

# ARGENTINA

## Derechos Humanos y acceso a tratamiento para VIH/Sida

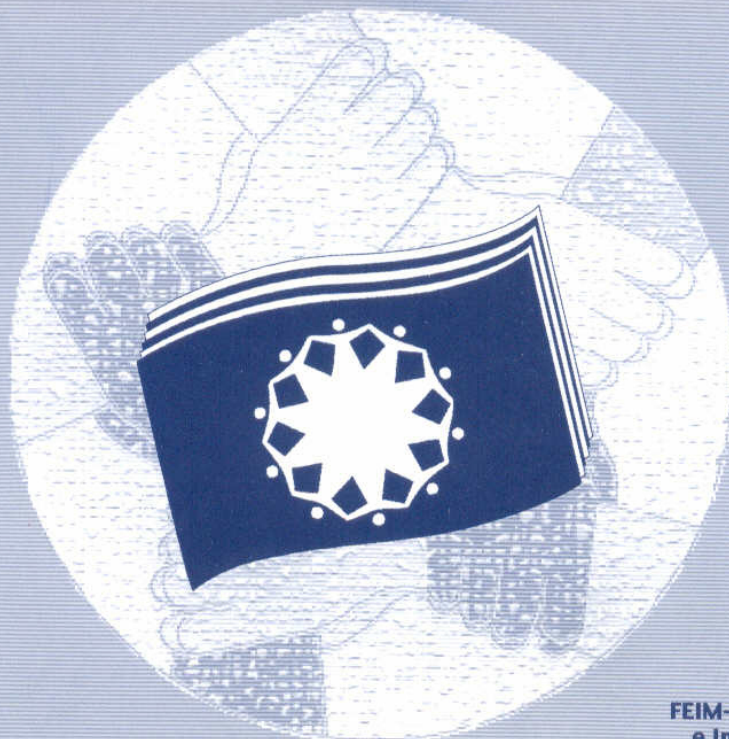
LACASSO

CONSEJO  
LATINOAMERICANO  
Y DEL CARIBE DE  
ORGANIZACIONES  
CON SERVICIO  
EN SIDA

Estudios de Caso sobre  
Derechos Humanos



ONUSIDA  
UNICEF - PNUD - FNUAP  
UNESCO - OMS - BM.COMUNIA



Autoras:

Dra. Mabel Blanco

Lic. María Inés Re

Dra. Laura Pagani

Dra. Estela Barone

FEIM-Fundación para Estudio  
e Investigación de la Mujer

## **Acceso a tratamiento para VIH/SIDA y Derechos Humanos: el caso Argentino**

### **I. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA ARGENTINA**

La República Argentina está situada en el extrema sur del Continente Americano. Su superficie es de 3.761.274 de km<sup>2</sup>, incluyendo el Sector Antártico. Es un país federal, consta de 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Cada distrito tiene su propia constitución y gobierno, cuenta con recaudación económica propia, pero también recibe partidas presupuestarias del Gobierno Nacional y cuotas de coparticipación federal. Es un país esencialmente agrícola-ganadero y productor de materias primas con bajo índice de industrialización.

Ante los proceso de globalización dede fines de los ´70 el desarrollo industrial alcanzado se fue deteriorando, llegando en esta década a su menor nivel.

La población total, según el último Censo Nacional de 1991 fue de algo más de 36 millones de habitantes, con una distribución muy heterogénea. El área metropolitana: Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires concentra más de un tercio de la población del país. La provincia más poblada es la de Buenos Aires, y luego en bastante menor escala las de Santa Fe, Córdoba y Mendoza. Las menos pobladas, ubicadas en el extremo sur del país, son las de Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego. Las provincias se hallan subdivididas en Departamentos y éstos a su vez en Municipios dependientes del Gobierno Provincial.

### **II. MARCO HISTORICO-POLITICO DE LA ATENCION DE LA SALUD**

#### **A) Antecedentes**

Los primeros antecedentes de la estructuración del sector salud en Argentina se remontan a principios del siglo XIX, con la creación de organizaciones de beneficencia creadas por personas prominentes de la sociedad –y coordinadas por la Iglesia Católica- que brindaban asilo a enfermos y huérfanos. En 1815, el gobierno quita el manejo de los hospitales a la Iglesia, transfiriéndoselo a Juntas Civiles, y en 1822 se sanciona la ley de Reforma del

Clero, que puso a disposición del Estado los bienes de las órdenes religiosas. Ante la imposibilidad del Estado para dar respuesta a estas demandas, se crea la Sociedad de Beneficencia, entidad privada subvencionada por el Estado.

En el período inmigratorio especialmente europeo –1860/1910- aparecen organizaciones de ayuda y socorros mutuos, creadas por los inmigrantes. También surgen las asociaciones gremiales, ambas se orientan a la defensa de los derechos de los trabajadores y la promoción de la calidad de la salud de las colectividades extranjeras, brindando algunos servicios de atención de la salud.

Si bien la Declaración de los Derechos del Hombre y los cambios sucedidos a consecuencia de la posguerra en diferentes países europeos instalaron por primera vez la idea del “derecho a la salud”, en Argentina se mantenían las concepciones que consideraban a la atención de la salud de los pobres como una “dádiva” del Estado.

A partir de 1946 se evidencia en Argentina una expansión de los beneficios sociales a sectores más amplios de la población, según el modelo populista que impregnó los movimientos latinoamericanos en la posguerra, y que tiñó de contradicciones el desarrollo del sector salud, promoviendo el protagonismo del Estado, al mismo tiempo que el de las “obras sociales”, denominación local de la seguridad social. Las obras sociales, manejadas por los sindicatos, se transformaron en una gran herramienta de poder.

En 1948 la Sociedad de Beneficencia se transfiere a la Dirección Nacional de Asistencia Social, convertida en 1949 en el Ministerio de Salud Pública. La población comienza a ser considerada como “capital humano”, y, por su valor productivo, pasa a ser responsabilidad del Estado su preservación y desarrollo, incluida la atención de su salud. Se construyen gran cantidad de hospitales públicos, especialmente en áreas urbanas.

En la década del 60 el Ministerio de Salud Pública crea la Escuela Nacional de Salud Pública para promover la capacitación de recursos humanos. Asimismo, se promueve una cierta descentralización, fortaleciendo las Delegaciones Sanitarias Federales a nivel de cada provincia.

En 1970 se sanciona la Ley N° 18610, que “generaliza el modelo de obra social, universalizando su cobertura al declararlo obligatorio para toda la población laboral en relación de dependencia ...; su ubicación queda fijada en el ámbito de la secretaría de Seguridad Social con carácter de descentralizado”<sup>1</sup>.

El subsector público de salud comienza a perder protagonismo, frente al crecimiento del Sistema de Obras Sociales que contrata servicios especialmente de internación en el sector privado, produciendo su expansión.

---

<sup>1</sup> Neri, A. “Salud y Política Social”. Ed. Hachette. Buenos Aires, Argentina. 1982.

El modelo de salud argentino se caracteriza por la fragmentación y heterogeneidad, que se traducen en la falta de integración y coordinación de los tres subsectores: público, privado y de la seguridad social médica.

La última dictadura militar –1976/1983- propicia un modelo excluyente volcado al mercado externo, provocando un estancamiento del crecimiento económico, expresado en la caída de la inversión, la fuga de capitales y el aumento desproporcionado del endeudamiento externo. Se produce una declinación de la presencia del Estado, aumentando la regresividad de la estructura impositiva, con una concentración de los recursos productivos y financieros en unos pocos grupos económicos, lo que provoca un grave deterioro en la industria y por ende, una caída masiva de los salarios reales. Al problema de la precarización del empleo se agrega el “achicamiento” del Estado. Se debilita la economía en su conjunto y se agrava el grado de fragmentación y exclusión social, incluida la situación de acceso a la atención de la salud.

Argentina recupera la democracia en la década del 80, junto con la agudización de la crisis social y económica. La globalización impacta en la Argentina con graves consecuencias sociales, económicas y políticas desde fines de la década del 80 hasta nuestros días.

