 hombre por mujer. La edad promedio de los hombres es 33 años y la de las mujeres, 30 años. Las vías de transmisión muestran que el 86,4% contrajo el virus por relaciones sexuales desprotegidas: 56.5% heterosexuales y aproximadamente el 30% homosexuales. Comparando esta información con datos históricos, se percibe que en las nuevas infecciones se incrementa la transmisión sexual y cae el diagnóstico entre usuarios de drogas inyectables (UDIs, 6.5%), quienes representan más del 18% de los casos de SIDA.

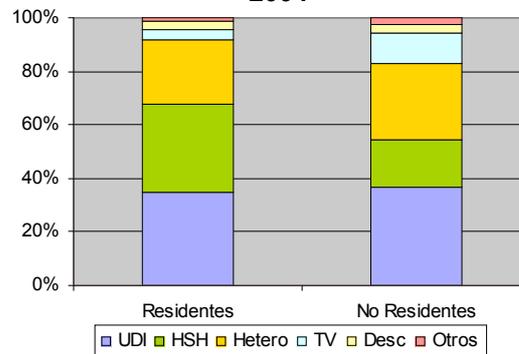
En 1983 fue diagnosticado el primer caso de SIDA en la Ciudad de Buenos Aires. Desde entonces se han notificado 13.617 casos, correspondiendo el 52.6% a residentes en la ciudad. La principal vía de transmisión está dada por el grupo de UDIs (34.5% en residentes), seguidos, por hombres que tienen sexo con hombres (HSH, 33.1%) y por la vía heterosexual (24%).

Gráfico 2.2: Vías de Transmisión en Diagnósticos de VIH en la Ciudad de Buenos Aires, 2003-2004



Fuente: Elaboración propia en base a Infosida 4.

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



Fuente: Elaboración propia en base a Infosida 4.

Según vías de transmisión, para el año 2004 se observa un descenso en transmisión vertical, y en los casos asociados al uso de drogas inyectables. Como contrapartida, se evidencia una tendencia ascendente de los casos debidos a relaciones sexuales heterosexuales (llegan al 36.8%) y la estabilización en HSH (35.5%).

Cuadro 2.1: 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

Según la Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires 2003 (EAH)¹⁰ se sabe que 1 de cada 3 personas declaró haberse realizado al menos un test de VIH/SIDA en el último año (32.2%). A nivel de Centro de Gestión y Participación (CGP)

¹⁰ Publicada por la Dirección General de Estadísticas y Censos de la Ciudad de Buenos Aires (DGEyC-GCBA).

se observa que el CGP 8, de la zona sur de la Ciudad, caracterizada por presentar los peores indicadores socioeconómicos dentro de la Ciudad, registra el menor porcentaje de testeos voluntarios de VIH. Contrariamente, el CGP 1 (zona centro) se ubica 4,3 puntos porcentuales por sobre la media de la Ciudad (36.5% y 32.2%, respectivamente).

II. 3- POLÍTICA PÚBLICA

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

A cargo de la Subsecretaría de Programas de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, el programa tiene como metas principales:

1. Disminuir la infección por VIH; su impacto biológico, psicológico y socioeconómico.
2. Dar atención a los pacientes con VIH/SIDA;
3. Coordinar el eficiente ejercicio de 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 del SIDA 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 enfermedades de transmisión sexual, lleva a cabo tareas de control y seguimiento de las enfermedades de transmisión sexual, 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 objetivo del PNS es 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.

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

Perteneciente a la Secretaría de Salud 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 las 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 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. Éstos son espacios abiertos para todas las personas infectadas, sus familiares y allegados donde se reflexiona sobre la problemática cotidiana de vivir con VIH. Los grupos son gratuitos y se desarrollan en distintos hospitales públicos: Muñiz, Tornú, Durand, Alvarez, Piñero, Pirovano.

II. 4- MERCADO LABORAL

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, pese al crecimiento económico observado.

