



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

# Las tesis de Belgrano

**Facultad de Derecho y Ciencias Sociales  
Carrera de Abogacía**

**La no-discriminación a los portadores del  
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA.)  
– Análisis de la ley 23.798**

**Nº 215**

**Alejandro Balin**

**Tutora: María Odile Pedrido**

Departamento de Investigación  
Febrero 2006



## Indice

1- INTRODUCCIÓN .....	7
2 - PLANTEO DEL PROBLEMA. ....	7
2.1 - Plan global. ....	8
2.2 - El Problema central .....	8
3 - LAS HIPOTESIS DEL TRABAJO. ....	8
4 – OBJETIVOS. ....	9
4.1 – GENERAL .....	9
4.2 – ESPECIFICOS .....	10
4.2.1 – Primer Objetivo .....	10
4.2.2 – Segundo Objetivo .....	10
4.2.3 – Tercer Objetivo .....	10
4.2.4 – Cuarto Objetivo .....	10
4.2.5 – Quinto Objetivo .....	10
4.2.6 – Sexto Objetivo .....	10
4.2.7 – Séptimo Objetivo .....	10
4.2.8 – Octavo Objetivo .....	10
4.2.9 – Noveno Objetivo .....	10
4.2.10 – Décimo Objetivo .....	10
4.2.11 – Décimo primer objetivo .....	11
5 - GLOSARIO TENTATIVO DE CONCEPTOS O VARIABLES DEL TEMA EN ESTUDIO .....	11
5.1 - Derechos humanos del hombre .....	11
5.2 - Derechos personalísimos .....	11
5.3 - Discriminación .....	11
5.4 - Marginación .....	11
5.5 - Estigmatización .....	11
5.6 - Degradación .....	11
5.7 - Discapacidad .....	11
5.8 - El impedido .....	11
5.9 - Eficiencia .....	11
5.10 - Eficacia .....	11
5.11 - Estado Benefactor .....	11
5.12 - Expectativas .....	12
5.13 - Intereses .....	12
5.14 - Interés legítimo .....	12
5.15 - Cuándo hablamos de políticas .....	12
5.16 - Prejuicio .....	12
6 - CRONOGRAMA DE TRABAJO .....	12
7 - DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN. ....	12
7.1 - El sentido del análisis .....	13
7.1.1 - Cualitativo .....	13
7.1.2 - Cuantitativo .....	13
7.1.3 - Factorial .....	13
7.1.4 - Jurídico .....	13
7.1.5 - Social .....	13
8 - MARCO TEORICO. ....	13
8.1.1 - La Sociología del Derecho .....	13
8.1.2 - Los Derechos Personalísimos .....	13
8.1.3 - La Responsabilidad del Estado .....	13
8.1.4 – La Responsabilidad de los funcionarios .....	14
8.1.5 - La Teoría de la Discriminación .....	14
8.1.6 - «La Convención Americana sobre Derechos Humanos de San José de Costa Rica» ..	14
8.2 - LOS DERECHOS HUMANOS Y EL SIDA .....	14
8.2.1 - La repercusión social .....	14
8.2.2 - EL SENTIDO DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LA SALUD DE LOS ENFERMOS	15
8.2.3 - LOS JUECES COMO PROTECTORES DE LA VIDA Y LA SALUD .....	15
8.3 - EL SIDA UN SENTIMIENTO DE VERGÜENZA DE LOS ENFERMOS .....	15

8.4 - EL SIDA Y EL SECRETO MEDICO DESDE LA OPTICA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL ..	15
8.5 - CONCEPTO DE SECRETO MEDICO .....	16
8.5.1 - Tesis Absoluta.....	16
8.5.2 - Tesis Relativa .....	16
8.5.3 - Interpretación adecuada .....	16
8.6 - VIOLACION DE SECRETOS – PROBLEMÁTICA DEL SECRETO MEDICO EN EL CASO DEL SIDA .....	16
8.7 - SECRETO Y DENUNCIA OBLIGATORIA .....	17
8.8 - EXCEPCIÓN AL SECRETO MEDICO EN PREVENCION DE LA SEGURIDAD DE TERCEROS .....	17
8.9 - OBLIGACIÓN DE GUARDAR SECRETO EN CASOS DE SIDA .....	17
8.10 -SANCIONES – CONSECUENCIAS DE LA VIOLACION DEL SECRETO MEDICO – INDEMNIZACION .....	17
8.11 - UNA BREVE REFLEXION .....	18
8.12 - RESPONSABILIDADES DEL ESTADO .....	18
8.12.1 – La medicación .....	18
8.12.2 – Pruebas de carga viral y CD4 .....	18
8.12.3 – Incorporación al Vademécum de las drogas y medicamentos .....	18
8.12.4 – Análisis de bioequivalencia y biodisponibilidad de todos los medicamentos .....	18
8.12.5 – Información acerca de las partidas presupuestarias a las ONGS .....	18
8.12.6 – Asumir una responsabilidad legal en la temática .....	18
8.12.7 – Respetto de la Industria Farmacéutica .....	18
8.12.8 – Control de las prestaciones del PAMI.....	18
8.12.9 – Control del Registro de Proveedores .....	18
8.12.10 - Implementación de mecanismos de transparencia .....	19
8.12.11 - Realización de acciones sistemáticas de prevención .....	19
8.13 -DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH.) O QUE SE ENCUENTRAN AFECTADAS DE SIDA ..	19
8.13.1 - Principio de no discriminación .....	19
8.13.2 - Principios de Autonomía, Privacidad y Confidencialidad .....	19
8.13.3 - Derecho de circular libremente .....	19
8.13.4 - Principios de Dignidad y de Autonomía .....	19
8.13.5 - Derecho a recibir educación sexual .....	19
8.13.6 - Derecho de libre asociación .....	19
8.13.7 - Derecho a la Información .....	19
8.13.8 - Derecho a recibir asistencia adecuada .....	19
8.13.9 – Derecho a una muerte digna .....	20
8.14 -EXPANSION DEL SIDA EN EL MUNDO Y EN ARGENTINA .....	20
8.15 -LOS MEDICAMENTOS – LOGROS EN LA REPUBLICA ARGENTINA .....	20
8.16 -EL SIDA Y LOS ESTUDIANTES .....	20
8.17 -ESTABLECIMIENTOS CARCELARIOS .....	21
8.18 -SINOPSIS DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON HIV-SIDA .....	22
8.18.1 - Violaciones a la Ley 23.798 .....	23
8.18.2 – Destacable labor de las ONGs .....	23
8.19 -EL SIDA Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN .....	23
8.19.1 – ORGANIZACIÓN DEL TEMA .....	24
8.19.2 - Crisis del Estado de bienestar, políticas sociales y medios .....	24
8.19.3 - El SIDA y las políticas sociales con respecto a los componentes comunicativos .....	25
8.19.4 - El espacio público, político y las enfermedades epidémicas .....	25
8.19.5 – Cuestiones metodológicas .....	26
8.19.6 - El Cólera y el SIDA en argentina .....	26
8.20 - RESUMEN Y DISCUSIÓN DE ESTE TEMA .....	28
8.21 -NOTAS .....	29
8.22 - EL PRINCIPIO BIOETICO DE REGISTROS DE PROGRAMAS .....	29
9 - POSICIÓN DE NUESTRA JURISPRUDENCIA .....	30
9.1 - RECURSO DE HECHO – «Etcheverry, R. E. c/ Omint Sociedad Anónima y Servicios» - CSJN - 1999 S.C. E.34, L.L TXXXV .....	30

9.1.1 – Una consideración esencial de la CSJN en este caso .....	31
9.2 - CSJN RECURSO DE HECHO «Hospital Británico de Buenos Aires c/ Estado Nacional» (Ministerio de Salud y Acción Social), (2001) .....	32
10 - CUESTIONES DE ACTUALIDAD CON RESPECTO AL SIDA .....	33
10.1 – Transcripción de nota «Diario Clarín» Lunes 7 de agosto de 2005 .....	33
10.2 – «Diario La Nación» Domingo 28 de agosto de 2005 .....	34
10.3 – «Diario Clarín» Domingo 28 de agosto de 2005 .....	34
10.4 – «Diario Clarín» Lunes 29 de agosto de 2005 .....	35
10.5 - «Diario La Nación» Jueves 1º de septiembre de 2005 .....	36
10.6 – «Diario «La Nación» Viernes 9 de septiembre de 2005 .....	36
11-OPINION DE UN AFECTADO .....	37
12-OPINION DE UN MEDICO ESPECIALISTA .....	38
13-NUESTRAS CONCLUSIONES Y/O PROPUESTAS .....	40
14-DISEÑO DE LA PRUEBA .....	41
15-BIBLIOGRAFÍA .....	43



## Área temática: Teoría de la Discriminación

### 1 - Introducción

El interés que nos ha impulsado a la realización de esta obra es saber si el marco legal (Ley de Lucha Contra el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida SIDA) cumple con el fin para el cual ha sido creado. Es decir, en cuánto a la deferencia con la que los enfermos deben ser tratados, así como a su asistencia médica y respeto, buscando superar la dificultad de neutralizar en nuestra comunidad el ser discriminados, a veces por prejuicios infundados, o por ignorancia de quienes materializan estos actos; la vía para este objetivo será la de determinar, si desde un plano legal se puede obtener, que las autoridades forjen en pro de los afectados, cuánto esté a su alcance; valorando la gravedad y significado de la enfermedad e implicancias, a afectados y comunidad. Así hemos de intentar también sistematizar todo cuánto sea posible y con la mayor extensión que se pueda, cuánto sea, para facilitar aquella tarea de quienes intentan la detección e investigación de los agentes causales de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, prevención, asistencia y rehabilitación, sintomatología, efectos físicos y psíquicos, además de las implicancias psicológicas personales y sociales que la enfermedad produce. Siendo toda esta labor un aporte, cuya idea es, establecer, si con la ley fuese practicable insertar e igualar a los afectados, en el acceso a la salud del mismo modo que el resto de las personas de nuestra sociedad, en el marco de los derechos humanos y personalísimos que todos gozamos, así como en el respeto a la igualdad ante la ley, soporte capital de nuestra Constitución Nacional y de las Convenciones Internacionales sobre Derechos Humanos.

Comprender la problemática social que inevitablemente acarrea el SIDA en toda comunidad ha implicado e implica el esfuerzo sostenido y constante de juristas y sociólogos, en la lucha de lo que resulta indispensable: alcanzar una profunda concientización de todos los Actores Sociales, quienes deben bregar por un justo trato a los afectados, respetando su integridad psicofísica que implica, a la luz de esta óptica, la valoración al derecho a la vida, a la atención y protección íntegra de su salud e igualdad de trato en iguales circunstancias que el resto.

La gravedad y jerarquía del tema en estudio en la evaluación de la eficacia de la referida ley a la luz de resultados obtenidos producto de su aplicación hace que su punto neurálgico halle del análisis aquí propuesto, la verificación de la normativa vigente, que se materializa en la ley 23.798 y su decreto reglamentario 1244/91, que pretenden ser la lucha contra la mencionada enfermedad, en especial en lo concerniente a los deberes que la referida normativa impone a las autoridades nacionales y sanitarias en su artículo 4º, en concordancia con las limitaciones que la misma marca en su art. 2º.

Es preciso aclarar que no es fin de este estudio poner en tela de juicio aspectos que, es posible, hayan sido analizados por especialistas, sino establecer una profunda investigación sobre lo realizado, cotejando la posibilidad de mejorar la situación de los afectados en cuánto a asistencia y trato, en la averiguación en tales circunstancias de identificar la existencia de situaciones de desigualdad y el consecuente perjuicio hacia ellos, incompatibles con los pilares en los cuales se sustenta la convivencia de toda sociedad moderna, es en este sentido es nuestra intención, el buscar, estimular y colaborar con el fin de intentar corregir aquello que impida la adecuada atención a la salud de los mismos evitando su discriminación y/o marginación sanitaria.

Dentro de las conclusiones de este estudio se habrá valorado el papel que desempeña nuestra Administración de Salud, en cuánto a lo hecho, lo que se hace y lo que se hará, en la apreciación de si la realidad y la ley van, o no, de la mano, y en su caso tratar de conocer qué mecanismos deberían incluirse para una práctica y moderna integración legal acorde con una eficiente calidad en el cuidado de la salud de nuestra población.

A través de testimonios obtenidos en entrevistas a los involucrados en esta temática (vg. Enfermos, Médicos y Autoridades Sanitarias) más el análisis de documentación, jurisprudencia y opiniones solventes de personas especializadas, se buscará sensibilizar sobre el tema tratado en la revalorización de principios humanos y constitucionales básicos.

### 2 - Planteo del problema

#### 2.1 - Plan global

El espacio de debate que la enfermedad del SIDA ocupa y que creemos ocupará, probablemente por algunos años más, así como su estrecha conexión con algunos comportamientos que inciden en las rela-

ciones interpersonales y sociales, exigen que los estados se hagan cargo con valor, claridad de ideas, iniciativas justas y correctas, de todas sus responsabilidades. En particular, a las autoridades nacionales y sanitarias compete preparar y realizar un plan global de lucha contra el SIDA; siendo su programación la asunción del compromiso en el logro del reconocimiento social, para ello deberá proceder en coordinación con grupos, asociaciones y diversos organismos avocados en la lucha de la prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad, teniendo en cuenta toda equitativa iniciativa también de individuos.

## 2.2 – El Problema central

Igualmente esta lucha contra el SIDA exige la colaboración entre los pueblos: y puesto que la demanda de salud y de vida es común a todos los hombres, ningún cálculo político o económico ha de dividir el esfuerzo de los estados, llamados juntamente a responder al desafío del SIDA, así la problemática en estudio quedará circunscripta al ámbito nacional a partir de la sanción de la ley 23.798 y su decreto reglamentario N° 1244/91. Ello implica analizar en la citada normativa el hecho de poder existir contradicciones que la misma pudiera adolecer y así establecer posibles perjuicios y sus consecuencias, con relación a las personas afectadas, así como en el encuentro del diseño de una mejor propuesta, ya que, hasta ahora en apariencia algunas de las obtenidas, al parecer no han satisfecho las necesidades y expectativas de estos Actores Sociales y parte de la comunidad. En este sentido el problema se origina ante la falta de claridad a las respuestas entre otras a preguntas como por ejemplo: - Desde el enfoque normativo: ¿se presenta al SIDA como la consecuencia lógica de formas de apareamiento, elección sexual y de obtención de placer diferentes al modelo de vida y familia que se promueve desde lo institucional? ¿Resultaría el SIDA el castigo o la consecuencia de una «mala conducta»? ¿La prevención idónea para cada forma de vida es suplantada por la promoción de la uniformidad sexual y cultural? - ¿Se cumplen los preceptos establecidos en la ley referente a las funciones y limitaciones que la misma establece respecto de las Autoridades Sanitarias Nacionales? Viendo esto así, ¿Se reglamenta adecuadamente la limitación establecida en el art.2º inc. a en cuánto regula el hecho de no afectar la dignidad de la persona?-¿Se condice el precepto del art. 4º inc. d. que impone a las autoridades nacionales el deber de cumplir con el sistema de información que se establece con la limitación del citado art. 2º inc. b en cuánto a no producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación a los afectados? - ¿Existe un marco sancionatorio para quienes infringen los preceptos de la ley y su decreto reglamentario? ¿Se cumplen las sanciones contempladas en por discriminación hacia los afectados respecto de otros enfermos o sustentada en su situación económica? - ¿Se vulneran derechos personalísimos básicos respecto de la persona de los afectados (vida, libertad, intimidad, privacidad, honor, imagen, entre otros) en el marco de la prevención y protección en la salud de la sociedad? - ¿Se respeta nuestra Constitución y la normativa internacional sobre derechos humanos?

Estos y muchos son los planteamientos que se deben hacer en lo referente a esta temática, constituyendo el fundamento de este trabajo y análisis, la búsqueda de las respuestas, y aporte de alternativas de soluciones. Resultando relevante, además, determinar si la ley respecto de los deberes que impone a las referidas autoridades nacionales y sanitarias en su Art. 4º así como las limitaciones que establece en su Art. 2º y, en su caso, los modos en que estos aspectos están reglamentados, responden a lo preceptuado en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) aprobada por ley 23.054; Declaración Cumbre de París sobre el SIDA, del 1º de diciembre de 1994, Constitución Nacional; y la ley Antidiscriminatoria 23.592 Art. 1º, en especial.

## 3 - Las hipótesis del trabajo

- Los afectados no pueden acceder para su debida atención, en forma igualitaria y de igual manera con respecto a otros enfermos a todos los centros asistenciales públicos y privados por ser discriminados producto de prejuicios infundados.
- No existe un criterio metodológico adecuado en la ley 23.798 por no establecer, la reglamentación de dicha norma, la forma de evitar la referida discriminación de los afectados para ser asistidos en aquellos Centros Asistenciales Públicos y Privados.
- La discriminación en la protección asistencial entre los afectados está sustentada en la situación económica de los mismos.
- Las excepciones establecidas en el Decreto Reglamentario 1244/91 al art. 2º inc. c, que prohíben a los Profesionales Médicos revelar información sobre el conocimiento que tomen de que una persona se encuentra infectada por el virus de HIV o se halle enferma de SIDA, pueden dar lugar a que las mismas sean utilizadas con el fin de discriminarlo en la atención de su salud, violando la disposición reglamenta-



ria del art. 2º de la Ley en el referido Decreto, en cuánto establece que para la aplicación de la ley y su reglamentación deberán respetarse las disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos de San José de Costa Rica, aprobada por ley 23.054 y de la ley Antidiscriminatoria 23.592 .

- Para dar cumplimiento a lo establecido en el art. 4º de la ley 23.798, en cuánto a la gestión de recursos por parte de las autoridades sanitarias nacionales cuyo fin es la financiación y ejecución de programas destinados al cumplimiento de las acciones descriptas en el art. 1º de la ley 23.798, la reglamentación debe incluir la creación de un impuesto, o la implementación de algún tipo de seguro obligatorio o voluntario.
- A los efectos de que las referidas autoridades sanitarias nacionales promuevan la captación y capacitación de recursos humanos para propender al desarrollo de actividades de investigación, coordinando esas actividades con otros organismos públicos y privados, nacionales, provinciales o municipales e internacionales, Art. 4 inc. b de la Ley; la reglamentación de este precepto se debe sustentar en acuerdos con el Conicef, Academia Nacional de Medicina, laboratorios privados nacionales y extranjeros, universidades públicas y privadas, nacionales o extranjeras, ONGs, con estímulos en lo laboral y económico a los interesados para la referida captación y capacitación, que debe hacerse con fondos obtenidos por ejemplo de multas aplicadas en concepto de sanciones a diferentes regímenes legales como podría ser, entre otros, a los establecidos en el Código Aduanero por contrabando o evasión fiscal contemplada en la Ley Penal Tributaria y de Evasión Fiscal, o también a través de la implementación del Seguro, obligatorio o voluntario antes mencionado.
- La Ley no contempla un procedimiento de financiación destinado a los centros de investigación con el fin de facilitar los medios a los especialistas en el logro del tratamiento y eventual cura de la enfermedad.
- Ni la normativa en estudio así como ninguna otra norma nacional contempla el supuesto del acceso de los afectados al servicio de obra social o al servicio semiprivado o privado. En este último supuesto al no existir una normativa especial de regulación sobre las entidades que prestan servicios de salud (falta de Ley de Obras Sociales que regule sobre la admisión de los afectados por el hecho de que solo existen normas de la Secretaría de Defensa al Consumidor que establecen la protección de todo consumidor en la que se incluye la de los afectados), se deja la posibilidad de que ellas se nieguen a la afiliación de los enfermos. Es decir que ante un pedido de afiliación la empresa puede negarse a asistirlos en razón de considerar antieconómico los insumos y gastos de esta enfermedad.
- La existencia de una «forma codificada» de individualización de los afectados a través de fichas, registros o almacenamiento de datos, puede producir en ellos efectos de marginación, estigmatización, degradación o humillación en los términos del art. 2º inc. b de la ley 23.798. Las que son: a) el afectar la dignidad de la persona; b) producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación; c) exceder el marco de las excepciones legales taxativas al secreto médico que siempre se interpretarán en forma restrictiva; d) incursionar en el ámbito de la privacidad de cualquier habitante de la Nación Argentina; e) individualizar a las personas a través de fichas, registros o almacenamiento de datos, los cuales, a tales efectos, deberán llevarse en forma codificada.
- Las obligaciones impartidas en el Art. 4 de la Ley 23.798 dirigidas a las autoridades sanitarias nacionales con el fin de evitar la difusión inescrupulosa de noticias interesadas en lo referente al tratamiento y cura de la enfermedad, no se condice con la reglamentación, ya que se debería indicar en la misma cuales son las funciones que el Grupo Asesor Científico Técnico creado, tiene, con respecto a la colaboración que le debe a la Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA Art. 4 inc. F de la Ley 23.798.
- Debería incluirse en el artículo 2º del Decreto Reglamentario 1244/91, una forma o procedimiento para no incursionar en el ámbito de privacidad de los afectados, cumpliendo así con el inc. d del art. 2º de la Ley 23.798, que establece la obligatoriedad de no incursionar en el ámbito de privacidad de cualquier habitante de la Nación Argentina.

## 4 – Objetivos

### 4.1 – GENERAL

Analizar aspectos de la normativa de la Ley 23.798 cuyo fin es la protección de las personas enfermas de SIDA buscando su correcta interpretación en los términos de nuestra Carta Magna y de la normativa jurídica concordante Vg. Convención Americana sobre Derechos Humanos Pacto de San José de Costa Rica y la Ley Antidiscriminatoria 23.592.

## 4.2 - ESPECIFICOS

Por lo tanto es menester analizar:

**4.2.1** - Si lo normado en la misma Ley 23.798 Art. 4º, imparte directivas justas en cuánto a las obligaciones impuestas, tanto a las autoridades nacionales como sanitarias y con las restricciones establecidas en el art. 2º de la referida ley.

