

El derecho a la salud en la lucha contra el VIH-SIDA.

Un examen de la política pública y los recursos presupuestarios.



2005

INDICE

Resumen Ejecutivo	3
I. Introducción.....	5
II. Consideraciones metodológicas	6
III. Estructuración del sector salud en Argentina.....	8
III.1. Los sub- sectores y la atención de la salud	8
III.2. El sub- sector estatal. Relaciones nación- provincias en el financiamiento y provisión de servicios de salud.....	10
III.3. Obligaciones del Estado en relación al derecho a la salud	11
IV. El VIH-SIDA en Argentina	16
IV.1 Epidemia del VIH- SIDA. Evolución en nuestro contexto	16
IV.2. La legislación y las políticas públicas para el VIH-SIDA.	19
IV.3 Estructura Institucional relacionada con el VIH-SIDA	21
IV.4. El Programa Nacional.....	22
IV.5 Los problemas de la implementación del Programa	26
V. El presupuesto asignado a la lucha contra el VIH-SIDA	32
V.1. Presentación	32
V.2. El presupuesto asignado al Programa de SIDA	34
V.3. Composición porcentual del presupuesto y distribución entre tratamiento, y cuidado, prevención y mitigación del impacto de la epidemia e investigación.....	36
V.4. Fuentes de financiamiento Recursos externos: donaciones y préstamos	42
V.5. Prioridad macroeconómica del gasto en VIH-SIDA y en salud: 1999-2003	47
VI. Conclusiones	50

Resumen Ejecutivo

El presente documento se inscribe en el trabajo de análisis sobre políticas públicas desde una perspectiva de derechos humanos que viene desarrollando el CELS y, en la comprensión de las personas a quienes están dirigidas esas políticas como titulares de derechos plenamente exigibles, y no como meros beneficiarios de planes asistenciales.

Bajo esta óptica tanto la definición y ejecución de las políticas sociales como su monitoreo y análisis son observadas en función de sus grados de adecuación a los parámetros establecidos en los instrumentos internacionales de protección de los derechos económicos, sociales y culturales ratificados por el Estado Argentino.

Siguiendo esta lógica los objetivos de este trabajo consistieron en realizar un análisis de ciertos aspectos de la política pública del Estado nacional en materia de lucha contra el VIH-SIDA, entre los años 1999 y 2004* y evaluar hasta qué punto y de qué manera dicha política se adecua y respeta principios y obligaciones básicos de derechos humanos.

El respeto y protección del derecho a la salud y en particular el acceso al tratamiento y cuidado de las personas viviendo con VIH-SIDA ha sido un tema de especial atención en la agenda del CELS desde los inicios de su Programa de Derechos Económicos Sociales y Culturales.

El presente estudio describe el trabajo realizado por el CELS en esta materia, tanto en tareas de litigio y denuncia, como en el análisis integral de las políticas públicas de VIH-SIDA, lo que incluye desde su diseño, presupuesto e implementación hasta el nivel de información disponible y la comparación en serie interanual de sus componentes y modificaciones.

El diseño e implementación de la política pública en VIH SIDA ha sido evaluada teniendo especialmente en cuenta que si bien los responsables primarios de brindar servicios de salud son las entidades de seguridad social, de medicina privada, o los estados provinciales o municipales según el tipo de cobertura de cada habitante, le corresponde al Estado Nacional, en cualquier caso, una responsabilidad última de garantía sobre las condiciones y prestaciones básicas de salud de la población.

El estudio nos permitió concluir que la legislación del Estado Argentino en materia de lucha contra el VIH-SIDA, así como la interpretación que de ella ha hecho la Corte Suprema de Justicia de la Nación, se adecua y es respetuosa de principios básicos de derechos humanos como la universalidad, integralidad y no discriminación. Sin embargo, también percibimos que al momento de diseñarse la política y especialmente al momento de su implementación, surgen numerosas falencias que desdibujan el respeto de tan fundamentales directrices, privando a los habitantes de la plena protección y goce de sus derechos humanos relacionados con el VIH-SIDA.

Constatamos por ejemplo la existencia de diversos obstáculos que impiden a los beneficiarios del Programa Nacional de SIDA acceder a los medicamentos en tiempo y forma adecuados.

En este sentido, se han registrado problemas e incumplimientos en la entrega de medicamentos básicos por parte del Ministerio de Salud de la Nación que se reflejaron en

* Se señala en el informe como una complejidad metodológica que obstaculizó la comparación y evaluación de los presupuestos en los distintos años, el hecho de que dentro del período analizado ha tenido lugar en la Argentina una muy grave crisis social, política y económica, con fuerte impacto tanto en los precios relativos y las tasas de cambio, como en múltiples indicadores económicos y sociales que afectan la salud de la población.

entregas fraccionadas de los medicamentos, y en ocasiones, tardías. Asimismo, se ha verificado la persistencia de problemas vinculados al transporte y distribución de medicamentos hacia las provincias, que obstaculizan y en ciertos casos directamente impiden a las personas acceder a los medicamentos que se les recetan.

También se han detectado disparidades importantes en cuanto al acceso al tratamiento y cuidado de salud de las personas viviendo con VIH-SIDA según el lugar en que residan, junto a una notable ausencia de medidas estatales tendientes a superar estas diferencias.

Frente a este cuadro, el trabajo destaca especialmente que a pesar de que el Estado Nacional está obligado a garantizar que la prevención, el tratamiento y la atención del VIH-SIDA sea accesible para todos los habitantes sin discriminación ni trabas físicas, económicas o jurídicas, independientemente del lugar donde residan o del tipo de cobertura de salud con el que cuenten, y no obstante que la Ley Nacional de Lucha contra el SIDA le otorga facultades para evaluar y supervisar que tales derechos sean efectivamente respetados en todas las jurisdicciones del país, el Estado Nacional no parece tener en cuenta estas obligaciones cuando diseña, asigna recursos e implementa su política pública.

Otro punto en el que se hace especial énfasis es en la escasa atención, tanto por parte de las jurisdicciones locales como de la Nación, de las actividades de prevención e información, así como en la existencia de debilidades recurrentes en los mecanismos de vigilancia epidemiológica y en la producción de información sobre la magnitud, evolución y distribución geográfica y social de la epidemia, que en definitiva afectan el diseño adecuado de la política pública.

En lo que a asignaciones y tratamiento presupuestario específicamente se refiere, se destaca positivamente el incremento de los recursos presupuestarios asignados al Programa Nacional de Lucha contra el SIDA a partir de la crisis económica de fin del 2001, que demostró la preocupación del Gobierno Nacional por evitar que ella impactara negativamente en el acceso al tratamiento y cuidado de las personas viviendo con VIH-SIDA. El informe señala al mismo tiempo con preocupación el hecho de que tal aumento no fuera acompañado por un incremento similar de recursos destinados a la atención de la salud en general, considerando que ello incide directamente sobre las personas vivienda con VIH-SIDA. Las cifras analizadas dan cuenta de que los recursos destinados a la salud de la población en general presentan una tendencia a la baja, en un contexto de mayores costos y aumento de la demanda del sector público de salud, concentrándose el gasto en un número limitado y focalizado de programas y planes específicos.

Asimismo, se cuestionan varios aspectos relacionados con la transparencia y el acceso a la información pública, elementos que resultan indispensables para ejercer el derecho a evaluar la adecuación de la política pública a las directrices que surgen de las obligaciones de derechos humanos, así como para monitorearla y exigir su cumplimiento.

Además de la falta de publicidad de las modificaciones que sufre el presupuesto durante su ejecución y sobre los efectos que produce la reorientación de partidas presupuestarias sobre los programas en ejecución; se mencionan e identifican la ejecución de actividades por parte del Programa Nacional de SIDA que no están cuantificadas o descriptas en las normas presupuestarias sino de forma demasiado genérica. Finalmente se pone de relieve la imprecisión e insuficiencia de la información relativa a la ejecución física y financiera de los recursos presupuestarios, en particular de aquellos que provienen de fuentes de financiamiento externo, entre otros.

I. Introducción **

Este documento expone los principales resultados del “Estudio de presupuestos y políticas públicas en la lucha contra el SIDA en la Argentina desde la mirada de los derechos humanos”, llevado a cabo en el marco de una investigación comparada de presupuestos públicos en la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) entre mediados del 2002 y principios del 2004. La investigación abarcó cinco países de Latinoamérica¹ y cinco de África, con el financiamiento de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional.

Finalizado el estudio comparativo entre países, el equipo de investigadores del Centro de Estudios Legales y Sociales continuó trabajando sobre la situación del VIH-SIDA en la Argentina vinculada al presupuesto, actualizando las cifras presupuestarias y las conclusiones, al mes de octubre de 2004².

Los objetivos del trabajo consistieron en realizar un análisis de algunos aspectos de la política pública del Estado nacional en la materia y evaluar hasta qué punto y de qué manera dicha política se adecua y respeta principios y obligaciones básicas de derechos humanos como la universalidad, la no discriminación, la obligación de progresividad y la prohibición de regresividad. Bajo tal perspectiva abordamos aspectos relativos al contenido, implementación y presupuesto de la política pública.

Asimismo el análisis presta también especial atención a esta dimensión a la producción y el acceso a la información en el entendimiento que constituyen condiciones básicas tanto para el diseño de una política respetuosa de los derechos humanos como para el ejercicio del derecho de los individuos a exigir el cumplimiento y respeto de las obligaciones estatales.

De este modo, el trabajo que se publica pretende contribuir al perfeccionamiento de la respuesta del Estado a la lucha contra el SIDA, a partir de la identificación de sus principales déficit, y promover, a través del debate constructivo y no restringido en la esfera pública, las modificaciones y mejoras necesarias para que tal ideal sea alcanzado. Con este espíritu, ponemos a disposición de la sociedad y las autoridades públicas este informe.

Es nuestro interés, además, fortalecer las capacidades de participación, control y evaluación de las políticas públicas por parte de las organizaciones de la sociedad civil y promover el reconocimiento de derechos y su exigencia.

Entendemos que los resultados de este estudio pueden constituir un aporte a los esfuerzos que el Estado argentino viene realizando en la lucha contra el SIDA, contribuyendo a identificar los principales factores que afectan el cabal cumplimiento de los estándares internacionales de protección de derechos humanos que el Estado está obligado a respetar, y de esta manera facilitar su superación.

El trabajo que presentamos se estructura del siguiente modo:

** El presente documento ha sido elaborado por Carolina Fairstein y Silvina Zimerman, abogadas del Programa Derechos Económicos, Sociales y Culturales del CELS.