Desde fines de los '80 se evidencia en el sector salud un rápido proceso de privatización de responsabilidades y funciones ejercidas por el Estado, y la descentralización de las prestaciones de la administración nacional a las jurisdicciones provinciales y locales. En 1992 se transfiere los hospitales públicos a las provincias, se descentralizan las responsabilidades, pero no los recursos. El proceso de descentralización en Argentina fue más un proceso de desentendimiento del gobierno nacional y por tanto los hospitales públicos sufrieron un gran deterioro en su capacidad de atención.

La seguridad social, en la década del 90 inicia un proceso de reforma que, bajo la excusa de incorporar sistemas de libre elección de los prestadores, ha disminuido la cantidad y calidad de las prestaciones. Según Cetrángelo, este sistema se basa en las leyes del mercado y supone que la libertad de compra de los beneficiarios genera automáticamente mejoras en la eficiencia<sup>2</sup>.

CEPAL<sup>3</sup> dice que en el sector salud en Argentina la optimización de la competencia público-privado aún está pendiente, quizás debido al énfasis puesto en el financiamiento sin atender a otras características de los mercados de prestación de servicios de salud.

---

<sup>2</sup> Cetrángelo, O.: en “El sistema de salud en Argentina”, Katz J. et al. Ed. Fundación Omega Seguros. Buenos Aires, Argentina. 1997.

<sup>3</sup> CEPAL. Gasto social en América Latina. Ediciones CEPAL. Santiago de Chile, 1997.

En los últimos años se ha perdido la universalidad, la justicia y la equidad de los sistemas de salud, y se privilegia el paradigma de la oferta y la demanda. Asimismo, las estrategias para enfrentar las fallas del mercado de la salud están muy lejos de lograr respuestas eficientes.

Al mismo tiempo, la pauperización de la población, mas evidente desde 1992, produce el uso múltiple y combinando de distintos recursos sanitarios. Esto se acompaña con un deterioro general de la calidad de la atención, especialmente en los efectores públicos de salud.

Ante la imposibilidad del Estado de dar respuestas a las necesidades de salud, la población aumenta el gasto directo o “de bolsillo”, esto implica una mayor inequidad, ya que los sectores con menores ingresos dedican ahora un porcentaje mucho mayor a la atención de su salud, consiguiendo en general servicios de menor calidad e insuficientes.

## **B) Estructura actual del Sistema de Atención de la Salud**

La atención de la salud en Argentina es provista a través de los tres subsectores antes mencionados:

- 1 - el Público;
- 2 - el de la Seguridad Social Médica (Obras Sociales);
- 3 - y el Privado

### **1 - Subsector Público**

Está compuesto por hospitales públicos (en su mayoría de dependencia provincial y municipal) y centros de atención primaria. Posee el mayor número de camas de internación así como la mejor distribución geográfica. Si bien tiene en algunas zonas una complejidad de atención médica potencialmente alta, debido a la disminución de recursos económicos que afecta fundamentalmente a los suministros y a la tecnología médica, ésta es mucho menor.

Presta atención médica fundamentalmente a la población pobre y de escasos recursos económicos que no cuenta con cobertura médica debido al desempleo y/o al trabajo en negro, y que no tienen medios económicos suficientes para acceder al subsector privado.

El aumento de la desocupación en los últimos años aumentó la demanda de atención en los hospitales públicos, con deterioro de la calidad de la atención por la disminución de los presupuestos públicos. Este subsector es el principal responsable de la atención de enfermedades infecto-contagiosas y crónicas, así como de las actividades de prevención.

## **2 - Subsector de la Seguridad Social Médica**

Está destinado a atender a los trabajadores en relación de dependencia y sus familias. También cubre a los jubilados y pensionados a través de una entidad especial. Alcanzó su estructura actual desde 1970 cuando se sanciona la Ley 18.610.

Se caracterizó desde sus comienzos por desarrollar poca infraestructura propia y contratar al subsector privado existente. Dentro del sistema de Obras Sociales se incluyen las Fuerzas Armadas, con hospitales y dependencias propias para la atención de la salud de sus beneficiarios.

Desde 1996 se reguló el programa médico obligatorio de atención que obliga a cubrir la atención de las personas viviendo con el VIH/SIDA.

## **3 - Subsector Privado**

Es un subsector tan antiguo o más que el público. Se caracteriza por tener una gran cantidad de efectores de atención ambulatoria muy bien distribuidos en todo el país. Los hospitales privados o sanatorios, si bien han aumentado en cantidad en los últimos treinta años son muy dispares en complejidad y en cantidad de camas de internación. En general está orientado solo a la atención de las enfermedades agudas no infecto-contagiosas. Desde los '80 pero muy especialmente desde los '90 ha desarrollado modalidades de seguro privado que varían en el tipo y cantidad de las prestaciones. Debido al deterioro de la atención de las obras sociales los sectores de mayores recursos contratan seguros privados y duplican su cobertura.

El seguro privado debe cubrir a sus beneficiarios el programa médico obligatorio que incluye la atención del VIH/SIDA.

### **C) Cobertura de los distintos subsectores:**

Los datos globales disponibles proceden del INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) recogidos en base a los registros correspondientes al Censo Nacional de Población de 1991.

Entre 1985 y 1991 la población cubierta por la seguridad social médica descendió de 73,6% al 62,2%, mientras en 1993 el Ministerio de Economía estimaba una cobertura del 58,2%. De acuerdo con Bianco<sup>4</sup> "entre 1970 y 1986

---

<sup>4</sup> Bianco, M. "Fecundidad, Salud y Pobreza en América Latina. El Caso Argentino". FEIM/FNUAP. Buenos Aires, Argentina. 1996

se observa un aumento de la cobertura por parte de las obras sociales estatales y las mixtas paraestatales y una disminución de las sindicales, todas ellas obligatorias por Ley". La autora afirma que en dicho período se produce un aumento de la afiliación a seguros privados, en algunos casos para asegurar la cobertura de salud, perdida por el desempleo o el trabajo en negro, y en otros para mejorar la atención duplicando la cobertura.

De acuerdo con González García y Tobar<sup>5</sup>, las obras sociales cubren 16,2 millones de habitantes, mientras el subsector público abarca 15,9 millones y el privado, 1,4 millones. El autor afirma que "en el país hay 1204 hospitales públicos ... con un total de alrededor de 75000 camas disponibles. Además la red pública cuenta con 5751 establecimientos sin internación. La capacidad instalada del sistema argentino se completa con otras 1500 instituciones prestadoras privadas con aproximadamente 67000 camas... Nuestro país cuenta en la actualidad con una fuerte oferta de recursos humanos profesionales y una alta capacidad instalada". En Argentina se cuenta con 3 médicos y 4,5 camas cada mil habitantes, relaciones similares a la de los países desarrollados. No obstante, el sistema no evidencia equidad ni universalidad, y la calidad de las prestaciones se presenta en franco deterioro.

"La población entre 20 y 29 años de edad presenta en general los porcentajes más bajos de cobertura..."<sup>6</sup>. Según el perfil epidemiológico del VIH/SIDA en Argentina, la franja etaria con mayor prevalencia es la que justamente coincide con los más bajos porcentajes de cobertura de su salud, aspecto decisivo para su acceso a atención y tratamiento adecuado.

#### **D) Gasto en Salud**

En el continente americano, Argentina se ubica entre los países que más recursos destinan al sector salud, luego de los Estados Unidos y Canadá. Según González García y Tobar<sup>7</sup>, en 1995 el gasto en salud en la Argentina era de aproximadamente 20147 millones de pesos, lo que representa un 7,21% del PBI. De estos 20147 millones, 7055 millones corresponde a las obras sociales, 4676 al subsector público, 1659 al seguro privado. Los 6757 restantes corresponden al desembolso directo de las personas o "gasto de bolsillo".

Desde 1970, los porcentajes de PBI asignados al gasto en salud se han mantenido relativamente homogéneos, alcanzando un máximo del 9% en 1990 y

---

<sup>5</sup> González García, G. y Tobar, F. "Más salud por el mismo dinero. La Reforma del Sistema de Salud en Argentina. Isalud - Grupo Editor Latinoamericano. Buenos Aires, Argentina. 1997.

