

Incentivos al testeo forzoso de VIH/SIDA y discriminación en el mundo del trabajo. El caso de la Ciudad de Buenos Aires*

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

El artículo intenta captar situaciones en las cuales el derecho a un buen empleo se ve vulnerado debido a discriminación por VIH/SIDA. Puntualmente, se analiza la etapa previa a la configuración de la relación laboral, donde los exámenes preocupacionales constituirían una herramienta de discriminación mediante la inclusión forzosa (visible u oculta) de pruebas serológicas de VIH/SIDA. El artículo ubica la problemática en contexto analizando: (i) la situación epidemiológica de la enfermedad en Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires, (ii) la relevancia de la epidemia en la política pública, (iii) la situación del mercado laboral, y (iv) la presencia de estigma y discriminación. La investigación concluye que en Argentina no existe un vacío legal frente al VIH/SIDA, siendo la normativa local consistente con tratados y pactos internacionales en materia de derechos humanos y estrategias de prevención y tratamiento. El mercado laboral presenta una paradoja: a mayor informalidad, la oportunidad de realizar testeos se ve limitada, y por tanto menor es la probabilidad de discriminar por parte del empleador, independientemente de su intencionalidad. La educación y

* Este artículo fue realizado en base a un informe comisionado por las representaciones locales del Banco Mundial y la Organización Internacional del Trabajo. Los autores guardan entera responsabilidad por las opiniones vertidas en él.

** Ph.D en Economía. Investigador del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Investigador Adjunto del CONICET. danielmaceira@cedes.org

*** Lic. en Sociología (UBA), Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales (FLACSO). Investigadora Asistente del CEDES.

**** Lic. en Economía (UBA), Maestría en Economía (UBA). Investigadoras Becarias del CEDES.

las nuevas tecnologías para el tratamiento permiten una mejor calidad de vida, reduciendo la probabilidad de discriminación. A partir del análisis de incentivos se concluye que la asociación entre SIDA y discriminación se relaciona fundamentalmente con una cuestión de estigma. La reducción del estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA depende del acceso a mayor información y, fundamentalmente, del logro de una auténtica comprensión del problema por parte de toda la sociedad, que permita realizar cambios amplios y duraderos en las actitudes y en los valores sociales.

Palabras claves: incentivos - testeo forzoso - VIH/SIDA - discriminación trabajo - Argentina

The aim of the article is to capture situations where the right to a good job was infringed, due to discrimination related to HIV/AIDS. Specifically, we analyze the period before the working relationship is defined, where pre-occupational mandatory tests might constitute a source of hidden or visible discrimination. The article proposes the discussion of the phenomena in the context of (i) the Argentine epidemiological transition, (ii) its relevance from the public policy perspective, (iii) the current status of local labor markets, and (iv) the presence of a social stigma and discrimination. The article concludes that Argentina does not have a legal gap facing HIV/AIDS, being the local normative consistent with international pacts and treaties related to human rights and prevention and treatment strategies. Local labor markets introduce a paradox: higher informality reduces the possibilities of mandatory testing, independently of the potential intentionality towards discrimination. At the same time, investments in education and related technologies allow a better quality of life for those people living with the virus. By analyzing the incentives the paper concludes that the association between AIDS and discrimination is basically a matter of social stigma. The reduction of social stigma and discrimination associated with HIV/AIDS depends on the access to more information and moreover on an authentic understanding of the problem by the whole society. This would allow big and durable changes in attitudes and social values to be made.

Key words: incentives - mandatory testing - HIV/AIDS - discrimination work - Argentina

Introducción

El testeo forzoso de VIH/SIDA es un fenómeno complejo, con múltiples aristas y de difícil medición, que en gran

parte permanece oculto; por eso requiere de un abordaje multidimensional que incorpore aspectos legales, económicos y sociales. Teniendo esto en cuenta, la primera sección del trabajo consigna

una clasificación de las distintas modalidades de testeo de VIH/SIDA, y partiendo de ello definir el objeto de estudio. La segunda sección propone un marco teórico sobre el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA, a fin de presentar los distintos aspectos que este fenómeno adquiere. La tercera sección se destina a contextualizar el ámbito en el que emergen los incentivos al testeo de VIH/SIDA: se estudia la legislación relativa al VIH/SIDA vigente en Argentina, se hace referencia a los hitos presentes en la historia de la pandemia del VIH/SIDA y a la evolución de la terapia antirretroviral, para luego analizar la situación epidemiológica del VIH/SIDA en Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires en particular. A continuación, partiendo de este marco, se considera la relevancia de la epidemia del VIH/SIDA en la política pública, utilizando como fuente el estudio del Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus Humano, SIDA y ETS (enfermedades de transmisión sexual) y de la Coordinación SIDA, en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esta sección finaliza con una breve descripción de la situación del mercado de trabajo argentino en la actualidad. En la cuarta sección, tomando como punto de partida las dimensiones abordadas previamente, el trabajo presenta un análisis de alineamientos de intereses de los actores participantes e incentivos que llevarían a la conducta discriminatoria. Finalmente, en la quinta sección, se resumen las principales

conclusiones obtenidas de la investigación, abriendo el debate para eventuales líneas de acción concreta.

1. Definición del objeto de estudio y modalidades de testeo de VIH/SIDA

Para comenzar a definir el objeto de estudio de este trabajo, es necesario, en primer lugar, realizar una clasificación de las distintas modalidades de testeo de VIH/SIDA vigentes. En este sentido, según las diversas formas que adquiere el testeo, es posible identificar dos situaciones extremas: el **testeo voluntario**, que es el que se realiza una persona cuando está interesada en conocer su estado de salud, y el **testeo obligatorio** que constituye una excepción dentro de la legislación argentina y se circunscribe al ámbito de las Fuerzas Armadas y de Seguridad (FF.AA.)¹. Entre estas dos modalidades de testeo de VIH/SIDA se encuentra el objeto de estudio de la presente investigación, donde de alguna manera se ven coartados los derechos individuales, admitiendo la siguiente clasificación.

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

Por **testeo forzoso oculto** se entiende de toda prueba de VIH/SIDA que se

realiza sin conocimiento ni consentimiento del interesado. Al igual que en el testeo forzoso visible, esta modalidad es ilegítima, moralmente incorrecta e ilegal, al violar el requisito de consentimiento.