En este sentido intentaremos demostrar:

**4.2.2** - Si los deberes impuestos a las mismas, enumerados en la ley resultan compatibles, o no, con el trato debido a todo ciudadano como tal, en cuánto a la protección a la salud que el estado debe brindar a la comunidad, tendientes a evitar tratos discriminatorios a los enfermos de SIDA, en el marco de lo preceptuado por nuestra Constitución Nacional Artículos 14 bis, 16, 18, 19; 75, linc. 22 y 23 primera parte, la Convención Americana sobre Derechos Humanos Pacto de San José de Costa Rica ratificada por nuestro país mediante ley 23.054, y la Ley 23.592 Antidiscriminatoria - Penalidades Art.1º, en particular.

**4.2.3** - Con este propósito hemos de *realizar* el estudio sobre una propuesta con el fin de lograr trato igualitario de los afectados en el acceso a todos los centros asistenciales públicos y privados para una correcta atención.

Sustentando la anterior premisa hemos de evaluar:

**4.2.4** - La implementación de una normativa que regule sobre las entidades que prestan servicios de salud (en ausencia de Ley de Obras Sociales que se ocupe acerca de la admisión de los afectados, ya que a la fecha sólo existen normas que entendemos insuficientes en esta problemática, provenientes de la Secretaría de Defensa al Consumidor, que por no establecer específicamente la protección de los mismos, se los trata legalmente como un consumidor más), dejándose librada la posibilidad de que ellas se nieguen a la afiliación de los enfermos. Es decir que ante un pedido de afiliación la empresa puede negarse a asistirlos en razón de considerar antieconómico los insumos y gastos de esta enfermedad circunstancia por todos conocida.

Hemos de constatar:

**4.2.5** - Si la aplicación de los métodos que aseguran la efectividad de los requisitos de máxima calidad y seguridad, que se impone a las referidas Autoridades Sanitarias nacionales en la Ley 23.798 (art.4 inc. c) incursiona en el ámbito de privacidad de los afectados. (Art. 2º inc. d).

Y verificar:

**4.2.6** - Si es posible que la ley contemple algún tipo de procedimiento para el logro de recursos necesarios y cuya gestión corresponde a las autoridades sanitarias nacionales (Art.4º inc. a) con el objeto de financiar la ejecución del desarrollo de programas destinados al cumplimiento de la detección e investigación de los agentes causales del SIDA, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo sus patologías derivadas como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población. (Art.1º de la ley 23.798).

Contemplar:

**4.2.7** - La sustentación en acuerdos con el Conicef, Academia Nacional de Medicina, laboratorios privados nacionales y extranjeros, universidades públicas y privadas, nacionales o extranjeras, ONGs, con estímulos en lo laboral y económico a los interesados en dicha capacitación y con fondos obtenidos producto de multas aplicadas en concepto de sanciones a diferentes regímenes legales como por ejemplo entre otras a las referidas en el Código Aduanero por contrabando o evasión fiscal contemplada en la Ley Penal Tributaria y de Evasión Fiscal .

También intentaremos determinar:

**4.2.8** - Si el encuadre jurídico establecido en Art. 4 inc. d, referente al sistema de información, de cumplimiento por parte de las autoridades sanitarias, afecta la dignidad de las personas de los enfermos, limitación establecida en el art. 2 Inc. A de la Ley 23.798.

*Así buscaremos establecer:*

**4.2.9** - Un criterio con el fin de mejorar la disposición referida en la ley a las autoridades nacionales y sanitarias sobre los deberes de información y educación a la población sin afectar la dignidad de los afectados.

Y Averiguar:

**4.2.10** - Si el deber del Poder Ejecutivo, en el marco de propuestas que reciba de organismos dependientes de la administración o de ONGs, de arbitrar las medidas para llevar a conocimiento de la población las características del SIDA, las posibles causas de transmisión y contagio, las técnicas aconsejables de prevención y los tratamientos adecuados para su curación, en forma tal de evitar la difusión inescrupulosa de noticias (Art. 4º inc. f), efectivamente se realiza sin producir cualquier efecto de *marginación, estigmatización, degradación o humillación* a los enfermos, limitación establecida en el Art. 2º inc. b de la Ley 23.798.

Además se buscará determinar:

**4.2.11** - En que forma se incluyen, en el DR 1244/91 de la Ley 23.798, los controles que debe realizar el Ministerio de Salud y Acción Social en cuánto a evitar a los afectados los aludidos efectos del art. 2 inc. b de la ley, producto de la individualización por quién corresponda de las personas a través de fichas, registros o almacenamiento de datos cualquiera sea (art. 2 inc. E).

## 5 - Glosario tentativo de conceptos o variables del tema en estudio

**5.1 - Derechos humanos del hombre:** Atributos inherentes y esenciales del hombre que se encuentran en lo más alto de la escala normativa y de la cuál esta se sustenta materializándose en la facultad que todo sujeto tiene en hacer valer frente a determinados hechos o circunstancias que los lesionen o vulneren, que al ser de existencia fundamental el hombre posee por el hecho de ser hombre, por su propia naturaleza y dignidad. Derechos que le son inseparables y que lejos de ser una concesión de la sociedad, han de ser consagrados y garantizados. Podemos decir que los más importantes son: el derecho a la vida, a la libertad, a la igualdad ante la ley, a un trato digno y decoroso, a la protección del estado, a la educación, a la salud y a la justicia.

**5.2 - Derechos Personalísimos:** Se trata de derechos subjetivos privados, innatos y vitalicios que tienen por objeto manifestaciones interiores de la persona y que, por ser inherentes, extrapatrimoniales y necesarios, no pueden transmitirse ni disponerse en forma absoluta y radical. A nivel Internacional se han celebrado numerosos tratados que nuestra reformada Constitución en el año 1994 ha incorporado en el artículo 75 inc. 22 dando estatura constitucional a valores, derechos y principios que estos tratados establecen y complementando a los derechos y garantías por ella reconocidos.

El Dr. Santos Cifuentes en su libro «*Derechos Personalísimos*» Pág. 229, propone una división tripartita para clasificarlos y que consiste en: a) **La integridad física** del hombre en los que van incluidos los derechos que permiten a la persona ejercitar facultades sobre *su cuerpo*: desarrollarlo, aprovecharlo y defenderlo. Comprende a la misma *vida* que implica *el derecho de vivir de la persona* y que se identifica con la existencia vital del cuerpo, éste y sus partes, «el autor estima que el hecho de gozar de la vida importa su defensa desde un plano jurídico». Comprenden también a *la salud* y los medios de preservarla u obtenerla, así como el destino del cadáver. b) **La libertad**, en su ámbito privado, tiene muchas derivaciones que se conectan con el movimiento, la expresión de las ideas, la realización de actos jurídicos, el empleo de la fuerza física y espiritual. c) **La integridad espiritual** abarca el *honor*, la *imagen*, la *intimidad*, la *identidad*, y el *secreto*. Este último en realidad no es más que un aspecto de la intimidad, una de sus más singulares manifestaciones.

**5.3 - Discriminación:** Es toda manifestación negativa de un prejuicio, por la que una persona o grupo de personas establecen una distinción desfavorable hacia otra persona o grupo de personas, basándose en generalizaciones infundadas. La discriminación es la conducta o actividad que materializa el prejuicio consistente en descalificar «a los otros».

**5.4 - Marginación:** Acción y efecto de preterir a alguien, ponerlo o dejarlo de lado sobre alguna actividad, prescindiendo o haciendo caso omiso de alguien al poner o dejar a una persona o grupo respecto a otras en condiciones sociales, legales, etc., de inferioridad.

**5.5 - Estigmatización:** Se la define como el estado de descrédito o desacreditabilización de uno o determinados individuos cuyo soporte se basa en las cualidades negativas de los mismos con relación a su salud psíquica o física.

**5.6 - Degradación:** Acción o efecto de descalificar, humillar o rebajar, implica privar a alguna persona de las dignidades, honores, empleos, y privilegios que tiene, es decir lograr en ese alguien o algo el efecto de reducirlo o desgastarlo.

**5.7 - Discapacidad:** El término «discapacidad» significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.

**5.8 - El Impedido:** El término «impedido» designa a toda persona incapacitada de sobrevivir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales. Definición establecida en el Ap. 1º de la «Declaración de los Derechos de los Impedidos» proclamada por la Asamblea General en su resolución 3447 (XXX), de 9 de diciembre de 1975.

**5.10 - Eficiencia:** Monto de los recursos empleados para producir una unidad de que se trate teniendo en cuenta las formas en que se aborda y conduce legalmente la temática abordada.

**5.11 - Eficacia:** Grado en que la organización, formada por todos los operadores sanitarios y de derecho, realizan sus fines referidos éstos a las formas en que se abordan y se conducen legalmente con relación a

la atención de la salud de los enfermos y/o portadores. Los Estados son organizaciones definidas por medio de sus constituciones nacionales. Y en esas constituciones se establecen empleos públicos que, una vez ocupados, son atendidos, con eficacia o no. La falta de eficacia generalmente convierte a los actos de gobierno en incumplimiento de los mandatos constitucionales y los tratados internacionales. La solución pasa por armonizar la iniciativa privada con el ejercicio de las funciones públicas, complementadas las políticas activas por el control de legalidad que respalde el cumplimiento de los mandatos constitucionales. Y para que la iniciativa privada logre la eficacia en lo social que acompañe un ciclo de evolución persistente o que en los tribunales de justicia se logre imponer el control de legalidad y corregir lo que es violatorio - por acción u omisión- de los derechos, deberes y garantías del ser humano, es imprescindible la información, la interpretación y el análisis coherente de las legislaciones sobre cada tema en particular.

**5.12 - Estado Benefactor:** Conjunto de instituciones públicas supuestamente destinadas a elevar la calidad de vida de la fuerza de trabajo o de la población en su conjunto y a reducir las diferencias sociales ocasionadas por el funcionamiento del mercado

**5.13 - Expectativas:** Esperanza de realizar o conseguir algo determinado, posibilidad razonable de que un hecho suceda o de conseguir algo, u otra cosa, o de que ocurra un suceso que se prevé.

**5.14 - Intereses:** Implica inclinaciones del ánimo hacia una o más personas, objetos, o uno o más discursos que pueden significar un deseo para que algo suceda concretamente, en cuánto a esa persona u objetos o discursos, en atención a una escala de valores de quienes sustenten esos intereses.

**5.15 - Interés legítimo:** Implica el interés de una persona protegida por el derecho, es la situación jurídica que se ostenta en relación con la actuación de otra persona, y que conlleva la facultad de exigirle a través de un procedimiento administrativo o judicial un comportamiento determinado.

**5.16 - Cuando hablamos de «políticas»:** Incluimos en dicho concepto todas «las variaciones empíricas de programas de acción encomendados a las burocracias públicas para su ejecución, desde leyes o planes y programas en su sentido más estrecho hasta expresiones más generales de intención política, que solo se convierten en programas elaborados de acción en el curso de su implementación. El término comprendería entonces grados muy diferentes de articulación de objetivos y especificación de regulaciones normativas» (Oszlak, 1984).

**5.17 - Prejuicio:** Acción o efecto de prejuzgar, opinión previa de una o más personas hacia otra u otras, que implica una valoración subjetiva sin tener de ellas cabal conocimiento.

## 6 - Cronograma de trabajo

Se realizará un estudio jurídico de tipo exploratorio y descriptivo que comprenderá:

- a) El estudio de la normativa jurídica nacional sobre la materia.
- b) Búsqueda de normativa jurídica internacional sobre la problemática.
- c) Análisis investigativo del material bibliográfico referente al tema.
- d) Estudio exploratorio de temas concernientes al objeto de este estudio.
- e) Relevamiento de material documental
- f) Confección de cuestionarios y entrevistas semiestructurados dirigida a los actores sociales que se encuentran dentro de grupos de riesgo enfermos o portadores.
- g) Realización de entrevistas no estructuradas a Operadores Sanitarios o de Derecho afectadas a la problemática del SIDA.
- h) Análisis y procesamiento de los datos obtenidos en las encuestas.
- i) Búsqueda de Jurisprudencia.
- j) Conclusiones.

## 7 - Diseño de la investigación

A partir de la definición de «escenario» hemos diseñado la recolección de la información sobre la base de fuentes primarias y secundarias. A los efectos del proceso efectivo de recolección de la información, se establecieron dos instancias para cada fuente. Ahora bien por razones analíticas, fueron tomadas conjuntamente no como instancias separadas. En relación a la primera efectuamos entrevistas semi-estructuradas a representantes de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales involucradas, quienes fueron seleccionados con criterio intencional. Los datos recogidos en las entrevistas fueron analizados de acuerdo al procedimiento de la «descripción densa» elaborado por Geertz (1973). Las fuentes secundarias tuvieron una doble elaboración:

- a) Lectura de un corpus integrado por los diarios La Nación periódico leído en general por una clase media y dirigente; Clarín - periódico de mayor tirada, 700.000 ejemplares diarios - y el matutino Página 12 de orientación especial.
- b) Búsqueda e identificación de las piezas comunicativas utilizadas en campañas de prevención del SIDA y del cólera de organismos oficiales y agencias publicitarias participantes. El análisis de las campañas no se realizó de acuerdo a los lineamientos del contenido o al tradicional de mensajes, sino que se analizaron los distintos discursos acerca de las mismas, que tematizan en mayor o menor medida la problemática. Entendemos que los medios de comunicación articulan un discurso que «ordena» la lectura de las campañas y no sólo propone una grilla de lectura sino también los tópicos sobre los cuales centramos la atención.

### 7.1- El sentido del análisis

Será la distinción y separación de las partes del tema en estudio hasta llegar a conocer sus principios o elementos, examen que se hará de una obra, de un escrito, o de cualquier realidad susceptible de estudio intelectual, en lo referente a sus respectivas propiedades y funciones.

Los medios que se utilizarán con relación al interés del tema serán los siguientes:

**7.1.1 - Cualitativo:** Implicará descubrir o aislar los elementos de un hecho en cuánto a su calidad e identificación, por ejemplo: capacitación de los profesionales médicos sobre la cantidad de los mismos. Esto mismo podemos tomarlo referido a los medicamentos o a la educación sobre el SIDA a través de la excelencia de los mismos.

**7.1.2 - Cuantitativo:** Implicará establecer la cantidad de elementos a valorar (Doctrina, jurisprudencia, entrevistas, medicinas, marco normativo, opiniones solventes de especialistas etc.), teniendo en cuenta la imprescindibilidad de que se cuente con los medios necesarios no excesivos (derroche) muchos de los cuales **deben ser previstos en el planeamiento y/o programa anual de prevención y cura del SIDA.**

Las previsiones a través de un planeamiento serio son esenciales para un empleo adecuado de los recursos presupuestarios con que cuenta la Nación.

**7.1.3 - Factorial:** Basada en el uso de una metodología estadística para cuantificar cada uno de los elementos a valorar de los factores que integren este tema: por ejemplo evolución de la cantidad de enfermos

**7.1.4 - Jurídico:** Implica el estudio de la temática a través de su normativa, con la pretensión de establecer su eficiencia y de no ser así, lograrla mediante las modificaciones correspondientes

**7.1.5 - Social:** Determinar los modos en que la problemática en estudio incide en nuestra comunidad con sus consecuencias y propuesta de soluciones o estudio.

En este marco se buscará *alternativas* cuyo fin será la opción entre distintas circunstancias, identificando cada una de ellas entre las cuales se optará, para obtener *coherencia*, que implicará la relación o unión de aspectos de la problemática, en actitud lógica y consecuente, sustentada en principios relacionados.

## 8 - Marco teórico

Aspectos centrales debemos tomar en consideración en el inicio de nuestro estudio y sobre los que haremos una breve reseña; los mismos se refieren a:

**8.1.1 - La sociología del Derecho:** 1) Como disciplina que describe, explica y predice la interacción de las personas tomando como referencia positiva o negativa a la norma formal; 2) Partiendo de las Teorías de las Organizaciones debido a que las mismas permiten abordar la presente problemática en la interacción de Operadores Sanitarios, de derecho, enfermos y/o portadores. 3) Haciendo un análisis sociológico del tema, es de destacar el proceso de achicamiento del Estado (privatización, desregulación y tercerización de servicios), con la advertencia **que no se pierda eficiencia** en la prestación de los mismos, en la aplicación de la ley y en la educación. 4) Del análisis de los antecedentes y presupuestos de responsabilidad de los funcionarios en esta temática, muchos autores resaltan en que más allá de la responsabilidad del funcionario, el Estado como tal es el responsable primario y último del actuar ilícito o negligente.

**8.1.2 – Los Derechos Personalísimos:** *De acuerdo al Doctor Santos Cifuentes, se trata de derechos subjetivos privados, innatos y vitalicios que tienen por objeto manifestaciones interiores de la persona y que, por ser inherentes, extrapatrimoniales y necesarios, no pueden transmitirse en forma absoluta y radical. Aquí debemos valorar que el derecho a la vida no debe depender de variables financieras.*

**8.1.3 – La Responsabilidad del Estado:** Existe cuándo se esté en presencia de un daño cierto, relación de causalidad entre el obrar del Estado o del funcionario y el daño; imputabilidad jurídica del daño, ausencia del deber jurídico de soportarlo y verificación de un sacrificio especial en el afectado. (*La Ley, 2003*)

*Revista Jurídica Argentina, T.f, Comentario de Borda Alejandro: Responsabilidad del Estado y el funcionario público P.1521)*

**8.1.4 – La Responsabilidad de los funcionarios:** Incumplimiento de programas de gobierno, que abarca la inobservancia o cambio abrupto de políticas de Estado por parte de los funcionarios correspondientes y de promesas electorales. Respecto del primer tema cabe advertir que los programas de gobierno o declaraciones de funcionarios generan en los ciudadanos expectativas. **San Martín dijo «no se deben hacer promesas que no se deban cumplir».**

**8.1.5 – La Teoría de la Discriminación:** Materializada en toda manifestación positiva o negativa de un prejuicio, por la que una persona o grupo de personas establecen una distinción favorable o desfavorable hacia otra persona o grupo de personas; en el segundo caso generalmente basándose en generalizaciones infundadas, circunstancia que afecta la autoestima de los discriminados, provocándoles, entre otros aspectos, miedo, resentimiento y falta de confianza hacia su futuro de vida.

Insistimos en este concepto muy importante ya **que influye en la evolución favorable o no de su enfermedad.** Se produce la angustiante y temerosa sensación de no ser escuchados o respetados, ser criticados, agredidos, marginados y hasta humillados. Precisamente por esta razón en muchas ocasiones se vean obligados a esconder la realidad que los aflige para no ser señalados o estigmatizados, lo que ocurre en el seno de sus familias, parejas, amigos, trabajos, deportes o cualquier ámbito que deban frecuentar.

Nuestra Doctrina y Jurisprudencia han hecho su aporte afirmando estos conceptos y en este orden de ideas, lo primero que hemos tenido en cuenta es la apreciación de **la «Corte de Warren» y de la «Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de New York»**, ambas por haber trascendido, en su calificada prédica contra la discriminación de los enfermos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, cuya regla de oro al respecto, es sostener *«que ninguna persona afectada podrá ser privada de derechos que le serían reconocidos en el caso de no encontrarse enferma de la citada enfermedad».*

Destacamos también la **«Declaración Universal de los Derechos Humanos» adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas del 10/10/1948** en la manda 2.1 que establece que *«toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o DE CUALQUIER OTRA INDOLE, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u OTRA CONDICION».*

**8.1.6 – «La Convención Americana sobre Derechos Humanos de San José de Costa Rica»**

Cuyo contenido es para la Argentina derecho interno de fuente internacional ya que esta última fue ratificada por nuestro país por Ley 23.054 de fecha 1/3/84 estableciendo *«que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral»*, siendo estas dos últimas incorporadas a nuestra C.N. en el art. 75 inc. 22.

Para reforzar lo dicho hemos tomado conceptos de respetados autores especialistas argentinos en la materia como los siguientes: *«Es obligación del estado reconocer a todo individuo sus derechos personalísimos inherentes como su dignidad comprendiendo todos los efectos derivados en cuánto a sus relaciones personales y patrimoniales».* Rivera Juan C. 1945 - **Instituciones de Familia T1**, Bs.As.

«El derecho a la vida que es desde luego el derecho primario, el que comprende a todos los otros, el bien supremo indispensable para que el hombre cumpla su destino». Borda Guillermo A. 1999 - , Manual de Derecho Civil parte general – Abeledo-Perrot, Buenos Aires p.173. p. 227.

## 8.2 - Los derechos humanos y el SIDA

### 8.2.1 – La repercusión social

A continuación haremos una reseña acerca de la operatividad de los Derechos Humanos como atributos inherentes y esenciales del hombre que se encuentran en lo más alto de la escala normativa. En este sentido consideramos interesantes las apreciaciones contenidas en el libro de VAZQUEZ ACUÑA, Martín E. 1995 *«Derechos Humanos y SIDA»- Compendio de Garantías Fundamentales para replicadores de Derechos Humanos* – EUDEBA, Buenos Aires.

Allí explica que el virus V.I.H. ha producido en nuestra comunidad además de la pandemia que está en curso, repercusiones de índole social de suma importancia, en que se ven afectados los derechos personalísimos. Ello se ha debido esencialmente: 1) a la naturaleza de tan nueva, y de origen incierto, de un tipo de peligro que se consideraba agotado (pandemias transmisibles letales); 2) a la afectación de personas marginadas por la sociedad y etiquetadas (quizás moralmente «perversas y peligrosas») 3) el proceso de discriminación-segregación-soledad-pobreza actuante sobre los infectados de aquellos que promueven estrategias destructivas en materia de derechos humanos en aras de la salud, *están planteando un falso dilema entre los «derechos de unos pocos» (infectados y enfermos) y «derechos de los muchos» (los sanos)* Desde hace largo tiempo, como se señala en el **«Informe de una consulta Internacional sobre SIDA y los Derechos Humanos» celebrada en Ginebra del 26 al 28 de julio de 1989**, se ha comproba-

do que en materia de derechos humanos, cualquier componenda socava sus propios cimientos. Ello por cuanto *no es posible respetar los derechos de alguien negando a los demás los mismos*.

Los organismos internacionales de la salud no pudieron menos que percibir el fenómeno de circunscribir al SIDA, bajo la denominación de «3a. epidemia», esto es las consecuencias de discriminación y marginación que se desplegaron con su desarrollo mundial.