<sup>6</sup> Bianco, M. Op cit.

<sup>7</sup> González García, G y Tobar, F. Op cit.

un mínimo del 6,3% en 1994. En cuanto al gasto per cápita, en 1995 fue de 583 dólares. Esta cifra inferior a la de los países desarrollados, representa más del doble del gasto promedio de toda América Latina. No obstante, Argentina tiene peores indicadores de salud que Costa Rica, Chile, Panamá, Uruguay y México.

Los recursos provienen:

- del subsector público, a través de las rentas nacionales, provinciales y municipales
- de las obras sociales, por los aportes sobre la nómina salarial. Estos están fijados en un 8% en el régimen nacional, correspondiendo un 5% al empleador y un 3% a los empleados. A las obras sociales provinciales corresponde el 11%, conformado con el 5 y 6% de aportes de empleado y empleador respectivamente. Vale aclarar que el escenario de las obras sociales es muy heterogéneo y, si bien la Ley de Obras Sociales (23660) dispone que las mismas deben destinar un porcentaje no inferior del 80% de sus ingresos a la atención de la salud, el cumplimiento de dicha norma es variable.
- del subsector privado, por medio de primas y copagos de los individuos y familias, y por el desembolso directo o gasto de bolsillo.

En cuanto al destino de estos gastos, según González García y Tobar<sup>8</sup>, teniendo en cuenta que las funciones de promoción, prevención, fiscalización y regulación son exclusivas del sector público, el 20% del gasto público se destina a prevención y regulación. El gasto mensual per cápita en prevención puede estimarse en U\$s 2,4, y el de curación en U\$s 19,4 para la población que solo accede al sector público, U\$s 31,6 para quienes cuentan con cobertura de la seguridad social, y U\$s 55,3 para quienes cuentan con cobertura de medicinas prepagas. Con respecto al gasto en medicamentos, el autor señala que en 1995 el mismo ascendió al 29% del gasto total en salud. Sin embargo, solo un 25% de la población goza de un acceso real a medicamentos esenciales.

---

<sup>8</sup> González García, G. y Tobar, F. Op cit.



### **E) A manera de análisis**

Las debilidades más notables del sistema de salud en nuestro país pueden expresarse en los siguientes ítems:

- 1) La información es insuficiente y segmentada, por lo que impide realizar estudios epidemiológicos confiables, que permitan redistribuir los recursos según un modelo sanitario coherente.
- 2) El modelo de prestación de servicios de salud también es fragmentado, con superposiciones y uso ineficiente de recursos que afecta el gasto y la calidad de la atención. El nivel del gasto en salud es alto sin buenos niveles de salud en la población debido a la ineficiencia e ineficacia.
- 3) Existe una gran desigualdad en la cantidad y calidad de servicios de salud que reciben las personas según el subsector en que se atienden y en las distintas provincias y áreas geográficas, incluso dentro del mismo subsector.
- 4) La ciudadanía no ejerce un adecuado control de los servicios de salud ni existen muchas e importantes organizaciones de la sociedad civil que defiendan el derecho a la salud.

La pluralidad y diversidad de subsectores, jurisdicciones, regímenes de financiación y niveles de accesibilidad, constituyen quizás el rasgo más notable de la organización de la atención de la salud en Argentina. En este contexto, resulta relevante la disociación entre las fuentes de financiación y las características de los efectores.

\* \* \* \* \*

### III. EL MARCO NORMATIVO DE LA ATENCION DEL VIH/SIDA

La **salud** constituye un derecho humano fundamental y un componente básico del bienestar social y del desarrollo humano. El proceso salud/enfermedad se construye histórica, social y culturalmente, e incluye, entre otros factores: el aspecto biomédico, la calidad de vida y la posibilidad de acceso a servicios de salud, a un trabajo con un salario digno, a una vivienda adecuada, a educación, y a un buen uso del tiempo libre. Por lo tanto, la salud constituye un bien social, que el Estado debería garantizar para toda la sociedad, con criterios de equidad y universalidad.

Como hemos visto a través del capítulo anterior, la **salud como derecho** no constituye en Argentina un concepto incorporado culturalmente en la población. El aspecto biomédico es el que más se visualiza. En general, cuando en Argentina se habla de derechos humanos, principalmente refieren a los derechos civiles y políticos. El derecho a la salud no está visualizado socialmente como un derecho humano fundamental. Esto ha determinado en parte la escasa participación de la sociedad civil en la lucha por las reivindicaciones relacionadas con el derecho a la salud.

Asimismo, tal como se expresó al principio de este trabajo, en los últimos años, y especialmente en el período 1991-94 sucede en Argentina un profundo cambio de la política económica y social, que acelera el proceso de achicamiento del Estado, con la privatización de una porción considerable del subsector público de salud, y la descentralización nación-provincia-municipio de la gestión y administración de los servicios de salud. Esta descentralización tiene profundas consecuencias de inequidad en la salud de la población, ya que se delega a las provincias las responsabilidades de promoción y atención de la salud, mientras las partidas presupuestarias de la administración central quedan supeditadas en gran medida a los no pocos avatares políticos y económicos del en los últimos años. Estos hechos repercuten en la situación de atención de la salud en general y del VIH/SIDA en particular, al mismo tiempo que la epidemia registra un marcado crecimiento y un cambio de su perfil epidemiológico, incrementando su prevalencia entre los sectores más pobres de la población.

La **Constitución Nacional de la República Argentina**, sancionada en 1853 y reformada por última vez en 1994, no señala en forma explícita el Derecho a la Salud, realizando una referencia muy implícita al mismo en sus Artículos 33, 42 y 43<sup>9</sup>. Argentina es un país federal, son las constituciones

---

<sup>9</sup> Constitución Nacional, Artículo 33: "Las declaraciones, derechos y garantías que enumera la Constitución, no serán entendidos como negación de otros derechos y garantías no enumerados; pero que nacen del principio de la soberanía del pueblo y de la forma republicana de gobierno".

Idem, Artículo 42: 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

provinciales las que garantizan el derecho a la salud, y normatizan al respecto. Esta estructuración del subsector público de salud favorece la heterogeneidad en los presupuestos provinciales y en la forma de funcionamiento de las prestaciones de salud entre las diferentes provincias.

La Constitución expresa indirectamente el reconocimiento y obligaciones del Estado Nacional del derecho a la salud y a la seguridad social médica en su Artículo 75 inciso 22, en donde otorga jerarquía constitucional a Declaraciones, Convenciones y Pactos Internacionales, señalando que deben entenderse como complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos. Estos instrumentos internacionales incorporan el Derecho a la Salud.

Asimismo, la Constitución señala en sus Artículos 14 bis y 75 inciso 23<sup>10</sup> la obligación del Estado de garantizar la **seguridad social médica** de los ciudadanos.

Con respecto a la legislación específica sobre VIH/SIDA, en 1990 se sanciona la **Ley 23798 de Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida**. A diferencia de la política de descentralización de la atención de la

---

información adecuada y veraz; a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno...

Idem, Artículo 43: Toda persona puede interponer acción expedida y rápida de amparo, siempre que no exista otro medio judicial más idóneo, contra todo acto u omisión de autoridades públicas o de particulares, que en forma actual o inminente lesione, restrinja, altere o amenace, con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta, derechos y garantías reconocidos por esta Constitución, un tratado o una ley. En el caso, el juez podrá declarar la inconstitucionalidad de la norma en que se funde el acto u omisión lesiva. Podrán interponer esta acción contra cualquier forma de discriminación y en lo relativo a los derechos que protegen al consumidor, así como a los derechos de incidencia colectiva en general, el afectado, el defensor del pueblo y las asociaciones que propendan a esos fines, registradas conforme a la ley, la que determinará los requisitos y formas de su organización...

<sup>10</sup> Idem, Artículo 14 bis: ...El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá: **el seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado**, sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia; la defensa del bien de familia; la compensación económica familiar y el acceso a una vida digna.