2. Estigma, discriminación y VIH/SIDA

Desde el inicio de la pandemia el estigma y la discriminación han acompañado al HIV/SIDA, dando impulso a la transmisión del VIH y aumentando en gran medida el impacto asociado a la epidemia. En todos los países y medios sociales, desde que se detectó la enfermedad, las personas con VIH/SIDA o aquellos vulnerables a la infección han sido objeto de reacciones negativas, como el maltrato físico y verbal, la pérdida del hogar, empleo, rechazo de familiares, cónyuges y amigos y la violación de los derechos humanos básicos y de las libertades fundamentales.²

Más de veinte años transcurrieron desde el inicio de la epidemia del SIDA y en ese tiempo se han alcanzado grandes avances, especialmente en lo referido al conocimiento científico del virus como así también en cuanto a la calidad y el acceso a medicamentos que permiten detener su avance y alcanzar una mejor calidad de vida. Sin embargo, el estigma y la discriminación que sufren quienes viven o se presume que viven con el VIH/SIDA o se encuentran de algún modo a él vinculados (familiares, amigos, trabajadores del sector salud, etc.) continúan siendo

un importante obstáculo en todo el mundo, que impide prevenir nuevas infecciones, aliviar el impacto de la enfermedad y proporcionar asistencia, tratamiento y apoyos adecuados.³

En cualquier sociedad es posible identificar tres fases en la epidemia del VIH/SIDA. Tal como lo señalara Mann⁴ en 1987, la primera epidemia es la de la infección del VIH, que penetra en una comunidad de manera silenciosa sin que nadie se de cuenta. Ésta es seguida por la segunda epidemia, la del SIDA, que aparece cuando el VIH provoca infecciones que amenazan las vidas. Finalmente, la tercera epidemia, la del estigma y la discriminación, la culpa y el rechazo colectivo, dificulta la lucha contra las dos anteriores⁵ y hace referencia a la reacción social, política, económica y cultural ante el VIH/SIDA.

La discriminación y el estigma hacia las personas que viven con el virus es un efecto generalmente silencioso pero dañino de la epidemia de VIH/SIDA. De acuerdo a De Bruyn⁶, el SIDA no es la única enfermedad marcada por el estigma; otras como la epilepsia, la enfermedad mental, el cáncer, la tuberculosis y la sífilis han sido y en el presente continúan siendo estigmatizantes. Sin embargo, lo que distingue al HIV/SIDA de otras dolencias y enfermedades es la gran cantidad de dimensiones que posee el estigma a ella relacionado. Este fenómeno es complejo y presenta muchas facetas que no se comprenden plenamente. Si bien el estigma y la discriminación vinculados con el VIH/SIDA se

generalizan, es difícil medir con exactitud la magnitud del problema.⁷

El estigma asociado al SIDA ha silenciado una discusión abierta tanto de sus causas como de posibles respuestas apropiadas. La visibilidad y apertura respecto al VIH son requisitos previos para una movilización eficaz de gobiernos, comunidades y personas con el fin de responder a la epidemia. El ocultamiento del problema fomenta la negación de su existencia, retrasa una acción urgente y también hace que se perciba a las personas que viven con el VIH como un “problema”, y no como una parte de la solución para contener y afrontar la epidemia.⁸ Las actitudes negativas acerca del VIH hacen que las personas tengan más miedo del estigma y la discriminación asociados a la enfermedad que de la enfermedad misma.

Estas construcciones sociales relacionadas con el VIH/SIDA interactúan con otros imaginarios preexistentes, asociados con la sexualidad, el género, la raza y la pobreza y con temores previos sobre el contagio y la enfermedad. Las primeras metáforas del SIDA, tales como la muerte, el horror, el castigo, la culpa, la vergüenza, los otros, han exacerbado estos temores, reforzando y legitimando la estigmatización y la discriminación.⁹

Estos fenómenos asociados al VIH/SIDA se deben a diversos factores, como lo son la falta de conocimiento sobre la enfermedad, los mitos sobre los modos de transmisión del VIH, la falta de acceso al tratamiento, las informaciones irresponsables sobre

la epidemia en los medios de comunicación, el hecho de que el SIDA sea una enfermedad incurable y los prejuicios y temores relacionados con diversas situaciones socialmente delicadas, como la sexualidad, la enfermedad y la muerte, y el consumo de drogas intravenosas¹⁰.

La discriminación contra las personas con VIH o que están relacionadas con el virus está generalizada y adopta muchas formas, como la denegación o destitución del empleo, la obligación a someterse a una prueba del VIH para trabajar, viajar u otras finalidades, la falta o limitación de la confidencialidad debida y el rechazo de la familia, los amigos y las comunidades. Estos actos afectan la salud de la sociedad y del individuo. En ciertos casos pueden ser obstáculos para el ejercicio de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, mientras que en otros son directamente una violación de estos derechos y libertades¹¹.

Parker y Aggleton¹² desarrollan un marco conceptual que incorpora al estigma y a la discriminación asociados al VIH/SIDA como procesos sociales, en lugar de considerarlos como una característica individual, lo cual cierra la posibilidad del análisis de las causas subyacentes y de las posibles respuestas. Por el contrario, al entender que el estigma y la discriminación son procesos sociales se pueden pensar formas de resistencia y desafío a través de la acción social. En consecuencia, es necesario considerar la forma en que el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA interactúan y refuerzan

construcciones sociales preexistentes vinculadas con la sexualidad, el género, la raza y la pobreza y ubicarlos en un determinado contexto social, cultural, político y económico.

El estigma relacionado con la enfermedad puede ser mitigado mediante un contexto jurídico y normativo equitativo, desarrollando campañas de información pública y educación participativa, aumentando el acceso a los medicamentos y concentrando la atención en las profundas desigualdades que originan el estigma y la discriminación (divisiones sociales de género, sexualidad, pobreza, etc.)¹³.