¹ Los países y organizaciones que integraron el estudio en el ámbito Latinoamericano además del CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) en Argentina, fueron: FUNDAR (Centro de Análisis e Investigación) en México, CISAS (Centro de Información y Servicios de Asesoría en Salud) en Nicaragua, CEDES (Centro de Derechos Económicos y Sociales) en Ecuador y HEXAGRAMA CONSULTORES en Chile.

² Los miembros del programa de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del CELS agradecen muy especialmente la participación de la Nora Britos, Mter. en Ciencias Sociales con mención en Políticas Sociales, Universidad Nacional de Córdoba, en la redacción y edición de este informe.

En primer lugar, exponemos las consideraciones metodológicas, que revisten especial importancia en este estudio por las dificultades que enfrentamos en el acceso a ciertas fuentes de información.

Luego describimos sintéticamente el sistema de salud en la Argentina, lo que resulta indispensable para situar el marco en que se desarrolla e implementa la política del Estado dirigida a la lucha contra el VIH-SIDA.

A continuación, analizamos la respuesta que se ha dado a la epidemia desde la política pública a través del análisis de su tratamiento presupuestario, tanto desde el punto de vista de la asignación de los recursos como de su ejecución, incluyendo consideraciones sobre la calidad de la información existente y las posibilidades reales de acceso a la misma.

Finalmente, en un apartado conclusivo, retomamos en forma integrada los distintos aspectos tratados previamente, desde la perspectiva del respeto a los derechos humanos.

II. Consideraciones metodológicas

El análisis se circunscribe al período temporal abarcado entre 1999 y 2004. Es importante señalar que, dentro del período analizado, ha tenido lugar en nuestro país una muy grave crisis social, política y económica, con fuerte impacto tanto en los precios relativos y las tasas de cambio, como en múltiples indicadores económicos y sociales que afectan la salud de la población. La salida del régimen de convertibilidad cambiaria a finales del año 2001 es particularmente relevante ya que no sólo complicó la comparación de los presupuestos entre los distintos años sino que, además, incidió en los precios de los medicamentos e insumos.

Para el desarrollo de la investigación recurrimos a distintas fuentes de información. En lo que respecta a la información descriptiva del funcionamiento de los programas y del presupuesto, apelamos a documentación e información oficiales, procedentes de boletines y documentos accesibles al público en general³. Asimismo, enviamos cuestionarios, tanto a la directora del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS (en adelante "Programa Nacional de Sida", "Programa SIDA" o "Programa Nacional") como a los jefes de los programas provinciales, solicitando información sobre distintos aspectos vinculados al Programa y su implementación. Esta elección metodológica obedeció a la necesidad de suplir las lagunas de información existentes en los documentos relevados, especialmente las

³ La información presupuestaria utilizada emana básicamente de los siguientes documentos que se encuentran disponibles en el sitio web del Ministerio de Economía de la Nación (www.mecon.gov.ar): a) la ley de presupuesto de la administración pública nacional, sus planillas anexas y la decisión administrativa de distribución de créditos emitida por el Jefe de Gabinete de Ministros, correspondientes a cada uno de los años bajo estudio; b) los informes de ejecución físico financiera cuatrimestral del presupuesto publicados por la Oficina Nacional de Presupuesto de la Secretaría de Hacienda de la Nación; c) las Cuentas de Inversión de los ejercicios presupuestarios 1999 a 2003 publicados por la Oficina Nacional de Presupuesto de la Secretaría de Hacienda de la Nación y d) las planillas de gasto social consolidado elaboradas por la Dirección Nacional de Gasto Social Consolidado dependiente de la Secretaría de Hacienda de la Nación. La información sobre la política pública en VIH/SIDA procede, en su mayoría, de la descripción que del Programa Nacional de SIDA se realiza en el sitio de internet del Ministerio (www.msal.gov.ar). Respecto a los datos sobre la situación de la epidemia se utilizaron como fuentes los Boletines sobre SIDA que anualmente elabora y publica el Ministerio de Salud de la Nación informando sobre la situación de la epidemia a nivel nacional.

relativas a la implementación del Programa en las provincias⁴. Además, y a fines de recibir aclaraciones sobre aspectos poco precisos o incompletos de la información obtenida, efectuamos numerosas consultas a distintos actores claves⁵.

En cuanto a la información cualitativa, realizamos entrevistas a personas viviendo con VIH-SIDA⁶ y a profesionales y miembros de organizaciones que trabajan en el tema. Una fuente complementaria -pero muy relevante para el estudio- fue la propia experiencia recogida por CELS a través del litigio de casos en defensa de los derechos de las personas viviendo con VIH-SIDA.

Las dificultades más importantes que enfrentamos en términos metodológicos se relacionan con la calidad de la información disponible y su accesibilidad. Si bien el gobierno nacional elabora y difunde una cantidad importante de información sobre la política pública existente y sobre el presupuesto que se le asigna, con un alto nivel de desagregación, en muchos casos las inconsistencias entre las fuentes de información y las lagunas existentes obstaculizaron nuestra cabal comprensión de la cantidad y el alcance de las actividades emprendidas desde el Estado. Especial mención merecen en este sentido los documentos relativos a los préstamos del Banco Mundial y a los proyectos realizados a través del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) relacionados con la problemática bajo estudio.

Asimismo la forma en que se presenta la información sobre las actividades del Programa de SIDA y su financiamiento dificultan la identificación de las actividades realmente llevadas a cabo y del gasto que ellas demandaron.

A tales dificultades debe sumarse el hecho de que los mecanismos de relevamiento de información referida a la situación de la epidemia en el país (su magnitud y comportamiento, los principales factores de riesgo, su distribución geográfica, etc.) presentan significativas deficiencias que impiden evaluar el impacto de la política pública.

Adicionalmente es preciso mencionar que, debido a limitaciones de acceso a la información, el análisis presupuestario y de política que realizamos se circunscribe fundamentalmente al ámbito de la administración pública nacional, no considerándose los presupuestos de los gobiernos provinciales ni municipales. Por los mismos motivos tampoco se aborda en detalle la cobertura de VIH-SIDA provista por el sub-sector privado de salud ni por el sub-sector de la seguridad social. Teniendo en cuenta la importancia que los sub- sistemas públicos provinciales y locales de salud, así como el sub- sector de la seguridad social ocupan en el sistema de servicios de salud en Argentina, esta exclusión condiciona el alcance de nuestras conclusiones.

Por último, cabe dejar expresado que toda la información oficial sobre ejecución presupuestaria está afectada por la ausencia de una evaluación independiente y externa al Poder Ejecutivo

⁴ De los 24 Jefes de Programa que existen en las distintas provincias, y a pesar de nuestras reiteradas insistencias telefónicas, sólo contestaron nuestro formulario los de Ciudad de Buenos Aires, y provincias de Córdoba, Chaco, Mendoza, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, Santa Cruz, y Santiago del Estero.

⁵ Concretamente, hemos entrevistado a la Lic. María Delia Pene y al Lic. Alejandro Zubieta del Programa Nacional de SIDA, a la Lic. Caterina Colombo de la Dirección Nacional de Gastos Sociales Consolidados de la Secretaría de Hacienda, a Juan Etchart de la Oficina Nacional de Presupuestos, a la Lic. María Marta Jaureguiberry de la Jefatura de Gabinete de Ministros, a Patricia Schuvaks de la Auditoría General de la Nación, a personal de la Administración Nacional de Programas Especiales, al Lic. Jorge Romero del Fondo Global. A todos ellos extendemos nuestro agradecimiento por su colaboración para la realización de este informe. También agradecemos a la Dra. Huayca Pugliese, a la Dra. Mabel Bianco, al Lic. Mario Pecheni, y al Lic. Jorge Leyro por su valiosa contribución.

⁶ En este sentido queremos expresar nuestro reconocimiento y especial agradecimiento a Héctor, Gilda, Gustavo y Rita, entre otros.

Nacional. En efecto, los controles sobre las Cuentas de Inversión (donde, entre otras cosas, consta la ejecución física y financiera de las metas que el Poder Ejecutivo se propone alcanzar durante el ejercicio presupuestario) que la Constitución Nacional y la Ley de Administración Financiera⁷ imponen hace años que sufren considerables retrasos.

III. Estructuración del sector salud en Argentina

Para poder comprender el modo en que está diseñada y se implementa la política pública en la lucha contra el VIH-SIDA en nuestro país, es necesario previamente reconstruir los rasgos esenciales del sistema de salud en Argentina.

Nos referiremos sintéticamente a los siguientes aspectos: la estructura del sector, la dinámica de la relación entre la Nación y las provincias en materia de organización y financiamiento del sector, el rol de garantía asignado al Estado Nacional, y por último a las obligaciones de derechos humanos del Estado en relación a la salud.

Consideramos que la identificación de estos aspectos arroja luz fundamentalmente sobre las desigualdades en la atención de la salud de la población y en especial de las personas viviendo con VIH-SIDA según el tipo de cobertura con que cuentan y el área en la que residen.

III. 1. Los sub- sectores y la atención de la salud

El sector salud en la Argentina se caracteriza por su fragmentación, heterogeneidad y desigualdad en la cobertura con que cuentan las personas, a lo que se suma que el tipo, cantidad y calidad de la atención varían, aún con la misma cobertura, según el área de residencia⁸. El sistema de servicios de salud comprende en todo el país tres sub- sectores: el público, el del seguro social y el privado.

El sub- sector público está formado por los efectores que dependen de las administraciones nacional, provinciales y municipales. Estos efectores, en principio, brindan servicios de salud para toda la población en forma gratuita. Volveremos a ocuparnos de este sub- sector con más detalle en los puntos III.2 y III.3 de este apartado.

- El sub- sector del seguro social de salud está integrado por las obras sociales que administran el seguro de salud obligatorio para los trabajadores en relación de dependencia y sus familias. Este sub- sector se financia a través de aportes de los trabajadores y contribuciones de los empleadores, y está conformado por alrededor de 300 instituciones,

⁷ De acuerdo al Art. 95 de la Ley 25.156 (B.O. 20/9/99), de Administración Financiera, la Cuenta de Inversión debe presentarse anualmente al Congreso Nacional antes del 30 de junio del año siguiente al que corresponda a tal documento. Por su parte el Art. 75 inciso 8 de la Constitución Nacional establece que corresponde al Congreso aprobar o desechar la Cuenta de Inversión y el Art. 85 establece que la Auditoría General de la Nación intervendrá necesariamente en el trámite de su aprobación o rechazo. A febrero de 2004 la última cuenta de inversión aprobada por la AGN es la correspondiente al ejercicio presupuestario correspondiente al año 2000, lo que sucedió recién en noviembre de 2003, y la última tratada por el Congreso Nacional es la del año 1994.