Idem, Artículo 75: Corresponde al Congreso:

23) Legislar y promover medidas de acción positivas que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños., las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad.

**Dictar un régimen de seguridad social especial e integral en protección del niño en situación de desamparo, desde el embarazo hasta la finalización del período de enseñanza elemental, y de la madre durante el embarazo y el tiempo de lactancia.**

salud, expresada en la Constitución Nacional, la Ley 23798 declara de interés nacional la lucha contra el SIDA y establece que la autoridad de aplicación de la misma es el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Esto significa, que corresponde al Ministerio el diagnóstico y tratamiento, como también su prevención<sup>11</sup>. La Ley obliga al Ministerio a promover la investigación y la capacitación de recursos humanos, como así también la cooperación internacional. Establece la responsabilidad del Ministerio con respecto al establecimiento de las normas de bioseguridad<sup>12</sup>. Tanto la Ley como su **Decreto Reglamentario N° 1244**, sancionado en el mismo año, normatizan el proceder de los profesionales de salud en la detección y atención del VIH/SIDA<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> Ley 23798. Artículo 1: Declárase de interés nacional a la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, entendiéndose por tal a la detección e investigación de sus agentes causales, **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.

Idem. Artículo 4 inc. f): El poder ejecutivo arbitrará medidas para llevar a conocimiento de la población las características del SIDA, los posibles causas o medios de transmisión y contagio, las medidas aconsejables de prevención y **los tratamientos adecuados para su curación**, en forma tal que se evite la difusión inescrupulosa de noticias interesadas.

<sup>12</sup> Idem. Artículo 4: A los efectos de esta ley las autoridades sanitarias deberán:

- b) Promover la capacitación de recursos humanos y propender al desarrollo de actividades de investigación, coordinando sus actividades con otros organismos públicos y privados, nacionales, provinciales o municipales e internacionales.
- e) Promover la concertación de acuerdos internacionales para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta ley.

Idem. 12: La autoridad nacional de aplicación establecerá las normas de bioseguridad a las que estará sujeto el uso de material calificado o no como descartable. El incumplimiento de esas normas será considerado falta gravísima y la responsabilidad de dicha falta recaerá sobre el personal que las manipule, como también sobre los propietarios y la dirección técnica de los establecimientos.

<sup>13</sup> Idem. Artículo 6: Los profesionales que asistan a personas integrantes de grupos de riesgo de adquirir el síndrome de inmunodeficiencia están obligados a prescribir las pruebas diagnósticas adecuadas para la detección directa o indirecta de la infección.

Idem. Artículo 8: Los profesionales que detecten el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o posean presunción fundada de que un individuo es portador, deberán informarlo sobre el carácter infectocontagioso del mismo, los medios y formas de transmitirlo y su **derecho a recibir asistencia adecuada**.

Decreto 1244. Artículo 6: El profesional médico tratante determinará las medidas de diagnóstico a que deberá someterse el paciente, previo consentimiento de éste. Le asegurará la confidencialidad y, previa confirmación de los resultados, lo asesorará debidamente...

Idem. Artículo 8: La información exigida se efectuará mediante notificación fehaciente. Dicha notificación tendrá carácter reservado... y se entregará personalmente al portador del virus HIV...

Si bien la Ley y su Decreto Reglamentario expresan que el test para la detección del VIH/SIDA debe ser realizado en todos los casos con el consentimiento voluntario del/la interesado/a, la misma ley se contradice en su Artículo 9, en donde establece la obligación de los inmigrantes que solicitan su radicación en Argentina de realizarse el análisis de VIH.

En 1991, el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación publica su **Resolución 787: Política Normativa en Relación a la Infección de HIV en los Servicios Carcelarios Federales**. La misma resulta coherente con la Ley de SIDA y su Decreto Reglamentario, estableciendo que los análisis de VIH deben ser voluntarios y consentidos por parte de los internos, como así también la obligatoriedad del Estado de proveerles tratamiento y medicamentos<sup>14</sup>. No obstante, debe reconocerse que la mayoría de los servicios penitenciarios no cumplen con la ley, y sus internos/as viviendo con VIH/SIDA no gozan en la práctica de los derechos que los/las asisten.

En 1992, el Ministerio de Salud y Acción Social publica su **Resolución 18**, en donde establece la creación del **Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus Humanos (Leucemia y SIDA)**. La resolución establece que el Programa dependerá directamente del Ministro de Salud y Acción Social, y estará a cargo de un Director Ejecutivo, puntualizando sus facultades<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Resolución 787. Artículo 1:

- 4) Los análisis serán en todos los casos voluntarios y se efectuarán por pedido del interno o por pedido del médico con su autorización. Se le hará suscribir al recluso su consentimiento en un formulario que llevará inserto los derechos que le asisten, según la Ley 23798. Conjuntamente con la firma del recluso deberá estar estampada la del personal médico que requiera la autorización. **En todo momento se les asegurará a los reclusos la asistencia médica y psicológica a las cuales hace referencia el Art. 6 del decreto reglamentario.**
- 5) El resultado del análisis debe ser secreto, de acuerdo a las normativas de la reglamentación de la Ley de SIDA...

Idem. Artículo 2:

- 1) Los portadores asintomáticos, oligosintomáticos o infectados sintomáticos que no requieran internación no deben ser separados de la población común carcelaria. No se instrumentará ninguna medida que se contraponga a lo dispuesto en el Art. 2 de la Ley 23798.
- 2) Los internos nombrados en el punto 2.1. tampoco serán exceptuados de las actividades normales que desarrollan otros miembros de la comunidad, tales como capacitación vocacionales, trabajo en distintas áreas, etc., ajustándose en cada caso a su capacidad psicofísica, de acuerdo a lo aconsejado por el criterio médico.

Idem. Artículo 6: **Los internos recibirán idéntica prescripción de medicamentos como los brindados al resto de la comunidad por Hospitales Nacionales, Municipales y Provinciales.**

<sup>15</sup> Resolución 18. Artículo 3: Son facultades del Director Ejecutivo:

En 1994, el Ministerio de Salud y Acción Social publica su **Resolución 169**, que establece el “**vademécum básico para la atención de pacientes de HIV**” (el vademécum actualizado a 1999 se detalla en el Anexo I de este documento).

Pocos días después de la “Declaración de París”<sup>16</sup>, en Argentina a principios de 1995, el Poder Ejecutivo sanciona el **Decreto 906**, que obliga a todo el personal tanto ingresante como permanente de las Fuerzas Armadas y de Seguridad –incluido el civil- a la realización del test para la detección del VIH. Este Decreto constituye una violación de la Ley 23798.

Asimismo, una práctica frecuente, en especial de empresas privadas, es la de solicitar el test de VIH en los exámenes preocupacionales así como en los periódicos a sus trabajadores. No todas las personas saben que esto es ilegal, y las que lo saben, ante el riesgo de perder su empleo o de no ser incorporadas, se someten a los tests.

En 1995 se sanciona la **Ley 24455: Cobertura en las Obras Sociales a Enfermos de SIDA y Drogadependientes**. El Proyecto de esta Ley fue elaborado por el Diputado Ortiz Maldonado, perteneciente al Partido Radical – oposición mayoritaria al partido gobernante al momento de ser promulgada-.

La Ley establece las prestaciones obligatorias de las Obras Sociales a las personas viviendo con VIH/SIDA y a los usuarios de drogas<sup>17</sup>. Al encontrarse

- a) **Elaborar un programa de actividades tendientes a la detección e investigación de los retrovirus humanos y sus patologías sobrevivientes, el diagnóstico y tratamiento de las mismas, su prevención, asistencia y rehabilitación, así como también a evitar su propagación.**

<sup>16</sup> El 1ro. de Diciembre de 1994 tuvo lugar la “**Cumbre de París sobre SIDA**”, evento organizado por el gobierno de Francia, que convocó a los Jefes de Estado de todos los países para firmar una Declaración, producto del trabajo conjunto de gobiernos, personas que viven con el VIH/SIDA y organismos no gubernamentales. El gobierno argentino firmó esta Declaración. La misma expresa el deber de los gobiernos de otorgar prioridad a la lucha contra el SIDA y de “*velar porque todas las personas que viven con el VIH/SIDA puedan ejercer plenamente y en pie de toda igualdad sus derechos y libertades fundamentales*”. Asimismo, figuran entre los compromisos de la Declaración: “*Integrar plenamente a las organizaciones no gubernamentales, a los movimientos asociativos y a las personas que viven con el VIH/SIDA, en la acción emprendida por los poderes públicos; y asegurar que las personas que viven con el VIH/SIDA gocen de igual protección ante la ley en lo que respecta al acceso a la atención sanitaria, al empleo, a la educación, a la libertad de circulación, a la vivienda y a la protección social*”.