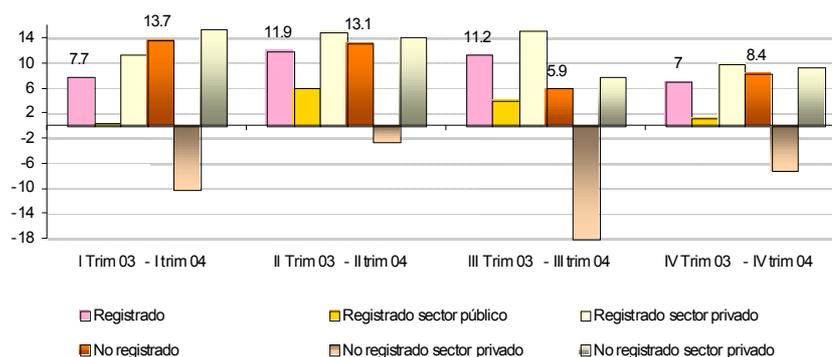
A partir de 1998 el descenso persistente del nivel de actividad provocó una desaceleración del crecimiento del empleo y empeoró el cuadro social. La elevada desocupación y la generación de puestos de trabajo no registrados, desembocaron en una situación de precariedad laboral, de desigualdad en la distribución del ingreso, de alta marginalidad y exclusión social.

Este fenómeno se acentuó desde el año 2000, puesto que la destrucción neta de puestos de trabajo correspondió principalmente a puestos registrados. 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 completo fue menos dinámica que el empleo total, lo cual se reflejó 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, 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 laborales.

Junto con la recuperación del PIB, la ocupación agregada creció por encima del 7% entre mayo y octubre del 2002. En principio, si bien parte de la recuperación se debió a la implementación del Plan de Jefes y Jefas de Hogar Desempleados (PJJHD) para hacer frente a la crisis social, posteriormente y hasta el tercer trimestre del 2004, aumentó el empleo genuino. Sin embargo, el continuo incremento de la ocupación, excluyendo los planes sociales, estuvo basado en una fuerte expansión de los asalariados no registrados y de los 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, excluidos los planes de empleo, fue principalmente en posiciones no registradas, especialmente en el sector privado.

Gráfico 2.4: Variación Porcentual del Empleo Asalariado en Argentina, 28 Aglomerados Urbanos



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

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 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.

II. 5- ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

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 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").

Gráfico 2.5: Estigma y Discriminación relacionado con el VIH



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

La discriminación contra las personas con VIH está generalizada y adopta muchas formas, como la denegación o destitución del empleo, la obligación a someterse a una prueba de preocupacional de VIH, la falta de confidencialidad y el rechazo. En ciertos casos dificultan 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). En consecuencia, es necesario considerar la forma en que estos fenómenos 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.

Para avanzar en la lucha contra el estigma y la discriminación 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, promoviendo la educación participativa y facilitando el acceso a los medicamentos. La estigmatización y la discriminación no son la expresión de actitudes individuales sino que resultan de procesos sociales utilizados para crear y mantener el control social y producir y reproducir las desigualdades sociales. 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, la acción del Estado cumple un triple papel en este escenario: proveyendo 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 y, difundiendo información para extinguir el virus de la discriminación.

II. 6- ANÁLISIS DE INCENTIVOS

La creciente flexibilización del mercado laboral argentino implicó una precarización de las condiciones de trabajo y por tanto una disminución en el número de testeos preocupacionales. Ello, indirectamente, reduce la probabilidad que una persona sea discriminada como resultado de haber sido sometida a un testeo forzoso. 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.).

El avance tecnológico evidenciado en el desarrollo de nuevas terapias para las PVVIH indicaría que aún ante la intención de discriminar, los efectos económicos directos que sufriría la empresa se verían reducidos dado que los días perdidos de trabajo disminuyen, al tiempo que, los costos asociados con el tratamiento no son financiados

por la empresa. Así, el desarrollo científico estaría definiendo que la potencial caída de producción debida al ausentismo de una persona con VIH/SIDA podría asimilarse al de otra enfermedad crónica, a la vez que los costos del tratamiento son financiados por la obra social indirectamente (mediante fondos especiales de la seguridad social) o por el Estado.

La estrategia desarrollada por el Estado argentino para afrontar socialmente este problema es amplia, destacándose la actividad de los hospitales públicos especializados¹¹ a los cuales asiste aproximadamente el 60% de las PVVIH. 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.