En esta inteligencia, los grandes derechos humanos que nuestra sociedad contempla encuentran respaldo legislativo en nuestra Constitución, en los Tratados Internacionales ratificados por la Nación, entre ellos Convención Universal de Derechos Humanos, Convención Americana de Derechos Humanos, Pacto Internacional de Derechos Económicos-Sociales y Culturales, Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, Convención Internacional sobre eliminación de toda forma de discriminación de la Mujer, Convención Universal de Derechos del Niño, en la Ley de Ejercicio de la Medicina, de la Enfermería, en nuestros Códigos Civil y Penal, en la Ley de Lucha contra el SIDA y su Decreto Reglamentario, y en la Ley Antidiscriminatoria, **no pueden verse afectados por políticas sanitarias ni por el «derecho de los muchos»**.

### 8.2.2 – El sentido de los derechos humanos en la salud de los enfermos

Estos derechos y principios comprenden: el de autonomía, el de la intimidad, el de confidencialidad, el de no-discriminación, el de libertad de transitar, el de fundar una familia, **el de acceso a la salud**, el de educarse, el de trabajar, y el de asociarse, entre otros. Coincidimos con el Dr. VAZQUEZ ACUÑA al señalar la necesidad de que se difundan en nuestra comunidad, cuáles son los derechos que les asisten a los infectados del virus VIH y/o enfermos de SIDA, cuáles son las normas legales que los amparan, y lugares donde se pueden hacer valer, en el convencimiento de que no basta con instrumentar los derechos en normas legales si no se ponen en conocimiento de ellos a su destinatario: la comunidad. En este sentido se deben adoptar medidas positivas aplicables por todos y cualquiera de los órganos que componen el Estado, de acuerdo con principios básicos de los *Derechos Humanos*, teniendo en cuenta que circunstancias excepcionales merecen medidas especiales en beneficio de los grupos vulnerables de la sociedad.

### 8.2.3 – Los jueces como protectores de la vida y la salud

Es precisamente en ese entendimiento que *los jueces* deben centrar en esta temática la protección de la vida y la salud, cuya jerarquía constitucional no se puede desconocer tutelando la obligación del Estado de realizar medidas de acción positiva para su pleno ejercicio. Agregando, además, para su ponderación *un elemento de especial relevancia*, el hecho de que se encuentran afectadas «personas».

### 8.3 - El SIDA un sentimiento de vergüenza de los enfermos

Dados los innumerables floreos metafóricos que han hecho del cáncer sinónimo del mal, mucha gente lo ha vivido como algo vergonzoso, por consiguiente algo que hay que esconder, y también algo injusto, una traición del propio cuerpo. ¿Por qué a mí?, exclama con amargura el paciente de cáncer. En el caso del SIDA, la vergüenza va acompañada de una imputación de culpa y el escándalo no es para nada recóndito. Pocos se preguntan ¿Por qué a mí? La mayor parte de los aquejados de SIDA, fuera del África subsahariana, saben (o creen saber) cómo lo contrajeron. No se trata de un mal misterioso que ataca al azar. No, en la mayor parte de los casos hasta la fecha, tener SIDA es ponerse en evidencia como miembro de algún «grupo de riesgo», de una comunidad de parias. Esto es lo que muchos enfermos sienten cuando se los discrimina, una vergüenza inducida por el prejuicio fundado en el miedo.

### 8.4 - El SIDA y el secreto médico desde la óptica de la responsabilidad civil:

Al respecto el Dr. Eduardo Jorge Monti (Abogado, Periodista y Profesor de la UBA, y Universidad de Morón) en su libro *El SIDA y El hombre 1993 – Medicina, Derecho y Sociedad Ediciones Alcotán S.A. Buenos Aires p.62 y S.S.* sostiene que desde la óptica de la Responsabilidad Civil, el secreto médico es un deber jurídico contenido en los códigos de ética médica (ver código de ética médica de la Confederación Médica Argentina, Arts. 66 a 76) Sin embargo, aclara el autor, que por lo general no se ha dado a esta obligación moralizadora, la importancia que merece.

Opina que es muy común, por ejemplo, en nuestro país, que los sistemas de medicina prepaga exijan el diagnóstico para el pago de un reintegro por una prestación médica. Cree que también lo es en el trabajo ya que deambulen las fichas por las oficinas de personal con las historias clínicas de los empleados.

Dice que los centros de atención no están entrenados para la reserva y confidencialidad, y las obras sociales también tienen procedimientos que obligan a la información del diagnóstico médico para el pago de honorarios, internaciones etc.

Afirma que es importante que con relación al SIDA, se ampare especialmente la necesidad de guardar el secreto respecto a los infectados y enfermos, cuyo contenido legal específico está contemplado legalmente en las disposiciones de la ley 23.798 y su decreto reglamentario 1244/91.

### 8.5 - Concepto de secreto médico

Este autor citando a *Joaquín Ataz López*, en su libro «*Los Médicos y la responsabilidad civil*» 1985, Ed. Montecorvo página 177. define al Secreto Médico como **el deber de no revelar aquellos hechos de los que tuviera conocimiento el médico por razón de su profesión y que afectaran a la esfera privada del paciente. P. 62.**

Entiende que su violación está contemplada legalmente en la normativa penal al igual que en la mayoría de las legislaciones extranjeras.

En la esfera civil dice, en cuánto a los daños que pudiera ocasionar su violación, viene acogido por el art. 1071 bis del Código Civil por la afectación del Derecho a la intimidad.

Así concluye que el Secreto médico es el reconocimiento, por el derecho de la persona humana en su integridad, más allá de la mera capacidad laboral o del Derecho a ser preservado de calumnias e injurias.

Con la intención de lograr una mayor comprensión del concepto este autor explica diferentes posturas sobre el concepto de lo que ha de entenderse en este tema del Secreto Médico.

**8.5.1 - Tesis Absoluta:** Monti dice que es la que parte del llamado «Confidente necesario». El paciente debe recurrir necesariamente a un médico, que al igual que en el caso del abogado o del sacerdote, resultan ser confidentes necesarios. Para esta categoría el secreto médico afecta el orden público.

De acuerdo a esta teoría explica, el médico tendrá que mantener el secreto inclusive frente a la justicia. Consecuentemente en materia laboral, el médico solo debe certificar la aptitud o no para el trabajo de una persona, absteniéndose de especificar los demás resultados del examen. En el caso de peritajes, los informes se reducirán a lo estrictamente necesario.

El decreto reglamentario de nuestra ley de SIDA 23.798, señala que los profesionales médicos podrán revelar la situación de un infectado bajo su responsabilidad, a quién o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor (Art. 2 inc. 7 del Dec. 1244/91)

**8.5.2 - Tesis Relativa:** El extremo de la anterior teoría nos cuenta Monti en su libro, hizo que algunos autores intentaran de corregirla; su fundamento no es la protección de un orden público absoluto, sino en un contrato tácito entre médico y paciente cuya revelación afectaría solo un orden público relativo o secundario.

Sin embargo, estos fundamentos aunque equivocados, sirvieron para advertir que el verdadero fin del secreto médico es la protección del paciente.

**8.5.3 - Interpretación adecuada:** *Llega el Dr. Jorge Monti a la conclusión de que el secreto médico como un estado de hecho, es garantizado por el derecho, protegiendo un razonable objetivo del paciente, p.64. De esto se desprende que solo cuándo el paciente tiene interés en el secreto, el mismo no debe revelarse, y por lo tanto, el paciente puede dispensar de mantener el secreto.*

**Creemos que no se puede vulnerar un principio fundamental constitucional en aras de una presunta salvaguardia de la salud general.**

Otras veces, agrega, que la finalidad del contrato médico pudo haber sido precisamente hacer conocer sus resultados, y en este caso no solo el médico puede, sino que debe, revelar los resultados.

*Afirma que*, también podrá dispensarse el secreto cuando peligre la salud o la vida de terceros, o cuándo el médico deba declarar como testigo o denunciar un delito.

Existe en la revelación del secreto médico un ataque a la intimidad independiente del compromiso con el enfermo.

Por lo tanto, dice Monti que no cualquier dato revelado por el médico será considerado violatorio al secreto profesional y como constitutivo de intromisión en la esfera de la intimidad del paciente, sino tan solo aquellos que deben permanecer ocultos, referidos a enfermedades, defectos o sucesos determinantes en el concepto público de una irregularidad o de una dirección singular de la conducta.

*Dice: «con respecto a los hechos sobre los que recae el secreto médico, se entiende que deben haber sido conocidos a través de la actividad profesional, sean estos revelados o no por el paciente».* Se excluyen los hechos que no han sido conocidos a través de la profesión, aunque en estos casos también se podrá violar el derecho a la intimidad de la persona.

Agrega el Dr. Monti que, sin embargo no se violaría el secreto médico si se tratara de hechos notorios. De todas maneras, el consentimiento del paciente desafecta el Secreto Médico como en ocasión de publicarse el caso clínico en una revista de medicina.

Afirma que si el paciente fuere incapaz o menor de edad, se necesitará la autorización de su representante legal.

### 8.6 - Violación de secretos - Problemática del secreto médico en el caso del SIDA

Monti es categórico al afirmar que por tratarse el SIDA de una enfermedad que tiene gran carga de estigmatización y cuyo conocimiento produce segregación y marginación, el médico debe actuar con prudencia extrema. P.67 «*El SIDA. y el hombre*»



### 8.7 - Secreto y denuncia obligatoria

El mencionado autor nos explica que la Ley 23.798 de lucha contra el SIDA, señala expresamente que no podrá excederse el marco de las excepciones legales taxativas al secreto médico que siempre se interpretarán en forma restrictiva – (art. 2 inciso «C»)

A su vez, comenta Monti, el decreto reglamentario de la ley N° 1244/91, acorde a lo señalado, expresa en su art. 2 inc «C» que: «Los profesionales médicos así como toda persona que por su ocupación tome conocimiento de que una persona se encuentra infectada por el virus H.I.V. o se halla enferma de SIDA, tiene prohibido revelar dicha información y no pueden ser obligados a suministrarla, salvo en las siguientes circunstancias:

- 1) A la persona infectada o enferma, o a su representante, si se trata de un incapaz.
  - 2) A otro profesional médico, cuándo sea necesario para el cuidado o tratamiento de una persona infectada o enferma.
  - 3) A los efectos del sistema nacional de sangre creado por el art. 18 de la ley 22.990.
  - 4) Al director de la Institución Hospitalaria o en su caso al Director de su servicio de Hemoterapia, con relación a personas infectadas para dicha asistencia.
  - 5) A los jueces en virtud del auto judicial detectado por el juez en causas criminales o en las que se ventilen asuntos de familia.
  - 6) A los establecimientos mencionados en el art. 11 inc. b de la ley de adopción 19.134.
- Esta información sólo podrá ser transmitida a los padres sustitutos, guardadores o futuros adoptantes.
- 7) Bajo responsabilidad del médico a quién o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor».

Monti comulga con aquella opinión de aquellos que afirman acerca de la regulación legal respecto del SIDA en el sentido de que **«el médico debe actuar con la mayor cautela, pues es su responsabilidad la que está en juego»**.

Sin embargo, dice, sólo le bastará la justificación de su decisión razonablemente tomada de acuerdo a los principios generales para salvar aquella responsabilidad.

Se concluye en este tema que además de las normas especiales de restricción de información en resguardo del secreto médico, son obligatorias las normas y principios generales, debiendo tener presente el profesional que, «cuánto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que resulte de las consecuencias posibles de los hechos. (Art. 902 C. Civil) Monti, Jorge Eduardo. *El Sida y El Hombre – Medicina, Derecho y Sociedad*. P. 69

### 8.8 - Excepción al secreto médico en prevención de la seguridad de terceros

La barrera del secreto médico puede ser levantada cuando se tenga conocimiento de la posibilidad de daños a terceros.

Respecto del SIDA surgió conflicto sobre este tema en EEUU con relación al actor Rock Hudson, cuyos médicos mantuvieron silencio sobre, la enfermedad que padecía sin advertirle la situación a su compañero. Este los demandó por haber ocultado que Rock Hudson padecía SIDA.

Actualmente en el Estado de Nueva York, se permite a los médicos prevenir a terceros allegados al enfermo que puedan estar expuestos.

En nuestro medio, el secreto médico no puede constituir una amenaza que inhiba de proteger a terceros cuándo existen motivos concretos y circunstanciados de daño a los mismos, que debe razonablemente apreciar el profesional. Es mas, en estos casos, el médico incurriría en una omisión culposa de evitar el daño futuro.

### 8.9 – Obligación de guardar el secreto en los casos de SIDA

Debe tenerse presente que la obligación de guardar el secreto en los casos de SIDA, no sólo comprende al médico, sino también a personas no profesionales que conociendo por cualquier circunstancia la condición de enfermo o infectado de una persona, lo divulgue sin justa causa. (Art.1071 bis de Código Civil).

### 8.10 - Sanciones - Consecuencias de la violación del secreto médico - Indemnización

La responsabilidad civil por la violación del secreto médico, dará lugar a la reparación del perjuicio material y a la compensación del daño moral mediante el pago de una suma de dinero (art. 1083 C. Civil).

Respecto del daño material, será necesario probar el perjuicio, lo que no sucede con el daño moral que se presume por la sola divulgación o revelación del secreto, conforme al Art. 1071 bis del Código Civil y demás normas generales y comunes de la responsabilidad civil.

Con un enfoque bioético, la defensa del valor vida, requiere que la prevención y la protección tengan como sujetos activos a las personas sanas y como sujetos destinatarios de la reparación legal de los daños

sufridos a las personas infectadas, en función de evitar la difusión de la infección y la digna y humanitaria atención del afectado

### 8.11 - Una breve reflexión

El Dr. Pedro Kahn en el Prólogo del libro Nélica Piana «*Mi hija murió de SIDA*» de 1989, Argentina, quién fuera el Médico de Gisela la hija, en interesante reflexión afirma que «.....en nuestra cultura el médico, supuesto portador del saber, se debe circunscribir en tratar de recuperar la salud, derrotar la enfermedad y la muerte de los afectados, sólo le estaría permitido perder alguna batalla cuándo se trata de pacientes ancianos». Interesante preocupación del citado autor por cuánto viene al caso, por el hecho de concienciar a los médicos de su deber profesional, procediendo con prudencia y dedicación sin cometer hechos que puedan vulnerar a los afectados, como ser la violación del Secreto médico.

El Dr. Cahan afirma que «en nuestra cultura, el médico se jerarquiza por su habilidad para operar el caso difícil, diagnosticar la patología rara, curar lo que otros no pueden, y no realizar actos que pueden provocar la discriminación que padecen miles de afectados, por ejemplo en sus trabajos, escuelas, centros de internación y atención médica, circunstancias que no hacen sino agravar el problema».

El portador, teme siquiera investigar su situación para evitar verse expuesto al mismo castigo; el hecho de ignorar la enfermedad hace que no pueda adoptar prevención alguna y agrega más eslabones a la cadena de su problemática. Agrega el autor que, el afectado ve en su prójimo los efectos de la discriminación por ser cadena de sus problemas. Es por ello que afirma que la humanidad debe poner a prueba su propia esencia. El SIDA ha descubierto muchos de sus peores aspectos, tales como la marginación y la discriminación. **De la sociedad depende que florezcan la comprensión, el amor y la solidaridad.**

### 8.12 - Responsabilidades del Estado

**8.12.1 – La medicación:** A través del Ministerio de Salud de la Nación, proveer de inmediato toda la medicación necesaria a cuántos actores intervengan en la cura de esta enfermedad en nuestro país garantizado la disponibilidad ininterrumpida de manera comprobable.

**8.12.2 – Pruebas de carga viral y CD4:** El Ministerio de Salud, también debe proveer los elementos necesarios y garantizar que se efectúen las pruebas de carga viral y CD4 a todas las personas asistidas en el país, conforme a las recomendaciones aprobadas por esa cartera. Asimismo debe verificar, la realización en las provincias que hubieren convenido realizar las pruebas con recursos propios. (En mi opinión personal este es el recurso que mejor garantiza la eficiencia del sistema: Planeamiento centralizado – Ejecución descentralizada.)

#### 8.12.3 – Incorporación al Vademécum de las drogas y medicamentos:

La referida autoridad sanitaria a través de la Unidad Coordinadora Ejecutora (UCE) correspondiente tiene el deber de incorporar de inmediato al vademécum, las drogas ya aprobadas y proceder a su compra.

**8.12.4 – Análisis de bioequivalencia y biodisponibilidad de todos los medicamentos:** Deberá disponer la pronta realización de los análisis de bioequivalencia y biodisponibilidad de todos los medicamentos para la asistencia de PVVIH/SIDA.

#### 8.12.5 – Información acerca de las partidas presupuestarias a las ONGS:

La Nación y las Provincias deberán informar en forma continua a las ONGs de las partidas presupuestarias disponibles en cada ejercicio fiscal.

#### 8.12.6 – Asumir responsabilidad Legal en la temática:

Es responsabilidad de los gobiernos provinciales asumirla ante la epidemia: procediendo de la manera que les compete mediante un rol activo, para que de esa manera las autoridades nacionales cumplan con sus obligaciones, entre ellas la de garantizar que haya disponibilidad total de medicamentos y reactivos para las personas asistidas.

**8.12.7 – Referente a la Industria Farmacéutica:** Proveer en todo lo que esté a su alcance para que la industria farmacéutica actúe con responsabilidad, garantizando la calidad de los medicamentos y su provisión de acuerdo a los contratos, así como bajando sus precios de acuerdo a la situación de un mercado cautivo que cuenta con recursos garantizados y en constante crecimiento, como lo es el de los medicamentos antirretrovirales.

**8.12.8 – Control de las prestaciones del PAMI:** Conforme a la Ley de SIDA es función de las UCE, bajo la supervisión del Ministerio de Salud de la Nación controlar las prestaciones del PAMI y demás obras sociales, gerencadoras y empresas de medicina prepaga de modo de garantizar la cobertura total para afiliados y asociados.

**8.12.9 – Control del Registro de Proveedores:** La Autoridad de Aplicación debe proceder de acuerdo a la legislación vigente a la inmediata eliminación del registro de proveedores, a aquellas empresas que no cumplan en tiempo, cantidad y calidad con lo ofertado en cada licitación.

**8.12.10 - Implementación de mecanismos de transparencia:** Otra función de la UCE es la implementación de mecanismos de transparencia que permitan la supervisión por parte de las organizaciones de la sociedad de lo siguiente: a) las pruebas de bioequivalencia y biodisponibilidad de todos los medicamentos, b) los protocolos de drogas que se realizan en el país, c) Las licitaciones de medicamentos.

**8.12.11 - Realización de acciones sistemáticas de prevención:** La gravedad e impacto social de esta temática hace que las soluciones necesarias no se deban dilatar en el tiempo, lo que implica que tanto el Ministerio de Salud de la Nación, así como los provinciales, tengan a su cargo la realización de acciones sistemáticas de prevención, continuidad y ampliación de programas de apoyo a las organizaciones de la comunidad en todo lo referente a la salud de los afectados.

El Estado debe garantizar no introducirse en el espacio más íntimo del individuo en nombre de la salud pública.

Se debe tener en cuenta que se estima en 150.000 personas las infectadas con el HIV – SIDA en la Argentina.

### **8.13 - Derechos de las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) y las que se encuentran afectadas de SIDA**

#### **8.13.1 - Principio de no discriminación:**

**La ley protege a todos los individuos por igual y este principio debe cumplirse.** Por ello no pueden producirse discriminaciones de ningún tipo. En ningún caso pueden ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social o familiar por sufrir V.I.H. o por haber desarrollado SIDA. Si viven con el referido virus o han desarrollado SIDA, esto no podrá ser motivo para que sean suspendidos o despedidos de su empleo salvo que el mismo tenga circunstancias particulares que limiten la prosecución de la relación laboral del afectado. No se los puede privar del derecho a capacitarse mediante la educación formal o informal que se imparta en instituciones educativas públicas o privadas.

#### **8.13.2 - Principios de Autonomía, Privacidad y Confidencialidad:**

Salvo razón fundada que ya hemos desarrollado no están obligados a someterse de manera arbitraria a la prueba de detección de anticuerpos de VIH ni a declarar que viven con VIH o que han desarrollado el SIDA. Si de manera voluntaria deciden someterse a la prueba de detección de anticuerpos VIH, tienen derecho a que ésta sea realizada en forma anónima y que los resultados de la misma sean conservados con absoluta discreción.

#### **8.13.3 - Derecho de circular libremente:**

No puede restringirse su libre tránsito dentro del territorio nacional.

#### **8.13.4 - Principios de Dignidad y Autonomía:**

Tienen derecho a ser respetados valorados y considerados como ciudadanos en un pie de igualdad respecto de los demás. Son personas libres e independientes; en este sentido rige para ellos el principio de autonomía de su voluntad en términos de ley siendo personas plenamente capaces de derecho y de hecho para otorgar cualquier tipo de acto jurídico o de contraer obligaciones, por ejemplo el derecho a formar familia.

#### **8.13.5 - Derecho a recibir educación sexual:**

Vivir con V.I.H. o SIDA no es impedimento a los enfermos para el ejercicio de una vida sexual responsable, en este aspecto le cabe al Estado a través de los organismos correspondientes la educación sexual de los mismos.

#### **8.13.6 - Principio de libre asociación:**

Tienen derecho a asociarse libremente con otras personas o afiliarse a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA.

#### **8.13.7 - Derecho a la Información:**

Tienen derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y la forma de protegerse.

#### **8.13.8 - Derecho a recibir asistencia adecuada:**

Si viven con VIH o han desarrollado SIDA, tienen derecho a recibir asistencia adecuada y tratamiento, incluyendo medicación y de manera gratuita cualquiera sea su costo, así como una adecuada asistencia social que tenga como objetivo mejorar su calidad y tiempo de vida.

La atención a su salud debe hacerse de tal modo de respetar su dignidad, y su historial médico deberá manejarse en forma confidencial.

Es función del Estado hacer cumplir lo que corresponda legalmente, poniendo a disposición en forma inmediata de los actores sociales interesados en la salud de estas personas los medios necesarios para el logro de este fin

### 8.13.9 – Derecho a una muerte digna:

Tienen derecho a morir con dignidad y a recibir servicios funerarios conforme a sus creencias.

Este principio posee entidad relevante ya que en muchos países como en el nuestro existen mitos y prejuicios religiosos sobre el SIDA.