La **Declaración de París** constituye un compromiso formal de los gobiernos a emprender acciones específicas frente al VIH/SIDA. En Argentina, dicha Declaración no gozó de una difusión adecuada por parte del gobierno.

<sup>17</sup> Ley 24455. Artículo 1. Todas las obras sociales del Sistema Nacional ...deberán incorporar como **prestaciones obligatorias**:

obligadas legalmente a la cobertura total de la atención médica y psicológica y de medicamentos para las personas viviendo con VIH/SIDA, las Obras Sociales expresaron su disconformidad y en muchos casos no cumplieron o intentaron no cumplir con su obligación. También se enfrentaron duramente con el Ministerio de Salud.

A nivel internacional, la **Segunda Consulta Internacional sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos** realizada por Naciones Unidas en setiembre de 1996, estableció entre sus directrices la responsabilidad de los gobiernos de atención y tratamientos para las personas viviendo con VIH/SIDA<sup>18</sup>.

En octubre de 1996 el presupuesto con el que contaba el Programa Nacional de SIDA en Argentina –19 millones de dólares- resultaba insuficiente para dar respuesta a las crecientes necesidades de atención y medicamentos para el VIH/SIDA, debido al marcado incremento que sufrió la epidemia en ese año. No obstante, unos meses más tarde el Ministerio de Economía realizó dos recortes más al presupuesto del Programa Nacional de SIDA, lo que significó una disminución de la compra de medicamentos y que las personas viviendo con VIH/SIDA se vieran gravemente afectadas. Puede reconocerse este período como el más crítico y con mayores inconvenientes en la provisión de medicamentos.

- 
- a) La cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y los que padecen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o la enfermedades intercurrentes.
  - b) La cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependen física o psíquicamente del uso de estupefacientes.
  - c) La cobertura para los programas de prevención del SIDA y la drogadicción.

<sup>18</sup> En setiembre de 1996 se realizó en Ginebra, Suiza la **Segunda Consulta Internacional sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos**, organizada conjuntamente por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA –ONUSIDA-. Participaron de la misma representantes de gobiernos, del sistema legal, de agencias de Naciones Unidas, ONGs y redes, colectivos de abogados, universidades, entre otros. Como resultado de esta Consulta, se establecieron doce **Directrices Internacionales en VIH/SIDA y Derechos Humanos**. En la Sexta Directriz se expresa: “*Los Estados deberían adoptar medidas de políticas que regulen los bienes, servicios e información con el VIH, de modo que haya suficientes medidas y servicios de prevención, adecuada información para la prevención y atención de los casos de VIH y medicación inocua y eficaz a precios asequibles*”.

En 1996 se promulga la Ley 24754 de Prestaciones Obligatorias, que obliga a las medicinas prepagas a cubrir las prestaciones y los medicamentos para VIH/SIDA<sup>19</sup>.

En 1996 y 1997 las **Resoluciones Ministeriales 247 y 625 del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación** y la **Resolución 709 de la Administración Nacional del Seguro de Salud** (ver Anexo II) establecen la cobertura total de las prestaciones y los medicamentos a las personas viviendo con VIH/SIDA, beneficiarias de la seguridad social<sup>20</sup>.

En 1997, el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, por **Resolución 346** cambió el sistema de compra y distribución de los medicamentos para el VIH/SIDA a la Dirección Nacional de Normatización de Servicios, que depende de la Subsecretaría de Atención Médica, y establece que *“corresponde al Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus Humanos, SIDA: a) la determinación de las necesidades a cubrir; b) la definición*

---

<sup>19</sup> Ley 24754. Artículo 1: A partir del plazo de 90 días de promulgada la presente ley, las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas “prestaciones obligatorias” dispuestas por las obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23660, 23661 y 24455, y sus respectivas reglamentaciones.

<sup>20</sup> Resolución 247. Artículo 1: Apruébase el Programa Médico Obligatorio (PMO) para los agentes del seguro de salud comprendidos en el art. 1° de la ley 23660 que como anexo 1 pasa a formar parte de la presente resolución.

Resolución 625. Artículo 1: Apruébase el Programa de Cobertura HIV/SIDA de las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y las que padecen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o las enfermedades intercurrentes, previsto en la Ley 24455 y su Decreto Reglamentario N° 580 del 12 de octubre de 1995, que como Anexo I forma parte integrante de la presente.

Resolución 709. Artículo 1: Incorporar como anexo VI bis de la res. 574/96-ANSSAL el siguiente texto: “Todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del Sistema Nacional incluidas en la Ley 23660, recipendarias del Fondo de Redistribución de la Ley 23661, podrán solicitar apoyo financiero para la cobertura de los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas infectadas por retrovirus humanos y las que padezcan síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o enfermedades intercurrentes y también para la cobertura de la atención de las personas que dependan física y psíquicamente del uso de estupefacientes de acuerdo a los valores que surgen del anexo I y II de la res. 709/97-ANSSAL y conforme al procedimiento establecido por esa normativa”.

**Artículo 2: Los agentes del seguro deberán dar cobertura a sus beneficiarios que se encuentren afectados por el HIV-SIDA o dependan física y psíquicamente del uso de estupefacientes, dentro del Vademécum de las drogas debidamente autorizadas por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, conforme a las dosis terapéuticas recomendadas en la indicación médica correspondiente y de acuerdo a los módulos y valores que se detallan en los anexos I y II de la presente resolución (ver anexo I de la Resolución en el Anexo II de este documento).**



*de las especificaciones técnicas respecto de los productos necesarios a adquirir; c) el dictamen técnico, respecto del contenido de las ofertas que se obtengan en los procedimientos de compra; y d) las determinación de las cantidades y calidades de los productos a distribuir a los distintos efectores y jurisdicciones".* Esta resolución descentraliza la distribución de medicamentos, aludiendo en sus considerandos la *"necesidad de la provisión de medicamentos donde se produce la atención"* y la *"optimización del servicio prestado a los pacientes, evitando los desplazamientos y otras comodidades"*. Además el Ministerio Nacional de Salud firmó convenios con los ministerios provinciales, asumiendo el compromiso de proveer las drogas para el tratamiento del VIH/SIDA de las personas en tratamiento que la provincia denuncie. Estos convenios establecieron responsabilidades compartidas entre la nación y las provincias, si bien la principal responsabilidad le cabe al Ministerio Nacional.

A fines de 1997, el Ministerio de Salud puso en marcha el Proyecto LUSIDA, con una financiación conjunta con un crédito del Banco Mundial. El Proyecto se implementó a partir de cuatro componentes: prevención comunitaria, comunicación social, asistencia al sector salud y monitoreo y evaluación del proyecto. Este Proyecto se encuentra actualmente en desarrollo, no obstante algunos cambios con respecto a sus objetivos y formas de funcionamiento iniciales.

En 1998 el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación firmó un convenio con la Universidad de Buenos y con la Universidad de Rosario estableciendo la responsabilidad de la primera en la realización de los análisis de carga viral de pacientes de la Provincia de Buenos Aires y todas las provincias del sur del país, y de la segunda en los de la Provincia de Santa Fe y de todas las que se encuentren al norte de la Provincia de Buenos Aires, hasta Jujuy. Este convenio se encuentra actualmente en vigencia.