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.

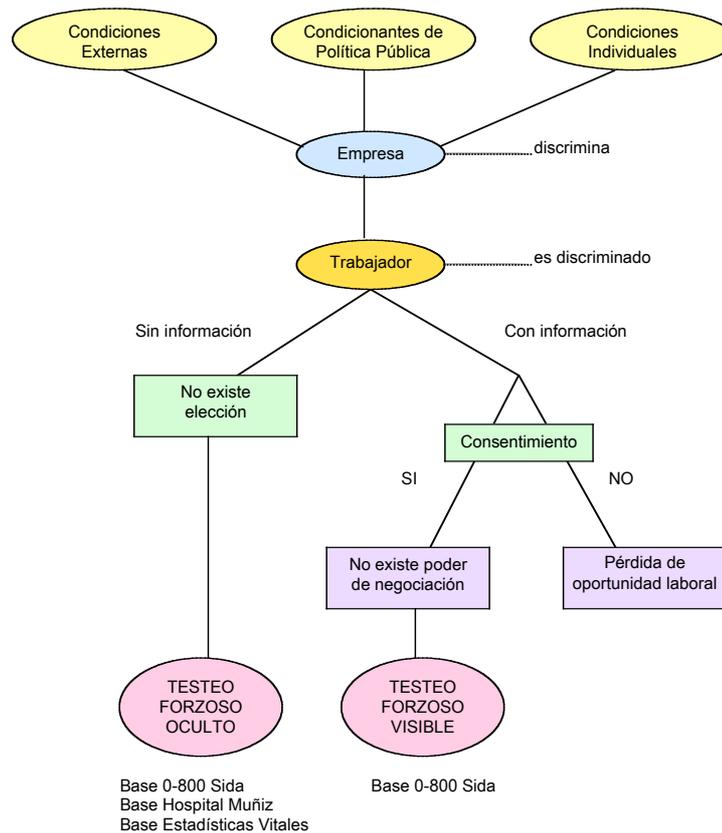
En todas estas instancias, es posible observar que la intencionalidad de discriminar relacionada con factores económicos o financieros se ve reducida por una cuestión de posibilidad (flexibilidad del empleo) y de necesidad financiera (quién cubre el costo de la enfermedad).

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 y, sin embargo continúa discriminando sin ocultar su actitud discriminatoria, violando la ley.

En este sentido, y especialmente en el segundo tipo de situaciones, son vitales las campañas de comunicación y sus estrategias de difusión. 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, 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 reducido.

¹¹ Hospital Muñiz y Fernández.



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 empresa, con reducida capacidad de acción.

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 sigue alineada 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 PVVIH a través de dos perspectivas. La primera, a partir de opiniones provistas por informantes clave, donde se encuentran representantes tanto del grupo de actores directamente involucrados, como aquellos indirectamente interesados ya sean ellos abogados, ONGs que agrupan a PVVIH u otras ONGs dedicadas 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.

III.1 – ANÁLISIS CUALITATIVO

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. La conjunción de ambos métodos intenta alcanzar una mayor aproximación cobertura del problema bajo estudio.

Entrevistas a participantes clave

El primer instrumento utilizado constó de entrevistas a profesionales e instituciones involucrados en la problemática del VIH/SIDA. El objetivo fue 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: Manifestó no haber recibido casos de denuncias por discriminación en el examen preocupacional. Sólo en una oportunidad, recibió un caso que daba cuenta del fenómeno donde la condición de portador fue motivo de no aceptación del postulante al 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: Recibe denuncias contra la Administración Pública local y empresas que prestan servicios públicos, quedando excluidas de su ámbito de competencia las denuncias por discriminación en el sector privado. No obstante, no se han recibido casos de testeo forzoso oculto o visible del VIH al inicio de la relación laboral en el sector público.

Fundación Huésped: Asegura haber recibido casos de personas a quienes se les habría realizado el test de VIH en el examen preocupacional o en los exámenes ocupacionales. Afirma 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.

Asociación por los Derechos Civiles (ADC): No ha recibido denuncias de discriminación por testeo preocupacional forzoso oculto o visible del VIH.