### 8.14 - Expansión del SIDA en el mundo y en Argentina:

Fuentes del Ministerio de Salud de la Nación y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS) revelaron que:

- Entre 36 y 44 millones de personas viven con HIV en el mundo.
- 19 millones son niños y mujeres.
- 11,8 millones son jóvenes entre 15 y 24 años.
- Desde el inicio de la epidemia hay notificados 150.000 casos en el país, de los cuales 6.384 corresponden a personas de 13 a 24 años.

Fuente Diario La Nación – día 2 de julio de 2005

### 8.15 - Los medicamentos - Logros en la República Argentina

En Argentina, la Ley 23.798/90 plantea la prevención, asistencia y rehabilitación de las personas con VIH/SIDA, incluidas las patologías derivadas y las medidas tendientes a evitar la propagación. Por otra parte, la Ley 24.455/95 obliga a las obras sociales a la cobertura total de la atención médica, psicológica y de medicamentos para las personas VIH positivas y la Ley 24.754/96 obliga a los seguros privados a cubrir las mismas prestaciones que las obras sociales nacionales.

En nuestro país, 17.252 pacientes se encuentran en tratamiento a través del Programa Nacional de Lucha contra el SIDA, lo que representa un 83,3% del total. El resto de los pacientes se encuentra en tratamiento a través de la seguridad social y de seguros privados.

El alto costo de los medicamentos para el SIDA se explica en parte por la vigencia de las patentes, la falta de competencia por precio, los elevados derechos de importación, los aranceles aduaneros e impuestos locales, el volumen de compras y los altos márgenes en la venta al por mayor, distribución y dispensación.

La política de compras públicas de antirretrovirales ha permitido significativas reducciones en los precios pagados por el sector público. Las reducciones en el costo anual de las terapias empleadas en Argentina para el año 2003 rondaron entre un 68 y un 77% con relación a los valores que arrojaban en el año 2001. A su vez, como resultado de las negociaciones de precios para la compra de antirretrovirales realizadas por la OEA en Lima en Junio de 2003, Argentina y los restantes diez países participantes obtuvieron importantes ahorros para la compra de los medicamentos de las distintas terapias. Nuestro país consiguió descuentos que le permitirán un ahorro del 31% en AZT+3TC+EFV, 46% en AZT+3TC+NVP y 53% en D4T+DDI+IDV/rtv.

La medicación actual es la siguiente: 34T// DDI/ - EFABIDENS – AZT – RITONAVIR – INDINAVIR; toda suministrable por vía oral.

### 8.16 - El SIDA y los estudiantes

Son más de 6.300 los estudiantes que tienen SIDA, representando el 12 % de los casos notificados en el país.

En este tema rescato la opinión del actual representante de *UNICEF* en la Argentina Dr. Jorge Rivera Pizarro vertida en el Diario «*La Nación*» de fecha 2 de julio 2005.

El autor afirma que el SIDA existe; la forma de prevenirlo también. Una adecuada educación, junto a una información clara y abierta a los adolescentes, es condición infaltable de la prevención, porque aumenta grandemente la posibilidad de que adolescentes y jóvenes adopten conductas positivas.

Diversas investigaciones han mostrado que la educación en esta materia no conduce a un aumento en la actividad sexual, sino que, por el contrario, hace que se posponga la edad de la primera relación y contribuye a evitar comportamientos sexuales de riesgo.

Jorge Rivera Pizarro afirma que en esta cuestión, debe tomarse en cuenta a la escuela, sostiene que la ley debería incluir una normativa clara dirigida a las Autoridades Nacionales a través del Ministerio de Educación de la Nación de manera mucho más activa de lo que actualmente lo hace, colaborando en el rol que a ella le cabe como responsable ineludible en la educación de un adolescente, en este sentido se debería incluir el acceso a una información constante y completa sobre la epidemia del HIV/SIDA, ya que la información aislada no es suficiente para proteger a los jóvenes. Ellos necesitan de su familia y de la escuela también para generar valores y desarrollar actitudes, así como para adquirir habilidades para negociar, resolver conflictos, tener opiniones críticas, tomar decisiones informadas y saber comunicarse. Un proceso interactivo de enseñanza-aprendizaje, guiado por los docentes, ayudaría a los adolescentes a tomar mayor

responsabilidad sobre sus vidas, resistir las presiones y reducir al mínimo los comportamientos que pueden dañarlos. El comportamiento no se cambia sólo con el conocimiento. Hace falta educar la voluntad para que los conceptos pasen a ser prácticas de vida. Por eso es indispensable fortalecer la preparación de los docentes en este campo, propendiendo la Ley 23.598 la capacitación y apoyo, con materiales de calidad, científicamente fundados, que posibiliten el desarrollo de habilidades para la vida, la comunicación y la prevención del HIV/SIDA.

La educación es también necesaria para los adultos, porque hay aún mucho por hacer para que ser ciudadano signifique mirar la vida con el enfoque de los derechos, para reducir la discriminación y el estigma para con quienes la sufren.

Sostener la discusión y el diálogo intergeneracional es tarea compleja cuando los sentimientos tienen que ser guiados por principios éticos sobre el cuidado y la confianza entre las personas. Pero es necesario avanzar en esa dirección y profundizar la participación y el reconocimiento de los adolescentes y jóvenes como sujetos de derecho, activos en la protección de su salud.

### 8.17 - Establecimientos carcelarios

Los establecimientos carcelarios, lugares de internación de reclusos y comisarías, son recintos en los que es de público conocimiento la problemática de la superpoblación de internos, por lo que La Fiscalía General, cumpliendo con lo dispuesto en el art. 6 de la Ley Orgánica del Ministerio Público, realiza periódicamente desde hace muchos años inspecciones a estos lugares. Así por ejemplo lo hacen a dependencias pertenecientes al Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires, pudiéndose consignar que en los primeros meses del año 2002 se recorrieron las Unidades Penitenciarias N° 30 de Alvear, N° 13 de Junín, N° 3 de San Nicolás, N° 4 de Bahía Blanca. A mediados del mismo año se destacan las visitas realizadas a las Unidades Carcelarias 23 y 24 de Florencio Varela, en las que se recorrieron las instalaciones de los penales, se mantuvieron entrevistas con los responsables de las distintas áreas, con detenidos alojados en los pabellones, y en forma personalizada con la totalidad de los internos a disposición de los tribunales de San Martín.

Las conversaciones se desarrollaron teniendo a la vista información actualizada sobre los trámites seguidos en todas las causas de interés para los internos, recogiéndose en la oportunidad diversos pedidos que fueron debidamente diligenciados.

En ambas unidades se advirtieron deficiencias en materia de atención sanitaria, excesiva insuficiencia de medicamentos e insumos para la atención de los internos, esta última situación es particularmente preocupante para la detección y tratamiento de enfermos de HIV. También se constató un reclamo generalizado respecto a la cantidad y calidad de alimentos que reciben, lo que es común, de todo lo cual se informó a la Procuración General.

También se pueden mencionar las visitas institucionales practicadas a las Unidades Penitenciarias N° 31 y N° 32 de Florencio Varela donde se efectuaron los mismos procedimientos que en las anteriores, evacuándoseles consultas, escuchándose reclamos y peticiones. En esta visita se atendieron emergencias de internos que reclamaron atención médica. Se advirtieron serias deficiencias sanitarias atribuibles fundamentalmente a la desidia de profesionales de la salud y falta de controles.

En términos similares se desarrolló la visita a la Unidad n° 15 de Batán el día 31 de julio de 2002, de la que cabe consignar que, se advirtió la falta de insumos hospitalarios.

Entretanto se recaban informes en el Departamento Judicial para realizar la próxima visita a la Unidad n° 10 de Melchor Romero.

Otra visita fue la realizada a la Unidad N° 20 de Trenque Lauquen, procediéndose de forma similar a las anteriores. Conforme lo manifestaron autoridades del establecimiento y lo corroboraron los internos, no existían problemas en materia de provisión de alimentos ni en lo que atañe a la atención sanitaria.

Pero en otras unidades en donde pudo comprobarse que sus poblaciones de internos, donde el promedio de edad era de los 19 a los 25 años, muchos de ellos padecían de SIDA. Asimismo se constató que en los sectores de Sanidad se desempeñaban pocos médicos, odontólogos y bioquímicos. Se adujo que, además de atender los problemas de los detenidos de sus propias unidades, también debían ocuparse de los internos de otras.

Se pudo verificar que **no hubo reclamos en materia de trato, ni en lo que atañe a la alimentación que reciben los internos, aunque se advirtieron falencias graves en materia de atención sanitaria**, siendo común que el problema se debía a la escasa cantidad de profesionales y a la falta de medicamentos e insumos hospitalarios.

**En Resumen:** Se puede concluir lo siguiente:

- 1º En general, los detenidos no reciben malos tratos por parte del personal penitenciario.
- 2º Se verificaron problemas en materia de alimentación por la deficiente cantidad y calidad de comida que reciben.

- 3º Se advirtieron condiciones de hacinamiento en los pabellones.
- 4º Existen problemas en materia de higiene, deficiencias edilicias careciendo muchas veces de agua caliente. Gran parte de los sectores de las unidades no se encuentran en condiciones de habitabilidad.
- 5º La confluencia de tales factores hace que existan o se potencien problemas de salud que sufre la población carcelaria. Hoy día existe una **epidemia de escabiosis** (según las autoridades sanitarias) que afecta a gran parte de la población carcelaria. Observándose a los internos con forúnculos en el cuerpo, producto de falta de saneamiento e infecciones.
- 6º La atención sanitaria es deficiente. Autoridades de diferentes penales, sostienen que no les son provistos los medicamentos e insumos necesarios, así como tampoco cuentan con la cantidad de profesionales necesarios.
- 7º Una ínfima parte de los internos trabaja o estudia, pese a que la gran mayoría reclama actividad. Esta deficiencia es importantísima y debe ser urgentemente solucionada, su implementación no es costosa ni complicada.
- 8º No se advierte que exista o control médico sobre los detenidos.
- 9º A simple vista se advierte que no puede haber efectividad sobre lo que pasa en los pabellones por parte de los guardias debido a las infraestructuras de los penales, y al exceso de población.
- 10º Existe una generalizada queja contra el Poder Judicial, por el retraso de las causas y por el abandono que perciben los reclusos.
- 11º En muchos ámbitos penitenciarios no se cuenta con sectores de sanidad y muy pocos médicos se ocupan de los problemas de salud sufridos por los internos, evidenciándose un marcado déficit en materia de provisión de medicamentos.
- 12º La infraestructura de los penales, como consecuencia de los problemas supra mencionados, hacen que los mismos pierdan su sentido constitucional de no ser para castigo de los detenidos sino para su reeducación y consecuente reinserción de los mismos en la sociedad, y teniéndose la sensación que están a la **buena de Dios**. Sin duda esto se ha agravado por la sobrepoblación y la crisis general que sufre el país.
- En síntesis creemos imprescindible que los tres poderes del estado deben tomar real conciencia de la situación y afrontarla desde la perspectiva de un **plan global de política criminal**. De lo contrario, además de la violación constante a los derechos constitucionales de los reclusos, se crearán individuos con pocas o nulas posibilidades de recuperación.
- 14º Frente a la descripción efectuada, quién sabe la reflexión sería analizar la posibilidad de un habeas corpus, pero ocurre que el mismo –como el amparo- han sido previstos para situaciones de relativa normalidad, esto es, cuando aparece afectada una, dos, diez, veinte personas, pero no cuando masivamente se ven afectados los derechos del conjunto ya que es imposible desalojar el penal. Por ello es evidente la necesidad de articular un programa a mediano y largo plazo con una visión global del sistema penal.

## 8.18 – Sinopsis de violaciones a los derechos humanos de las personas que viven con HIV-SIDA

### 8.18.1 - Violaciones a la Ley 23.798

- 11/04/2000: La Directora de la Escuela de Comercio N° 1 Santiago Liniers de la Ciudad de Oberá, Pcia. de Misiones, obligó a 1.200 estudiantes secundarios a realizarse el test de HIV-SIDA, violando la Ley 23.798 de lucha contra el SIDA. (12/04/2000, Clarín).
- 12/07/2000: El Ministerio de Salud de la Nación suspendió la entrega de medicación a personas viviendo con VIH-SIDA por falta de provisión, denunció la CHA (13/07/2000, Página 12).
- 19/11/2000: El Presidente de la Corte de Justicia de Catamarca, obligó a uno de sus empleados a realizarse el test de HIV-SIDA violando la Ley de Lucha contra el SIDA (20/11/2000, Página 12).
- La Ley Nacional de Lucha contra el SIDA, N° 23.798, prevé que ninguna persona puede ser testeada sin su consentimiento expreso (por escrito). Sin embargo, la práctica del testeo compulsivo, se extiende peligrosamente en el ámbito laboral y preocupacional.
- Durante el año 2000 el Ministerio de Salud suspendió varias veces el suministro de medicación para personas viviendo con HIV-SIDA, fraccionando durante varios meses las entregas de medicación (**por ejemplo en bolsitas para una semana**).
- La falta de pruebas de equivalencia terapéutica (bio-equivalencia y bio-disponibilidad) que deberían tener los antirretrovirales suministrados por el Ministerio de Salud.
- En cuánto a los servicios de medicina prepaga y obras sociales, se ha constatado que varias de ellas han negado sus prestaciones a las personas seropositivas, esto se vio materializado en la falta de provisión de medicamentos o no provistas en término, como también no considerar a estas personas como posibles pacientes.

Las actitudes perpetradas por estas empresas de medicinas pre-pagas, han dejado muchas veces a los afiliados con HIV-SIDA sin tratamiento y en otras se han visto obligados a interrumpirlo por la falta de medicamentos o por negativa a brindarles tratamiento, tal lo denunciado por la Comunidad Homosexual Argentina y que consideramos posible.

En Argentina, el programa sobre SIDA no es un programa de prevención de contagio por HIV y de promoción de la salud de las personas con HIV, **es un programa de lucha contra el SIDA**, tal como sucede con la Ley 23.798, que no siempre apoyan a quienes conviven con esta enfermedad.

Cualquier persona no idónea que lea esta ley le surgirá rápidamente la evidencia que todas las cuestiones sobre las que legisla están sobradamente consideradas en otras leyes. El único motivo de su sanción **es la necesidad de reafirmar derechos que están siendo ignorados en todos los ámbitos pero básicamente en el ámbito institucional**, esto es: **escuelas** que segregan alumnos, **instituciones oficiales y privadas** que testean a sus trabajadores, **profesionales** que no respetan la confidencialidad de información sobre personas, y otros que no recetan los medicamentos eficaces o porque no se los van a dar por otros motivos.

La Ley de Obras sociales pone en un mismo plano - y por lo tanto las define de la misma manera frente a la sociedad - a las personas que **consumen** drogas y a las personas que **viven** con HIV (a las que sigue nombrando como portadoras o enfermas). En este caso no se ha tomado en cuenta que el Derecho, en Argentina, pena el consumo de drogas y lo considera delito, de donde se devendría que la **posesión** de HIV **resultaría equivalente**. Por último, a pesar de que ya convivimos con decenas de miles de personas viviendo con HIV - SIDA, la enfermedad no ha sido declarada epidemia por las autoridades sanitarias, **lo que refuerza la tendencia a la excepcionalidad jurídica en todo lo que se vincule al SIDA**.

Con estas someras consideraciones, podemos afirmar que la práctica de violación a los derechos de las personas que viven con HIV, lejos de resultar ajena a las instituciones que se ocupan de la epidemia, se nutren de concepciones y prácticas que en ellas predominan, desde donde se trasladan al resto de la sociedad aumentadas y recreadas en diferentes ámbitos.

#### 8.18.2 – Destacable labor de las ONGs

Es de destacar, el hecho que mayor peso tuvo; «la negación sistemática de las instituciones oficiales a la consulta y acción común con las ONG´s» que trabajan en la problemática del SIDA, así como a las personas que viven con HIV. Sólo desde la defensa de los derechos de estas personas y en el marco de una actividad con la comunidad será posible sustraerse a los atavismos políticos y profesionales que imperan en la actitud oficial frente al SIDA.

##### - Si se busca revertir esta situación es preciso que partamos de una realidad instalada:

En primer lugar, las personas que viven con HIV no gozan, aquí y ahora, de los derechos de todos los ciudadanos. Su intimidad, autonomía y derechos han sido desplazados en pos de un objetivo no explicitado: **defender al resto de la sociedad de las personas con HIV, ya que éstas resultarían un peligro**. Esta concepción no sólo es perversa porque instala diferencias en el ejercicio de derechos que, se supone, son de todos. Sino que para el conjunto de la población promueve prácticas discriminatorias, siembra la idea de que «portarse bien» no contagia, aumentando las dificultades para prevenirse de una enfermedad que se esparce en la vida cotidiana. En segundo lugar, no se trata de dar más o menos información sobre el SIDA. Se necesita recomponer por completo un dispositivo socio-institucional negativo, ya que la vigencia de cualquiera de sus componentes tiende a neutralizar cualquier intención de prevenir la transmisión o mejorar la convivencia con las personas afectadas.

#### 8.19 - El SIDA y los medios de comunicación

Un terreno donde la comunicación debe tornarse en aliado fundamental es en difundir la implementación de programas asistenciales de salud, especialmente en la etapa en que la medicina está cambiando desde el concepto de curación al concepto de prevención. **Pero los medios se convierten en un actor insoslayable, cuando el objeto de los planes sanitarios son epidemias como el cólera y el SIDA, cuya principal posibilidad de control consiste en la adopción de conductas preventivas.**

Las políticas de salud y el sistema de medios se han cruzado -exceptuando algunos casos- de un modo errático, discontinuo y, muchas veces, contradictorio.

En este título se analizan los escenarios político-comunicativos en los que ha adquirido visibilidad pública las políticas de salud referidas a dos enfermedades epidémicas mencionadas: **el SIDA y el cólera** durante el período 1991-1993. De acuerdo con la hipótesis central del trabajo, el SIDA y el cólera corresponden a dos modelos comunicacionales diferentes derivados, a su vez, de diferentes escenarios políticos. Estudiamos el caso del SIDA en la Capital y el caso del cólera en Jujuy. La Capital contaba en ese período con el mayor número de casos de SIDA - el 40% de los 4853 casos registrados en el país hasta julio de

1994-, los hospitales municipales habían sido los centros de atención y derivación de los enfermos de todo el país, y los principales organismos no gubernamentales dedicados a la lucha contra el SIDA trabajaban en la ciudad de Buenos Aires.

Con respecto al cólera, afecta casi en el 100% de los casos en el noroeste argentino, (Salta y Jujuy, y en menor medida Chaco y Formosa), registrándose en el resto del territorio sólo casos aislados.

### **8.19.1 – Organización del tema**

Hemos organizado esta presentación en cuatro capítulos básicos. En primer lugar «Crisis del estado de bienestar, políticas sociales y medios» que toma en cuenta las políticas sociales desarrolladas en la Argentina en los últimos años así como su crisis actual a partir del retiro del Estado de sus funciones asistenciales. Luego, «El espacio público-político y las enfermedades epidémicas» dedicado a la definición del concepto eje de nuestro trabajo: el espacio político como antecedente legal. El tercero describe las cuestiones metodológicas y, por último, en «El cólera y el SIDA en la Argentina entre 1991-1993» se analiza el material empírico y se presentan los principales hallazgos de la investigación.

### **8.19.2 - Crisis del Estado de bienestar, políticas sociales y medios**

Una característica del estado de bienestar en Argentina fue la de intentar garantizar un acceso «universal» a ciertos bienes públicos. Desde fines del siglo XIX y principios del XX, se puso el énfasis en el ingreso de todos los sectores a la educación. Esta pretensión universalista se extendió a la salud, y posteriormente a la vivienda. En todos los casos se le asignaba al estado la responsabilidad de garantizar ese acceso del conjunto, con la fundamentación de que no podían ser libradas al mecanismo del mercado.

Pero la puesta en práctica de estos mecanismos basados en criterios de desarrollos universalistas, políticas centralizadas y oferta homogénea tuvo su deterioro a partir de la segunda mitad del siglo XX, que por vaivenes políticos produjo deterioro de los bienes públicos. Los sectores medios y altos desplazaron inversiones hacia soluciones de mercado, en búsqueda de bienes y servicios que respondieran a demandas y expectativas diferenciadas de la oferta «masificada» y, simultáneamente, «el sector público resultó ineficaz» (utilizado con fines políticos) para llegar a sectores marginales con bienes sociales y con información apropiada y oportuna que facilitara el acceso de los principales destinatarios -al menos en el discurso- de las políticas sociales» (Golbert y Lumi 1991). Tradicionalmente, los sectores medios fueron quienes más se beneficiaron con la implementación de políticas sociales serias, no demagógicas, especialmente en salud y educación. Los grupos más marginados recibían por cascada o residuo, beneficios derivados de la presión ejercida por los grupos mejor posicionados, pero tenían esperanza al acceso a mejoras de vida (Lo Vuolo, 1994).

Sin embargo, las políticas sociales no han sufrido en todas los casos transformaciones similares. Apuntando a nuestro campo de interés - políticas de salud -, podemos afirmar que «en educación y salud, más que una reforma de fondo y coordinada, lo que se ha hecho es remover las bases de sustentación de sus componentes universales y en algunos casos estancarse o retroceder. Los recortes presupuestarios y la ausencia de proyectos en la materia, se conjugaron con fuertes intereses del sector privado sobre los segmentos más rentables de estas áreas y no sobre la totalidad del país, abandonando el estado sus responsabilidades básicas.

Lo que está claro es que de la manera actual no se puede seguir. Lo Vuolo no ve claro el resultado de estos cambios, nosotros no somos optimistas

Todavía no está claro cuál será el resultado definitivo de esta transformación, que puede derivar en una división del mercado, el directo abandono de algunos sectores, aumento de las diferencias regionales y locales y ausencia de mecanismos de regulación. (Lo Vuolo, 1994). En cuanto a las políticas sanitarias dirigidas directamente a los sectores marginados (por ejemplo, la de prevención del cólera), Argentina, al igual que otros países de América Latina no posee planes masivos de atención a la pobreza. Ni siquiera han podido encarar hasta el momento un programa efectivo que erradique el resurgimiento de enfermedades epidémicas.