\* \* \* \* \*

## EL PAPEL DE LA SOCIEDAD CIVIL Y EL DERECHO A LA SALUD EN VIH/SIDA

Si bien en la sociedad civil argentina existe desde el siglo XIX una tradición asociativa importante, es en los últimos veinte años –especialmente luego de la última dictadura militar- que las ONGs toman sus características actuales y se convierten en actores sociales visibles en el escenario nacional. En salud, esto se debe a un cambio de rol, antes de apoyo y supulencia, y ahora en mayor medida de defensa de los derechos, como el derecho a la salud.

La mayoría de las ONGs con trabajo en VIH/SIDA en Argentina se han establecido en la segunda mitad de la década del '80, dedicándose a actividades de investigación, prevención, capacitación de distintos grupos sociales, asistencia a personas viviendo con VIH/SIDA, sensibilización de la población y los decisores políticos, cabildeo estratégico y activismo, entre las principales.

Según Biagini y Sánchez<sup>21</sup>, las ONGs que trabajan en VIH/SIDA instalaron en Argentina “un discurso que defiende la libertad sexual, impugna la discriminación, reclama una educación sexual equitativa y promueve prácticas de prevención y autocuidado...”.

Asimismo, desde finales de los '80 las ONGs dedicadas al VIH/SIDA han desarrollado en Argentina un activismo, desarticulado en sus principios y con mayor coordinación en los últimos años. En 1994-95 varias ONGs difundieron la Declaración de París<sup>22</sup>, como un compromiso formal de los gobiernos a emprender acciones específicas frente al VIH/SIDA. En 1995 algunas ONGs asesoraron y apoyaron la sanción de la Ley 24455: Cobertura en las Obras Sociales a Enfermos de SIDA y Drogadependientes.

Preocupadas por las faltas de actividades oficiales de prevención y el bajo presupuesto del Programa Nacional de SIDA, en 1995 varias ONGs realizaron lobby en el Congreso de la Nación, en ocasión de que la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados realizara diferentes reuniones para discutir el tema del presupuesto para VIH/SIDA. Las ONGs abogaban principalmente porque en el presupuesto gubernamental para VIH/SIDA se destine una partida específica para prevención y educación, y que se regularizara la provisión de medicamentos, ya que la misma se encontraba sufriendo altibajos considerables por parte del Ministerio de Salud, y de las Obras Sociales no los cubrían.

Durante 1996 las ONGs con trabajo en SIDA asistieron a diversas reuniones con una diputada nacional, para discutir un proyecto de ley que obligaba a las

---

<sup>21</sup> Biagini, G. y Sánchez, M: “Actores Sociales y SIDA. Nuevos movimientos sociales? Nuevos agentes de salud? Las organizaciones no gubernamentales en Argentina y el complejo VIH/SIDA”. Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina. 1995

<sup>22</sup> Ver cita bibliográfica N° 6.

empresas de seguros privados de salud a cubrir las prestaciones y los medicamentos para VIH/SIDA. Dicha Ley se promulga en ese mismo año, con el número 24754.

La esperanza acerca de las terapias combinadas, surgida en la XI Conferencia Internacional de SIDA realizada en Vancouver en julio de 1996, agregó a nivel nacional otro punto de tensión entre las personas viviendo con VIH/SIDA y el gobierno nacional. Los resultados auspiciosos del “cóctel” fueron difundidos ampliamente y generaron la demanda de la población y mayor tensión por la imposibilidad del Ministerio de Salud de brindar esta medicación debido a la escasez de presupuesto. No obstante, el Ministerio de Economía realizó dos recortes más de presupuesto al Programa Nacional de SIDA, mientras la epidemia continuaba creciendo.

Si bien existieron intentos formales previos de establecimiento de redes de organizaciones con trabajo en SIDA, en 1996 se crea el Encuentro de ONGs con Trabajo en VIH/SIDA, coalición de ONGs que actualmente reúne a más de 60 organizaciones de todo el país y ha realizado dos encuentros nacionales de ONGs dedicadas a la temática y personas viviendo con VIH/SIDA.

El 29 de noviembre de 1996, ocho ONGs pertenecientes al Encuentro de ONGs con Trabajo en VIH/SIDA -Asociación Benghalensis, Fundación Descida, FEIM, Fundación R.E.D., Intilla, Asociación Civil, CEDOSEX, SIGLA y FAPANS- presentaron un amparo colectivo contra el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación por el no suministro de medicamentos a las personas viviendo con VIH/SIDA, según lo dispuesto por la Ley 23798. A las 72 horas de presentación, la Jueza emitió un recurso de amparo, obligando al Ministerio a proveer esta medicación, mientras substanciaba el juicio.

Durante 1996 y 1997 estas ONGs fueron receptoras de denuncias de personas viviendo con VIH/SIDA, algunas con cobertura de obras sociales que se negaban a brindarle cobertura para su tratamiento y medicación. Otras, carentes de obra social, que gestionaban medicamentos a través del Ministerio de Salud sin que éste se los suministre. Estas personas iniciaron recursos de amparo contra sus obras sociales y también contra el Ministerio. No todas las personas viviendo con VIH/SIDA contaban con las posibilidades de iniciar dichos amparos, que significaban hacer público su estado serológico, situación que implicaría para muchos de ellos serias consecuencias sociales, laborales, económicas y familiares.

En febrero de 1998, el Juzgado en lo contencioso administrativo afirmó que *“el Ministerio de Salud ha incumplido su obligación como autoridad de aplicación en el ámbito nacional, respecto al diagnóstico de SIDA, asistencia y tratamiento de los afectados por la enfermedad, incluyendo sus patologías derivadas, colocando en grave riesgo no solo a los pacientes afectados, sino a la comunidad toda, violando las disposiciones de la ley.* La Jueza condenó al

Ministerio *“a dar acabado cumplimiento de su obligación de asistencia, tratamiento y en especial suministro de medicamentos –en forma regular, oportuna y continua- a aquellos enfermos que padecen las consecuencias del virus VIH/SIDA que se encuentren registrados en los hospitales y efectores sanitarios del país”.*

El Ministerio de Salud apeló la condena, refiriendo dudas acerca de la legitimidad de las ONGs para interceder por las personas viviendo con VIH/SIDA. La jueza afirmó *“no tengo dudas que las entidades actoras se encuentran legitimadas para promover la presente acción, por desarrollar sus actividades en beneficio de la comunidad toda mediante actividades de educación y difusión, particularmente respecto de determinados sectores de la población afectados por las consecuencias del virus”.* Asimismo, considerada la culpabilidad del Ministerio, la Jueza lo condenó a pagar las costas de los abogados patrocinantes.

Esta condena constituye un precedente no solo para Argentina, sino para la Región, obligando a las autoridades nacionales a cumplir con la atención de las personas viviendo con VIH/SIDA.

En 1998, como consecuencias directas del juicio y el lobby de las ONGs en el Congreso de la Nación, el presupuesto del Programa Nacional de SIDA aumentó a 70 millones de dólares, y se regularizó en gran medida el suministro de medicamentos.

En febrero de 1999, el Procurador General de la Nación se expidió ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación, avalando en todos sus términos los fallos de primera y segunda instancia que obligan al Ministerio de Salud de la Nación a dar cobertura total de medicamentos, tratamiento y diagnóstico a todas las personas que viven con VIH/SIDA en Argentina. En sus consideraciones, el Procurador General se expide "sobre la legitimación de los actores para deducir la presente acción de amparo en defensa de sus intereses y el de sus representados", en tal sentido el afirma: "estimo oportuno aclarar que, conforme a los estatutos de los amparistas tienen por objeto la lucha contra el sida, en consecuencia están legitimadas para interponer amparo contra las omisiones del Estado, por presunto incumplimiento de la ley 23798 (ley de SIDA) y de su decreto reglamentario". Así lo pienso, toda vez que fundan su legitimación para accionar, no sólo en el interés difuso en que se cumplan la Constitución y las leyes, sino en su carácter de titulares de un derecho de incidencia colectiva a la protección de la salud, cuyo contenido es la prevención, asistencia y rehabilitación de los enfermos que padecen el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida y sus patologías derivadas, además del derecho que les asiste para accionar para el cumplimiento de una de las finalidades de su creación que, en el caso, es la de luchar contra el sida". El Procurador concluye "el estado tiene la obligación de suministrar los reactivos y medicamentos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Más aún el Art. 8 de la Ley de SIDA

reconoce expresamente el derecho de las personas portadoras, infectadas o enfermas a recibir asistencia adecuada".