Fundación RED SIDA: Expresó no haber recibido denuncias por discriminación laboral de personas infectadas con VIH desde aproximadamente cinco años. En los talleres de PVVIH que organiza la Fundación, la mayor preocupación es la falta de empleo lo cual asocian a su un bajo nivel educativo y no a su condición de portadores. Algunos de ellos se catalogarían como desocupados “desalentados” en la búsqueda de empleo.

Abogado especialista en Salud Pública del Hospital Muñiz y Fundación Huésped: 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 (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). Durante 1998 la Fundación Huésped recibió 288 consultas legales de las cuales el 35% correspondían a discriminación por VIH en el ámbito laboral. En 1999 no sólo las consultas ascendieron a 348 sino que también se incrementó la proporción de aquellas asociadas a discriminación (41%).

Sociedad Argentina de Medicina del Trabajo: Algunos plantearon que el SIDA es una enfermedad culpable y que la confidencialidad de los resultados 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. Otros expresaron 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. Todos coincidieron en que no ha habido casos de transmisión en el ámbito laboral por lo que la condición de infectado no representaba un peligro para el resto del plantel de trabajo.

Cámara Argentina de Laboratorios de Análisis Bioquímicos (CALAB): 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 VIH. Con respecto a la realización del test forzoso oculto de VIH, 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: 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 de manera involuntaria.

Encuesta a grupos clave

El segundo instrumento utilizado fue un conjunto de preguntas específicas para las (ONGs), para las obras sociales, las empresas, los servicios de medicina laboral, los laboratorios de análisis bioquímicos, abogados laboralistas y las PVVIH.

Los niveles de respuesta obtenidos fueron muy bajos. Sólo en el caso de la encuesta destinada a las PVVIH se obtuvo algún número de respuestas, que sin llegar a ser significativo, permitió extraer los siguientes argumentos:

- Todos los respondientes se encontraban en edad económicamente activa, con un rango de edad que oscilaba entre 30 y 56 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.
- Más del 50% de las personas respondió no haberse sentido discriminada. Sin embargo, la mayoría alega que nota una mayor 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.
- Todo individuo que respondió acerca de la provisión de medicamentos alegó haber tenido problemas con la obra social o prepaga.
- 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.

III.2 – ANÁLISIS CUANTITATIVO

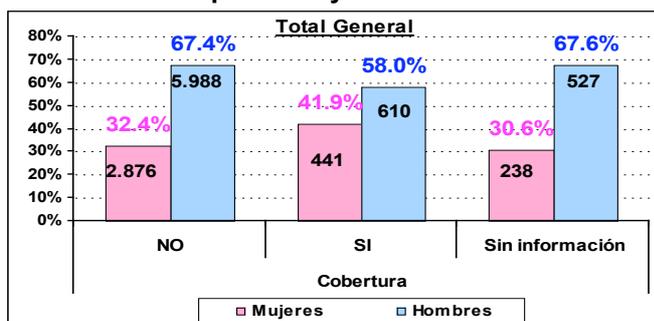
Bases de datos

La presente sección analiza en primer lugar la base de datos provista por el Hospital Muñiz a fin de establecer las características de la población afectada por el SIDA. Luego, se analizan las muertes nacionales a causa del SIDA, comparándolas con dos grupos control: fallecimientos por tuberculosis y tumores. Finalmente, los resultados son contrastados con los provenientes del análisis de las llamadas a la línea 0800-Pregunte SIDA.

Registro de casos de VIH/SIDA en el Hospital Muñiz

La información fue suministrada por el Departamento de Estadísticas del hospital Muñiz. La base de datos brinda información sobre 10.714 casos atendidos 2000 y 2004. 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 (665 en 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 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



Fuente: Elaboración propia en base a datos Hospital Muñiz

Dado que se cuenta con información acerca de la obra social a la cual pertenecen los pacientes que asistieron al establecimiento, es posible agrupar los casos atendidos según ramas de actividad¹², teniendo en cuenta únicamente a las personas en edad de trabajar.