3. Contexto

A fines de ubicar al testeo forzoso de VIH/SIDA y los incentivos a la discriminación que este fenómeno traería aparejados en el mercado de trabajo, se torna necesario considerar el contexto en el cual estas situaciones tienen lugar. Para ello, analizamos la legislación relativa al VIH/SIDA vigente en Argentina; luego, se hace referencia a los hitos en la historia de la pandemia del VIH/SIDA y a la evolución de la terapia antirretroviral. Por otra parte, se incluye la situación epidemiológica del VIH/SIDA en Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires en particular, así como información sobre la relevancia de la epidemia del VIH/SIDA en la política pública en el año 2005, a partir del estudio del origen y desarrollo del Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus

Humano, SIDA y ETS y de la Coordinación SIDA, en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La sección finaliza con una breve descripción de la situación del mercado de trabajo argentino hacia el año 2005.

3.1 Legislación vigente en la Argentina

En Argentina, la sanción de la Ley Nacional de SIDA (Ley 23.798) declara de interés nacional la lucha contra la enfermedad, la detección e investigación de sus agentes causales, diagnóstico y tratamiento, prevención, asistencia y rehabilitación, como también las medidas tendientes a evitar su propagación, considerándose en primer lugar la educación de la población. Asimismo, establece que en ningún caso puede afectarse la dignidad de la persona, mediante la marginación o estigmatización. Plantea que el Estado debe garantizar el acceso al testeo, asegurando la confidencialidad, a través de un registro codificado. Además compromete a las autoridades sanitarias a promover la concertación de acuerdos internacionales para la formulación y desarrollo de programas comunes en la lucha contra el SIDA¹⁴.

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

el derecho a recibir atención médica.

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

- **Consentimiento informado.** Además de reflejarse en la ley de SIDA, la noción de consentimiento informado está presente en la Ley 17.132 de los Profesionales Médicos como mediadora de las relaciones médico-paciente. Ella refiere a la necesidad de conocer la voluntad del paciente ante cualquier práctica médica, donde quedaría incluida la prueba de VIH. Sin embargo, existe una excepción al testeo voluntario del virus VIH en el ámbito de las FF.AA., reglamentada por el Decreto 906 del año 1995, por considerar que sus actividades presentan características particulares en lo referente al contagio del SIDA.
- **Confidencialidad.** Los derechos a la privacidad y a la intimidad en su forma más general se encuentran garantizados por la Constitución Nacional. Asimismo, todo profesional de la sanidad está obligado a respetar el secreto profesional establecido por la Ley 24.004 de los profesionales de Enfermería y la Ley 17.132 de los profesionales Médicos.
- **No discriminación.** El artículo 16 de la Constitución Nacional establece que todos los habitantes de la Nación Argentina son iguales ante la ley y admisibles en los empleos sin otra condición que la idoneidad.

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

La OIT¹⁵ recomienda que no debiera haber discriminación contra los trabajadores basada en una infección. Esta recomendación se hace extensiva a la seguridad social y a los planes de previsión profesional.

- **Acceso a la atención de la salud.** La Constitución de la Ciudad de Buenos Aires garantiza el derecho a la salud integral de las personas, a través de la protección, prevención, atención, rehabilitación y provisión de medicamentos en forma gratuita a través de los hospitales y servicios públicos. En 1995 se aprueba la Ley 24.455 mediante la cual las Obras Sociales deben incorporar como prestación obligatoria la cobertura del tratamiento a las personas con VIH/SIDA. Esta normativa se extiende a las entidades de Medicina Prepaga mediante la Ley 24.754 sancionada en 1996. Ambas leyes concuerdan con las recomendaciones de la OIT que establecen que el gobierno debería velar para que las prestaciones sanitarias estipuladas en la legislación nacional se apliquen. Mediante la Resolución 709/97 de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), todas las Obras Sociales y Asociaciones

de Obras Sociales del Sistema Nacional, podrán solicitar apoyo financiero para la cobertura del tratamiento.

- **Examen Preocupacional.** La Ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo 19.587 y la Resolución 43/97 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) imponen como obligación de los empleadores la realización de exámenes preocupacionales, con el propósito de comprobar la aptitud del postulante, así como la detección de patologías. En ningún caso los resultados podrán ser utilizados como elemento discriminatorio para el empleo. Las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo no podrán someter a los trabajadores a la realización de exámenes preocupacionales de manera previa al contrato de afiliación de los mismos.
- **La relación laboral.** Una vez iniciada la relación laboral, la Ley de contrato de trabajo 20.744 establece que los días en los que el trabajador no preste servicios por enfermedad inculpable se computarán como trabajados y percibirá su remuneración durante un plazo determinado según su antigüedad. Dicha ley establece que la recidiva de enfermedades crónicas no se considera enfermedad, salvo que se manifestaran transcurridos los dos años de antigüedad.

Todas las leyes, resoluciones y decretos mencionados sirven para identificar hipótesis sobre los incentivos que

rigen la conducta de los diferentes actores sociales involucrados en el estudio sobre el “testeo forzoso del VIH/SIDA”.

3.2 Hitos en la historia de la pandemia del VIH/SIDA y la terapia antirretroviral

La epidemia del SIDA trajo aparejado el surgimiento de otras epidemias como el estigma, el miedo y la discriminación. A su vez, la generación actual de antirretrovirales ofrece una potente arma contra el VIH. A continuación se presenta un breve repaso de los hitos que marcaron la historia del VIH/SIDA.

- **1981:** Se publican en el reporte semanal de morbilidad y mortalidad (MMWR) del Centro para el Control de Enfermedades (CDC, siglas en inglés) 5 casos de neumonía entre jóvenes homosexuales. Todos ellos presentaban un sistema inmunológico muy deteriorado.
- **1982:** Se acuña la sigla SIDA.
- **1983:** El investigador francés Luc Montaigner del Instituto Pasteur de París aisló el virus y lo llamó Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Paralelamente el investigador Gallo hacía lo propio en Estados Unidos.
- **1985:** La Food and Drug Administration (FDA)¹⁶ de los EE.UU. aprobó la primera prueba comercial que detecta los anticuerpos del VIH.
- **1987:** Se produce el primer movimiento activista homosexual.

Como consecuencia se acorta el período de aprobación de medicamentos de 12 a 6 meses. Ese mismo año se inicia la monoterapia de AZT (Azidotimidina), primer medicamento con beneficios clínicos (disminución de la sintomatología y ligeros incrementos de corta duración de los conteos de CD4).