El gasto social en la Argentina fue - para 1994, fecha límite con relación al período tratado en este estudio- el más alto de los últimos 14 años, pero no garantizó un acceso de los más carenciados a estos programas. Esta situación plantea un fenómeno nuevo: el surgimiento de un sector de población de alta vulnerabilidad, cada vez más numeroso, que prácticamente carece de toda protección. Simultáneamente, un aparato estatal ineficiente en su patrimonio y en su capacidad de gestión, que obligó la delegación de sus responsabilidades ineludibles a las ONGs, empresas privadas, e incluso medios de comunicación, circunstancias estas que creemos podría acarrear graves consecuencias sociales.



### 8.19.3 - El SIDA y las políticas sociales con respecto a los componentes comunicativos

Es necesario considerar no sólo la falta de **políticas sociales y la retracción del estado** sobre áreas de asistencia, sino también **el modo** en que se implementan las políticas que existen. En términos generales, podemos afirmar que entre los problemas derivados de la instrumentación de políticas sociales, un rasgo esencial lo constituye la discontinuidad de los programas, que atenta contra la eficiencia de los mismos, en tanto que otro rasgo fundamental consiste en el mecanismo de llegada. Es en este punto donde situamos nuestra investigación. En efecto, el éxito o el fracaso de una política depende muchas veces de la selección que se realice de sus beneficiarios, y del modo en que se acceda a ellos. No incorporar a los destinatarios en los momentos de su planificación, es decir, no considerar los componentes culturales de sus demandas y la forma en que plantean sus derechos o utilizar canales comunicativos, códigos y lenguajes distintos de los de las poblaciones, que serán las destinatarias de las políticas sociales, puede provocar la exclusión de los sectores a los que se pretende llegar. A modo de ejemplo en los casos que nos ocupa: un error común, consiste en recomendar conductas imposibles de seguir, como prevenir el cólera instando a grupos que carecen de agua que se laven. Con respecto al SIDA, no considerar los obstáculos culturales que encontrarán los mensajes: la conveniencia del uso de preservativos en la prevención del SIDA en poblaciones que ya están suficientemente informadas al respecto, pero que no lo utilizan por prejuicios o vergüenza, o mensajes mal constituidos.

Por eso creemos que el *componente comunicativo* de una política social es un *elemento fundamental* para garantizar *el acceso de la población a los bienes públicos*. La decisión política de adoptar ciertos planes sociales tiene un punto de partida comunicativo en la medida en que los medios dan visibilidad y consistencia a ciertas demandas o realidades de la población. Pero la comunicación de una política social no se agota en una decisión publicitaria para notificar algo a la población, sino que debe ser siempre un componente interno de la política social, desde su gestación y diagnóstico hasta la evaluación de sus efectos, una vez llevada a cabo. Finalmente, el circuito comunicativo es también un requisito de gobernabilidad para las políticas sociales, ya que pueden limitar la tendencia natural al clientelismo, el cual podrá restringirse si se hacen más transparentes las operaciones requeridas para poner en marcha los programas de asistencia social.

### 8.19.4 – El espacio público, político y las enfermedades epidémicas

Formular e implementar una política social supone la conformación de un escenario público. Muraro, Heriberto Argentino Escritor y Licenciado en Ciencias Políticas en su obra *Analizando escenarios políticos: una introducción al tema* Buenos Aires: Mimeo 1995. Pág.1 a 3 los define como «la porción del conjunto de intercambios de mensajes existentes de una comunidad en un momento determinado, de la cual quedan excluidos aquellos intercambios simbólicos que los individuos efectúan en privado, es decir, que no acceden a los medios de comunicación social, o no se producen en lugares tales como una plaza o un local de libre ingreso. Un escenario público puede ser político o no político, aunque la frontera entre ellos es, por demás, inestable. Con respecto a la inestabilidad del límite, bastará con que un tema de debate - por ejemplo, qué debe hacerse con los escolares HIV positivos que concurren a escuelas públicas - derive en un pedido de intervención de las autoridades del Ministerio de Educación, para que éste salte del campo no político al político».

**El «espacio político»** -siguiendo al mismo autor- queda definido como un «lugar» al «espacio público determinado por un tema conflictivo, que remite a intereses contrapuestos que pugnan entre sí por imponer al conjunto de la sociedad una acción estatal y, correlativamente, una normativa específica. También supone un debate entre discursos competitivos destinados a legitimar la acción y la normativa propuesta por cada parte. En ese ámbito dinámico operan, por lo menos dos o más partes, generalmente activas, que llevan a cabo un juego estratégico - basado en realizar declaraciones y provocar acontecimientos políticos - destinados a debilitar al antagonista, ya sea atacándolo o por vía de la negociación».

**El «escenario político»** Los actores que intervienen en un escenario político son colectivos (o conglomerados de colectivos) dotados de una menor o mayor homogeneidad interna, y de un menor o mayor grado de organización. Se distinguirán entre sí, ante todo, por sus objetivos y su jerarquía institucional y ello supone que todos los individuos que intervienen en un escenario político sean evaluados, de hecho, en calidad de «voceros» del colectivo que representan o dicen representar: partidos, líneas internas de partidos, lobbies empresarios, sindicatos, corporaciones estatales, la Iglesia y otras organizaciones confesionales, movimientos sociales, asociaciones profesionales, distintos tipos de organizaciones no gubernamentales (autónomas, con filiación política partidaria o social). También forman parte de un escenario político otros dos actores primordiales: los medios de comunicación y la opinión pública.

El terreno elegido para estudiar dichos escenarios - las enfermedades epidémicas- constituye un excelente ejemplo en el campo de la salud ya que aquellas pueden ser consideradas, desde la plaza de Atenas

hasta el SIDA, como las más espectaculares enfermedades que afectaron a las sociedades. A su vez, las epidemias - ya sean nuevas o rebotes de epidemias anteriores - son especialmente susceptibles para los estudios comparativos. En esa línea, el historiador inglés Paúl Slack (1992/3) sostiene que: «...las epidemias suscitan debates particularmente amplios en la historia de las ideas porque ellas refuerzan, ponen a prueba y socavan tanto las concepciones religiosas, sociales y políticas como las actitudes y supuestos de los médicos».

Puede afirmarse que las epidemias tienen una «dramaturgia» común: referencias al concepto religioso de enfermedad o «castigo divino»; temor al extranjero o al de afuera; teorías contrapuestas sobre su origen; interpretaciones morales acerca de las enfermedades de origen sexual; reacciones de discriminación y de solidaridad; estigmatización de los enfermos; medidas de exclusión y normas preventivas por parte de los gobiernos. Pero también es posible construir un perfil propio de diferentes episodios epidémicos, tanto a partir de sus manifestaciones más visibles (no es lo mismo un enfermo de Cólera que un portador de HIV, o éste último con respecto a un enfermo terminal de SIDA) como al entorno económico en el que se desenvuelven.

#### **8.19.5 - Cuestiones Metodológicas**

Un supuesto de este trabajo es que las características distintivas de las epidemias se comprendan como una cuestión metódica a partir del análisis de los escenarios político-comunicacionales que ellas originan. Dichos escenarios no son meros montajes atemporales sino que están insertos en una trama socio-histórica que explica tanto su actual constitución política y social como las agendas preexistentes en las que el SIDA y el Cólera se inscriben.

#### **8.19.6 - El cólera y el SIDA en Argentina**

Entre 1991 y 1993 el Cólera y el SIDA han dado lugar a diferentes escenarios comunicacionales, derivados, a su vez, de sus distintos escenarios políticos. Los actores involucrados en los referidos escenarios de ambas enfermedades - cada uno con sus valores e intereses - pusieron en marcha diferentes conductas persiguiendo un cálculo político. A su vez, llevaron adelante una estrategia comunicacional destinada a la persuasión o a la coacción de las otras partes. El análisis que sigue a continuación hará hincapié en la tematización de ambas enfermedades por parte de los medios, las campañas de prevención emitidas y los estudios de opinión pública.

En 1991 el cólera regresó a América, llegando a nuestro país - (cuyo primer brote data de 1865 Guerra del Paraguay) - en febrero de 1992. Este estudio arranca en 1991 porque ya en esa fecha el tema comienza a ser tratado por los medios de comunicación y provoca un primer alerta en la opinión pública, pudiendo hablarse de los brotes del verano 1991/92 y 1992/93. La enfermedad, acompañando la falta de instalaciones sanitarias y agua potable y los bajos niveles socioeconómicos, se radicó en el noroeste del país.

Durante el período que nos ocupa, 1991-1993, el cólera desató un escenario complejo: 1) movilizó a los gobiernos provinciales para lograr recursos del gobierno central (y replanteó el tema de la coparticipación federal); 2) puso en marcha la necesidad de construir obras públicas (paralizadas muchos años) de agua potable y cloacas y demostró que aquellos gobiernos no acompañaban ni vigilaban las condiciones sanitarias de la población; 3) dejó al descubierto que los productores rurales de tabaco de Jujuy y Salta no cumplían con la ley en cuanto a las condiciones mínimas de salud, vivienda y trabajo del personal contratado e influyó, de alguna manera, en la cotización del deprimido precio del tabaco que dichos productores venden a los lobbies, movilizando a los sindicatos de trabajadores rurales, a las ligas y federaciones agrarias; 4) demostró la carencia de hospitales y salas de asistencia en las zonas rurales; 5) puso en marcha varios entredichos internacionales: por las condiciones sanitarias de la frontera argentino-boliviana que hizo aparecer a la enfermedad, ante la opinión pública, como proveniente de Bolivia o por el problema que se suscitó con los Estados Unidos por la comida contaminada del catering de una compañía aérea que, además, acababa de ser privatizada; 6) provocó un debate público acerca de la posibilidad de aparición del cólera en la Capital Federal si es que se daban más casos en el conurbano bonaerense; 7) exhibió la pobreza en el Gran Buenos Aires; 8) causó problemas de comercio exterior para determinar qué alimentos se exportaban y cuáles se importaban; 9) puso en duda la calidad y seguridad del filtrado de agua potable; 10) provocó cambios de Ministros de Salud en los gobiernos provinciales y, fundamentalmente, 11) evidenció un conflicto entre actores políticos y sociales: el tema de la «pobreza» de la mano de las declaraciones de la Iglesia; la respuesta de un Presidente que dijo: «no es un problema de pobreza sino de higiene» (Clarín, 6/2/93) y la pugna (minimización/maximización) por las cifras de casos entre el gobierno y los medios.

En síntesis es necesario señalar que, si bien la decadencia de la República por malas dirigencias no constituye directamente nuestro objeto de estudio, del rebrote de cólera, se produjeron entre 1991 y 1993 varios episodios de intoxicaciones masivas que presentaron características similares, ellos fueron difundi-

dos en los medios de comunicación y con fuerte impacto en la opinión pública. Todas noticias estas, tapas de los diarios y ocupando las primeras páginas, responsabilizándose la gestión política. Dichos episodios - «catástrofe sanitaria»- fueron los siguientes: casos del queso muzzarella en estado de descomposición; la leche no apta para consumo humano; los propóleos y el vino contaminado de la provincia de San Juan con consecuencias políticas y económicas importantes: que golpeó fuertemente las exportaciones argentinas además. Además hubo un brote de meningitis y otro de sarampión, que obligó a una campaña de revacunación.

Por su parte, el SIDA, cuya tematización pública es contemporánea al cólera, planteó un escenario profundamente diferente con respecto a dicha enfermedad y al resto de las situaciones sanitarias planteadas en el párrafo previo. El SIDA, durante ese período, es una enfermedad en la que el estado aparece «libre de culpas». No está originado *directamente* en la pobreza, ni en la contaminación, ni en la falta de inversión, ni en la retracción en la prestación de los servicios esenciales. Tampoco apareció en el espacio público una puja por la distribución de los fondos estatales destinados a la lucha contra el SIDA e incluso el estado pudo enarbolar, paralelamente con el resto de los actores sociales, un discurso en contra de la discriminación. En la inauguración de un pabellón para enfermos de SIDA en el Hospital Muñiz, un ex Presidente llamó a la comunidad médica y a la población en general a «alentar a aquellos que no la están pasando bien, extendiéndoles una mano y ayudándolos a recuperar su fortaleza anímica»... «¿Por qué aislarlos?, ¿Por qué un trato discriminatorio?...» (Clarín, 1/4/93). El SIDA se planteó como un problema políticamente neutralizado. Precisamente, una de las tareas que se propusieron aquellas ONGs que luchan contra el SIDA es interpelar al estado para involucrarlo más profundamente en el escenario político. El SIDA tuvo un escenario prepolítico que no puso en tela de juicio el papel del estado frente al mal porque, de entrada, el paciente estuvo inculpaado. Muchas de las declaraciones del gobierno y de los funcionarios públicos se refirieron a la lucha contra la discriminación por dos motivos básicos: 1) se habla mucho en contra de la discriminación porque la discriminación está implícita y consensuada. El hecho de que el estado no se defiende justifica la culpabilidad de los otros. Quienes están en contra de la discriminación no tienen antagonistas, 2) la discriminación devuelve a la sociedad su mal, 3) la principal discusión, que es la del preservativo, es ideológica y mal encarada.

Los casos más resonantes sobre enfermos de SIDA no conmocionaron hasta 1993 a la sociedad ni al estado. Entre ellos pueden citarse: la querrela promovida por los padres de una joven que murió de SIDA por haberse contagiado de su novio hemofílico, que involucró al Instituto de Investigaciones Hematológicas de la Academia Nacional de Medicina; Otros casos de contaminación por sangre que se produjeron en sanatorios o clínicas privadas, como el Instituto de Diálisis de La Plata; y el más importante, la denuncia pública sobre un grupo de presos enfermos de SIDA que estaban encadenados a la cama en el Hospital Muñiz. Sin embargo, quizás por tratarse de casos aislados, **la repercusión pública fue solo relativa**, las noticias desaparecieron rápidamente de los medios y **nada se sabe sobre el posible enjuiciamiento de los funcionarios responsables**.

Con respecto a la frecuencia de aparición en los medios y al lugar ocupado dentro del diario Clarín hallamos que el cólera, desde 1991, tiene una presencia cíclica: recrudescer en el verano, ocupa los titulares y va luego retrocediendo a las páginas interiores hasta ocupar un expirante recuadro y desaparece. En realidad queda latente hasta que el calor, el hacinamiento y la contaminación lo hacen volver a la tapa de los diarios. La información sobre SIDA, en cambio, aparece primero esporádicamente y va ganando espacios hasta hacerse sostenida. No hay exceso de información; casi nunca hay un titular espectacular pero las noticias tienen una alta frecuencia de aparición. Y, al contrario del cólera que ocupó las primeras páginas del diario Clarín dedicadas generalmente a la Sección Política, el SIDA casi nunca ha salido de la Sección Información General o de los Suplementos Dominicales o Científicos.

Ninguna de las campañas de prevención de ambas enfermedades tuvo en cuenta aspecto comunicativo alguno en la formulación e implementación de su política respectiva. Aún así presentan marcadas diferencias en lo que hace a la rapidez de su aparición pública y a la claridad de los mensajes. La campaña de prevención del cólera en el período 1991/92 (antes y después del primer caso de cólera en febrero de 1992) fue casi inmediata ante la inminencia del brote y la guerra de cifras desatada por los medios. También, en general, fue clara y concisa con respecto al contenido (pese a que en un comienzo hubo algunas diferencias con respecto a la cantidad de gotas de lavandina necesarias para lavar los alimentos).

En el caso del SIDA, la primera campaña que tuvo repercusión en la prensa, en el período estudiado consistió básicamente en una serie de conferencias donde se prometió mucho: el relanzamiento de un Plan Nacional de Lucha Contra el SIDA (que existía desde 1987), una gran campaña de prevención y la distribución gratuita de preservativos. Al final, lo único que se comprobó públicamente fue la emisión de dos spot televisivos, uno de los cuales remitía a un grupo de personalidades cantando una canción contra la discriminación, sin nombrar el SIDA, más parecido a un aviso de saludos navideños que a una campaña de bien

público. El estado, convertido en el principal emisor de una campaña, no puede tener un discurso con fisuras, contradicciones o promesas incumplidas. La segunda campaña que se ensayó fue lanzada en 1992 bajo la consigna: «SIDA: ¡que no te sorprenda!». Consistió en la exposición de algunas piezas televisivas, un video educativo y publicidad mural. Este emprendimiento, cuyo mayor mérito fue el de tratar de instalar el tema públicamente, siguió una línea de piezas publicitarias centradas en el temor.

**Si el estado no tiene conciencia sobre el tema del SIDA con mayor razón no la tendrá la sociedad.**

Los estudios por encuestas evidenciaron un elevado nivel de conocimiento de las medidas de prevención y contagio de las dos enfermedades por parte de la opinión pública. También aparecieron considerables niveles de preocupación con respecto a ambas dolencias (datos no mostrados). Ahora bien, con el fin de aportarlos para nuestro estudio hemos intentado saber si la opinión pública registra el retiro del estado o el creciente acercamiento de los medios masivos. En el caso del SIDA Estudios anteriores mostraron que la mayor utilidad para prevenirse se asignaba a la información proveniente de los medios frente a una menor credibilidad en la utilidad de las campañas gubernamentales (aunque cabiendo preguntarse sobre quién financió las referidas campañas) En el caso específico del estudio por encuestas sobre la epidemia de cólera realizado en Jujuy, se consultó a los entrevistados cuál era su evaluación de los medios y del gobierno en cuanto al comportamiento desplegado ante la epidemia. El cuadro siguiente evidencia ese papel - al cual hacíamos referencia anteriormente - de los medios como mecanismo de llegada. Las evaluaciones positivas («muy bueno» + «bueno») alcanzan a 8 de cada 10 entrevistados en el caso de los medios mientras que disminuyen al 38% para el gobierno. Asimismo los datos indican que la mejor evaluación de los medios en cuanto a su respuesta frente a la epidemia no sólo es el resultado de la suma de dos categorías sino que también ello se observa en la cantidad de casos ubicados en el punto extremo de la escala («muy bueno»): 6% para el gobierno y 29% para los medios. El gobierno es básicamente evaluado como «regular». (Aquí estimamos que los resultados obtenidos pueden quedar condicionados al apoyo o no por parte de la sociedad a la gestión de gobierno como buena o mala, y que podría no tener nada que ver con la salud)

Lo que sí apreciamos del análisis sobre los resultados en las opiniones acerca de los actores políticos gubernamentales y no gubernamentales como del comportamiento de los medios frente a la opinión pública en lo referente a estas dos epidemias, que el tema demanda una reflexión valorando una especie de divorcio entre las gestiones de gobierno y los medios de comunicación que nos es imposible desarrollar por razones de espacio. En ese sentido creemos conveniente acompañar una última caracterización a partir de revisiones llevadas a cabo por el investigador de opinión pública norteamericano Russell Neumann. De ellas interesan básicamente dos: la distinción entre hechos «obstrusivos» (aquellos hechos acerca de los cuales los sujetos pueden influir en forma directa y personal como el aumento de los precios minoristas) y «no obstrusivos» (aquellos hechos cuyo conocimiento depende de los medios de comunicación) y, por otro lado, entre «crisis» (para aquellos problemas de fijación de agenda que tienen un comienzo bien definido como un incremento brusco generalmente marcado por picos y un corte neto) y «crisis simbólicas» (se refieren a problemas sociales crónicos que reaparecen en el espacio público con alguna periodicidad, a menudo estimulados por hechos externos de gran carga sentimental). De acuerdo a la propuesta de Russell Neumann: 1. el cólera puede ser considerado en el cruce de un «hecho obstrusivo» que se repone ante «crisis». Lo es en el momento pico de la noticia; 2. el SIDA puede ser definido como un «hecho no obstrusivo que se repone ante crisis simbólicas».

### 8.20 - Resumen y discusión de este tema

En este trabajo se analizaron los escenarios políticos del SIDA y del cólera en Argentina en un determinado período y se muestra, cómo disímiles escenarios políticos dan lugar a dos tipos de escenarios comunicacionales. En el caso del cólera hay una politización mayor pero, también, una respuesta más eficaz en términos de capacidad de respuesta y claridad de los mensajes por parte de las campañas oficiales. El SIDA, caracterizado como un escenario pre-político, evidencia una campaña discontinua que se politiza e idealiza al referirse a un lema de la prevención: el preservativo.

El paso del tiempo ha demostrado que el cólera mantiene el mismo escenario político-comunicativo. En ese sentido, puede citarse una de las tantas notas aparecidas en los rebrotes de la epidemia en las cuales se sigue observando la misma confrontación entre las autoridades y los medios: «A pesar de que las Autoridades Sanitarias Nacionales y Municipales» afirman que «no hay un brote de cólera», en menos de 20 días ya se registraron en la Capital Federal 18 casos de personas infectadas y en total suman 136 los contagiados en todo el país... (Clarín 8/2/96).

Creemos importante remarcar la necesidad de comprender la relevancia del tema del SIDA con respecto al Cólera, el 1º es mucho más complejo que el 2º, esto debido a que el SIDA se trasmite por sangre,

mientras que el cólera es un problema de higiene, y en el que difieren además los costos de prevención, tratamiento y cura de ambos supuestos.

En efecto con respecto al SIDA se evidencia el pasaje de un escenario pre-político a un escenario en el cual se discute el problema de los enfermos no sólo desde el punto de vista ético sino también y, fundamentalmente, económico. La nota de un reconocido especialista argentino, el doctor Pedro Cahn, en el diario Clarín constituye una señal en ese cambio: «Conocer que hay nuevas herramientas para enfrentar al virus es terapéutico para quien las tenga al alcance de la mano». De igual manera, puede ser dañino para quien deba asumir la doble condición de enfermo y marginado del sistema. La sociedad debe debatir con urgencia si continuará tolerando estas inequidades.

El Estado para quienes no tengan otra alternativa, a través las obras sociales para sus afiliados y las prepagas para sus clientes tienen responsabilidades inexcusables, siendo a nuestro entender las primeras las obligadas absolutas en responder ante la sociedad por ser entes autárquicos públicos no estatales. Aún no curamos el SIDA pero estamos en condiciones de proponernos transformarlo en un proceso crónico con el cual se pueda convivir. «Que sea para todos».