⁸ Cfr. CELS; *Derechos Humanos en Argentina Informe Anual 2000*, Ed. Eudeba, Buenos Aires, 2000; pág. 408 y Cetrángolo, O; Devoto, F.; "Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad", Septiembre 1998, en <http://www.cece.org.ar/Fse27.htm>. Estos autores explican que "la cobertura que brinda el sector público es diferente según la jurisdicción donde reside cada persona; el sistema de obras sociales ofrece servicios de diferente alcance y calidad dependiendo de la rama de actividad en que se desempeñe el trabajador, y, finalmente, el desarrollo del subsector privado ha sido variable en cada localidad, dependiendo del funcionamiento de los otros dos subsectores."

algunas de las cuales cuentan con muy escasos afiliados. Cabe señalar que si bien hay distintos tipos de obras sociales, nuestro interés en este trabajo es distinguir exclusivamente entre las obras sociales alcanzadas por el régimen de Seguro de Salud creado por la Ley 23.661⁹ y las obras sociales provinciales que quedan excluidas de dicho régimen. Las primeras están obligadas a garantizar un mínimo común de prestaciones definidas en un Programa Médico Obligatorio – PMO- de servicios para lo cual cuentan con la posibilidad de solicitar subsidios provenientes de un Fondo Solidario de Redistribución (FSR)¹⁰.

Las obras sociales provinciales, salvo por adhesión expresa a ese régimen, no están alcanzadas por sus disposiciones y tampoco cuentan con un sistema similar “que promueva estructuras de redistribución de fondos, paquetes de servicios y mecanismos homogéneos de fiscalización de calidad en la atención”¹¹. Los empleados públicos de las provincias están compulsivamente afiliados a la obra social respectiva, no pudiendo optar para que sus aportes se destinen a otra institución de seguridad social. “En promedio, la mayoría de las obras sociales provinciales cubren entre el 11 y el 30% de la población total de su jurisdicción”¹².

- El sub- sector privado abarca el conjunto de prestadores de servicios de salud con fines de lucro. Se trata de entidades de medicina prepaga, empresas de diagnóstico, clínicas y sanatorios de características muy diversas distribuidas por todo el país. A este sub- sector se accede a través de afiliaciones voluntarias pagas, por lo que la atención comprende exclusivamente la demanda solvente de servicios de salud.

En los últimos diez años la demanda de atención en el sub- sector público de salud ha venido experimentando un sostenido incremento. Este aumento se relaciona con los altos índices de desempleo e informalidad laboral que se registran en Argentina desde mediados de la década de 1990, que provocaron el éxodo de personas desde los sectores del seguro social y la medicina privada hacia el sub- sector público. Así, si en 1991 un 36,9% de la población total del país quedaba fuera de las obras sociales y prepagas, 10 años después la cifra alcanza al 48,1%¹³.

La demanda de atención en salud pública se incrementó aún más a partir de la crisis del 2001 debido al aumento del riesgo epidemiológico y de la vulnerabilidad a las enfermedades producto de los inéditos índices de desempleo, pobreza e indigencia¹⁴.

⁹ Publicada en el Boletín Oficial (B.O.) el 20/1/89.

¹⁰ Un 10% de los aportes obligatorios que trabajadores y empleadores deben hacer al sistema de seguridad social se destina a la Administración Nacional del Seguro de Salud a fin de crear este Fondo. Maceira explica que “los recursos del Fondo Solidario de Redistribución (FSR), de acuerdo a los objetivos de su creación, están dirigidos a: a) mantener en su mayor parte la distribución automática para garantizar el costo del programa médico obligatorio (PMO) y equiparar niveles de cobertura (aproximadamente 230 millones de pesos anuales), b) financiar Programas Especiales (alta complejidad, discapacidad, [...] etc.), c) sostener la estructura de la Superintendencia de Servicios de Salud y de la Administración de Programas Especiales y d) sostener programas dirigidos a grupos vulnerables, ejecutados por el Ministerio de Salud”. Maceira, Daniel, *Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino*, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Serie Seminarios de Salud y Política Pública, Seminario VII- Octubre 2002, pag. 14.

¹¹ Maceira, D., *Art. Cit.*, pag. 19.

¹² Maceira, D., *Art. Cit.*, pág. 6.

¹³ Censos nacionales de población y vivienda 1991 y 2001, en www.indec.gov.ar

¹⁴ Cfr. entre otros, Uribe, J. P., Schwab, N., “El sector salud argentino en medio de la crisis”, documento de trabajo N.2/02, producido por la Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay, Noviembre de 2002, en www.bancomundial.org.ar.

III.2. Relaciones nación-provincias en la provisión y el financiamiento de servicios de salud.

En nuestro modelo de salud descentralizado la organización, control, financiamiento y provisión de servicios de salud así como el diseño e implementación de políticas sanitarias está a cargo de las jurisdicciones provinciales. Al Estado Nacional -además de una obligación de garantía a la que luego nos referiremos- le queda reservado un rol de planificación y de articulación global del sector.

De acuerdo a este esquema la mayor parte de las erogaciones públicas en atención médica -el 87%- está en manos de los gobiernos provinciales, municipales y de la Ciudad de Buenos Aires¹⁵, jurisdicciones que destinan para su financiamiento recursos propios provenientes del régimen de coparticipación federal de impuestos¹⁶.

Cada jurisdicción tiene plena autonomía para decidir qué porcentaje de sus recursos destina al financiamiento del sector salud y qué política sanitaria desarrolla en su ámbito de responsabilidad. Al analizar los criterios seguidos por las provincias para realizar esta asignación de fondos, se observa que el nivel de recursos destinados a salud no se relaciona ni con el tamaño de la población, ni con otros parámetros vinculados con las necesidades de servicios de salud como serían, por ejemplo, los porcentajes de la población con necesidades básicas insatisfechas, las tasas de mortalidad infantil y los perfiles epidemiológicos¹⁷. De acuerdo a lo dicho resulta que no existe “un nivel único básico de cobertura asegurada por la salud pública a todos los habitantes”¹⁸, sino que, por el contrario, “nos encontramos con un nivel variable, al menos en 24 niveles, determinado por la política de salud de cada una de las provincias y Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires”¹⁹. En este marco, el nivel de importancia del gasto en salud varía entre jurisdicciones, desde menos del 8% hasta el 27% del gasto total²⁰.

Por otro lado la articulación política del sistema, corresponde fundamentalmente al Consejo Federal de Salud (COFESA), creado en el año 1980²¹ con el fin de coordinar el desarrollo sectorial en todo el país y “viabilizar la participación orgánica de las provincias en la discusión y elaboración de las políticas de salud de la Nación”. Si bien la norma de creación del COFESA, otorga a dicho consejo un rol fundamental en tanto instancia de planeación estratégica del sector, de coordinación, y de generación de acuerdos interjurisdiccionales, lo cierto es que, de acuerdo a la bibliografía consultada, su función ha quedado más bien limitada “a un ámbito de exposición de las intenciones de los funcionarios de salud nacionales ante los provinciales, con escasa incidencia en las decisiones que involucran a ambos niveles jurisdiccionales”²².

¹⁵ Cfr. Rodríguez Riccheri, Tobar, *El Consejo Federal de Salud Argentino (CO.FE.SA.)*, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, Julio 2003.

¹⁶ De acuerdo a este régimen, la Nación recauda la mayoría de los impuestos, y luego distribuye lo recaudado entre la nación y las provincias a través de un complejo mecanismo regulado en numerosas leyes y resoluciones.

¹⁷ Cfr. Maceira D., *Art. Cit.*, en especial págs. 8-11.

¹⁸ Cetrángolo, O.; Devoto, F.; *Art. Cit.*

¹⁹ Cetrángolo, O.; Devoto, F.; *Art. Cit.*

²⁰ De acuerdo a información elaborada por la Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias dependiente de la Secretaría de Hacienda de la Nación, en el año 2002, la provincia de Corrientes destinó un 7,5% de su gasto público total a la salud mientras que la provincia de Salta destinó un 16% y la ciudad de Buenos Aires un 27,9%. Ver www.mecon.gov.ar.

²¹ Mediante Decreto 22.373/80

²² Cabe señalar que Rodríguez Riccheri y Tobar coinciden en que el COFESA ha tenido “una vigencia casi exclusivamente formal y no real como instrumento de coordinación de políticas de salud intergubernamentales”, aunque sostienen también que a partir del cambio de las autoridades en el Ministerio de Salud acaecida en el 2002

III. 3. El contenido del derecho a la salud. El rol de garantía del Estado Nacional

Independientemente de quien sea el responsable directo por la atención de la salud, la Constitución Argentina reconoce a todos los habitantes de la República el derecho a la salud con los alcances definidos en los tratados internacionales de derechos humanos de jerarquía constitucional.

Hasta 1994 si bien no existía una consagración constitucional expresa del derecho a la salud, éste era ampliamente reconocido como derecho fundamental implícito o no enumerado en diversos pronunciamientos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación²³. Esta situación normativa quedó transformada con la última reforma constitucional que otorgó jerarquía constitucional al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y a otros instrumentos de derechos humanos que reconocen el derecho a la salud²⁴. Asimismo, en octubre de 2003 la República Argentina ratificó el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales- Protocolo de San Salvador- que también reconoce ampliamente el derecho a la salud como un derecho humano. Así, los compromisos del Estado en este campo encuentran ahora fundamento explícito en la norma fundamental y su incumplimiento compromete al Estado no sólo frente a los habitantes del país sino también ante la comunidad internacional en su conjunto.

El Protocolo de San Salvador y el PIDESC son los instrumentos internacionales más relevantes en esta temática, tanto debido a su carácter vinculante como por contener las definiciones más exhaustivas del derecho a la salud.

Conocer cuales son las atribuciones y garantías que el reconocimiento de este derecho trae aparejado y los compromisos que el Estado ha asumido en relación a él resulta muy importante para entender el marco institucional y legal en el que se inserta la política y las obligaciones de las instituciones públicas en relación con el VIH-SIDA.

En el Protocolo de San Salvador se define a la salud como “el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social” y se compromete a los Estados a “reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

- a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad;
- b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;

este organismo ha “venido adquiriendo progresivamente un nivel de actividad y capacidad de influencia mayores”. El Consejo Federal de Salud Argentino. *Op. Cit.*; pág. 43.

²³ Ver por ejemplo fallos 31:273, 278:313, 302:1284; 310:112, entre otros.

²⁴ Así, el art. XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; el art. 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; el art. 5.iv (e) de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, el apartado f) del art. 11.1 y el art. 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, el art. 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, entre otros.

e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y

f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables²⁵.

El PIDESC, adscribiendo a una similar definición de salud, incluye las siguientes medidas que deben adoptar los Estados para asegurar la plena efectividad del derecho a la salud:

a. la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b. el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c. la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d. la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad²⁶.