- **1991:** Se descubre que la utilización de AZT no proporciona beneficios a largo plazo. Se reconoce al tejido linfoide como uno de los grandes reservorios del VIH. La FDA aprobó los medicamentos DDL (Didanosine) y ddC (Zalcitabine) que comenzaron a utilizarse en combinación con dosis reducidas de AZT. Se inicia la era de la terapia antirretrovírica secuencial. Estos medicamentos inhiben la enzima transcriptasa reversa (presente en los CD4), introduciendo información genética “equivocada” que impide que el ARN del virus se convierta en ADN viral, determinando su muerte.
- **1994:** Se descubre que el tratamiento de monoterapia con AZT aplicado durante el embarazo y al recién nacido, disminuye significativamente el riesgo de transmisión vertical.
- **1995:** La terapia antirretroviral de combinación comienza con la aprobación del primer inhibidor de la proteasa (IP): Saquinavir. Éstos actúan sobre las células ya infectadas impidiendo el “ensam-

blaje” de las proteínas necesarias para la formación de nuevas partículas virales. No permiten que el virus realice copias de sí mismo.

- **1996:** Aparece un estudio llamado Carga Viral que mide la cantidad de virus existente en determinados fluidos o tejidos de una persona infectada. Este estudio junto con el recuento de CD4 contribuyen a determinar el momento en el cual se debe iniciar el tratamiento.
- **1997:** Se aprueban dos IP nuevos, Ritonavir e Indinavir, y comienza la era de la terapia triple: 2 inhibidores de la transcriptasa inversa + 1 inhibidor de la proteasa resultan la combinación ideal para iniciar el tratamiento.
- **2003:** Se aprueban tres medicamentos de una nueva clase, los inhibidores de fusión –Fuzeon (T-20), Emtriva (FTC) y Reyataz (Atazanavir)– que impiden que el virus se una a los receptores de la membrana celular (CD4) y, por lo tanto, no dejan que entre a la célula y la infecte.

3. 3. Situación epidemiológica del VIH/SIDA

Argentina

Según estimaciones oficiales¹⁷, a diciembre de 2005 serían aproximadamente 127.000 las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVIH) en Argentina. Sin embargo, el 60% de ellas desconocería su situación serológica. Los registros de septiembre de 2005 dan cuenta de 29.960 casos notificados de

SIDA y 26.887 infectados por el VIH en el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS (PNS).¹⁸

De acuerdo al Programa Nacional de SIDA de la Nación¹⁹, a octubre de 2004, el 84% de las PVVIH bajo tratamiento en el país (17.284 personas) se encontraban bajo la cobertura del PNS, que provee medicación antirretroviral y estudios de Carga Viral. Por su parte, la seguridad social cubría al 14% y los seguros privados al 2% de las PVVIH. Desde el año 1997 se percibe una disminución constante de las notificaciones, coincidiendo con la incorporación de las nuevas terapias antirretrovirales de alta eficacia.

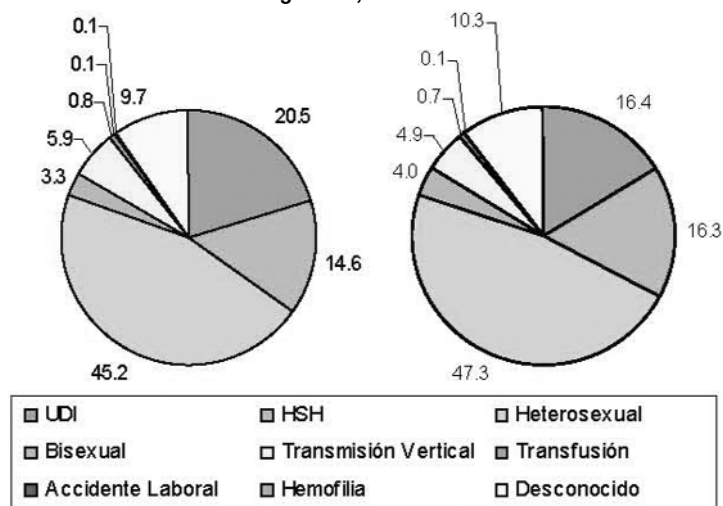
En cuanto a la distribución geográfica de la epidemia, el SIDA afecta de manera desigual a las distintas regiones del país. La mayor parte de los infectados se localiza en las grandes ciudades

y desde el inicio de la epidemia hasta 2004 cuatro jurisdicciones poseen casi el 85% de los casos notificados al PNS: Provincia de Buenos Aires (45.7%), Ciudad de Buenos Aires (28%), Santa Fe (6.2%) y Córdoba (5%).

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

Análogamente a lo que ocurre a nivel mundial, la epidemia de SIDA en Argentina se caracteriza por ser cada vez más femenina, joven y pobre. Desde el inicio de la epidemia, la proporción entre casos masculinos y femeninos se ha ido modificando. A partir de 1987 la relación hombre/mu-

Gráfico 1: Casos notificados de SIDA según vía de transmisión en Argentina, 2002-2003



Fuente: PNS - Ministerio de Salud de la Nación

jer comenzó a descender de 13.79 en 1988 a 2.21 en 2005. El mayor impacto en las mujeres aumenta el riesgo de transmisión vertical de la enfermedad.

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

Ciudad de Buenos Aires²⁰

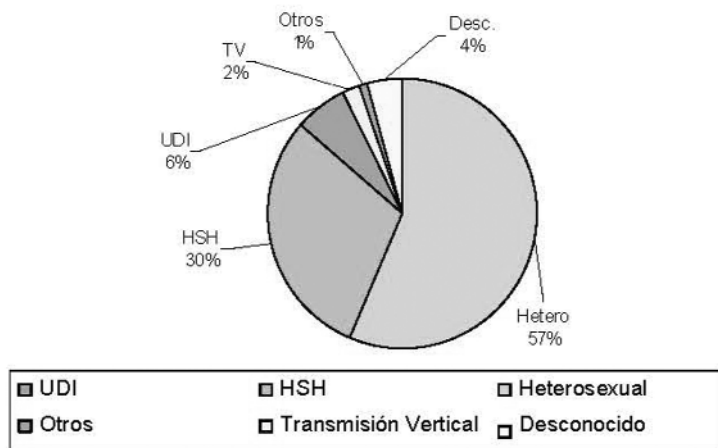
A partir del año 2003 se recibieron en la Ciudad de Buenos Aires 2.061 notificaciones de infección por VIH y SIDA: 1.375 diagnósticos de infección por VIH, 351 diagnósticos simultáneos de infección y casos de SIDA, 335

diagnósticos de SIDA con diagnóstico de infección previa. De ese total corresponden a residentes en la Ciudad unas 851 notificaciones, es decir, el 41.3%.