Cuadro 3.2: Casos atendidos según rama de actividad. PEA, Muñiz 2000/2004

Rama de actividad	2000		2002		2004	
	Nº casos	% sobre total	Nº casos	% sobre total	Nº casos	% sobre total
Jubilados y/o pensionados	72	4,1%	93	4,7%	84	4,9%
Administración pública	19	1,1%	21	1,1%	27	1,6%
Otros *	72	4,1%	66	3,3%	44	2,6%
Sin obra social o no reportado	1.574	90,6%	1.791	90,9%	1.551	90,9%
TOTAL	1.737	100%	1.971	100%	1.706	100%

* La categoría "Otros" incluye las siguientes ramas de actividad: Alimenticia, Automotriz, Bancarios, Comercio, Comunicaciones, Construcción, Correo, Deportes, Edición e impresión, Ejecutivos, Energía, Enseñanza, FFAA y Personal de Seguridad, Maestranza, Metalurgia y Siderurgia, Personal Civil, Petróleo, Plástico, Rurales, Salud, Servicio Penitenciario, Textil e Indumentaria, Transporte y Turismo.

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

¹² 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).

El grupo que reúne la mayor cantidad de pacientes cuenta con cobertura de “Jubilados y Pensionados”, seguido del sector de actividad “Administración pública”. Todas las demás ramas de actividad se encuentran agrupadas en la categoría “Otros” la cual presenta una tendencia decreciente, asando de 4.1% en 2002 a 2.6% en 2004. La cantidad de concurrentes al establecimiento que no cuentan con ningún tipo de cobertura médica supera el 90% en todos los años, sin excepción.

A modo de conclusión, el análisis 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 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.

A continuación se presenta un análisis complementario basado en otras fuentes de información que permitan salvar esta limitación.

Estadísticas Vitales - Ministerio de Salud

La presente subsección trabaja con 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 utilizada emplea tres grupos poblacionales diferenciados entre sí 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). Estas dos causas de muerte se eligieron con el propósito de asimilar al SIDA a alguna de ellas en función de las características presentadas por las poblaciones afectadas¹³. Cada uno de los cuadros presentados muestra el número de defunciones de cada causa, desagregando la información según la situación ocupacional y cobertura de salud de los individuos fallecidos para el año 2001. Los porcentajes en cada caso corresponden al total de fallecimientos respecto del total de muertes, por causa.

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 carentes de cobertura. Dado esto, se infiere 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 idéntico al del grupo poblacional de defunciones por SIDA (20.8% en cada caso). Es decir que tanto un grupo como el otro presentan la misma probabilidad de ser desempleados.

Respecto de los dos grupos control muestra que, en el año 2001, el comportamiento presentado por los fallecimientos a causa del SIDA se asimila al de las muertes por tuberculosis pero, no así al de las defunciones por tumores, cuya distribución de casos resulta opuesta a las dos anteriores. Así, se concluye que el SIDA afecta mayormente a los grupos poblaciones más desprotegidos. En los años subsiguientes el porcentaje de

¹³ En el presente análisis la condición de no-beneficiario de cobertura de se salud se interpreta como indicador de discriminación, constituyendo presunción de testeo forzoso (informado u oculto). Asimismo, el subgrupo de individuos que al momento de la muerte contaban con empleo y seguro social, se entiende como pertenecientes al mercado laboral formal. Esto último a su vez necesariamente cuenta con limitaciones: a modo de ejemplo, existen beneficiarios que no son titulares y pertenecen al rango étareo de la PEA, sobreestimando la potencial inclusión (no-discriminación).

personas fallecidas por SIDA con empleo y cobertura aumentó respecto del punto inicial (2001). Cada vez más personas infectadas por VIH ingresaron al mercado formal de trabajo (pese a la mayor flexibilidad laboral), lo cual debilitaría la presunción de discriminación laboral, descartando la hipótesis de testeo preocupacional forzoso.