En tanto el derecho a la salud es un derecho humano, el Estado debe garantizarlo respetando los principios de universalidad, no discriminación, la obligación de progresividad y la prohibición de regresividad. En forma sumamente sintética se puede decir que el principio de universalidad demanda que las políticas y acciones del gobierno en materia de salud estén orientadas y alcancen a todos los habitantes sin exclusión. El principio de no discriminación prohíbe a los Estados realizar distinciones, exclusiones, restricciones o establecer preferencias que estén basadas en alguno de los motivos prohibidos, como el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de cualquier otra índole, que tiendan a anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas²⁷. Por último, de acuerdo a la obligación de progresividad y la prohibición de regresividad, si bien se acepta que la plena efectividad de los derechos económico-sociales se cumpla en forma progresiva, se establece asimismo una obligación de progreso, esto es de mejorar las condiciones de goce y ejercicio de tales derechos prohibiendo, como contrapartida de ello, la adopción de políticas y medidas que empeoren el nivel de tal goce y ejercicio.

Asimismo, para una mayor especificación de las obligaciones del Estado en este campo, contamos con la Observación General Nro.14²⁸ del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (Comité DESC), que puede considerarse como el consenso actualizado de la comunidad de naciones en torno a la naturaleza de este derecho fundamental. En esta Observación, el Comité identifica como elementos básicos derivados del

²⁵ Protocolo de San Salvador, Artículo 10 .

²⁶ PIDESC, artículo 12.

²⁷ Cfr. O.N.U., Comité de Derechos Humanos, Observación General 18, No discriminación, 10/11/89, CCPR/C/37, párr. 7, citado en CORTE IDH, OC 18/03, Condición jurídica y derechos de los inmigrantes indocumentados, 17 de septiembre de 2003, párr. 92.

²⁸ CDESC, Observación General N° 14, *El derecho al disfrute más alto posible de salud*. Agosto, 2000. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es el órgano al que los Estados deben remitir sus informes periódicos, dando cuenta del cumplimiento de sus obligaciones bajo el PIDESC. Además de esta función, el Comité emite Observaciones Generales, que constituyen la interpretación autorizada sobre el alcance y contenido de las obligaciones que para los Estados surgen del Pacto.

reconocimiento del derecho a la salud los siguientes : a) la disponibilidad, b) la accesibilidad, c) aceptabilidad, d) calidad.

a. Por disponibilidad se entiende la existencia en cantidad suficiente de bienes, servicios y centros de atención a la salud en todo el territorio del Estado. De acuerdo con ello, no pueden faltar bienes ni servicios indispensables para garantizar la salud de la población tales como agua limpia potable, condiciones sanitarias adecuadas; hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud; personal médico y profesional capacitado con salarios competitivos y medicamentos esenciales.

b. La accesibilidad a la atención de la salud se refiere a la inexistencia de obstáculos para que las personas puedan hacer uso de los servicios y bienes disponibles. El Comité identifica cuatro dimensiones que se encuentran interrelacionadas en el concepto de accesibilidad: la garantía de no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica, y el acceso a la información.

c. Por aceptabilidad se entiende que la atención, los tratamientos, los bienes y servicios de salud deben ser implementados en forma respetuosa de las normas de ética médica, apropiados culturalmente a la población usuaria de los mismos y sensibles al género.

d. En lo que respecta a la calidad, además de culturalmente apropiados, los bienes y servicios de salud deben cumplir con estándares avalados desde el punto de vista médico y científico; el personal médico y sanitario debe estar calificado; los medicamentos, equipos e insumos hospitalarios deben cumplir con normas de calidad y estar aprobados según el consenso científico vigente, y las drogas y medicamentos deben ser aptos para el consumo humano, entre otras cosas.

Además de estos elementos esenciales que componen el contenido normativo del derecho a la salud, consideramos relevante mencionar aquellas obligaciones mínimas e inexcusables de los Estados, que el Comité considera que se deben atender en forma inmediata, así como aquellas que demandan implementación prioritaria.

De acuerdo al Comité, constituyen obligaciones mínimas esenciales del derecho a la salud que deben garantizarse inmediatamente e independientemente de la disponibilidad de recursos, las siguientes:

a. garantizar la no discriminación en el acceso a los bienes y servicios tal como se definió anteriormente.

b. brindar medicamentos esenciales, conforme los define el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

c. asegurar la distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud.

d. implementar una estrategia nacional para la salud pública y un plan de acción basado en evidencia epidemiológica, que aborde los problemas de salud de toda la población. Este proceso debe realizarse en forma participativa y transparente, y revisarse periódicamente. Asimismo se destaca la necesidad de incluir indicadores del disfrute del derecho a la salud y de cumplimiento de metas que permitan monitorear el desarrollo e implementación de dicho plan.

Entre las obligaciones que deben ser implementadas en forma prioritaria (y que tienen importancia comparable a las mencionadas anteriormente), el Comité incluye, entre otras:

- a. asegurar atención de salud reproductiva, materna e infantil.
- b. tomar medidas para prevenir, tratar y controlar enfermedades epidémicas y endémicas.
- c. proveer educación y acceso a la información concernientes a los principales problemas de salud de la comunidad, incluyendo métodos para prevenirlos y controlarlos.

La producción de información amplia y desagregada sobre la situación y atención de la salud de la población, y sobre los agentes y factores que la determinan constituye un requisito previo esencial para el diseño e implementación de políticas públicas de salud respetuosas de los derechos humanos, y por lo tanto también constituye una obligación de derechos humanos. Paralelamente, el acceso irrestricto a dicha información resulta indispensable para que los habitantes puedan hacer efectivo su derecho a opinar y participar en el diseño e implementación de dichas políticas, así como exigir el cumplimiento de las obligaciones de derechos humanos.

Por otro lado, en tanto miembro de las Naciones Unidas, el Estado argentino resulta alcanzado por las Directrices Internacionales sobre el VIH-SIDA y los Derechos Humanos, anexas a la resolución 1997/33 de la Comisión de Derechos Humanos y recibidas por la Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías en su resolución 1997/40. Asimismo, todos los Estados, incluyendo la Argentina, han asumido compromisos específicos en dicho campo al suscribir la “Declaración de Compromisos en Lucha contra el VIH-SIDA” en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas realizada entre el 25 y 27 de junio de 2001.

III. 4. El rol de garantía del Estado Nacional en relación al derecho a la salud

Cabe finalmente para cerrar esta sección aclarar que si bien los responsables primarios de brindar servicios de salud, tratamiento, atención y prevención serán las entidades de seguridad social, de medicina privada, o los estados provinciales o municipales según el tipo de cobertura de cada habitante, le corresponde al Estado Nacional en cualquier caso, una responsabilidad última de garantía sobre las condiciones y prestaciones básicas de salud de la población.

Las obligaciones del Estado Nacional en tal sentido reconocen fundamento en diversos instrumentos legales.

En primer lugar para cumplir con los estándares y garantías de derechos humanos referidos anteriormente los tratados internacionales imponen al Estado distinto tipo de obligaciones que suelen clasificarse como obligaciones de respetar, proteger y cumplir. Sintéticamente la obligación de respetar exige que los estados no adopten medidas que impliquen la restricción o violación del derecho a la salud de los individuos, y/o que obstaculicen su goce, la de proteger requiere el dictado de normas y medidas que prohíban y sancionen que terceras personas lleven a cabo acciones de ese tipo, y por último, la obligación de cumplir “requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud”²⁹.

²⁹ Ibid, para. 33.

Estas obligaciones alcanzan a cada una de las jurisdicciones provinciales. No obstante, en caso de incumplimiento por parte de las provincias, el Estado Federal deberá responder sin poder ampararse en la estructura federal. Ello así ya que “es un principio del derecho internacional que todo lo relativo a la responsabilidad internacional se rige por el derecho internacional independientemente de lo que disponga el derecho interno”³⁰ y por lo tanto “el Estado Federal es el responsable de que sus obligaciones internacionales sean fielmente respetadas en todo su territorio”³¹.

Siguiendo este orden de ideas la ley de Ministerios atribuye al Ministerio de Salud de la Nación la responsabilidad de: la planificación global del sector salud con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud³²; la coordinación, articulación y complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial y municipal, de la seguridad social y del sector privado³³; y la formulación, promoción y ejecución de planes tendientes a la reducción de inequidades en las condiciones de salud de la población, mediante la construcción de consensos a nivel federal, intra e intersectoriales³⁴.

Por su lado la Ley 23.661 que crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud³⁵ (el Seguro) asigna al Ministerio de Salud de la Nación la tarea de dictar e implementar las políticas necesarias para articular y coordinar los servicios que brinden los distintos agentes del Seguro, así como aquellas tendientes a asegurar adecuado control y fiscalización por parte de la comunidad y afianzar los lazos y mecanismos de solidaridad nacional que dan fundamento al desarrollo de un seguro de salud³⁶. Dicha Ley también constituye al Ministerio de Salud de la Nación como autoridad de aplicación del Seguro atribuyéndole competencias para la “promoción e integración del desarrollo de las prestaciones de salud y la conducción y supervisión del sistema establecido”³⁷.

Finalmente la Corte Suprema de Justicia de la Nación, haciendo una interpretación de toda la normativa antedicha ha confirmado la condición de garante último de las prestaciones esenciales de salud que tiene asignado el Estado Nacional. Así en un reciente pronunciamiento³⁸ en el que se obligó al Ministerio de Salud a continuar suministrando un medicamento trascendental para la vida y la salud de un niño a quien su obra social se lo

³⁰ Dulitzky Ariel, *Alcance de las Obligaciones Internacionales de los Derechos Humanos*, en Martín, C., Rodríguez Pinzón, D., y Guevara, J.(comp.) , *Derecho Internacional de los Derechos Humanos*, Universidad Iberoamericana, A.C., Academia de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, Washington Collage of Law, American University y Distribuciones Fontamara, Eds., México 2004, pág. 100.

³¹ Dulitzky Ariel, *Alcance de las Obligaciones Internacionales de los Derechos Humanos*, en Martín, C., Rodríguez Pinzón, D., y Guevara, J.(comp.) , *Derecho Internacional de los Derechos Humanos*, Universidad Iberoamericana, A.C., Academia de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, Washington Collage of Law, American University y Distribuciones Fontamara, Eds., México 2004, pág. 101.

³² Decreto 355/02 (B.O. 22/2/02) modificatorio de la Ley de Ministerios, art. 23 ter. Inc. 4

³³ Decreto 355/02 art. 23 ter. inc. 14

³⁴ Decreto 355/02 art. 23 ter. inc. 29.