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

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

Gráfico 2: Vías de transmisión en diagnósticos de VIH en la Ciudad de Buenos Aires, 2003-2004



Fuente: Elaboración propia en base a Infosida 4.

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

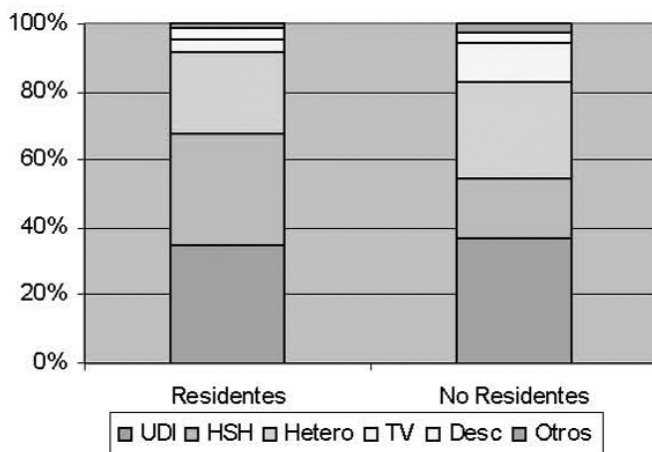
En 1983 fue diagnosticado el primer caso de SIDA en la Ciudad de Buenos Aires. Desde entonces se han notificado 13.617 casos, correspondiendo el 52.6% a residentes en la ciudad. La principal vía de transmisión está dada por el grupo de UDIs (34.5% en residentes), seguidos, por hombres que tie-

nen sexo con hombres (HSH, 33.1%) y por la vía heterosexual (24%).

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

De acuerdo a la Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires 2003 (EAH)²¹ se sabe que 1 de cada 3 personas declaró haberse realizado al menos un test de VIH/SIDA en el último año (32.2%). A nivel de Centro de Gestión y Participación (CGP) se observa que el CGP 8, de la zona sur de la Ciudad, caracterizada por presentar los peores indicadores socioeconómicos dentro de la Ciudad, registra el menor porcentaje de testeos voluntarios

Gráfico 3: Vías de transmisión en diagnósticos de SIDA en la Ciudad de Buenos Aires, 2003-2004



Fuente: Elaboración propia en base a Infosida 4.

de VIH. Contrariamente, el CGP 1 (zona centro) se ubica 4,3 puntos porcentuales por sobre la media de la Ciudad (36.5% y 32.2%, respectivamente).

3.4 Política pública

El Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus Humano, SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (PNS), que se encuentra a cargo de la Subsecretaría de Programas de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, tiene como metas principales:

1. Disminuir la infección por VIH; su impacto biológico, psicológico y socioeconómico.

2. Dar atención a los pacientes con VIH/SIDA.
3. Coordinar el eficiente ejercicio de las actividades en el ámbito nacional, provincial y municipal.

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

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

Tabla 1: Proporción de población que realizó Test de VIH/SIDA en la Ciudad de Buenos Aires, 2003

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

Fuente: EAH 2003- DGEyC, GCBA.

prevención en las distintas jurisdicciones del país.

- **Prevención y control de enfermedades de transmisión sexual:** lleva a cabo tareas de control y seguimiento de las enfermedades de transmisión sexual, la donación de reactivos de diagnóstico y medicamentos y la promoción masiva del uso del preservativo.
- **Proyecto de Lucha contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (LUSIDA):** con el apoyo del BIRF, se encuentra subdividido en cuatro componentes: (i) Prevención comunitaria; (ii) Educación, SIDA y ETS; (iii) Fortalecimiento del sector público de salud dedicado a SIDA y ETS; (iv) Monitoreo y evaluación.

Desde el punto de vista asistencial, el objetivo del PNS es mejorar el acceso de la población a los medicamentos. La Argentina brinda el 100% de los tratamientos antirretrovirales y para enfermedades oportunistas y cobertura total para el seguimiento de los pacientes que requieren pruebas de monitoreo. Desde el punto de vista preventivo, el programa se ocupa principalmente de: a) gestionar actividades financiadas por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; b) realizar acciones de prevención de la transmisión vertical; c) entregar materiales de prevención; d) fortalecer la Línea 0800-3333-444; e) coordinar proyectos de financiamiento internacional y

f) desarrollar una campaña masiva de prevención.

La Coordinación SIDA, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, pertenece a la Secretaría de Salud de la Ciudad, tiene como principal desafío ayudar a disminuir la discriminación, para lo cual trabaja con otros organismos, algunos estatales (de Educación, Promoción Social, Derechos Humanos, Comunicación Social), y otros no gubernamentales. También colabora con las personas que viven con VIH y sus organizaciones.

Al año 2005, la Ciudad de Buenos Aires contaba con centros de testeo de VIH/SIDA, denominados CePAD (Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico del VIH/SIDA), en funcionamiento en centros de salud, hospitales y organizaciones comunitarias. En ese tipo de centros es posible realizar consultas sobre el VIH/SIDA, retirar material informativo y efectuar el test de un modo rápido y confidencial. Del mismo modo, la Ciudad dispone de grupos de encuentro para personas viviendo con o afectadas por el VIH/SIDA. Éstos son espacios abiertos para todas las personas infectadas, sus familiares y allegados donde se reflexiona sobre la problemática cotidiana de vivir con VIH. Los grupos son gratuitos y se desarrollan en distintos hospitales públicos: Muñiz, Tornú, Durand, Alvarez, Piñero y Pirovano.