El estudio desagregado a nivel geográfico presenta, por un factor de escala poblacional, concentración en las regiones Metropolitana y Pampeana. En el caso de los fallecimientos por SIDA y 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 el SIDA y tumores. Sin embargo, el análisis de los datos según cobertura formal de salud se revierte y, las defunciones por 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					Muertes por Tuberculosis y otras causas según condición de actividad y cobertura de seguro médico. Año 2001						
Condición de actividad	Cobertura				TOTAL	Condición de actividad	Cobertura				TOTAL
	Si		No				Si		No		
	Otra causa	SIDA	Otra causa	SIDA			Otra causa	Tuberculosis	Otra causa	Tuberculosis	
Ocupado	6.043 54,9%	39 36,4%	4.967 45,1%	68 63,6%	11.117	Ocupado	6.062 54,7%	20 50,0%	5.015 45,3%	20 50,0%	11.117
Desocupado	583 20,8%	11 20,8%	2.217 79,2%	42 79,2%	2.853	Desocupado	589 20,9%	5 14,7%	2.230 79,1%	29 85,3%	2.853
Inactivo	7.498 54,8%	20 14,1%	6.194 45,2%	122 85,9%	13.834	Inactivo	7.483 54,5%	35 36,1%	6.254 45,5%	62 63,9%	13.834
TOTAL	14.124 51,4%	70 23,2%	13.378 48,6%	232 76,8%	27.804	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 de Obra Social, como así también aquellos individuos con doble afiliación (OS y seguro privado).

Cuadro 3.4: Muertes por causa y región geográfica, desagregadas por cobertura de salud

Región	SIDA				Tuberculosis				Tumores			
	Cobertura (1)											
	No	Si	NS/NR	Total	No	Si	NS/NR	Total	No	Si	NS/NR	Total
Metropolitana	244	102	2.433	2.779	18	8	283	309	499	2.227	18.241	20.967
Pampeana	300	114	603	1.017	75	32	158	265	4.684	6.919	12.158	23.761
NOA	120	33	55	208	130	51	50	231	1.402	1.975	1.184	4.561
NEA	54	22	57	133	164	22	82	268	1.612	1.336	1.574	4.522
Cuyo	75	25	7	107	42	12	7	61	1.602	1.717	337	3.656
Patagonia	70	32	11	113	26	13	12	51	925	1.170	411	2.506
TOTAL	863	328	3.166	4.357	455	138	592	1.185	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).

A continuación se replica el análisis anterior desagregando por máximo nivel educacional¹⁴ alcanzado. Los datos agrupan la información para el acumulado del

¹⁴ Sólo se tomaron en consideración aquellas personas fallecidas entre 14 y 65 años de edad. Las categorías educativas han sido reagrupadas de la siguiente manera:

período. De la lectura del cuadro se observa que la mayoría de las personas fallecidas por SIDA entre 2001 y 2003, contaban con un nivel promedio de educación bajo, dado que el mayor porcentaje se concentra en el nivel “primario completo” (57.5%). Este mismo perfil se presenta en el caso de las defunciones debidas a tumores donde el 52% de los casos se ubican en igual categoría. En el caso de las muertes por tuberculosis, aproximadamente el 50% carecía de todo tipo de educación formal, denotando el carácter de enfermedad asociada a la pobreza.

Cuadro 3.5: Muertes por causa por nivel educativo. Período 2001/2003

Enfermedad	Sin estudios	Primario completo	Secundario incompleto	Secundario completo y más	TOTAL
SIDA	350	1.345	269	374	2.338
	15,0%	57,5%	11,5%	16,0%	100,0%
Tuberculosis	353	304	37	40	734
	48,1%	41,4%	5,0%	5,4%	100,0%
Tumores	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

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.

Cuadro 3.6: Motivo de llamadas por tópico, desagregadas por género y nivel educativo

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 pensiona	1	0	0	1
	Privados de la libertac	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 lsex	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

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

- Los ciclos EGB (1 y2) incompletos se asemejan 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 secundario incompleto

* La categoría “Sin estudios” incluye a todas aquellas personas que nunca asistieron a un establecimiento educativo así como también aquellas que sólo cuentan con primario incompleto.

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.

El análisis de esta base muestra las denuncias recibidas por testeo preocupacional resultan ser homogéneas entre ambos sexos, no siendo éste 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 segundo cuadro presentado replica el análisis anterior desagregando la información por nivel educativo. De la lectura de los datos se observa que en cuatro de las cinco categorías el nivel educativo “Secundario completo” es el que registra los mayores porcentajes por motivo de consulta.