³⁵ El artículo 1° de la Ley 23.661 dice: Créase el Sistema Nacional del Seguro de Salud, con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural geográfica. El seguro se organizará dentro del marco de una concepción integradora del sector salud donde la autoridad pública afirme su papel de conducción general del sistema y las sociedades intermedias consoliden su participación en la gestión directa de las acciones, en consonancia con los dictados de una democracia social moderna.

³⁶ Ley 23661, art. 3.

³⁷ Ley 23.661, art. 9.

³⁸ CSJN, Campodónico de Beviacqua c/ Ministerio de Salud y Acción Social - Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas s/ Recurso de Hecho”, sentencia del 24 de octubre de 2000.

negaba, la Corte dejó sentado que con independencia de las obligaciones en materia de salud que deban asumir otras jurisdicciones públicas o entidades privadas, el Estado nacional ejerce una función rectora en el campo de la salud, y que por lo tanto compete al Ministerio de Salud y Acción Social, “garantizar la regularidad de los tratamientos sanitarios coordinando sus acciones con las obras sociales y los estados provinciales, sin mengua de la organización federal y descentralizada que corresponda para llevar a cabo tales servicios”.³⁹

En el mismo pronunciamiento la Corte tomando en cuenta los compromisos internacionales de derechos humanos asumidos por el Estado encaminados a promover y facilitar las prestaciones de salud que requiera la minoridad, entiende que no puede desligarse válidamente de esos deberes so pretexto de la inactividad de otras entidades públicas o privadas [...].⁴⁰

Este pronunciamiento reconoce un antecedente muy importante en el caso “Asociación Benghalensis”⁴¹ promovido por diversas entidades no gubernamentales que trabajan en la lucha contra el VIH-SIDA, en el que la Corte condena al Ministerio de Salud y Acción Social del Estado Nacional a cumplir en forma total y permanente con la asistencia, el tratamiento, la rehabilitación y en especial, con el suministro de medicamentos a las personas que padecen las consecuencias del virus VIH-SIDA en todos los hospitales y efectores sanitarios del país.

Esta decisión judicial aplica para la problemática específica del VIH-SIDA el mismo criterio que se mencionara precedentemente, en el sentido de que el Estado nacional es garante de la salud de la población y está obligado a tomar medidas positivas para su protección cuando la misma esté amenazada, independientemente de las responsabilidades que puedan caberle a otras jurisdicciones públicas o privadas. Volveremos sobre este caso al referirnos más adelante a la legislación sobre el VIH- SIDA en Argentina.

IV.- El VIH-SIDA en Argentina

IV. 1 Epidemia del VIH- SIDA. Evolución en nuestro contexto

En la Argentina, el primer caso de SIDA se registró en el año 1982. Mientras que al comienzo de la epidemia la razón hombre /mujer era de 92 a 1, para octubre de 2003 esta razón era de 3,3 a 1 lo cual pone en evidencia la feminización de la epidemia.

En el caso de los hombres, la principal vía de contagio ha sido durante 1999 y 2000 la vía UDI (usuarios de drogas intravenosas) y en los años 2001 y 2002 la transmisión sexual

³⁹ Ibid. Considerando 27.

⁴⁰ Ibid. Considerando 21.

⁴¹ CSJN, “Asociación Benghalensis y otros c/ Ministerio de Salud y Acción Social -Estado Nacional s/ amparo ley 16.986”, sentencia del 1/06/00, publicado en Fallos 323:1339. El criterio sentado en los casos Beviacqua y Benghalensis de que el Estado Nacional debe garantizar la satisfacción del derecho a la salud más allá de los deberes del estado provincial o de la cobertura social que las personas puedan tener, ha sido seguido por la Corte Suprema para el dictado de de medidas cautelares en el caso “Laudicina, Angela Francisca c/ Buenos Aires, Provincia de y otro s/ acción de amparo” del 9/03/04 en donde la Corte resolvió en forma cautelar que tanto el Estado nacional como la provincia donde reside una paciente adulta con problemas respiratorios deben proveerle los remedios que los médicos le indicaron, así como en el caso “Sánchez, Norma Rosa c/ Estado Nacional y otro s/ acción de amparo” del 11 de mayo de 2004 en donde también se ordenó al Estado Nacional y a la Provincia de Buenos Aires donde reside la paciente la provisión urgente de todo lo que necesitaba para su operación de columna y posterior tratamiento.

(homosexual)⁴². En el caso de las mujeres, desde el inicio de la enfermedad la vía principal de transmisión ha sido la sexual, a la que le sigue, bastante más alejada, la UDI, que viene descendiendo cada vez más desde el año 1996⁴³.

El pico máximo de la epidemia se registró en el año 1996 (con 2771 casos de enfermos notificados y 2677 enfermos estimados) “cuando se incorporan tres nuevas enfermedades marcadoras (tuberculosis pulmonar, neumonía bacteriana a repetición y cáncer de cuello uterino invasivo), responsables del 20% de los enfermos diagnosticados ese año”⁴⁴. A partir de 1997, año en que empieza a utilizarse como tratamiento la triple terapia antirretroviral, la notificación de enfermos desciende paulatinamente.

Atendiendo a la edad de los adultos infectados se observa que “la enfermedad afecta fundamentalmente a la franja de edad de población económicamente activa y se concentra en ambos sexos entre los 25 y 34 años de edad”⁴⁵. Si se tiene en cuenta que la infección debió haberse contraído entre cinco y diez años antes resulta que los adolescentes tienen alta vulnerabilidad de contraer el virus⁴⁶.

Distinguiendo entre menores y mayores de 13 años, se observa que del total notificado de menores de 13 años (1551 enfermos), el 49,5% son varones y 49,97% mujeres, mientras que en los mayores en la franja etárea de 25-29, el 78,7% son varones y el 20% mujeres⁴⁷. Entre los menores de 13 años, como es de suponer, la principal vía de transmisión es la vertical o perinatal, representando un 97,5% de los casos de niños enfermos y el 98,6% de los niños infectados⁴⁸.

En cuanto a la magnitud de la epidemia en nuestro país, el Estado nacional no produce datos sobre prevalencia⁴⁹ de VIH- SIDA en la población general, sólo los calcula para poblaciones específicas que se estudian a través de los sitios centinela. Los sitios centinela constituyen un mecanismo de vigilancia epidemiológica que procura complementar el sistema tradicional de recopilación de información, produciendo datos sobre sub- poblaciones con características homogéneas. Este mecanismo además de permitir la recolección de datos en ciclos breves de tiempo, hace posible la articulación de información cuantitativa con información cualitativa.

De acuerdo a la información recogida a través de esta metodología la población con mayor prevalencia de VIH-SIDA corresponde a la de privados de libertad. Asimismo se detectó que en el año 2002 la prevalencia en donantes de sangre, en un total de 165.595 donantes testeados, fue de 2,1 cada 1000, y en mujeres embarazadas de 3,7 cada 1000 en un muestreo de 220.125 casos que incluyó mujeres con y sin comportamientos considerados de riesgo⁵⁰. Lamentablemente, resulta difícil efectuar comparaciones entre estos datos y los de años anteriores, ya que el número de muestras testeadas para cada población estudiada se ha venido modificando a lo largo de los años como así también la cantidad de test realizados por

⁴² Ministerio de Salud de la Nación (2002): *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*, Año IX, Nro. 21, pág. 14.

⁴³ Ministerio de Salud de la Nación (2002): *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*, año IX N° 21, Octubre de 2002; pág. 14.

⁴⁴ Ministerio de Salud de la Nación (2003): *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*, *Op. Cit.*; pág. 10.

⁴⁵ Cfr. Ministerio de Salud de la Nación (2003): *Op. Cit.*; pág. 6.

⁴⁶ Cfr. Ministerio de Salud de la Nación (2003): *Op. Cit.*; pág. 8.

⁴⁷ Cfr. Ministerio de Salud de la Nación (2003): *Op. Cit.*; págs. 10 y 11.

⁴⁸ Cfr. Ministerio de Salud de la Nación (2003): *Op. Cit.*; pág. 17.

⁴⁹ La prevalencia corresponde al número de casos existentes de una enfermedad o condición en una población determinada. Es por tanto una medición puntual en el tiempo, que en el eje temporal se corresponde con una medición transversal. Por lo general, “no se hace distinción acerca de si los casos corresponden a casos nuevos o caso preexistentes al momento de la evaluación.” (Cfr. <http://escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/IndEpi2.htm>).

⁵⁰ Cfr. Ministerio de Salud de la Nación (2003): *Op. Cit.*; pág. 29.

jurisdicción, pudiendo provocar este hecho importantes distorsiones respecto a los resultados finales obtenidos⁵¹.

Por otro lado, según las estimaciones que realiza el Ministerio de Salud de la Nación sobre la base de los registros de notificación⁵², se calculó que la tasa de incidencia⁵³ de enfermos de SIDA en el 2002 fue de 47,1 casos por millón de habitantes⁵⁴ y la de infectados de 50,1 casos por millón de habitantes⁵⁵.

La tasa de mortalidad por VIH-SIDA mostró una tendencia a disminuir a partir de 1997, cuando se incorporó la triple terapia antirretroviral, tendencia decreciente que se estancó a partir de 1999 en un número de alrededor de 4 casos por cien mil habitantes. En el Boletín de SIDA se explica que este estancamiento "podría atribuirse a múltiples causas, entre otras, a diagnósticos tardíos, no adherencia al tratamiento antirretroviral, fallas en el tratamiento de larga duración, etc."⁵⁶.

Finalmente, cabe señalar que en septiembre de 2002 había 24.119 casos de SIDA notificados, 26.929 estimados y 7.485 casos de VIH notificados⁵⁷. No obstante, de acuerdo a ONUSIDA⁵⁸, el número de personas viviendo con VIH-SIDA en Argentina a finales del 2003 alcanzaba unas 130 mil personas, estimándose 60.000 como mínimo y 210.000 como máximo⁵⁹.

Tomando como base la procedencia geográfica y cantidad de las notificaciones a los respectivos registros, el Ministerio de Salud de la Nación calcula la tasa de incidencia de enfermos e infectados en las distintas provincias. Este dato no permite efectuar conclusiones certeras acerca del real patrón geográfico de la epidemia, ya que -como el mismo Ministerio

⁵¹ Como ejemplo de ello cabe mencionar lo sucedido en el año 2002 respecto a donantes de sangre y mujeres embarazadas. En el primero de los casos se comprobó un incremento de la prevalencia que pasó de un 0.12 en el 2001 a un 0.21 por mil en el 2002 lo que podría encontrar explicación – según el propio Ministerio de Salud- a que en el 2002 la muestra de la Ciudad de Buenos Aires (que es una jurisdicción con prevalencia superior a la de la media del país) tuvo más peso relativo que la que tuvo en años anteriores. Respecto al resultado obtenido en mujeres embarazadas se verifica un descenso del 18% en la prevalencia. El Ministerio entiende que tal comportamiento podría deberse fundamentalmente a que antes solo se testeaban mujeres con comportamiento de riesgo y en este año se amplió la muestra a la población general. Cfr. Ministerio de Salud de la Nación (2003): *Op. Cit.*; pág. 29.