3.5 Mercado laboral

Las políticas implementadas durante la década de los 90 tuvieron graves

consecuencias sobre las variables sociales. En el mercado de trabajo, se hizo evidente la falta de dinamismo en la creación de empleo, pese al crecimiento económico observado.

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

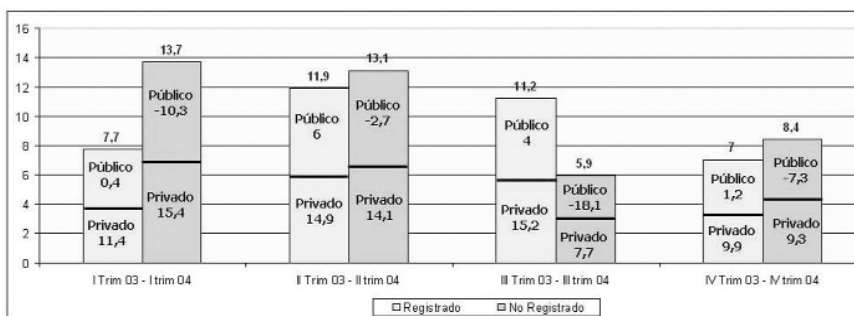
Este fenómeno se acentuó desde el año 2000, la destrucción neta de puestos de trabajo correspondió principalmente a puestos registrados. La cantidad de asalariados no registrados cayó en menor proporción que la de registrados, a la vez que aumentó la proporción de trabajadores independientes. La ocupación a tiempo completo fue menos dinámica que el empleo total, lo cual se reflejó en un aumento de la subocupación involuntaria en el empleo to-

tal de más de 4 puntos porcentuales entre 1998 y 2001.

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

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

Gráfico 4: Variación porcentual del empleo asalariado en Argentina, 28 Aglomerados Urbanos



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

registrados y de los trabajadores independientes, reflejando que una parte de los nuevos puestos de trabajo genuinos fueron de baja calidad. Sólo un tercio de los puestos creados durante el 2003 y el 2004 fueron ocupaciones asalariadas formales. En efecto, la generación de empleo asalariado, excluidos los planes de empleo, fue principalmente en posiciones no registradas, especialmente en el sector privado.

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

Paradójicamente, en un mercado laboral con estas características de desprotección del trabajador, la cantidad de aspirantes que deberían someterse a un testeo preocupacional es menor. Ello se debe a que la instancia de ingreso a un trabajo cuyo requisito previo es un testeo de aptitud psicofísica es propio del sector de empleo formal.

Por lo tanto, la posibilidad de que exista un mecanismo de discriminación por esta vía se vería reducida, independientemente de la intención de hacerlo por parte del potencial empleador.

4. Análisis de incentivos

A partir de los distintos aspectos contemplados en la sección previa es posible realizar un análisis de los incentivos que se encuentran en juego en relación al fenómeno del testeo forzoso de VIH/SIDA y la consecuente discriminación laboral. Es por ello que a continuación se presenta un análisis de alineamientos de intereses de los actores participantes, mostrando la presencia de incentivos que llevarían a la conducta discriminatoria.

Por todo lo señalado anteriormente, es posible observar que la empresa con intenciones de discriminar se encuentra con distintos tipos de condicionantes: condiciones externas, condicionantes de política pública y condiciones individuales (Tabla 2).

En cuanto a las condiciones externas, la creciente flexibilización del mercado laboral argentino implicó una precarización de las condiciones de trabajo, y por tanto, una disminución en el número de testeos preocupacionales. Indirectamente, esta situación reduce la probabilidad de que una persona sea discriminada como resultado de haber sido sometida a un testeo forzoso. Sin embargo, ello no necesariamente implicaría la ausencia de discriminación dentro del mundo del

trabajo; ésta puede adquirir otras formas, tales como el trato diferencial hacia quienes se encuentran viviendo con el VIH/SIDA.

Desde otro punto de vista, el avance tecnológico evidenciado en el desarrollo de nuevas terapias antirretrovirales indicaría que aún ante la intención de discriminar, los efectos económicos directos que sufriría la empresa se verían reducidos, dado que los días perdidos de trabajo disminuyen, al tiempo que los costos asociados con el tratamiento no son financiados por la empresa. De este modo, el desarrollo científico estaría definiendo que la potencial caída de producción debida al ausentismo de una persona con VIH/SIDA podría asimilarse al de otra enfermedad crónica, a la vez que los

costos del tratamiento son financiados por la obra social indirectamente (mediante fondos especiales de la seguridad social) o por el Estado.

Con referencia al segundo término, los condicionantes de política pública, la estrategia desarrollada por el Estado argentino para afrontar socialmente este problema es amplia; se destaca la actividad de los hospitales públicos especializados²² a los cuales asiste aproximadamente el 60% de las PVVIH. Ello ocurre independientemente de la capacidad de los hospitales públicos de facturar a la seguridad social por el tratamiento de los trabajadores infectados por el virus o que contrajeron la enfermedad, y que debería ser financiado por el sistema de seguridad social.

Tabla 2: Condicionantes de la decisión del empleador

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

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

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

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, en relación con el marco legal argentino, la actual normativa que aplica para el tratamiento de las personas con cobertura formal reduce el riesgo no solamente de la firma potencialmente empleadora, sino también de la institución de seguridad social. La APE (Administración de Programas Especiales) es un fondo auspiciante creado especialmente para financiar enfermedades de alto costo y baja incidencia, de manera que estas enfermedades no redunden en costos adicionales para los empleadores.

En tercer lugar, siguiendo con la consideración de las condiciones individuales con relación a la potencial discriminación mediante un testeo forzoso, ciertos factores como lo son la solidaridad, la moral, la aversión al riesgo²³, la percepción de control social o la posibilidad de castigo disminuyen la probabilidad de discriminar por parte de las empresas. En el caso opuesto, por una cuestión de estigma hacia las personas que viven con VIH/SIDA, y al contar con poder de negociación sobre las empresas de medicina laboral, se acrecientan los incentivos a realizar testeo forzoso por parte de las firmas.