Desde principios de la década del '90 las personas viviendo con VIH/SIDA desarrollaron algunas acciones coordinadas, promoviendo una mayor concientización de la población frente a la temática y trabajando en defensa de los derechos humanos de los afectados. En 1998 realizaron su Primer Encuentro Nacional y se conformó la Red Argentina de Personas Viviendo con VIH/SIDA.

Todo esto constituye un esfuerzo de organización de la sociedad civil que en VIH/SIDA logró concreciones que no se visualizan en otros casos de defensa del derecho a la salud.

\* \* \* \* \*

## ANEXO I

### VADEMECUM BASICO PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON HIV

Aciclovir	Amp. X 500 mg Caps. X 200 mg
Acido Fólnico	Comp. X 15 mg
Amicacina	Apm. X 500 y 1000 mg
Amoxilina	Comp. X 500 mg Amp. X 500 y 1000 mg
Ampicilina	Amp. X 500 mg
Anfotericina B	Fco. Amp. X 50 mg
Aztrominicina	Caps. X 250 mg
Cefalosporina De 3 Generación	Fco. Amp. X 500 y 1000 mg
Ceftazidima	Fco. Amp. X 1000 mg
Ciprofloxacina	Comp. X 50 mg Amp. X 250 mg
Claritromicina	Comp. X 250 mg Jarabe x 25 mg/ml Amp. X 30 mg
Clindamicina	Amp. X 150 mg/ml Comp. X 300 mg
Cotrimoxazol (TMP-SMX)	Jarabe 40-200 mg/ml Compr x 80/400 mg Amp. X 80/400 mg
Dapsona	Comp. X 100 mg
Didanosina	Comp x 100 mg
Doxiciclina	Tab. X 100 mg
Espiramicina	Comp. X 1 g
Estreptomycinina	Amp. X 1 g
Etambutol	Comp. X 400 mg
Fluconazol	Comp. X 100 y 200 mg Amp. X 200 mg
Foscarnet	Amp. X 24 mg/ml

Ganciclovir	Fco. Amp. X 500 mg
G-CSF	Fco. Amp. X 300 m.c.g
GM-CSF	Fco. Amp. X 300 mg
Indinavir	Comp. X 400 mg
Isoniacida	Com. X 300 mg
Interferón	Fco. Amp. X 3 / 4.5 / 9 / 10 mill.U.
Itraconazol	Caps. X 100 mg
Ketoconazol	Comp. X 200 mg
Lamivudina	Comp. X 150 mg
Metil-Prednisona	Comp. X 40 mg
Nelfinavir-Prednisona	Comp. X 40 mg
Nevirapina	Comp. X 200 mg
Nistatina	Sol. X 100.000 U ml
Penicilina Benzatinica UI	Fco. Amp. X 2,4 mill. UI/1,2 mill
Pentamidina	Fco. Amp. X 300 mg.
Pirimetamina	Comp. X 25 mg
Primaquina	Comp. X 7,5 y 15 mg
Rifampicina	Caps. X 300 mg
Ritonavir	Comp. X 100 mg
Saquinavir	Comp. X 200 mg
Stavudina	Comp. X 30 mg y 40 mg
Vancomicina	Amp. X 500 y 1000 mg
Zalcitabina	Comp. 0,373 70,75 mg
Zidovudina	Comp. X 100 mg Jarabe x 120 ml y 240 ml

\* \* \* \* \*

## ANEXO II

### RESOLUCIÓN 709 DE LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD (1997)

Anexo I:

#### COBERTURA MENSUAL DE MEDICAMENTOS DEL SIDA

Módulo 1: Doble terapia antirretroviral

Combinaciones: (AZD + DDI + AZT + DDC + AZT +  
3TC-DDI + D4T + D4T + 3TC) \$ 455

Módulo 2: Doble terapia antirretroviral con inhibidor de proteasa

Combinaciones: (DDI + RITON/INDINAV – D4T + INH. Proteasa –  
- 3TC + INH. Proteasa) \$ 785

Módulo 3: Triple combinación antirretroviral

Combinaciones: (AZT + DDI + ING. Proteasa – DDI + D4T +  
INH. Proteasa – AZT + 3TC + INH. Proteasa) \$ 1026

Módulo 4: Terapias antirretrovirales en pediatría

Opción 1: (DDI monoterapia + AZT monoterapia AZT + DDI) \$ 75

Opción 2: (DDI + D4T)

\* \* \* \* \*



## BIBLIOGRAFIA

- 1° Reunión Anual del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal entre Países de América Latina y el Caribe. Declaración de Buenos Aires. Abril 1997. Buenos Aires, Argentina.
- Arce, H: Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina. Proyecto Conjunto CEPAL/GTZ. Santiago de Chile, 1996.
- Banzas de Moreau, M. del. C. Breve reseña de las normas que regulan las prestaciones asistenciales de las Obras Sociales y de las Empresas de Medicina Prepaga. Cobertura del PMO y de los tratamientos de los pacientes infectados con VIH/SIDA, y de las personas drogadependientes. Mimeo. 1998. Buenos Aires, Argentina.
- Bello, J.: El sector salud en la Argentina: escenarios posibles. Medicina y Sociedad. N° 1 Vol. 17. Buenos Aires, 1994.
- Bessa, R.; Ferrer, C.; Frare, M.; González Gartland, G.; Re, M. I.; Sánchez A.: "Ley básica de la ciudad de Buenos Aires: ¿modificaciones estructurales o catálogo de ilusiones?". Examen final de la Materia: La Salud en la Argentina: La situación y el sector. Maestría en Ciencias Sociales y Salud. CEDES-FLACSO. 1998.
- Biagini, G. y Sánchez, M: "Actores Sociales y SIDA. Nuevos movimientos sociales? Nuevos agentes de salud? Las Organizaciones No Gubernamentales en Argentina y el Complejo VIH/SIDA". Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina. 1995.
- Bianco, M. "Fecundidad, Salud y Pobreza en América Latina. El Caso Argentino". FEIM/FNUAP. Buenos Aires, Argentina. 1996.
- Boletín sobre SIDA en Argentina. PNLRHS, Ministerio de Salud y Acción Social. Año V, Nro. 15. Diciembre 1998.
- CEPAL. Gasto social en América Latina. Ediciones CEPAL. Santiago de Chile, 1997.
- Cetrángelo, O.: en "El sistema de salud en Argentina", Katz J. et al. Ed. Fundación Omega Seguros. Buenos Aires, Argentina. 1997.
- Declaración de la Cumbre de París sobre SIDA. Diciembre, 1994. París, Francia.
- Digesto de Leyes Nacionales y Provinciales de la República Argentina sobre VIH/SIDA. OPS/OMS y ONUSIDA. 1997.
- El VIH/SIDA y los Derechos Humanos. Directrices Internacionales. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y ONUSIDA. Setiembre 1996. Ginebra, Suiza.