⁵² Todos los médicos y/o instituciones de salud públicas y/o privadas están obligados a enviar al Ministerio de Salud de la Nación en un formulario especial la notificación de infectados de VIH o de enfermos de SIDA dentro de las 48 horas de confirmado el diagnóstico. Con los datos suministrados, el Ministerio lleva dos registros de notificación, de infectados y de enfermos. Volveremos a referirnos a estos registros más adelante en este informe.

⁵³ La incidencia se refiere a los nuevos casos de enfermedad en un lapso acotado de tiempo en personas libres de enfermedad al comienzo del seguimiento. (...) La tasa de incidencia recoge información acerca de los casos nuevos que son detectados en el periodo de exposición. (Cfr. <http://escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/IndEpi3.htm>).

⁵⁴ El Ministerio de Salud de la Nación calcula estas tasas tomando como base el número de casos notificados de cada año y los datos de población publicados en el Anuario Estadístico de la República Argentina.

⁵⁵ Cfr. Ministerio de Salud de la Nación (2003): *Op. Cit.*; págs. 6 y 13. Según el Boletín, la tasa de incidencia de infectados de 50,2 que se registra en el 2002 parece acercarse más al valor real que la registrada en el 2001 (que fue de 71,1), cifra que pudo estar influenciada por el hecho de que en el año 2001 se comenzó con el registro de infectados y por lo tanto "podían existir diagnósticos previos al 2001 que recién se notificaron en dicho año abultando la cantidad de casos por millón de habitantes".

⁵⁶ Ministerio de Salud de la Nación (2003): *Op. Cit.*; pág. 20.

⁵⁷ Ministerio de Salud de la Nación (2003): *Op. Cit.*; págs. , 5 y 13.

⁵⁸ ONUSIDA, *Epidemiological factsheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections, Argentina 2004 Update*, http://www.WHO.int/GlobalAtlas/PDFFactory/HIV/EFS_PDFs/EFS2004_AR.pdf

⁵⁹ De acuerdo al informe comparativo realizado en el marco de esta investigación, los casos acumulados y registrados de VIH-SIDA en Chile alcanzan a las 14.013 personas, en Ecuador a 4.491, en México a 71.526 y en Nicaragua a 1.099. Asimismo el número de personas viviendo con VIH-SIDA en cada uno de esos países sería: en Chile 23.920 personas, en Ecuador 45.000 y en México 150.000. Cfr. : VIH/SIDA y Derechos Humanos: El presupuesto público para la epidemia en Argentina, Chile, Ecuador, México y Nicaragua, Gabriel Lara y Helena Hofbauer Editores, México 2004. Accesible en www.fundar.org.ar

reconoce- "es posible que (tales cifras) se relacione[n] no sólo con epidemias de VIH-SIDA más extendidas sino también con mejores sistemas de diagnóstico, notificación y registro"⁶⁰. Otra fuente a la que puede recurrirse a fin de tener una idea aproximada del patrón geográfico de distribución de la epidemia -y que el Ministerio no publica en su Boletín-, sería la del número de personas asistidas por jurisdicción.

De acuerdo a la información que se conoce a través de los registros de notificación, surge que las jurisdicciones que más enfermos notificaron en el período 1982-2003 (sobre un total de 24119 casos) fueron: Buenos Aires (45,5%), Ciudad de Buenos Aires (27,3%), Santa Fe (6,1%), Córdoba (5%), Salta (1,6%), Misiones (1,5%), Tucumán (1%)⁶¹. En lo que respecta a la notificación de infectados, las jurisdicciones con mayor concentración de casos entre 2001⁶² y 2003 fueron: Buenos Aires con el 39,5%, la Ciudad de Buenos Aires con el 20,3%, Mendoza con el 5,7%, Santa Fe con el 5,4%, y Córdoba con el 4,6%⁶³.

Por otro lado, si se toma en cuenta la información relativa a las personas atendidas⁶⁴, surge que en el año 2003 (de un total de 17.788 personas que atiende el Programa Nacional), un 27,36 % eran asistidos en la provincia de Buenos Aires, un 42,7% en la ciudad de Buenos Aires, un 8,54% en Santa Fe, un 6,6% en Córdoba y un 1,41% en Mendoza. Si se comparan estas cifras con las consignadas anteriormente sobre la procedencia de la notificaciones -y teniendo en cuenta que se notifican a los respectivos registros tanto las personas atendidas por el sub-sector público como por el de obras sociales y por el sub- sector privado- surge que la ciudad de Buenos Aires y la provincia de Santa Fe atenderían una proporción mayor de personas que las que se notifican desde la jurisdicción.

IV. 2. La legislación y las políticas públicas para el VIH-SIDA.

Existen en nuestro país cuatro leyes fundamentales que regulan la atención de la salud de las personas viviendo con VIH-SIDA ⁶⁵:

La ley nacional de SIDA, N° 23.798⁶⁶, dictada en 1990 (en adelante la Ley de SIDA), establece que en la lucha contra el VIH-SIDA están comprendidas las siguientes acciones: la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población.

La ley 24.455⁶⁷ de prestaciones obligatorias de las obras sociales, sancionada en 1995, incluye la obligatoriedad de que las obras sociales dispensen los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos a sus afiliados viviendo con VIH-SIDA y lleven a cabo programas de prevención del VIH-SIDA y de drogadependencia.

⁶⁰ Cfr. Ministerio de Salud de la Nación (2003): *Op. Cit.*; pág. 14.

⁶¹ Cfr. Ministerio de Salud de la Nación (2003): *Op. Cit.*; pág. 40.

⁶² Recién en el año 2001 se crea el Registro de Infectados y comienza esta notificación.

⁶³ Cfr. Ministerio de Salud de la Nación (2003): *Op. Cit.*; pág.41.

⁶⁴ El Ministerio sólo lleva registro de las personas que se atienden a través del sistema público de salud. Esta información no se publica pero nos ha sido suministrada por la directora del Programa Nacional de SIDA en respuesta a un requerimiento que formalmente realizáramos a los efectos de esta investigación con fecha 27/8/03.

⁶⁵ Queda fuera del alcance de esta investigación y por lo tanto no se mencionan en este acápite las normas relativas al VIH-SIDA en el ámbito laboral y a la protección contra la discriminación en general.

⁶⁶ Publicada en el B.O. del 20/9/90.

⁶⁷ Publicada en el B.O. del 8/3/95.

La ley 24.754⁶⁸, sancionada en 1996, dirigida a establecer prestaciones obligatorias para las empresas de medicina prepaga, dispone que las empresas o entidades del sub- sector privado deberán cubrir, como mínimo, las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales por la ley 24.455.

Finalmente la ley 25.543⁶⁹ establece la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana a toda mujer embarazada como parte del cuidado prenatal normal en todos establecimientos médico- asistenciales estatales, dependientes de obras sociales y de las entidades de medicina prepaga.

De acuerdo al marco normativo descrito entonces, tanto el sub-sector estatal, como el de las obras sociales y el de las empresas de medicina prepaga están obligados por ley a brindar tratamiento médico, psicológico y farmacológico a las personas con VIH-SIDA, así como a llevar a cabo programas de prevención de SIDA. Para ello las obras sociales pueden solicitar apoyo financiero al Fondo Solidario de Redistribución al que nos hemos referido anteriormente.

Como ya se adelantara, las obras sociales provinciales y municipales, al no estar alcanzadas por la ley nacional 23.661, que establece el Programa Médico Obligatorio, no resultan obligadas a brindar cobertura del tratamiento para combatir el VIH-SIDA.

De esta forma, las personas afiliadas a las obras sociales provinciales y municipales, al no tener garantizada por ley la cobertura y al quedar excluidas del sistema público de salud, se encuentran en una peor situación jurídica en lo que respecta al acceso al tratamiento y a medicamentos, que las personas afiliadas a las obras sociales alcanzadas por la ley nacional 23.661 y las personas que cuentan con cobertura privada de atención médica. Esta diferencia jurídica también se refleja en las prestaciones realmente vigentes, ya que en muchos casos las obras sociales provinciales o municipales proveen una cobertura incompleta e inadecuada a sus afiliados que viven con VIH-SIDA⁷⁰, deficiencias de las que de todas maneras no escapan, a pesar del régimen de seguro de salud, algunas de las obras sociales alcanzadas por la ley 23.661.

⁶⁸ Publicada en el B.O. del 2/1/97.

⁶⁹ Publicada en el B.O. del 9/1/02

⁷⁰ Por ejemplo, desde fines del 2002, el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), obra social de los empleados de la administración pública de la Provincia de Buenos Aires, suspendió unilateralmente la entrega de medicación a algunos de sus afiliados, y comenzó a realizar entregas irregulares, fragmentadas o parciales a otros. Ante esta situación cuatro personas patrocinadas por el CELS interpusieron con fecha 27 de diciembre de 2002 una acción de amparo contra el IOMA y subsidiariamente, contra el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación a fin de que se regularizara la situación y se les brindaran los medicamentos necesarios para continuar sus tratamientos sin interrupciones. A pesar de que el juez dictó una medida cautelar a favor de los amparistas ordenando a IOMA brindar la medicación en tiempo y forma, la demandada continuó con su conducta renuente. En consecuencia, con fecha 15 de febrero de 2003 se ordenó al Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación que cumpliera con las provisiones de los medicamentos en base a su obligación subsidiaria de garantizar el derecho a las salud de todas las personas. Además de esas cuatro personas, el CELS recibió denuncias del mismo tenor por parte de muchos otros afiliados y pudo saber que cerca del 70% de los amparos presentados contra el IOMA son por incumplimientos relativos al VIH-SIDA. Médicos practicantes fueron consultados en diferentes hospitales públicos y también confirmaron la mala atención que se brinda a los afiliados de las obras sociales provinciales.

IV. 3 Estructura Institucional relacionada con el VIH-SIDA

Siguiendo los dictados de la ley de SIDA, en el año 1992 se creó el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus Humanos (Leucemia y SIDA)⁷¹, bajo directa dependencia del Ministro de Salud y Acción Social.