Ante este panorama, y con la intención de discriminar por parte de la empresa realizando un testeo forzoso de VIH/SIDA, es posible encontrarse con dos alternativas (Gráfico 5). La primera de ellas, consiste en que a la persona interesada en ingresar al puesto de trabajo se le incluya la prueba para detectar VIH en el examen preocupacional, sin notificación alguna de ello. En

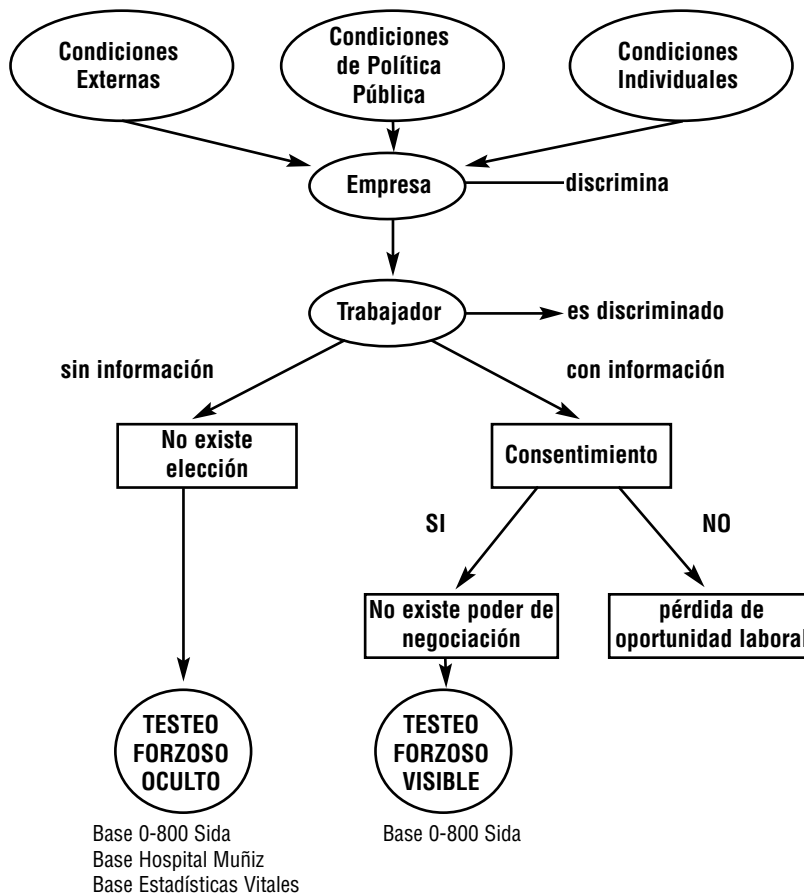
este caso, el potencial trabajador no sólo ignoraría tal hecho, siendo ilegítimo o moralmente incorrecto sino que la empresa incurriría en una ilegalidad al violar el consentimiento necesario para la realización del test; llamaremos a esta modalidad “testeo forzoso oculto”. La segunda alternativa posible es que el potencial trabajador acceda a realizarse el test de VIH/SIDA en su examen preocupacional, es decir, que se vea obligado a dar consentimiento ante el temor de quedar excluido del puesto de trabajo en caso de negarse al mismo. Esta situación es igualmente ilegítima, ya que se realiza con el conocimiento de la persona pero se presume que el consentimiento está de alguna manera condicionado y que la persona no cuenta con poder de negociación.

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

1. El empleador accede a esa información, la interpreta y la aplica (información a los empleados sobre prevención, destrucción de prejuicios, etc.). En este caso no sólo existe una efectiva comunicación de la información necesaria, sino que los receptores comprenden el mensaje y lo llevan a la práctica.

2. La difusión de la información existe pero se identifican fallas en el proceso de comunicación, ya sea porque el empleador no accede a ella o porque no logra interpretarla y traducirla en acciones concretas.
3. El empleador conoce la información y, sin embargo continúa discriminando sin ocultar su actitud discriminatoria, violando la ley.
- En este sentido, y especialmente en el segundo tipo de situaciones, son vitales las campañas de comunicación y sus estrategias de difusión. De este modo, tanto las empresas como las instituciones de seguridad social o las prepagas encontrarían reducidas las posibilidades de discriminación.
- En el caso de que la intencionalidad de discriminar existiese, las firmas se

Gráfico 5: Esquema de la interacción entre actores



Fuente: Elaboración propia.

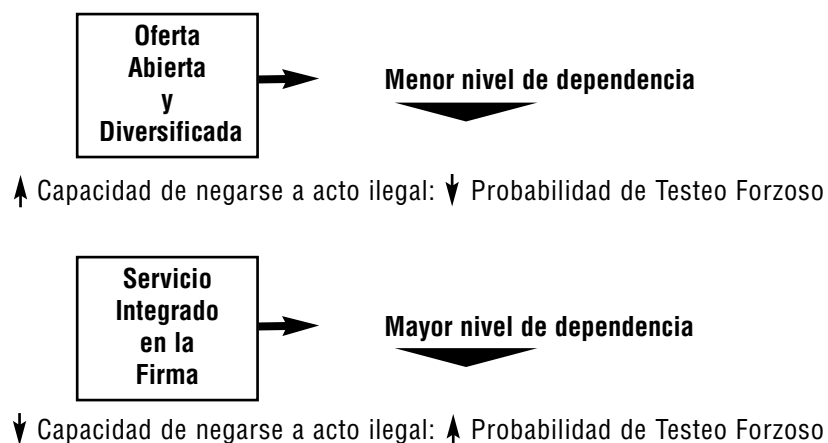
encontrarían con resistencia por parte de las personas o instituciones que tienen a cargo realizar los estudios de testeo (laboratorios de medicina laboral), considerando su ilegalidad. Dada la estructura de la oferta de análisis de medicina laboral, la capacidad de negociación de estas instituciones para negarse a cometer un acto ilegal es amplia, especialmente cuando la cantidad de empresas del sector formal que recurren a ellas es muy grande y por tanto su nivel de dependencia es reducido.

Como se observa en el Gráfico 6, la mayor probabilidad de ejercer algún mecanismo de discriminación a través del testeo forzoso oculto se presentaría en aquellas instituciones de medicina laboral integradas verticalmente a la empresa, con reducida capacidad de acción.