## 8.21 - Notas

La investigación que dio lugar al artículo anteriormente mencionado corresponde al Programa OPS-CLACSO de Promoción de la Investigación Social: Estado y Salud en América Latina y el Caribe, 1994. La sede académica del proyecto es el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Un antecedente de los autores del trabajo en este tema es Petracci, Mónica y Vacchieri, Ariana (1995): La tematización del SIDA en la prensa escrita de Buenos Aires 1991-1993, pp. 13-33 en Ana Lía Kornblit (compiladora) (1997): «SIDA y Sociedad». Buenos Aires: Editorial Espacio. Los resultados y opiniones expresadas en este artículo son de exclusiva responsabilidad de los autores, muchas de las cuales han sido extraídas del diario Clarín.

**8.22.1 - La provincia de Jujuy** fue elegida porque dos de los autores de este excelente trabajo pertenecientes a la Facultad de Humanidades de la Provincia investigaron sobre su sistema de medios (Quevedo-Vacchieri, 1994).

**8.22.2 -** Según informes titulados «**El gasto público social y su impacto redistributivo**», difundidos por el Ministerio de Economía, se destinan grandes partidas presupuestarias cada año para sostener los sistemas de salud, educación, justicia, seguridad y el régimen previsional, entre otros servicios. Pese a que el gasto es elevado en términos comparativos, los mismos admiten que no alcanza a satisfacer las necesidades de la población en cantidad y especialmente, en calidad. Señalan que los sectores de menores recursos reciben el 32% del gasto total, y en los rubros de educación primaria, atención médica, programas de nutrición y de promoción social, El gasto en salud es del 9% del presupuesto total.

El Cólera se menciona por primera vez en la obra de Tucídides donde el contagio se produce de persona a persona.

La enfermedad del SIDA Ingresó a América a través del Perú causando el primer brote del siglo XX en Sudamérica. Rápidamente se propagó a Ecuador, Colombia, Bolivia, Chile, Venezuela y Centroamérica.

Es cierto que, si se tomara como criterio el primer caso detectado aparecido en las estadísticas nacionales, el SIDA es anterior a 1991. Data de 1982 y se trata del caso de un dentista, que a poco de regresar del exterior, se presentó a un hospital municipal con los síntomas de una enfermedad infecciosa. El paciente después de haber sido dado de alta, volvió al hospital por una recaída y murió un tiempo después. Sin embargo, el caso de esta anónima primera víctima local del SIDA aparece relatado en un medio masivo recién en 1991 (Clarín, 3/6/1991). Otro testimonio lo aporta un comentario aparecido en el matutino Página 12 en el que se sostiene que 1991 fue un año clave en nuestro país con respecto al SIDA ya que, hasta ese momento, a ningún medio le interesaba «un tema médico menor y de marginales» (29/8/1992).

A diferencia, puede citarse el caso de Francia en el que la falta de control de los bancos de sangre produjo un contagio masivo de mil doscientos hemofílicos. El Consejo de Estado - en respuesta a los recursos de amparo presentados por tres hemofílicos franceses - decidió que el estado era responsable del contagio del virus del SIDA a través de las transfusiones de sangre realizadas entre noviembre de 1984 y octubre de 1985, situación que provocó el enjuiciamiento de dos ministros y deterioró seriamente la imagen del Presidente Mitterand. El laboratorio involucrado, Merieux, reconoció que había exportado a la Argentina durante 1985, 50 frascos de sangre a la que no se había hecho el test para detectar el virus HIV, pero este dato apenas mereció algunas menciones laterales en los medios.

Russell Neuman W. en su obra, «*The Threshold of Public Attention*», Public Opinion Quarterly, 1990 volume 54, number 2. Pág.34 a partir de las series temporales referidas a los temas considerados por el público como políticamente importantes o urgentes de solucionar, señaló que la teoría de los efectos de agenda - en referencia a la teoría de la agenda setting nacida hacia comienzos de la década del 70 en los EEUU bajo la hipótesis de Shaw y Mc Combs- fue sometida a cinco grandes revisiones críticas.

## 8.22 - El principio bioético de registros de programas

De naturaleza jurídica constitucional los registros fidedignos de programas, tienen la finalidad de llevar una base de datos que permita establecer si se cumplió con la finalidad esencial de la atención y la investigación médica, combinada con una naturaleza de política social a fin de evaluar la seguridad y eficacia de dichos programas. En todos los casos, esa información debe ser registrada y, cuando sea oportuno, publicada. El art. 42 de la Constitución Nacional establece «Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno».

Esta norma ha sido recientemente ratificada en su aplicación por importantes fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina, contando con eruditos dictámenes de la Procuración General de la Nación.

Del mismo modo que las distintas normas del derecho argentino referidas al HIV fueron progresivamente interpretadas y aplicadas, cosa sucedida por ejemplo en numerosos fallos judiciales, en materia de operatividad de derechos humanos, hubo y hay un tipo de pensamiento minoritario que en ciertos jueces fue clave de una barrera psicocultural regresiva, que deberá superarse en todos los casos que se procure avanzar en la más amplia, profunda y justa aplicación de sus enunciados y contenidos.

Un ejemplo de esa corriente jurisprudencial minoritaria, consolidado como tal por su perseverancia en sostener dicha postura, fueron los votos del Juez Dr. Vázquez en una sentencia de la Corte Suprema Justicia de la Nación, que tiene una redacción claramente demostrativa de cómo se conforma y estructura lógicamente esa barrera.

En un resonante caso del que fue parte el Hospital Británico, el Juez antes mencionado, en su voto dijo:

«Que el Estado está facultado para intervenir por vía de la reglamentación en el ejercicio de ciertas industrias y actividades a efecto de restringirlos o encauzarlos en la medida que lo exija la defensa y el afianzamiento de la salud, la moral y el orden público» (Fallos: «318:2311» del 13/03/2001), a lo que debe añadirse que este Tribunal tiene dicho reiteradamente que los «derechos constitucionales no son absolutos, sino que se encuentran limitados por las leyes» que reglamentan su ejercicio (Fallos: 268:364, entre muchos otros).

Esto es así y esas afirmaciones tienen validez para el caso de autos siendo que además se han aplicado en numerosos fallos durante estos últimos años.

La teoría de operatividad de la Constitución Nacional y los Derechos Humanos, reconoce un condicionante que, son el escalón a subir en la evolución filosófica jurídica del Estado de Derecho justo, en el nuevo milenio y en el marco de la globalización jurídica: entendemos que el contenido de las políticas depende de actos del Poder Legislativo y Ejecutivo con la supervisión del Poder Judicial de manera permanente.

En ese caso, por acción u omisión, las políticas activas pueden violar los derechos, deberes y garantías fundamentales de la persona y, por aplicación del art.43 que sintetiza bastante prolijamente la teoría de Operatividad de la Constitución, corresponde plantear el control de legalidad de las políticas activas de los otros poderes por la justicia como hemos mencionado

Este tema se desarrolla en el trabajo Bioética y Operatividad de los Derechos Humanos y como felizmente la función de juzgar sigue siendo un acto de conciencia, a través de sentencias aferradas a razonamientos ya superados, es un desafío para que las jóvenes generaciones de abogados actualicen permanentemente sus conocimientos.

## 9 – Posición de nuestra jurisprudencia

### 9.1 - RECURSO DE HECHO – «Etcheverry, R. E. c/ Omint Sociedad Anónima y Servicios» - CSJN - 1999 S.C. E.34, L.L TXXXV

La CSJN hizo lugar al recurso de queja por apelación denegada contra la Sala F de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, que había denegado un recurso extraordinario interpuesto por el accionante con fundamento en las garantías consagradas por los Arts. 16, 18 y 43 de la Constitución Nacional, en consonancia con lo establecido por el art. 75, inc. 22, de su texto procediendo a destacar que el reclamante trabajó en relación de dependencia para la empresa ISC Bunker Ramo Argentina S.A., entre abril de 1992 y junio de 1993; período en el cual gozó de los beneficios del sistema de medicina prepaga que presta la demandada (Omint S.A. de Servicios), como un anexo de su remuneración y en virtud de un acuerdo celebrado entre las dos empresas, que no conoció de instrumentación escrita.

Entre julio de 1993 y enero de 1995 por sucesivos contratos de por medio- el desempeño del reclamante se tercerizó, motivo por el que su prestación se cumplimentó a través de Ewix Software S.R.L. -de la que el

actor sería socio gerente- no obstante lo cual, como parte de la prestación a cargo de la ex empleadora, ésta continuó abonando a Omint S.A. la cobertura de salud del accionante. Con posterioridad a enero de 1995 y pese a no acreditarse la existencia de vínculo contractual alguno entre el actor e ISC Bunker Ramo Argentina S.A. ésta continuó pagando la cobertura sanitaria del reclamante hasta finales de agosto de 1997, fecha en que comunicó a Omint S.A. el cese de su relación con el hoy quejoso al final de dicho mes.

Al pretender el actor abonar personalmente la cuota correspondiente a septiembre de 1997, la demandada alegó que aquél gozaba de las prestaciones de Omint S.A. en virtud de su relación con ISC Bunker Ramo Argentina S.A., motivo por el que, finalizada tal vinculación, cesó su derecho a la cobertura sanitaria, negándose, por otra parte, Omint S.A. a admitir una nueva inscripción, esta vez, a título personal del ahora amparista.

Tanto el juez de grado como la alzada -que confirmó el rechazo de la pretensión de amparo resuelta por el inferior- apreciaron, en lo sustantivo, la conclusión del convenio originario celebrado entre ISC Bunker Ramo y Omint S.A., que es facultad de la accionada aceptar (o no) la propuesta de afiliación que a título personal efectuó el actor, extremo -adujeron- que se desprende del carácter «provisorio» del recibo otorgado y de la referencia a la aprobación de la solicitud contenida en la nota que obra al pie de ese instrumento).

Lo cierto es que la CSJN interpretó que en la causa había quedado acreditado que entre los meses de abril de 1992 y agosto de 1997 el actor, como parte de diferentes negocios contractuales celebrados entre su empresa empleadora, procede destacar que el reclamante trabajó en relación de dependencia para la empresa ISC Bunker Ramo Argentina S.A., entre abril de 1992 y junio de 1993; período en el cual gozó de los beneficios del sistema de medicina prepaga que presta la demandada (Omint S.A. de Servicios) como un anexo de su remuneración y en virtud de un acuerdo celebrado entre las dos empresas que no conoció de instrumentación escrita.

Entre julio de 1993 y enero de 1995 la prestación se cumplimentó a través de la ex empleadora ISC Bunker Ramo Argentina S.A., que continuó abonando a Omint S.A. la cobertura de salud del accionante con posterioridad a enero de 1995 y hasta agosto de 1997 a pesar de no acreditarse la existencia de vínculo contractual alguno entre el actor y su empleadora por el cese de la relación laboral entre las partes.

Al pretender el actor abonar personalmente la cuota correspondiente a septiembre de 1997, la demandada Omint S.A. alegó que aquél gozaba de las prestaciones en virtud de su relación con ISC Bunker Ramo Argentina S.A., motivo por el que, finalizada tal vinculación, cesó su derecho a la cobertura sanitaria, negándose, por otra parte, Omint S.A. a admitir una nueva inscripción, esta vez, a título personal del ahora amparista.

Tanto el juez de grado como la alzada – (que confirmó el rechazo de la pretensión de amparo resuelta por el inferior) - apreciaron, en lo sustantivo, que concluido el convenio originario celebrado entre ISC Bunker Ramo y Omint S.A., es facultad de la accionada aceptar (o no) la propuesta de afiliación que a título personal efectuó el actor, extremo -adujeron- que se desprende del carácter «provisorio» del recibo otorgado y de la referencia a la aprobación de la solicitud contenida en la nota que obra al pie de ese instrumento.

Si bien a juicio de ambas instancias ello fue así en virtud de una contratación concertada sin formalización escrita entre ambas empresas, lo cierto es que la relación subsistió entre OMINT S.A. y el reclamante. Es en ese marco que, una vez detectado y luego confirmado a través de estudios médicos autorizados por la demandada la presencia del H.I.V. en el organismo del amparista, se notifica su baja del plantel de personal de la empresa empleadora ISC Bunker Ramo Argentina S.A. («inexplicablemente» dice el Señor fiscal general en su dictamen a fs. 1049 vta.) circunstancia que indujo a la empresa de Medicina Prepaga OMINT S.A. al rechazo del abono correspondiente a la cuota del mes de septiembre de 1997 so pretexto de denegar el intento por el pretensor de una nueva afiliación.

Es relevante destacar aquí, la observación vertida por el juez de grado, quien destacó entre los elementos que contribuyen a problematizar el presente caso, en la ausencia de normas específicas referidas a los contratos de medicina prepaga.

### 9.1.1 - Una consideración esencial de la CSJN en este caso

En este contexto no puede desconocerse que resultaría más que dificultoso -acaso imposible- para el pretensor enfermo de SIDA en su situación actual, cuyo cuadro impone un tratamiento regular, oportuno y sin dilaciones, contratar otra cobertura sanitaria de similares características, dadas las particularidades de esta patología.

En este sentido el considerando del la CSJN es que atañe particularmente a las entidades de medicina prepaga la cobertura de los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de quienes padecen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), en virtud de lo previsto por la Ley 24.754, y que es en razón de su importante función social que resultan beneficiadas con la exención de pago de ciertos tributos, de lo que no gozan otras empresas comerciales cuyo objeto no tiene esta proyección social, Destacamos que el

reclamante, tras revistar más de cinco años como beneficiario de la accionada y habiendo adquirido el virus del H.I.V., se ve impedido de contar con la asistencia médica intermediada por ésta, en virtud de las circunstancias de que se diera cuenta durante el desarrollo de este dictamen.

En este contexto no puede desconocerse que resultaría más que dificultoso -acaso imposible- para el pretensor, en su situación actual, contratar otra cobertura sanitaria de similares características, a lo que se añade -como, por otra parte, con vigor lo expresó en reiteradas ocasiones el accionante, inclusive, ante esta instancia (v. fs. 88)- que las características de esta patología imponen un tratamiento tanto regular como oportuno y sin dilaciones.

Es por ello y dado que, por lo antes expresado, la CSJN no descartó que en ejercicio de las potestades que le confiere el art. 16, 2a parte, de la Ley 48, decida ingresar al fondo del asunto y resolver, en definitiva, la cuestión (v. Fallos: 316:713, y, recientemente, M.147.XXXIV. «Miranda de Rivero, Fanny E. c/ Carlos Buessan S.A.I.C. y otra», del 2 de mayo del corriente año), que estimó necesario añadir las siguientes consideraciones:

El amparista, situado como consumidor en una posición de subordinación estructural y urgido ciertamente de tutela, acude por esta vía sumaria ante los tribunales de justicia postulando, en definitiva, que so pretexto de un argumento de autonomía contractual, la demandada le ha negado la cobertura médico -asistencial a la que se había comprometido.

Reclama por este medio, la protección de su derecho a la salud, en el contexto de los llamados «*derechos humanos de la tercera generación*», los que como se vio, no se encuentran, al menos básicamente declarados frente al Estado, sino, antes bien respecto de los particulares, aun cuando -como se ha dicho- anudados a situaciones de subordinación negocial determinadas tanto por el hecho de la «adhesión» como del «consumo».

Situados en este plano y en un marco de indeterminaciones tanto fácticas como normativas respecto de las cuales ya se prodigó detalle, y de una contratación, además, de naturaleza atípica a propósito de cuyos rasgos más destacados igualmente se hizo hincapié, es que estimó que asiste razón al actor en su pretensión de amparo jurisdiccional.

Ello es así porque, siempre en referencia a lo ya expresado, entiende que no se evidencia razonable la negativa de continuidad prestacional de la aquí accionada, la que sólo cabe entender, frente a la ausencia de una prueba concluyente en contrario -que, a modo de ver de la CSJN, las circunstancias y la envergadura de los derechos en juego imponían- y frente al ofrecimiento cierto de resguardo del equilibrio patrimonial de la contratación, determinada sólo por el deseo de desentenderse del tratamiento de la dolencia contraída por el actor, antes que -como pretexto- por una decisión de autonomía negocial que, las circunstancias de la causa autorizan a desmentir.

En razón de lo expuesto, la Corte consideró que el obrar de la demandada en el marco en el que se inscribe, no resulta notorio posea suficiente razonabilidad, a lo que se añade que tampoco se advierte con la suficiente evidencia que exista argumento alguno de libertad contractual, que obste a la pretensión del beneficiario de que se mantenga incólume su situación asistencial, en circunstancias en las que se provee al equilibrio patrimonial del negocio, entendiéndose que corresponde admitir la queja, declarar procedente la apelación federal y restituir las actuaciones al tribunal de origen a fin de que, por quien corresponda, se dicte una nueva decisión con arreglo a lo expresado. O bien, que en ejercicio de las facultades que confiere a V.E. el art. 16, 2º párrafo, de la ley 48, dada la índole y urgencia que reviste el asunto, revoque la sentencia y, de estimarlo pertinente, se pronuncie sobre el fondo de esta cuestión, con el alcance que se indica.

**9.2 - La CSJN decidió la procedencia del *recurso de hecho* deducido por la demandada en la causa «Hospital Británico de Buenos Aires c/ Estado Nacional» (Ministerio de Salud y Acción Social), Buenos Aires, 13 de marzo de 2001 bajo las siguientes consideraciones:**

**1º) Que la Sala II de la Cámara Federal de la Seguridad Social**, al revocar lo resuelto en la instancia anterior, hizo lugar a la demanda de amparo deducida por el «Hospital Británico de Buenos Aires contra el Estado Nacional» (Ministerio de Salud y Acción Social) y *declaró la inconstitucionalidad de la Ley 24.754, que extendió a las empresas de servicios de medicina prepaga la cobertura de las prestaciones obligatorias dispuesta para las obras sociales en la Ley 24.455 respecto de los riesgos derivados de la drogadicción y del contagio del virus HIV. Contra tal pronunciamiento la demandada interpuso el recurso extraordinario, cuya denegación motivó la presente queja.*

**2º) Que el a quo consideró que la obligación impuesta por la Ley 24.754 implicaba un mayor costo en el precio del contrato privado de medicina prepaga y la adecuación de estas entidades a finalidades no contempladas por los planes de cobertura médica tradicional, lo que las colocaba en una situación disvaliosa para competir frente a las obras sociales beneficiarias de fondos estatales y de una clientela virtualmente cautiva. Consideró que ello implica un serio perjuicio -de exorbitante costo económico- para las empresas de medicina prepaga y sus afiliados, con lesión del derecho de igualdad y del principio de libertad contractual.**



- 3º) Que, asimismo, entendió que la Ley 24.754 no constituía una reglamentación razonable del poder de policía pues trasladaba a los particulares obligaciones propias del Estado que debían ser satisfechas mediante el otorgamiento de prestaciones por intermedio de los hospitales públicos o de las obras sociales, sin mengua de los derechos individuales y de las organizaciones médicas que, como la actora, fueron instituidas con un fin económico. Agregó que no se trataba en el caso de que el Estado se vea obligado a fiscalizar o controlar alguna entidad o determinada actividad riesgosa para los ciudadanos, sino de la afectación del contenido estructural de contratos privados de cobertura médica.
- 4º) Que esta Corte ha señalado que el interesado en la declaración de inconstitucionalidad de una norma debe demostrar claramente de qué manera ésta contraría la Constitución Nacional, causándole de ese modo un gravamen. Para ello es menester que precise y acredite fehacientemente en el expediente el perjuicio que le origina la aplicación de la disposición lo que no ha ocurrido en la especie (Fallos: 307: 1656 y sus citas).
- 5º) Que, en efecto, en autos el actor no demostró, como era menester, un cálculo siquiera aproximado del eventual incremento en los costos de las prestaciones médicas ni menciona -sobre la base de datos estadísticos oficiales- número alguno de probables afectados o de consumidores de fármacos que derivarían en la consiguiente atención de pacientes que la colocarían -como sostiene- al margen del mercado.
- 6º) Que, en este sentido, la sentencia apelada incurre en arbitrariedad por contener fundamentos tan sólo aparentes, ya que no resulta suficiente sostener en abstracto argumentaciones en torno a la libertad de contratar, a la afectación del contenido estructural de contratos privados de cobertura médica y al «exorbitante costo económico», derivado de la aplicación de la ley, sin ponderar en el caso examinado la falta de demostración por parte de la actora, del perjuicio concreto que le ocasionaba la normativa impugnada, requisito ineludible para obtener la declaración de inconstitucionalidad de una disposición legal.

Por ello, y lo dictaminado en forma concordante por el señor Procurador General, **se declara procedente el recurso extraordinario y se deja sin efecto el fallo apelado y por ser innecesaria mayor sustanciación, se rechaza la demanda de amparo (art. 16, segunda parte, de la Ley 48)**. Con costas. Reintégrese el depósito. Agréguese la queja al principal y, oportunamente, devuélvase.

## 10 - Cuestiones de actualidad con respecto al SIDA

### 10.1 – *Trascripción de nota «Diario Clarín», Lunes 7 de agosto de 2005*

SEGUN UN ESTUDIO DE NACIONES UNIDAS.

*En la Argentina persiste la discriminación hacia la mujer*

*Alarma también el alto índice de maternidad precoz y la feminización del sida.*

La «igualdad de género» es el lema central del Día Mundial de la Población, que se celebra hoy, cuando el planeta se acerca, para fines de 2005, a 6.500 millones de habitantes.

Las mujeres argentinas todavía están lejos de tal equiparación en áreas como el trabajo, la participación económica y fecundidad, que continúa siendo muy alta entre las adolescentes.

María del Carmen Feijóo, responsable en la Argentina del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), dijo a Clarín que «mientras en el mundo ingresa a la edad reproductiva el mayor grupo de mujeres jóvenes de la historia —1.200 millones de entre 14 y 25 años—, persisten en la Argentina muy altos niveles de maternidad precoz».

Según el censo de 2001, en el país hay más de 3.176.674 chicas de entre 15 y 24 años. «Sobre un total de 600 mil nacimientos anuales, unos 100 mil son de chicas de entre 12 y 19 años, y eso es muy grave porque muestra la deuda de la escuela argentina en materia de educación sexual, considerando las elevadas tasas de escolarización», explicó Feijóo.