- Finding, L. y Tamargo, M.C.: Actores y Políticas de Salud: El Debate Estado versus Mercado. Revista Medicina y Sociedad N° 3, Vol. 16. Buenos Aires, Argentina. 1993.
- González García, G. y Tobar, F. "Más salud por el mismo dinero. La Reforma del Sistema de Salud en Argentina. Isalud - Grupo Editor Latinoamericano. Buenos Aires, Argentina. 1997.
- Insúa, M; Lareo, M.; López, S.; Moyano, G.; Olivieri, N.; Scardera, S.; Vázquez, M. "Hospital público para todos en el año 2000: ¿Realidad o utopía?". Examen final de la Materia: La Salud en la Argentina: La situación y el sector. Maestría en Ciencias Sociales y Salud. CEDES-FLACSO. 1998.
- Izazola Licea, J.: Situación epidemiológica y económica del SIDA en América Latina y el Caribe. SIDALAC, Fundación Mexicana para la Salud. México. 1998.
- Neri, A. "Salud y Política Social". Ed. Hachette. 1982. Buenos Aires, Argentina.
- OMS. Vigilancia del SIDA en las Américas. Informe trimestral actualización a marzo de 1998.
- Oszlak O. y O'Donnell G.: Estado y Políticas Estatales en América Latina: hacia una estrategia de Investigación. Ilpes, Documento SP, 3, 1984.
- Revista DESIDAMOS Año 3, Número 1, Abril 1995. Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer. Buenos Aires, Argentina.
- Revista DESIDAMOS Año 5, Número 2, Agosto 1997. Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer. Buenos Aires, Argentina.
- Revista DESIDAMOS Año 6, Número 3/4, Diciembre 1998. Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer. Buenos Aires, Argentina.
- Somoza, S.: Mortalidad asociada al SIDA. Boletín sobre SIDA en la Argentina. Año V Nro. 14. PNLRHS, Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Argentina. Julio, 1998.
- Tafani, R.: Privatización, subcobertura y reforma competitiva en salud. UNRC, Córdoba, Argentina. 1997.
- Thompson, A et al. Público y Privado. Las organizaciones sin fines de lucro en la Argentina. UNICEF / LOSADA. Buenos Aires, Argentina. 1995.
- Vázquez Acuña, M. Derechos Humanos y SIDA. Compendio de Garantías Fundamentales para Replicadores de Derechos Humanos. Eudeba.1995. Buenos Aires, Argentina

\* \* \* \* \*

**NORMAS CITADAS:**

- Constitución Nacional.
- Ley N° 18610. Creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (1970).
- Ley 23798 de Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA- (1990).
- Decreto 1244. Reglamento de la Ley 23798 (1990).
- Resolución 787. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (1991).
- Política Normativa en Relación a la Infección de HIV en los Servicios Carcelarios Federales.
- Resolución 18. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (1992).
- Resolución 169. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (1994).
- Ley 24455. Cobertura en las Obras Sociales a Enfermos de SIDA y Drogadependientes (1995).
- Decreto 906 (1995).
- Ley 24754. Prestaciones Obligatorias (1996).
- Resolución 247. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. (1996).
- Resolución 346. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. (1997)
- Resolución 625. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. (1997).
- Resolución 709. Administración Nacional del Seguro de Salud. (1997).

## **INDICE**

1. Características generales de la Argentina.
2. Marco histórico-político de la atención de la salud:
  - a) Antecedentes
  - b) Estructura actual del sistema de atención de la salud
  - c) Cobertura de los distintos subsectores
  - d) Gasto en salud
  - e) Análisis crítico y perspectivas
3. El marco legal de la atención del VIH/SIDA.
4. El papel de la sociedad civil y el derecho a la salud en VIH/SIDA
5. Situación actual del VIH/SIDA
6. El mecanismo actual de compra y distribución de medicamentos
7. Análisis de la situación actual
8. Reflexiones finales
9. Anexos

## **ALGUNAS REFLEXIONES**

Como puede observarse, en la legislación Argentina existen, para las personas viviendo con VIH/SIDA, suficientes garantías de acceso a la atención de su salud y a tratamiento adecuado. No obstante, dichas garantías no siempre se cumplen, y no todas las personas viviendo con VIH/SIDA gozan de un conocimiento adecuado acerca de los derechos que las asisten.

De allí que la promoción de los instrumentos legales que garantizan el derecho de acceso a atención y tratamiento, constituye un aspecto central en el trabajo de las organizaciones no gubernamentales y redes con trabajo en VIH/SIDA.

Desde la sanción de las leyes correspondientes a la incorporación de los tratamientos por VIH/SIDA en la seguridad social y en las entidades de medicina prepaga, también las ONGs constituyen receptoras constantes de diversas denuncias que ponen en evidencia la negación de algunas entidades de seguridad social y de medicina prepaga a la cobertura de la atención y el tratamiento a sus afiliados/as viviendo con VIH/SIDA.

Por otro lado, debe reconocerse que, si bien la legislación existente es exhaustiva, también contiene contradicciones básicas: tanto la Ley Nacional de SIDA como su Decreto Reglamentario establecen que el test para la detección del virus debe ser “voluntario” en todo los casos, sin embargo la misma ley y un Decreto posterior establecen el análisis obligatorio para los inmigrantes que solicitan residencia en Argentina, y para el personal de las fuerzas armadas.

Si bien resulta evidente en la legislación argentina, la incorporación a través de los años de la garantía para las personas viviendo con VIH/SIDA de la atención de su salud no solo clínica, sino también psicológica, la legislación dispone que es el personal médico el responsable de comunicar a la persona interesada el resultado positivo de su test de VIH. No obstante la mayoría de los efectores de salud cuentan con equipos interdisciplinarios capacitados, que comunican conjuntamente el resultado y realizan aconsejamiento, esta disposición debería tener mayor presencia en la legislación.

Siendo el análisis de VIH/SIDA voluntario por ley, también resulta controvertida la frecuente “sugerencia” por parte de muchos profesionales médicos a las mujeres embarazadas de que se practiquen el test. En los hechos, el test resulta legal porque las interesadas firman su consentimiento. Sin embargo, en realidad muchas de las mismas en general sufren presiones para realizarse el análisis o simplemente no reciben explicaciones exhaustivas acerca del consentimiento que firman. Esto sucede por preconceptos médicos, por los cuales los profesionales necesitan tener conocimiento del estado serológico de las pacientes para tomar las medidas de bioseguridad adecuadas, cuando en realidad éstas deberían tomarse en todos los casos. Otra concepción

fuertemente arraigada en el modelo médico es la necesidad de evitar la infección con el VIH del feto, en muchos casos sin evaluar adecuadamente las consecuencias del tratamiento en las mujeres.

Preocupa asimismo la realidad de las personas privadas de libertad viviendo con VIH/SIDA, puesto que en la mayoría de las instituciones carcelarias los/las internos/as viviendo con VIH/SIDA no gozan de atención y tratamiento adecuados, según lo dispone la ley.

No puede dejar de resaltarse el peso creciente de las ONGs con trabajo en VIH/SIDA como actores sociales en Argentina, lo que ha provocado cambios tangibles en las políticas públicas. Varios autores reconocen el peso de la sociedad civil organizada en el diseño y ejecución de las políticas públicas. Según Finding y Tamargo, la formulación e implementación de políticas públicas constituye el resultado o la síntesis de los intereses de las fuerzas políticas, es decir de la lucha política entre diferentes actores sociales, la cual se dirime en el Estado, que aparece como un escenario de negociación de intereses contrapuestos<sup>23</sup>. Oszlak y O'Donnell complementan esta definición y análisis de las políticas públicas, ya que definen como campo de estudio el proceso social tejido alrededor del surgimiento, tratamiento y resolución de cuestiones ante las que no solo el Estado sino también otros actores (clases, fracciones de clases, organizaciones, grupos e individuos) adoptan políticas, lo cual supone relaciones bidireccionales de poder, influencia y negociación<sup>24</sup>.

Bajo estas concepciones, las constantes acciones de lobby que desde 1994 las ONGs con trabajo en VIH/SIDA realizan con diferentes instancias del gobierno, su función de educación y asesoramiento a la población –en especial la de más bajos recursos-, la permanente apelación a los medios masivos de comunicación para difundir los problemas referidos a Derechos Humanos y VIH/SIDA, las diferentes manifestaciones y demostraciones en la vía pública, como así también la promoción de medidas legales para reivindicar los derechos humanos de las personas viviendo con VIH/SIDA, son ejemplos claros de la incidencia directa de las ONGs en las políticas públicas en Argentina.

\* \* \* \* \*

---

<sup>23</sup> Finding, L y Tamargo, M. C.: Actores y Política de Salud: El Debate Estado versus Mercado. Medicina y Sociedad. N° 3, Vol. 16. Buenos Aires, 1993

<sup>24</sup> Oszlak O. y O'Donnell G.: Estado y Políticas Estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. Ilpes, Documento SP, 3, 1984.