Análisis econométrico

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 realiza un ejercicio econométrico de probabilidad¹⁵. 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:

Cuadro 3.7: 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

El resultado más interesante está dado por el coeficiente “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” es a la persona viviendo con VIH/SIDA, no a la enfermedad.

Alternativamente, a fin de identificar¹⁶ la “barrera” efectiva, se calcula el total de fallecimientos 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, asignándoles el valor uno (1) a todas las muertes por SIDA, como así

¹⁵ 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.

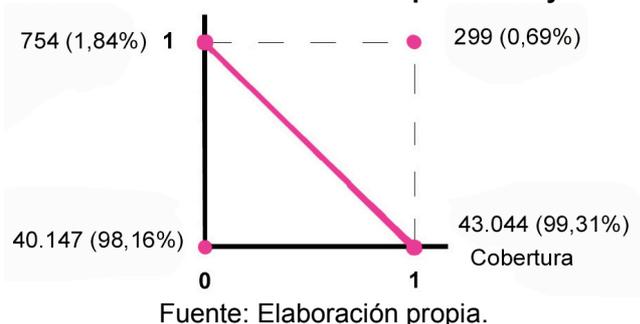
¹⁶ En este análisis la existencia de cobertura se interpreta como una señal de pertenencia al mercado de trabajo formal.

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.

Los resultados presentados en forma gráfica en la Figura 3.2 permiten descartar 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 0800.

Figura 3.1: Distribución de muertes por causa y cobertura



IV – 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.

Por lo tanto, la asociación entre SIDA y discriminación se relaciona principalmente con una cuestión de estigma. En este sentido, las campañas no solamente del Estado

Nacional sino globales cumplen un papel fundamental. Si bien la discriminación por VIH/SIDA no es un tema estadísticamente significativo, ello no refiere a la inexistencia del fenómeno.

BIBLIOGRAFÍA

Beccaria, L., V. Esquivel y R. Maurizio (2005), "El mercado de trabajo en la recuperación reciente", Universidad Nacional de General Sarmiento, mimeo.

Beccaria, L. y R. Maurizio (2004), "El fin de la convertibilidad, desigualdad y pobreza", Universidad Nacional de General Sarmiento, mimeo.

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.

Coordinación SIDA, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2004), "INFOSIDA 4", Año 4, Número 4.

Coordinación SIDA, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2003), "Vivir en positivo".

Damill, M., R. Frenkel y R. Maurizio (2002), "Argentina, una década de convertibilidad, un Análisis del crecimiento, el empleo y la distribución del ingreso", OIT, mimeo.

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).

Dirección de Gastos Sociales Consolidados, Ministerio de Economía (2001), "Evaluación del Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual", Argentina.

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.

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.

Ley 17.132 - Ejercicio de la Medicina, odontología y actividades auxiliares de las mismas.

Ley 19.587 - Higiene y Seguridad en el Trabajo.

Ley 20.744 - Contrato de Trabajo.

Ley 23.660 - Obras Sociales.

Ley 23.798 - Nacional de Sida y decreto reglamentario 1.244/91.

Ley 23.952 - Antidiscriminatoria.

Ley 24.004 - Ejercicio de la Enfermería.

Ley 24.455 - Obras Sociales, Prestaciones obligatorias.

Ley 24.557 - Riesgos del Trabajo.

Ley 24.754 - Régimen aplicable a la Medicina Prepaga.

Maglio, I. (2001), "Guías de buena práctica ético legal en VIH/SIDA", Arkhetypo, Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Economía y Producción (2005), "Empleo e Ingresos en el nuevo contexto macroeconómico", Análisis III, mimeo.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2004), "Argentina. Situación del SIDA".

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 (2004), "Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina", Año XII, Número 24.

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), "El VIH/SIDA y el mundo del trabajo: estimaciones a nivel mundial, impacto y medidas adoptadas".

OIT (2004), "Generando trabajo decente en el Mercosur. Empleo y estrategia de crecimiento".

ONUSIDA (2001), "Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el VIH", Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA, Material Fundamental, Ginebra.

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.