La representante de UNFPA señaló que «las mujeres representan la mitad de la población argentina y, pese a los avances alcanzados en las dos últimas décadas, aún se mantiene la discriminación en su participación en diversas esferas de la vida social». Agregó que «la igualdad de género y la autonomía de las mujeres son un fin en sí mismo, y también una condición básica para promover los derechos y mejorar las condiciones de vida de toda la población».

Al explicar la consigna «derecho para las mujeres: beneficio para toda la humanidad», Feijóo consideró que «la igualdad de género es una política destinada a mejorar las condiciones de vida de las mujeres e impacta en conjunto de desigualdades sociales».

En 2002 fue sancionada la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que por primera vez implementó acciones para garantizar los derechos reproductivos de las mujeres. La representante de

UNFPA recordó que todavía no hay programas de ese tipo en Catamarca, Formosa, Salta, San Juan, Santiago del Estero ni Tucumán.

La situación se refleja en indicadores como el promedio de 2,4 hijos que tienen a lo largo de su vida las argentinas, que según el censo de 2001 eran 8.994.000 mujeres de 15 a 49 años.

«Aquí es donde se observa la necesidad de una educación sexual que les enseñe a manejar una sexualidad que la cultura y los medios masivos de comunicación hacen cada vez más prematura», explicó Feijóo. Por ejemplo, en la Ciudad de Buenos Aires la tasa de fecundidad es de 1,37 hijo; pero la cifra asciende a 2,8 en la provincia de Formosa.

En cuanto a las diferencias sociales y regionales, el Fondo de Población menciona que el 27,3% de las mujeres pobres fueron madres antes de los veinte años, mientras que sólo vivió esa experiencia el 1,6% de las que viven en hogares de altos ingresos.

El informe del organismo de las Naciones Unidas también señala que en 2003, en la Argentina murieron 322 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Entre esas causas de mortalidad, el 31% se debió a abortos.

El informe agrega que la epidemia de VIH-sida «se ha ido feminizando, porque mientras en 1988 por cada 14,7 varones se infectaba una mujer, en 2002, la relación bajó a 2,6 varones por cada mujer. Y en el grupo de jóvenes de entre 13 y 24 años hay tantos infectados varones como mujeres».

La participación en el sistema educativo fue uno de los mayores avances de la mujer argentina, que alcanzó igual escolarización en el primario y mayor en el nivel secundario. «Por eso es más llamativa la brecha salarial, porque las mujeres tienen un mayor nivel educativo y ganan menos», aseguró Feijóo.

## **10.2 – Del «Diario La Nación», domingo 28 de agosto de 2005**

### *DUDAN DE LA CALIDAD*

#### *Amparo por drogas para tratar el HIV*

Ante las denuncias sobre dudas en la calidad de los medicamentos antirretrovirales contra el SIDA que se distribuyen en el país, dos integrantes del Capítulo Argentino de la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con HIV/SIDA han iniciado un amparo contra el Ministerio de Salud de la Nación.

Solicitan que se ordene informar con precisión qué medicamentos contra el SIDA que entrega el Estado y que se comercializan en el mercado han cumplido y aprobado los estudios obligatorios de biodisponibilidad y bioequivalencia. La ONG solicita que se publique en el Boletín Oficial y en la página de Internet de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (Anmat) el listado de drogas que han aprobado los estudios y no sólo aquellas a las que se les retira el permiso.

## **10.3 – De «Clarín», Domingo 28 de agosto de 2005**

### *SALUD: PLASMA HUMANO CONTAMINADO CON EL VIRUS DEL VIH*

#### *La trágica historia de hemofílicos contagiados de sida por remedios*

Según la Fundación de la Hemofilia, 211 personas resultaron infectadas hace unos 30 años. De ellos, sólo sobreviven 75. Ahora están demandando en EE.UU. a los laboratorios que los distribuyeron.

Entre fines de los 70 y mediados de los 80, se comercializó en la Argentina un medicamento indispensable para los enfermos de hemofilia: un coagulante elaborado en base a concentrados de plasma humano que permitía controlar de manera rápida y eficaz las hemorragias. El problema es que muchos lotes de esos productos de origen estadounidense estaban contaminados con los virus del VIH y de la hepatitis C. De acuerdo a la Fundación de la Hemofilia, 211 personas resultaron infectadas por culpa de esos fármacos. Hoy siguen vivas apenas 75.

Este año ya murieron cuatro. Todos eran menores de 30. El último murió hace dos semanas: «Tenía 26 años y se había contagiado cuando todavía era un bebé», cuenta Juan Carlos Paz, presidente de la Comisión para la Asistencia de Pacientes Infectados de VIH de la Fundación de la Hemofilia.

En la Comisión calculan que otros 800 hemofílicos se habrían contagiado únicamente de hepatitis C por haber usado estos coagulantes. No existen estadísticas de cuantas de estas personas ya murieron, pero se cree que podrían ser alrededor de 50.

Sucedió lo obvio: muchos de los pacientes iniciaron ahí nomás demandas contra los laboratorios farmacéuticos. Y volvió a suceder lo obvio: en la Argentina el caso quedó impune.

«Nunca se pudo avanzar en la causa porque no teníamos constancias ni documentos que probaran que nos habíamos tratado con esos coagulantes. Pasaron más de 20 años y sigue sin aparecer un solo responsable», dice Daniel La Rosa, un hombre de 30 que resultó infectado de VIH y hepatitis C cuando aún era un nene.

Por eso, actualmente muchas de las víctimas están realizando una demanda en los tribunales de los Estados Unidos —los concentrados se elaboraban allí— contra los laboratorios Armour, Bayer, Baxter y Alpha.

Clarín consultó a Bayer de Argentina. «Nuestra empresa no producía ni comercializaba en el país estos medicamentos. Fue una subsidiaria de Bayer en los Estados Unidos la que los elaboraba», dijo Luciano Viglione, gerente de Relaciones Institucionales.

En el laboratorio Baxter dijeron que no iban a hacer declaraciones para esta nota. No fue posible entrar en contacto con los otros dos laboratorios.

Cuando se descubrió, en 1984, que los fármacos estaban contaminados con el virus del VIH, la FDA — es la agencia estadounidense de control de medicamentos y alimentos— ordenó que se los sacara del mercado. Hace dos años el diario «New York Times» denunció que tras la prohibición en los Estados Unidos los laboratorios siguieron vendiéndolos en América Latina y Asia.

En los Estados Unidos se infectaron miles de personas, muchas de las cuales ya murieron. Aunque nunca admitieron ninguna culpa, para acabar con las demandas judiciales los laboratorios les pagaron a los enfermos unos 600 millones de dólares. A cada uno le quedaron unos 100.000 dólares.

Pero a los enfermos argentinos que ahora demandan en los tribunales estadounidenses a estos mismos laboratorios les podría corresponder más dinero como indemnización.

«La cuestión es que aquí para nosotros actuaron con dolo. Es decir: ya sabían que sus concentrados estaban contaminados e igual los siguieron vendiendo», explica el abogado Adrián Campos (ver Debate...)

Los dos productos coagulantes que venían contaminados —sus nombres son factor VIII y IX— aún se siguen comercializando. La diferencia es que ahora se los somete a un proceso de inactivación viral que resultó una barrera efectiva contra el VIH y la hepatitis C.

Como para la hemofilia todavía no existe cura, para las personas con trastornos de coagulación los concentrados plasmáticos son tan vitales como el agua: las hemorragias que sufren solo pueden detenerse con estos productos. Algunos enfermos necesitan aplicarse hasta tres veces por semana con estos fármacos, que cuestan unos 1.000 pesos en promedio por dosis.

Aunque ahora estos remedios sean más seguros que hace veinte años, a los hemofílicos igual les queda el temor de un posible nuevo contagio de alguna enfermedad. «Cada vez que te vas a inyectar tratas de no pensar en eso. Al final, la sangre de cualquier persona siempre tiene algún virus y a estos medicamentos se los elabora directamente con plasma humano», sostiene Eliana —no quiere que aparezca su apellido—, una mujer de 35 años que también se infectó de VIH y hepatitis C.

Los propios laboratorios saben que por más que ahora sea ínfima, la probabilidad de algún contagio siempre existe. Es más, alertan sobre esto en los prospectos: «Cuando se administran productos medicinales preparados a partir de sangre humana o plasma, no se pueden excluir por completo la aparición de enfermedades infecciosas debido a la transmisión de agentes infecciosos».

#### **10.4 - De «Clarín», lunes 29 de agosto de 2005**

##### ***NO INDEMNIZARÁN A LA FAMILIA DE LA VICTIMA***

##### ***Declaran prescripta una causa contra dos profesionales médicos por contagio de HIV***

En 2003 una embarazada fue transfundida con sangre infectada. La Justicia los procesó por su muerte, pero no fueron condenados. Se ampararon en una ley que modificó los plazos de prescripción.

La Justicia declaró «prescripta» una causa en la que dos profesionales médicos estaban procesados por la muerte de una mujer que contrajo SIDA durante su embarazo y que contagió a su hija, tras ser transfundida con sangre infectada con HIV.

Por este motivo, tampoco prosperó una demanda de indemnización porque un juez consideró que al no estar probado el delito en sede penal, no procedía el reclamo civil.

En septiembre de 2003, la jueza en lo correccional Susana Nocetti de Angeleri procesó al jefe del Servicio de Hemoterapia y al de Laboratorio del policlínico de la Unión Obrera Metalúrgica (UOM), y resolvió que la causa debía dirimirse en un juicio oral y público.

Nocetti de Angeleri sobreseyó a ambos facultativos, pero la Cámara del Crimen ordenó reabrir la causa y exhortó a la jueza de primera instancia a procesar a los imputados por presunto delito de homicidio culposo.

La causa se originó luego de que una mujer de 30 años y madre de cuatro hijos que nacieron sin problemas de salud fuera hospitalizada previo a su quinto parto en el policlínico de la UOM. Allí fue sometida a una transfusión sanguínea en la que resultó infectada con el virus HIV, que tiempo después le provocó la muerte.

Antes de que la mujer se enterara de su dolencia amamantó a su beba que se contagió por esa vía.

Una pericia médica del Cuerpo de Peritos Oficiales del Poder Judicial atribuyó el contagio a la transfusión de sangre efectuada sin los controles necesarios a la sangre transfundida en el centro de salud de la UOM. Incluso, investigaciones posteriores determinaron que la sangre pertenecía a un preso que era portador del HIV.

Cuando la causa estaba lista para el juicio oral, los profesionales médicos imputados, amparándose en la legislación que modificó los plazos de la prescripción, declaró extinguida la acción penal y, en consecuencia, no se llegó a tal instancia oral.

La extinción de la causa tuvo sus consecuencias en el reclamo civil. El juez Gerardo Vasallo a cargo del Juzgado Comercial Nº 5 de la Jurisdicción de Capital que entiende en el concurso de acreedores de la obra social de la UOM, rechazó la demanda basándose en que al truncarse el proceso penal no estaba probado que los hechos hubieran sucedido u ocurrido. (Fuente: DyN)

### **10.5 - La Nación, Jueves 1 de Septiembre de 2005**

#### *Salud: acuerdo argentino-brasileño*

La semana última se dio a conocer la noticia de que los ministerios de Salud de la Argentina y Brasil han firmado un protocolo de intención por el cual ambos países trabajarán conjuntamente en «la producción local de medicamentos genéricos para el HIV/sida», y también la enfermedad de Chagas, la Leishmaniasis, la tuberculosis y la lepra. Un importante objetivo de este compromiso es lograr abaratar los gastos en salud de la Argentina y Brasil, y también elaborar medicamentos que -como los que tratan la enfermedad de Chagas- no son fácilmente accesibles porque no despiertan demasiado interés en la industria farmacéutica privada.

Ya en otras oportunidades hemos destacado desde esta columna el valor de los acuerdos de cooperación firmados entre la Argentina y Brasil, como, por ejemplo, el de integración educativa -por el cual se proveían módulos temáticos en común para el estudio de historia y geografía por los alumnos de ambos países- o el de integración regional azucarera.

En todos estos casos, subrayamos los múltiples beneficios que estos acuerdos traen para ambos países, no sólo simplemente en los planos educativo o comercial, sino en aspectos más profundos, ya que se establecen lazos fuertes de comprensión y apoyo mutuo.

Ahora, el protocolo de compromiso firmado entre el ministro argentino, Ginés González García, y el brasileño, José Saravia Felipe, abre un camino muy auspicioso para la producción bilateral de los medicamentos, y ese cambio influiría para que ambos países dejaran de comprarlos a los laboratorios farmacéuticos que fijan precios elevados. En este momento el costo de los tratamientos para el HIV/sida ronda los 30 millones de dólares anuales en la Argentina y se están tratando sólo a 29.600 pacientes, mientras que, de acuerdo con los cálculos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre HIV/sida (Onusida), 35.500 personas deberían estar en tratamiento.

Si bien el emprendimiento será una colaboración público-privada, los Estados retendrán la titularidad de los eventuales principios activos que van a usarse. Además, también se contemplará la posibilidad de cooperar para la producción y el desarrollo de vacunas en ambos países. Estos dos últimos temas son muy importantes, porque la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya advirtió que si la epidemia de sida sigue creciendo van a faltar principios activos, y, en el caso de nuestro país, aun con la colaboración de Brasil -que ya produce drogas antirretrovirales-, el Estado argentino necesitaría al menos cinco años para ponerse a la par de nuestro vecino.

Como se podrá advertir por estos últimos datos, la integración entre la Argentina y Brasil en este tema es fundamental. Además, una reafirmación de amistad y cooperación entre los dos protagonistas más importantes del Mercosur, en circunstancias políticas tan especiales para el Brasil de Lula, puede redundar en beneficio no sólo de los dos países, sino de todo el continente sur.

### **10.6 - La Nación, Viernes 9 de Septiembre de 2005**

#### **DENUNCIA DE PRESOS**

#### *Indagan a Rosatti y a Beliz por las cárceles*

#### *Es por cómo viven los detenidos*

Los ex ministros de Justicia Horacio Rosatti y Gustavo Beliz fueron citados a declarar como acusados en una causa en la que se investiga su presunta responsabilidad por el deficiente funcionamiento de las cárceles federales y por las condiciones en las que viven los presos.

El juez federal Claudio Bonadio ordenó la declaración indagatoria de Beliz, primer ministro de Justicia del gobierno de Néstor Kirchner, y de su sucesor Rosatti, que renunció hace un mes tras haberse negado a competir por una banca en la Cámara de Diputados como representante del oficialismo en Santa Fe.

Según fuentes judiciales, Bonadio abrirá la ronda de indagatorias el próximo viernes. Entre los funcionarios que desfilarán ante el juez figuran, además de Beliz y Rosatti, los secretarios de Justicia y Asuntos Penitenciarios Pablo Lanusse, María José Rodríguez y Mariano Ciafardini, y el director y vicedirector del Servicio Penitenciario Federal José Soria y Amalia Toro, respectivamente.

La causa a cargo de Bonadio se originó en las denuncias radicadas por los propios presos o sus familias.

Los denunciantes dijeron que la situación de las cárceles federales es alarmante y el juez, tras recorrer penales, decidió indagar a los responsables y ex responsables del área penitenciaria. Bonadio, junto a otros funcionarios judiciales, estuvo en las unidades penitenciarias de Villa Devoto, Ezeiza y Marcos Paz, donde habría constatado la distribución de alimentos vencidos y malas condiciones sanitarias.

Además, los investigadores visitaron las dependencias asignadas a reclusos con problemas de salud que son asistidos en los Hospitales Neuropsiquiátricos Braulio Moyano y José Borda y en el Muñiz, que por estar especializado en patologías infecciosas atiende a presos HIV positivos y tuberculosos, por ejemplo.

Organizaciones de derechos humanos y familiares de personas privadas de libertad han advertido sobre la crisis carcelaria en el ámbito federal y en distintas provincias, donde existen serios problemas de superpoblación y violencia. Incluso el Comité contra la Tortura de la ONU observó que la situación carcelaria argentina constituye uno de los «**motivos de preocupación**» de la comunidad internacional sobre Argentina.

Se estima que unos 10.000 reclusos se encuentran alojados en cárceles federales de esta capital y el interior del país. El Sistema Penitenciario Federal funciona bajo la órbita del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, por lo que Bonadio convocó a declarar como sospechosos a quienes fueron responsables de esa cartera.

## 11 - Opinión de un enfermo

Tal como lo señaláramos en el inicio de esta obra y a los efectos de ilustrarnos realmente acerca de la problemática aquí en estudio, hemos ponderado las opiniones de aquellos actores sociales que se ven incididos de forma directa en lo referente a la Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), «los afectados», Por ello salimos a chequear la Capital Federal, no resultándonos difícil tomar contacto con alguno de ellos; así conocimos a Cristian, de casi 30 años de edad, quien muy amablemente accedió a responder varias de nuestras inquietudes, y que consideramos ejemplo representativo de esta temática.

Sus reflexiones a nuestro entender más relevantes, son las siguientes:

- 1) A su criterio la opinión pública en general no esta debidamente informada acerca de la problemática del SIDA, Esto lo sabe por los comentarios y las quejas constantes de los médicos que lo asisten, del personal auxiliar como enfermeros y de quejas de pacientes del mismo lugar en donde se asiste.
- 2) Afirma que existe desconocimiento en como prevenirse de la enfermedad.
- 3) Considera insuficiente el presupuesto que el Estado Nacional asigna a la órbita de la salud, en especial a los enfermos de SIDA
- 4) Si bien es asistido, pudiendo optar entre diferentes centros asistenciales de carácter público, advierte falta de infraestructura sanitaria para la atención de los afectados, esto es inexistencia de centros exclusivos para la atención de los enfermos, falta de lugares para internaciones, así como también de equipamiento y tecnología, con el agravante de los bajos salarios que perciben los profesionales médicos y personal auxiliar que los asisten.
- 5) Estima que dicha circunstancia implica que muchos enfermos que deberían estar internados, reciban tratamiento externo, con lo cual los afectados no tendrían una adecuada asistencia a su enfermedad.
- 6) Ve limitado su acceso a la salud, lo que implica que se siente discriminado con respecto a otros ciudadanos por el hecho de no poder tener acceso a una atención digna como ellos, en centros asistenciales con servicio de mayor infraestructura y tecnología para internaciones, circunstancia que permitiría un mejor y continuo seguimiento de sus patologías.
- 7) Recibe relativa contención psicoafectiva por parte del sistema nacional de salud, afirmando que la misma es limitada y solo la percibe de amigos, médicos, y del personal que los asiste, considerando al estado como ineficiente en este tema debido a la falta de programas coordinados.
- 8) Que esa falta de contención psicoafectiva produce aislamiento y segregación por parte de la sociedad, situación que provoca desamparo, angustia y ausencia de perspectivas favorables.
- 9) También siente que la sociedad lo aísla ya que recibe críticas muchas a veces maliciosas por parte de ciertas personas respecto de su enfermedad y de cómo la adquirió, fundadas en prejuicios infundados o por ignorancia.
- 11) Se siente discriminado ya que no goza de las mismas posibilidades laborales que el resto.
- 12) Está imposibilitado de financiarse un servicio de salud a través de una empresa de medicina prepaga debido a su falta de trabajo, hecho que se ve agravado por su enfermedad.
- 13) No tiene idea sobre la existencia de legislación alguna con respecto al SIDA.

- 14) La difusión de la referida ley en el entorno en que se mueve es muy poca.
- 15) No conoce en profundidad cuales son sus derechos como enfermo de SIDA más que el de ser asistido y recibir su medicación en forma gratuita.
- 16) Se siente desamparado por parte de la justicia ya que ante un problema o reclamo no sabe a quien dirigirse.
- 17) No conoce la existencia de legislación alguna que implique «El derecho a no ser discriminado por su enfermedad»
- 18) Que en el ámbito donde se mueve no se le informa sobre la existencia de legislación.
- 19) Que por sentirse sólo con su enfermedad siente miedo e incertidumbre con respecto a su futuro
- 20) Considera que la gente no es conciente y que tampoco se preocupa lo suficiente por la problemática del SIDA.
- 21) El estado a través de las Autoridades Sanitarias realizan lo mínimo necesario en lo referente a su salud.
- 22) Tiene esperanzas en que algún día esta enfermedad se pueda curar y que la sociedad dimensionará su verdadera entidad.

## 12 - Opinión de un médico especialista

Siguiendo con el lineamiento de esta investigación consideramos que era necesaria la opinión de profesionales con la especialidad que consideramos. Por ello, previa concertación de una entrevista nos dirigimos, al centro asistencial en la materia más importante de la Argentina «**El Hospital Francisco Javier Muñiz**», donde se asiste la mayoría de los enfermos de SIDA. El diálogo con el **Dr. Ricardo Negroni**, Director del Hospital y Jefe del área de Infectología, con 43 años de ejercicio en la actividad, y que además es Profesor titular de la cátedra en la UBA (Universidad de Buenos Aires) fue enriquecedor, por ser la personalidad que mayor contacto tiene en el país con estos enfermos, por el interés que le despertó el trabajo que encaramos y por el prestigio nacional e internacional que ostenta.