A pesar de que en el año 1996 y en el marco de este Programa, el Ministerio de Salud creó el Área de Gerenciamiento para la provisión de medicamentos antirretrovirales, el mecanismo adoptado para tal provisión consistió en la confección de listas de un reducido grupo de población, lo cual creó presión y competencia entre las personas infectadas y/o enfermas para estar incluidas en esas listas. El mecanismo elegido implicó un privilegio para las personas viviendo con VIH-SIDA residentes en la Ciudad de Buenos Aires y en el Gran Buenos Aires y entre ellas, las que estaban más informadas y comunicadas⁷².

La evolución y mejoramiento de la respuesta del gobierno en lo que respecta al tratamiento y cuidado integral a todas las personas viviendo con VIH-SIDA -independientemente de la cobertura de salud con la que cuentan⁷³-, ha sido en gran medida impulsada por las redes de personas viviendo con VIH-SIDA y las organizaciones no gubernamentales (ONGs) que se dedican a esta problemática, quienes desde muy temprano denunciaron la falta de acción del gobierno y reclamaron por distintas vías la adopción de medidas concretas de prevención y tratamiento⁷⁴.

En la actualidad existen tres programas nacionales vinculados al VIH-SIDA:

- 1) El Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano VIH-SIDA y enfermedades de transmisión sexual (ETS) (en adelante el Programa Nacional o el Programa de SIDA).
- 2) El Programa de Asistencia Financiera a Agentes de Seguro de Salud, que si bien no es un programa específico para VIH-SIDA, es el que administra y distribuye los subsidios provenientes del Fondo Solidario de Redistribución⁷⁵ a través de la Administradora de Programas Especiales (APE), organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional en la jurisdicción del Ministerio de Salud.
- 3) El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable creado en 2002 por ley 25.673, contempla entre sus actividades acciones vinculadas con la educación sexual, el acceso a métodos anticonceptivos y la promoción y difusión de información sobre salud sexual

⁷¹ Resolución del Ministerio de Salud N° 18/92.

⁷² Cfr. Bianco, M; Pagani, L; Re, M.I; Correa, C; *Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA*. Programa de investigación UNESCO/ONUSIDA. Estudios e Informes Serie Especial, No. 18. División de Políticas Culturales y de Diálogo Intercultural. UNESCO 2003., pág. 46.

⁷³ A excepción, como señaláramos, de los afiliados a obras sociales provinciales a las que no se las obliga expresamente a brindar tal tratamiento a sus afiliados.

⁷⁴ Entre otras importantes iniciativas cabe remarcar que gracias a la movilización de seis ONG's relacionadas con el VIH-SIDA, la Corte Suprema dictó la trascendente decisión "Asociación Benghalensis" al que hicieramos referencia anteriormente.

⁷⁵ Los subsidios deben otorgarse en forma mensual a las obras sociales que lo soliciten, por paciente tratado. Según información suministrada informalmente a los efectos de esta investigación por funcionarios de la Administración de Programas Especiales (APE), la asignación de subsidios para VIH-SIDA se estructura en diferentes módulos de reintegro que varían según el grado de infección del paciente entre \$400 a \$2600 por mes. Si el costo del tratamiento excede dicho monto se considera que la Obra Social debe financiar la diferencia.

y reproductiva⁷⁶. A pesar de su consagración legislativa, este Programa no ha contado con una asignación de recursos específicos y desagregados ni en el presupuesto de 2003, ni en el de 2004. Sí se contemplan recursos para actividades de salud reproductiva dentro del Programa 17 del Ministerio de Salud de Atención a la Madre y el Niño.

Los tres programas referidos anteriormente se desarrollan bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación; no existe información acerca de recursos o programas que se orienten total o parcialmente a abordar la problemática del VIH-SIDA en ninguna otra dependencia del Ejecutivo Nacional.

En lo que sigue nos concentraremos exclusivamente en el análisis del Programa Nacional.

IV. 4. El Programa Nacional

El Programa se estructura en base a diferentes componentes, que han cambiado a lo largo del tiempo, pero básicamente incluye la provisión de los siguientes bienes y servicios: asistencia universal con medicamentos, determinación de carga viral, entrega de reactivos de laboratorio a bancos de sangre y para el test de mujeres embarazadas, vigilancia epidemiológica e investigación en SIDA, prevención y control de enfermedades de transmisión sexual y difusión de información.

Los medicamentos que se proveen son aquéllos que se incluyen en el Vademécum básico para el tratamiento de pacientes VIH-SIDA del Programa Nacional de SIDA (en adelante el Vademécum), definido por el Comité Técnico Asesor de dicho Programa. Se brindan a personas enfermas e infectadas que en cualquier lugar del país lo requieran y que por su situación socioeconómica no puedan acceder a dichos medicamentos por otro medio, y carezcan de cobertura de salud a través de obra social o medicina prepaga.

La política del Estado en materia de prevención e información consiste en el desarrollo de una línea telefónica 0-800 mediante la cual se brinda información acerca del VIH-SIDA⁷⁷, la producción de folletería, la distribución de preservativos, la compra y distribución de reactivos para laboratorio y la realización de una campaña masiva anual cada 1ro de diciembre en el Día internacional de la lucha contra el VIH-SIDA⁷⁸.

Las tareas de vigilancia epidemiológica que se realizan y se financian desde el Programa Nacional consisten fundamentalmente en la administración de los registros de infectados y enfermos. Actualmente se utilizan dos mecanismos de vigilancia epidemiológica: 1) registros de notificación obligatoria de enfermos, es decir, de aquellas personas que hubieran manifestado la presencia de las denominadas enfermedades "marcadoras u oportunistas", las que se desarrollan en virtud del debilitamiento del sistema de defensas que provoca la presencia del virus; y de infectados, es decir, de aquellas personas que conviven con el virus pero que no han manifestado ninguna de las enfermedades marcadoras; y de fallecidos; y 2)

⁷⁶ Este programa fue reglamentado a través del decreto 1282 del 23 de mayo de 2003. Si bien su estudio ha quedado fuera del alcance de este informe, para más información sobre su historia y características, así como de la situación de las políticas públicas en materia de salud reproductiva en Argentina, cfr. CELS; *Hechos 2000 Derechos Humanos Argentina 2001*, Siglo XXI de Argentina Editores, Buenos Aires, mayo 2001 183 y ss.

⁷⁷ A partir de abril de 2002 este servicio también brinda información referida al *stock* de medicamentos disponibles para las personas viviendo con el virus cubiertas por el Programa.

⁷⁸ Al no estar desagregadas en el presupuesto del programa, no resulta claro cómo son financiadas estas actividades.

estudios de seroprevalencia de VIH a través de la metodología de sitios centinela, ya comentada anteriormente.

Con respecto al método de notificaciones, debe tenerse en cuenta que hasta el mes de junio del año 2001 sólo resultaba obligatorio informar sobre la existencia de casos de enfermos, no de infectados. Recién en esa fecha se creó el registro de infectados a nivel nacional, cuyo grado de funcionamiento en las provincias es todavía muy precario. Los estudios a través de sitios centinela se comenzaron a realizar a partir de 1998 en los siguientes grupos de población: mujeres embarazadas, consultantes de consultorios de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), voluntarios, privados de libertad, ingresantes a las Fuerzas Armadas, donantes de sangre, trabajadores sexuales, usuarios de drogas intravenosas (UDIs), y hombres que tienen sexo con hombres (HSH). La cantidad de sitios y la población estudiada a través de sitios centinela varía mucho según jurisdicción verificándose en general que en la mayoría de las provincias solo se estudian uno o dos grupos poblacionales exclusivamente. El grupo que más se estudia en todas las provincias es el de mujeres embarazadas y solo cuatro de las 24 jurisdicciones estudian al grupo de UDIs a pesar de que el uso de drogas intravenosas representa todavía una de las principales causas de transmisión del virus.

De acuerdo a la Ley de SIDA las actividades arriba descriptas deben desarrollarse en todas las jurisdicciones del país. En efecto el art. 4 de dicha ley dispone que las autoridades sanitarias de cada jurisdicción deben, entre otras cosas, desarrollar programas destinados al cumplimiento de las acciones de lucha contra el SIDA, gestionando los recursos para su financiación y ejecución, y promover la capacitación de recursos humanos y propender al desarrollo de actividades de investigación⁷⁹. Al Poder Ejecutivo de cada jurisdicción le corresponde además arbitrar medidas para llevar a conocimiento de la población las características del VIH-SIDA, las posibles causas o medios de transmisión y contagio, las medidas aconsejables de prevención y los tratamientos adecuados para su curación.

A su vez la ley establece que "los gastos que demande el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 4º de la presente ley serán solventados por la Nación, imputados a Rentas Generales, y por los respectivos presupuestos de cada jurisdicción"⁸⁰. Asimismo, en su art. 3º, reconoce que el Ministerio de Salud y Acción Social podrá concurrir a cualquier parte del país para contribuir al cumplimiento de la ley.

Fuera de la ley de SIDA y su decreto reglamentario, existe solo una resolución del Ministerio de Salud donde se establecen pautas muy generales sobre el deslinde de competencias entre la nación y las autoridades de las otras jurisdicciones⁸¹. En todo lo que no está regulado por dichas normas, esta cuestión se maneja a través de la firma de convenios⁸² y por acuerdos y prácticas institucionales que no están claramente definidas en ningún documento escrito de relevancia jurídica.

Cabe en este punto recordar que la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el referido caso "Asociación Benghalensis"⁸³ ha interpretado estas disposiciones de la Ley de SIDA estableciendo tres criterios que son de importancia fundamental para comprender la

⁷⁹ De acuerdo al Decreto N° 1.244/91 reglamentario de la ley de SIDA, se consideran autoridades sanitarias al Ministerio de Salud y Acción Social por medio de la Subsecretaría de Salud, y a las autoridades de mayor jerarquía en esa área en las Provincias y en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

⁸⁰ Ley Nacional de SIDA, art. 21.

⁸¹ Resolución MSyAS N° 346/97.

⁸² Existen unos convenios tipo que se han suscripto a fin de operativizar la Resolución 346 en donde se regula exclusivamente la provisión de medicamentos y tareas básicas de vigilancia epidemiológica.