La legislación referida al tratamiento y financiamiento de la enfer-

medad provoca un alineamiento de intereses entre los distintos actores. Ejemplo de ello son las medidas de política del gobierno que permiten encauzar los fondos de las obras sociales, descansando en el APE a modo de evitar algún tipo de discriminación y selección adversa por parte de estas instituciones. La relación entre el hospital público y las instituciones de seguridad social sigue alineada desde la perspectiva epidemiológica, en tanto la falta de registros o baja capacidad de gestión de los hospitales impide la recuperación de costos de los tratamientos. Sin embargo, esta tensión entre el hospital público y la seguridad social no es propia de este fenómeno sino que está asociada a la naturaleza segmentada del sistema de aseguramiento social y mecanismos financieros de *risk-pooling* en el modelo de salud en el país.

Gráfico 6: Análisis de incentivos en la relación entre firmas y empresas de medicina laboral



Fuente: Elaboración propia.

5. Conclusiones

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

El mercado de trabajo presenta una paradoja: a mayor informalidad, disminuye la probabilidad de discriminar, independientemente de la intencionalidad, en tanto las posibilidades de realizar el testeo de VIH/SIDA se ven reducidas. Por otra parte, los avances científicos disminuyen los costos asociados con la enfermedad, tanto individual como socialmente.

En este escenario, la acción del Estado cumple un triple papel: proveer los mecanismos de regulación y control que permitan garantizar la igualdad ante la ley; asegurar el financiamiento que facilite el acceso a los servicios y a los medicamentos para el tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA; y difundir información que permita extinguir el virus de la discriminación.

En todas estas instancias, es posible observar que la intencionalidad de discriminar relacionada con factores económicos o financieros se ve reducida ya sea por una cuestión de posibilidad de ejercer tal discriminación (dada la flexibilidad en el mercado laboral) y de necesidad financiera (en virtud de no ser el empleador quien debe cubrir el costo de la enfermedad).

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

A partir del análisis de los incentivos se concluye que la asociación entre SIDA y discriminación se relaciona fundamentalmente con una cuestión de estigma, y no con móviles económicos o una deficiencia de la política pública asistencialista.

Siguiendo a Parker y Aggleton²⁴, es posible considerar al estigma y a la discriminación asociados al VIH/SIDA como procesos sociales utilizados para crear y mantener el control social y producir y reproducir las desigualdades sociales, mecanismos que bien pueden ser resistidos y desafiados por la acción social. En este sentido, el estigma relacionado con la enfermedad se puede reducir mediante un contexto jurídico y normativo equitativo, desarrollando campañas de información pública y educación participativa, aumentando el acceso a los medicamentos y centrando la atención en las profundas desigualdades que originan el estigma y la discriminación²⁵.

En conclusión, la posibilidad de acceder a mayor información, no sólo individual sino colectivamente, "aisla" la posibilidad de discriminación, desmascarándola; por eso creemos que son

necesarias y de importancia vital no solamente las campañas del Estado Nacional sino también la concientización de este problema a nivel global. No obstante, por sí solas las estrategias comunicacionales no son suficientes para reducir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA; esto depende fundamentalmente del logro de una auténtica comprensión del problema por parte de toda la sociedad, que permita realizar cambios amplios y duraderos en las actitudes y en los valores sociales. ■

Notas y referencias bibliográficas

¹ Asimismo, la ley de SIDA declara como obligatoria la prueba de VIH/SIDA en el caso de sangre destinada a transfusiones y en los controles de salud en el proceso de radicación de inmigrantes.

² Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. *Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud*, 2003.

³ ONUSIDA. *Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Estudios de caso de intervenciones exitosas*. Colección Prácticas Óptimas. Ginebra, 2005.

⁴ Jonathan Mann fue fundador y director del Programa Global de SIDA de la Organización Mundial de la Salud.

⁵ Parker, R. y Aggleton, P. *Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA*. Ginebra: ONUSIDA, 2002a; *HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action*. Horizons Program. Washington D.C.: The Population Council, 2002b.

⁶ De Bruyn, T. *HIV and Discrimination: A discussion paper*, Canadian HIV/AIDS Legal Network - Canadian AIDS Society, Canada, 1999; *HIV/AIDS and Discrimination*, Info Sheet 2, Canadian HIV/AIDS Legal Networks, 1999.

⁷ Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana, *op.cit.*

⁸ ONUSIDA, *op.cit.*

⁹ Parker y Aggleton, 2002b, *op.cit.*

¹⁰ Parker y Aggleton, 2002a, *op.cit.*

¹¹ Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, *op.cit.*

¹² Parker y Aggleton, 2002b, *op.cit.*

¹³ Parker y Aggleton, 2002a, *op.cit.*

¹⁴ Existen avances normativos en la región del Mercosur para promover una política integrada de lucha contra la epidemia de VIH/SIDA: Declaración socio-laboral del MERCOSUR (1998); Estrategias de Acceso a los medicamentos antirretrovirales en la Región del MERCOSUR, Bolivia y Chile (2004); Áreas prioritarias en VIH/SIDA en el MERCOSUR, Bolivia y Chile (2003).

¹⁵ Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo (2001) y Recomendación sobre la discriminación en materia de empleo y ocupación – N° 111 (1958).

¹⁶ En español: Administración de Drogas y Alimentos.

¹⁷ ONUSIDA, OMS y el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS (PNS).

¹⁸ No obstante, debido a las demoras en el envío de notificaciones, se estima que el total de enfermos diagnosticados sería de 31.900.

¹⁹ La información que se presenta proviene del Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus del Humano, SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación. Ministerio de Salud de la Nación, *Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina*, Año XI, Número 23, 2004.

²⁰ Este apartado fue realizado en base a *INFOSIDA 4*, Coordinación SIDA, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Año 4, Número 4, 2004.

²¹ Dirección Nacional de Estadísticas y Censos, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, *Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires 2003, Aspectos referidos a la Salud*, N°7, 2005.

²² Hospital Muñiz y Fernández.

²³ En este caso la aversión al riesgo hace referencia a que el potencial discriminador ante el temor a ser descubierto prefiere cumplir con lo estipulado en la ley.

²⁴ Parker y Aggleton, 2002b, *op.cit.*

²⁵ Parker y Aggleton, 2002a, *op.cit.*