Sintéticamente estas fueron algunas de sus apreciaciones más importantes:

- 1) Los infectados, (aquellas personas HIV positivas que no han tenido síntomas de enfermedades propias del HIV), son los que menos información reciben acerca de la enfermedad.
- 2) Sostiene que no todo el mundo tiene un acceso igualitario a informarse sobre el SIDA, existiendo en este aspecto deficiencias por parte del estado, siendo ello producto de nuestro sub-desarrollo socio-cultural.
- 3) Afirma que al Hospital Muñiz acude un número importante de personas que presumen ser HIV positivos desde hace muchos años y que nunca fueron a hacerse un control, circunstancia ésta que demuestra otra contingencia tampoco cubierta por parte del Estado de manera satisfactoria.
- 4) Por otra parte cuándo el enfermo tuvo una manifestación primaria, como en el caso de complicación de una enfermedad marcador signo de HIV o una progresión hacia una situación peligrosa, generalmente es asistida por alguna de las instituciones del Estado, como por ejemplo el Hospital Muñiz, donde se comienza a efectuar el primer tratamiento, poniendo luego al paciente en tratamiento antirretroviral. Expresa que en este aspecto, aunque con imperfecciones del sistema es un Estado que cumple con las necesidades de manera satisfactoria, ubicando a la Argentina en un lugar de privilegio en comparación de otros países, incluso mas evolucionados.
- 5) Para él, el problema surge cuando los pacientes antes mencionados que no fueron instruidos después que superaron la primera enfermedad marcador, abandonan su tratamiento volviendo a repetir el mismo ciclo que tuvieron al principio, «esto implica a su entender que la falla fundamental reside en la **educación**».
- 6) Como médico opina que es de suma importancia orientar la educación de la enfermedad a través de especialistas, que los hay y que pueden llegar con el **impacto necesario** al tipo de población de zonas muy pobres de nuestra sociedad. En este sentido afirma que no es lo mismo enseñarle a un homosexual de Recoleta lo que tiene que hacer para prevenirse del SIDA, que a un muchacho drogadicto de una villa miseria, porque no tiene instrucción, inteligencia, medios y no haber recibido la preparación, ni la nutrición adecuada en los primeros cuatro años de su vida para desarrollar su cerebro.
- 7) Alega que sobre estas personas marginadas de la población, quizás el impacto deseado se obtendría a través de la instrucción de algunos **iguales** (lo que hacen los chinos de los médicos de pies descalzos que toman alguien de una zona marginada para que sea él quien transmita el mensaje a los restantes vecinos), ellos valoran ver a un igual porque desconfían del resto de la sociedad.
- 8) El médico se ve muchas veces desarmado con respecto a estos enfermos de capacidad intelectual limitada, porque no ha sido preparado para hablar el mismo idioma que este tipo de afectados.

Se puede luchar con éxito contra la enfermedad, la pobreza o la ignorancia individualmente, pero es difícilísimo contra los tres aspectos juntos.

- 9) Respecto de la discriminación, opina que la misma existió y existe en todos lados, y en casi todos los países, con respecto a los enfermos de SIDA y se incrementa en la medida que menor sea la información sobre la enfermedad. Por ejemplo en la edad media la Lepra era discriminada, «cuando se conoció que resultaba la menos infecciosa de las enfermedades trasmisibles dejó de discriminarse al leproso e inclusive hoy en día ya no existen más leprosarios o sea no se lo aísla o discrimina del resto de la población».
- 10) A pesar de la existencia de gente temerosa y pusilánime que rechaza todo lo diferente, con respecto al SIDA son los médicos, en el arte de su profesión, quienes se entrenan para la atención de los afectados, tomando las medidas de bioseguridad que nunca son suficientes.
- 11) Referente a la asistencia de los enfermos, en el Muñiz, no hay motivos de queja, pero entiende que no sucede siempre lo mismo en otros centros asistenciales, refiriéndose concretamente a aquellos fuera del ámbito de la Capital Federal, agravándose hacia el interior del país en donde no se cumple con los controles, los infectados no toman la medicación correspondiente, ya sea por no recibirla o por no poder adquirirla, circunstancias estas que los médicos por si solos no pueden abarcar.
- 12) El Dr. *Ricardo Negroni* recalca que un problema extremadamente grave es el **presupuesto**, producto de nuestra enorme **vocación de desorganización**. Para **presupuestar** cualquier sistema de salud hace falta **crear normas**, ya que cualquier programa en este sentido las requiere. Asimismo muchas veces alguna cantidad apreciable de médicos, no aceptan tenerlas; Insiste que, sin ellas no se puede hacer un presupuesto coherente, por ej. **«usted debe conocer cual va a ser el 90 % de la cantidad de medicamentos que va a emplear en el año y dejar un margen del 10 al 15 % del presupuesto para situaciones imprevistas»**.
- 13) Para que existan las referidas normas las mismas deben provenir de autoridades, sean estas de Directores de hospitales, Autoridades sanitarias competentes, etc. Para crearlas se debe consultar a técnicos y una vez instauradas las mismas deben cumplirse, existiendo fallas si dichas autoridades no tienen la grandeza de querer que se cumplan, en este aspecto los controles son esenciales.
- 14) En base a lo dicho afirma que todas las deficiencias que existen en nuestro sistema de salud en este tema vg. las falencias en la ley de Obras Sociales sobre la inclusión de los afectados de manera específica y sin discriminación sea extensiva a las empresas de medicina prepaga. El problema de la falta de medicamentos en muchas zonas del país. se debe a una falta de comunicación entre el poder político, los enfermos y la sociedad, circunstancia que impide la creación y cumplimiento de las leyes, sumándose a ello la existencia de miedo por parte de la población a asistirse debido a la sensación de inseguridad que brinda el propio sistema.
- 15) Existen por lo menos dos enfermedades paradigmáticas que todo el mundo conoce y de carácter social, ellas son la Tuberculosis y el SIDA, y para que se combatan hay que terminar con la pobreza y la falta de instrucción, que es caldo de cultivo para la drogadicción, la prostitución etc. hechos, que se dan mayormente en los países pobres. Sostiene que ninguna normativa puede tampoco ser eficaz si antes no se termina con estos problemas. En tal sentido se pregunta ¿qué se puede hacer con un individuo que vive en una villa miseria y se droga?, **¡el día que recibe una sobredosis se muere y si no la recibe no se atiende!**
- 16) Respecto de la contención psicoafectiva de los enfermos el **Dr. Negroni** afirma que en el Muñiz se brinda con profesionales realmente idóneos en este sentido, lógicamente no a todos porque es imposible debido a la cantidad de pacientes, aunque en estos casos se derivan a las áreas psicológicas de otros centros asistenciales recomendados por los propios profesionales especialistas, afirmando que desconoce si en otros hospitales o lugares de atención sanitaria sucede lo mismo.
- 17) Afirma que a los enfermos de SIDA no se los atiende en todos lados, refiriéndose concretamente a las Empresas de Medicina Prepaga y también en algunas Obras Sociales. Alega que en estos Centros Asistenciales «aunque no en todos» todavía existen prejuicios infundados hacia ellos, a tal punto, que él mismo conoce entre otros a un oficial de la Gendarmería varias veces condecorado en la trayectoria de su carrera y que por tener SIDA ha sido discriminado dentro del arma y por consiguiente en su Obra Social.
- 18) Manifiesta preocupación por la gran cantidad de pacientes enfermos de SIDA que hay en el país y particularmente los que se presentan a asistirse en el Hospital que dirige, atribuyendo las causas de ello a lo poco exitosas campañas de educación y prevención.
- 19) Asimismo, la gente, con respecto al SIDA tiene que tener prudencia en comentarios y actitudes, afirmando que las campañas de educación y de prevención se deben circunscribir a este aspecto, en un ámbito de concientización social y de solidaridad con respecto a los enfermos ya que son personas con dignidad y por lo tanto merecedoras de respeto y consideración.

- 20) Sería conveniente la implementación de una normativa que incluya en forma específica los afectados a la sociedad, evitando el miedo de la gente hacia ellos y la enfermedad, porque el tener miedo es paralizante ya que nace de un pensamiento fatalista, sustentado en un «no podemos hacer nada» no cierto, **hoy una madre HIV, positiva puede tener un hijo HIV negativo en el 95 % de los casos, al respecto nos informa que en la Maternidad Sardá, se está haciendo un tipo de cesárea especial que garantiza prácticamente la no infección del chico, circunstancia que remarca la capacidad y aptitud de nuestra medicina.**
- 21) Finalmente concluye que toda política debe llevar a la implementación de una legislación que incluya estas reflexiones que no son exclusivamente de él, sino de muchos actores sociales en el tema SIDA. La personalidad y prestigio del Dr. Negróni, bastan para hacer innecesaria cualquier otra consulta en lo que se refiere al tema. La lucidez, precisión y experiencia de todas sus apreciaciones son más que elocuentes.

### 13 - Nuestras conclusiones y/o propuestas

Con el análisis hasta aquí hecho hemos intentado descubrir aspectos de profundo interés que seguramente nos lleva a reflexionar, tanto sobre la enfermedad del SIDA, sus consecuencias, y el funcionamiento de nuestro sistema de salud, asimismo nos hemos introducido en la legislación relacionada con el tema y que resulta fundamental para combatir, tratar y erradicar este flagelo.

Las opiniones vertidas han sido de inestimable apoyo, ya que fueron tomadas de prestigiosas personalidades, en las diferentes áreas que abarcamos, y que nos ha servido para centrar nuestras conclusiones en la normativa aplicable, la Ley 23.798 y su Decreto reglamentario, sobre los que creemos deberían contemplar aspectos como los siguientes:

- 1) Un proceso interactivo de enseñanza-aprendizaje, guiado por especialistas para ayudar a la sociedad a tomar mayor conciencia sobre el cuidado de sus vidas, resistir las presiones y reducir al mínimo los comportamientos que puedan dañarla. *El debido proceder no se cambia sólo con el conocimiento, también es una cuestión de actitud, materializado en educar con conciencia la voluntad de la persona, para que los conceptos pasen a ser prácticas de vida.* Por eso es indispensable fortalecer la educación en este campo, propendiendo la Ley 23.798 a la capacitación y apoyo, con recursos humanos idóneos, equipos, insumos y lugares aptos, que posibiliten la información y la prevención del SIDA.
- 2) En esta cuestión, la ley y su reglamentación tendrían que incluir una normativa dirigida a las autoridades nacionales a través del Ministerio de Educación de la Nación para que de manera clara y activa implemente las medidas necesarias como **materia de estudio** independiente y obligatoria en los programas de estudios de todos los niveles de enseñanza. En este sentido la legislación contendría programas de acceso a una información completa y constante sobre la epidemia del HIV/SIDA.
- 3) Se debería crearían programas de educación amplios y de difusión obligatoria sobre la forma de prevenirse y proceder con respecto al SIDA, en aquellos lugares donde la gente acude con frecuencia con spots publicitarios en cines, teatros, conciertos y recitales, o en reparticiones como la Dirección General de Educación Vial y Licencias en el caso de la Capital Federal u organismos similares en el resto del país, al momento de la obtención o renovación de la licencias de conducir. La implementación sería a través de cursos previos de requisito obligatorio a evaluar en los exámenes de manejo destinados a la obtención de las licencias de conducir.
- 4) El Problema extremadamente grave, es la asignación del presupuesto adecuado que requiere toda estructura sanitaria organizada de salud, para lo que haría falta establecer normas incluyéndose las mismas en la ley, y dirigidas especialmente a autoridades nacionales o provinciales y no solo sanitarias.
- 5) Como ya se dijera, en esta obra en el punto 3.6, la reglamentación debería preceptuar la forma de realizar acuerdos con distintos organismos como el Conicef, Academia Nacional de Medicina, Laboratorios Privados nacionales y extranjeros, Universidades públicas y privadas, nacionales o extranjeras, ONG, con estímulos en lo laboral y económico a los interesados en dicha capacitación, los fondos podrían obtenerse de multas aplicadas en concepto de sanciones a diferentes regímenes legales, como por ejemplo, a las establecidas en el Código Aduanero por contrabando o evasión fiscal, contemplada en la Ley Penal Tributaria y de Evasión Fiscal .
- 6) Para dar cumplimiento a lo establecido en el art. 1º y 4º de la ley 23.798, en cuánto a la obtención de recursos por parte de las autoridades sanitarias nacionales, para financiar y ejecutar los programas necesarios al cumplimiento de las acciones descriptas en el art. 1º de la ley 23.798, la reglamentación



también debería incluir la creación de un impuesto y/o implementación de algún tipo de seguro, como aludimos en el punto 3.5 de esta obra, asimismo incorporar los fondos ingresados a la cuenta especial creada en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social (Art. 2º D.1244/91)

- 7) Del estudio de la jurisprudencia analizada, así como del relato de médicos y pacientes enfermos, surge que la ley debería incluir una normativa dirigida a las entidades públicas y privadas que prestan servicios de salud, ya que como en reiteradas oportunidades hemos dicho, a la fecha sólo existen normas que consideramos insuficientes, provenientes de la Secretaria de Defensa al Consumidor, no estableciéndose específicamente la protección de los mismos, tratándolos legalmente como un consumidor más y dejándose librada la posibilidad de que se nieguen a la afiliación de los enfermos. Ante un pedido de afiliación actualmente una empresa de Medicina Prepaga u Obra Social pueden negarse a asistirlos en razón de considerar antieconómico los insumos y gastos de esta enfermedad.
- 8) El art. 13 de la ley, a nuestro parecer, debería reglamentarse precisando el tipo de faltas administrativas a que alude así como **que** actos, y a **quienes** se refiere.
- 9) Debería instrumentarse alguna forma de llegar a los individuos más marginadas de la población, referente a la educación sobre el SIDA a través de la capacitación de personas en igualdad de condiciones socioeconómicas, para que sean ellas quienes transmitan el mensaje, como hemos expresado son ellas quienes pueden llegar con mayor facilidad en estos sectores.
- 10) Se debería incluir en la reglamentación del art. 2º inc. c de la ley 23.798 que versa sobre **las excepciones establecidas a la prohibición** que tienen los Médicos de revelar información del conocimiento que tomen acerca del estado de salud de una persona infectada por el virus de HIV o enferma de SIDA, **ante quién debe recurrir el afectado y el procedimiento a seguir en caso de que se sienta agraviado** si dichas informaciones fueran utilizadas de la manera que la ley prescribe con el fin de discriminarlo en la atención de su salud.
- 11) La reglamentación a la Ley debería contemplar un procedimiento de financiación concreto, y establecer de manera precisa el modo de poner a disposición de centros de investigación existentes o a crear, los fondos necesarios con el fin de estimular la investigación de la enfermedad del SIDA y su cura facilitando los medios a los especialistas en el logro del mencionado fin.
- 12) A fin de evitar la discriminación en la protección asistencial entre los afectados sustentada en la situación económica de los mismos debería crearse un programa sanitario que incluya subsidios a ONGs debidamente identificados para que financien la asistencia de los enfermos con menos recursos en aquellos centros asistenciales de alta complejidad cuyo costo les sea inaccesible.
- 13) A fin de evitar que los enfermos se sientan marginados, estigmatizados, degradados o humillados como consecuencia de lo establecido en la ley en el sentido de poder ser identificados a través de alguna «forma codificada» de individualización ya sea en fichas, registros o almacenamiento de datos, la misma, debería ser fiscalizada por ONGs como forma de prevenir la integridad de los afectados en el supuesto de un mal uso de esa información y con el fin de patrocinarlos legalmente si por esta situación el enfermo debiera recurrir a la justicia.
- 14) Se debería indicar en la reglamentación cuales son las funciones que el Grupo Asesor Científico Técnico creado por la misma, tiene, con respecto a la colaboración que le debe a la Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA Art. 4 inc. F de la ley 23.798, en lugar de dejar librada la decisión al Ministerio de Salud y Acción Social en cuanto a su composición y mecanismo de actuación. Esto daría seguridad jurídica al espíritu de esta norma que es evitar la difusión inescrupulosa de noticias interesadas al arbitrar el Poder Ejecutivo las medidas para llevar a conocimiento de la población las características del SIDA, las posibles causas o medios de transmisión y contagio, las formas aconsejables de prevención y los tratamientos adecuados para su curación, en forma tal que se evite la difusión inescrupulosa de noticias interesadas.
- 15) Para que existan las referidas normas es obvio reiterar que las mismas deben provenir de **autoridades competentes**, ya sea Directores de Hospitales, Autoridades Sanitarias etc. Previa consulta con técnicos. Asimismo generar los mecanismos de supervisión y control.

## 14 - Diseño de prueba

### - Normativa

#### Nacional

- Constitución Nacional Art. 14bis, 16, 18, 19, 43, 75 inc. 22 y 23 primera parte
- Convención Americana sobre Derechos Humanos Pacto de San José de Costa Rica ratificada por nuestro país mediante ley 23.054

- Código Civil
  - Código Penal
  - Ley 23.798 (*Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*)
  - Decreto reglamentario de la Ley 1244/91
  - Ley 23.592 (*Derechos Humanos y Garantías Constitucionales*)
  - Ley 24.240 (De Defensa al consumidor)
  - Ley 24.754.....
  - Ley 17.132 (*Régimen legal del ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares de las mismas*)
  - **Doctrina**
    - Surgirá de la correspondiente bibliografía lo referente a *asistencia y trato de los afectados en el marco de la igualdad ante la ley de todos los ciudadanos sin discriminación, respeto a derechos humanos y personalísimos y régimen de responsabilidades de los Operadores Sanitarios en relación con la temática.*
    - Jurisprudencia de
    - El Derecho
    - La Ley
    - Medios gráficos de Comunicación
    - Diario La Nación
    - Diario Clarín
- Se buscarán casos de discriminación a enfermos de SIDA desde la sanción de la ley 23798
- *Entrevistas y cuestionarios no estructurados sobre la problemática a Operadores Sanitarios o de Derecho afectados a la problemática del SIDA.*

## 15 - Bibliografía

- † Achaval Alfredo, *Responsabilidad Civil del Médico*. Lexis-Nexis, Abeledo Depalma. Buenos Aires, 1995
- † Allport Gordon W., *La Naturaleza del prejuicio* Editorial Universitaria de Buenos Aires Buenos Aires, 5ª Edición, 1977
- † Bidart Campos Germán, *Casos de Derechos Humanos* Editorial Astrea. Buenos Aires, 1997
- † Bidart Campos Germán, *La interpretación del sistema de derechos humanos*. Editorial Astrea, 1994
- † Bobbio Norberto, *Contribución a la teoría del derecho*. Editorial Fernando Torres. España, 1980
- † Borda Guillermo A., *Manual de Derecho Civil Parte General*. Abeledo-Perrot. Buenos Aires, 1999
- † Cabral de Moncada L. y otros, *El hecho del derecho*. Editorial Losada S.A. Buenos Aires, 1956
- † Cahan Pedro y otros, *Sida un enfoque integral*. Paidós. Buenos Aires, 1992
- † Cifuentes Santos, «*Derechos Personalísimos* Editorial Astrea Buenos Aires, 1995
- † Díaz de Guijarro Enrique, *El proyecto legislativo sobre sida y sus fallas esenciales*. Jurisprudencia Argentina, T. IV 884, 1989
- † Gelli Maria A., *Constitución de la Nación Argentina. Comentada y Concordada*. La Ley, Buenos Aires, 2004
- † Goffman Irving, *Estigma la identidad deteriorada* Amorrortu editores Buenos Aires, 1963
- † Grmek Mirko, *Historia del Sida*. Ediciones Siglo XXI, México 1992
- † Huberman Karina, *Sida: el secreto profesional y la responsabilidad Médica*. El Derecho, 18/1/91
- † Kraut Alfredo, J. *El derecho de los pacientes*. Lexis Nexis, Abeledo-Perrot. Depalma. Buenos Aires, 1997
- † Méndez Héctor, *Comisión encargada para formular un proyecto de decreto reglamentario de la Ley 23.798 de lucha contra el SIDA*. La Ley: Actualidad, 28/5/91
- † Monti Eduardo *El Sida y el derecho*. El Derecho: 135/196.
- † Puccinelli Oscar R., *Derechos Humanos y Sida*. Volumen 1 Lexis Nexis, Abeledo-Perrot. Depalma. Buenos Aires 1995
- † Zavalía Víctor P., de *Tratados y Documentos Internacionales*. Recopilación y notas de García Ghirelli, José I. Zavalía. Buenos Aires 2001
- † Zuccherino Ricardo M., *El Sida frente al derecho y la humanidad. El caso «Maldonado-Quiroga». Las múltiples aristas de un leading case*. Lexis-Nexis, Abeledo Perrot. Depalma. Buenos Aires 1992
- † Barbeito A., *Distribución de Ingresos, Pobreza y Estado de Bienestar*. Buenos Aires CIEPP, 1990
- † Barbeito, A. y Lo Vuolo, R., *La capacitación de recursos, el uso de los fondos y la dinámica del sistema de políticas sociales en Argentina*. Buenos Aires: CIEPP, Documentos de Trabajo Nº 7 1991
- † Bustelo, E. e Isuani, A., *Mucho, poquito o nada. Crisis y alternativa de política social en los '90*. Buenos Aires: UNICEF/CIEPP, Siglo XXI, 1990
- † Bustelo, E. e Isuani, A., *El ajuste en su laberinto*. Buenos Aires: CIEPP, 1991
- † Geertz C., *The Interpretation of Culture. Selected Essays*. New York: Basics Books. 1973
- † Golbert, L. y Lumi, S., *Políticas Sociales: ¿existen otras opciones?*, Buenos Aires: CIEPP, 1973.
- † Isuani, Aldo, Lo Vuolo, R. y Tenti, Emilio., *El Estado Benefactor: un paradigma en crisis*. Buenos Aires: Ed. Miño y Dávila, 1990
- † Lo Vuolo, R., *Sobre políticas sociales*. Buenos Aires: Ediciones Unidos 1990
- † Lo Vuolo, R. y Barbeito, A., *La nueva oscuridad de la política social del estado populista al neoconservador*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores 1993
- † Tenti Fanfani, Emilio., *La mano izquierda del estado. La asistencia social según los beneficiarios*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores 1992
- † Muraro, Heriberto, *Analizando escenarios políticos: una introducción al tema*. Buenos Aires: Mimeo, 1995
- † Oszlak Oscar., *Políticas públicas y regímenes políticos: Reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas*. Buenos Aires: Estudios CEDES 1984
- † Petracci Mónica, *Feliz Posteridad. Cuatro estudios de opinión pública sobre el SIDA*. Buenos Aires: Ediciones Letrabuena 1994
- † Petracci, Mónica y Vacchieri, Ariana, «*La Tematización del SIDA en la Prensa Escrita: 1991-1992-1993» en Ana Lía Kornblit (compiladora) (1997): SIDA y sociedad*. Buenos Aires: Espacio Editorial 1995
- † Ranger, Terence y Slack, Paul., *Epidemics and Ideas. Essays on the Historical Perception of Pestilence*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992
- † Rosenberg, C.E., «*Cholera in Nineteenth Century Europe*». *Comparative Studies in Society and History* 1996
- † Russell Neuman W., «*The Threshold of Public Attention*», *Public Opinion Quarterly*, volume 54, number 2 1990
- † Tenti, Emilio, *Estado y Pobreza. Estrategias típicas de intervención*, Buenos Aires: CEAL 1989.