⁸³ Ver supra Nota 43.

distribución de responsabilidades legales que estatuye esta Ley. Ha dicho la Corte en este pronunciamiento que:

- i. “Si bien los gastos que demanda el cumplimiento de la ley de Lucha contra el SIDA 23.798 deben ser solventados por la Nación y por las provincias, ello no supone que el Estado federal haya delegado la responsabilidad del cumplimiento del mencionado régimen -en el caso, no se suministraron los medicamentos en forma oportuna-, declarado expresamente de interés nacional.” (del dictamen del procurador general que la Corte hace suyo).
- ii. “Aunque los medicamentos para los enfermos de SIDA -de acuerdo a la ley de Lucha contra el SIDA 23.798 (Adla, L-D, 3627)- se distribuyan a través de los gobiernos locales, el Estado Nacional es el responsable del cumplimiento de la ley frente a terceros, sin perjuicio de la responsabilidad que, cabe a las jurisdicciones provinciales o instituciones privadas” (del dictamen del procurador general que la Corte hace suyo).
- iii. “La responsabilidad del Estado, en su condición de autoridad de aplicación que diseña el plan de distribución de los medicamentos para los enfermos de SIDA -ley de Lucha contra el SIDA 23.798 -, no se agota con las entregas, sino que debe velar por su correcto cumplimiento, asegurando la continuidad y regularidad del tratamiento médico.” (del dictamen del procurador general que la Corte

Ahora bien, de acuerdo a la información relevada para este estudio surge que en la práctica la articulación y distribución de tareas queda estructurada de la siguiente manera:

- el Ministerio de Salud de la Nación, a través del Programa Nacional, se encarga de las siguientes actividades: a) compra y provisión de medicamentos⁸⁴; b) autorización y financiamiento de los test de carga viral; c) compra y distribución de reactivos para bancos de sangre y para la realización de los test a mujeres embarazadas; d) compra de reactivos para test ELISA y Western Blott; e) provisión de folletería para información y prevención; f) distribución de preservativos; g) financiamiento de la línea 0-800 Pregunte SIDA (que puede ser utilizada desde cualquier lugar del país); h) financiamiento de los estudios de recuentos linfocitarios (CD4 y CD8) para las jurisdicciones que lo soliciten (a partir del 2003), e i) administración de los registros de enfermos e infectados.

- Las jurisdicciones provinciales deben financiar: a) los costos del transporte de los medicamentos y reactivos que adquiere el Ministerio desde la capital a la respectiva jurisdicción, y dentro de ella a los efectores correspondientes⁸⁵; b) el envío de los test de carga viral a los respectivos centros de análisis; c) los estudios de recuentos linfocitarios o el costo del envío de los mismos a los laboratorios que ofrece el Ministerio de Salud de la Nación a partir del año 2003; d) la compra y financiamiento de los reactivos para la realización del test a la población en general (fuera de los bancos de sangre); e) la compra y provisión del leche maternizada o leche fórmula para bebés de madres VIH positivas; f) la organización y financiamiento de tareas de vigilancia epidemiológica (incluidos centros centinela); y el

⁸⁴ Los medicamentos que suministra el Ministerio de Salud son únicamente los que están incluidos en el Vademécum. La medicación es solicitada mensualmente por las jurisdicciones y consignada en forma personalizada, según código de paciente. A través del área de Gerenciamiento, se revisan las solicitudes y se prepara la medicación, que es retirada por las respectivas jurisdicciones provinciales para su distribución a los beneficiarios del Programa. En el Anexo 1 de la Resolución 763/98, el Ministerio de Salud estableció los requisitos para acceder a la medicación del Programa Nacional.

⁸⁵ Las jurisdicciones retiran los medicamentos del Ministerio de Salud y las distribuyen a los distintos hospitales y/o centros de salud.

mantenimiento de registros y sistemas de notificación de casos; g) la asistencia psicológica y contención a personas viviendo con VIH-SIDA; h) el financiamiento de infraestructura hospitalaria y recursos en salud y i) la realización de tareas y campañas de prevención para la población de la provincia y para grupos vulnerables, que se realicen más allá de la folletería y preservativos que suministra el Programa Nacional.

Además de estas actividades que han constituido el núcleo de la política estatal en la materia, no podemos dejar de mencionar dos proyectos que se han desarrollado en forma paralela a aquéllas durante los años bajo estudio: el proyecto LUSIDA y la Planeación Estratégica. Ambos proyectos contaron con financiamiento externo aunque sólo el primero de ellos se incorporó e informó en el presupuesto público.

El Proyecto LUSIDA, siguiendo la estructura de los proyectos financiados por el Banco Mundial, se proponía un objetivo global -disminuir el crecimiento de la epidemia a través de la promoción de actividades de prevención y del mejoramiento de Vigilancia Epidemiológica⁸⁶- y contaba con distintos componentes:

a. fondo de asistencia para las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC's) por el cual se brindó apoyo financiero a tales organizaciones para realizar proyectos de prevención dirigidos a grupos específicos en las áreas geográficas que mayor número de casos de enfermedad informó⁸⁷.

b. Comunicación Social y Educación sobre SIDA y ETS, que desarrolló una campaña de prevención del SIDA mediante la utilización de los medios de comunicación masivos⁸⁸.

c. Fortalecimiento del Sector Público de Salud dedicado al VIH-SIDA, que tenía previsto, entre otras actividades, fortalecer la capacidad institucional de los servicios públicos de salud adecuando los recursos físicos y de equipamiento y elaborar información que permitiera conocer la magnitud y las tendencias de la epidemia de VIH-SIDA realizando acciones de vigilancia epidemiológica⁸⁹.

d. Evaluación y Monitoreo de las actividades del proyecto⁹⁰.

Dado que al diseñarse este proyecto se consideró necesario priorizar las tareas de prevención en aquellas áreas geográficas con mayor número de enfermos registrados, estas actividades se concentraron en Ciudad de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba.

⁸⁶ Ver *Qué es LUSIDA*, en <http://www.msal.gov.ar/htm/site/Lusida/QueEsLusida%5CQueEsLusida.htm>

⁸⁷ El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) recibió financiamiento por parte del proyecto LUSIDA para el desarrollo del proyecto "Condiciones para la prevención y el tratamiento de VIH/SIDA en población penitenciaria". Sobre este proyecto ver: CELS, LUSIDA, VIH-SIDA en el Sistema Penitenciario Federal, Modificación de hábitos y prácticas para la correcta prevención y tratamiento y VIH-SIDA, Los derechos de las personas privadas de libertad, Normas, jurisprudencia y prácticas en la prevención y el tratamiento de VIH/SIDA. Ambas publicadas en Buenos Aires, Junio 2002.

⁸⁸ El Proyecto LUSIDA, a través del cual el Estado nacional canalizó las actividades de prevención y vigilancia, concentró su accionar únicamente en las cuatro jurisdicciones que en 1997 contaban con mayor número de enfermos registrados. De este modo dichas actividades en las restantes jurisdicciones ha quedado supeditada casi totalmente a la iniciativa y recursos que cada provincia o municipio dispongan para ello.

⁸⁹ A través del LUSIDA se establecieron sitios centinela en las cuatro jurisdicciones en las que se desarrolló el proyecto: Ciudad de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba.

⁹⁰ Ver *Qué es LUSIDA*, en <http://www.msal.gov.ar/htm/site/Lusida/QueEsLusida%5CQueEsLusida.htm> En la información que brinda el Ministerio se omite mencionar un quinto componente de este proyecto que consistía en la administración del proyecto.

En lo que respecta a la Planeación Estratégica, se inició en el año 1999 con financiamiento del Programa de Naciones Unidas para la Lucha contra el SIDA (ONUSIDA) con el objetivo de “desarrollar un programa integrado de control de la epidemia y de respuesta nacional a la misma con participación de los distintos actores”⁹¹. Para ello se llevó a cabo un diagnóstico de situación y un análisis de los problemas y factores críticos relacionados con la prevención y control, con la atención integral de las personas viviendo con VIH-SIDA, y con la gerencia y la capacidad de gestión de los Programas⁹². Sobre la base de este diagnóstico se ideó un Plan Operativo de acción global para el período 2000/03 y un extenso y detallado Plan Operativo 2001. Estos planes enunciaron estrategias y objetivos prioritarios a fin de solucionar los problemas detectados en el diagnóstico, propusieron acciones, proyectos y metas a alcanzar en el período 2000-2003 y delimitaron las atribuciones nación- provincias, en materia de recursos y responsabilidades, apuntando a mejorar la coordinación y articulación entre los niveles nacionales, provinciales, municipales, de la sociedad civil y el sector privado en lo que hace a la respuesta eficaz a la epidemia⁹³.

IV. 5 Los problemas de la implementación del Programa

De acuerdo a lo hasta aquí dicho es preciso reconocer que la legislación del Estado Argentino en materia de lucha contra el VIH-SIDA así como la interpretación que de ella ha hecho la Corte Suprema de Justicia de la Nación, se adecuan y respetan principios básicos de derechos humanos como los de universalidad, integralidad y no discriminación. Sin embargo, se ha detectado que al momento de diseñarse la política y especialmente al momento de su implementación, surgen numerosas falencias que desdibujan el respeto de tan fundamentales principios. El respeto y protección de los derechos humanos encuentra amplia recepción normativa más no así en la concepción e implementación de la política.

El autodiagnóstico realizado en el marco del proceso de Planeación Estratégica constituye un buen punto de partida para identificar diversos aspectos críticos que ya en 1999 requerían prioritaria superación. En este sentido, en relación a las actividades de prevención se observaba: a) ausencia de actividades de prevención programadas sistemáticas y escasa asignación de presupuesto para éstas actividades; b) escasas actividades de prevención dirigidas a poblaciones vulnerables; c) proyectos de prevención a través de OSC's destinados a población general y no a grupos vulnerables, d) falta de coordinación entre las distintas áreas gubernamentales y e) dificultad para la prevención y el control del VIH-SIDA en las áreas rurales.

En relación con la atención integral de las personas viviendo con VIH-SIDA se señalaba: a) insuficiente atención en el primer nivel de pacientes con VIH-SIDA y ETS; b) escasa implementación de los programas de control de la transmisión vertical, a pesar de las normativas nacionales; c) ausencia de una política sostenida para incentivar la realización del diagnóstico temprano de la infección por VIH; d) falta de mecanismos de control de la existencia de medicamentos en los distintos niveles provinciales, locales y en los efectores, que llevan a faltantes o a existencia de cantidades excesivas de alguna medicación; e) escasa dotación de sistemas informáticos en las jurisdicciones, hospitales y otros efectores de salud; f)

⁹¹ La información proviene de la página de Internet del Ministerio de Salud, donde se describe pormenorizadamente los antecedentes y actividades del Plan Estratégico es www.msai.gov.ar/htm/site/Lusida/Programas/PlanEstrategico.htm

⁹² En adelante nos referiremos a este proceso como el proceso de planeación estratégica o como el diagnóstico de la planeación estratégica.

⁹³ El resultado de tal diagnóstico y el contenido de los planes operativos serán retomados cuando abordemos la implementación de la política pública del VIH-SIDA.

problemas en los mecanismos de distribución para la provisión de los medicamentos de la Nación a las provincias y de éstas a los efectores y entre ellos (dificultad en la comunicación, falta de información actualizada de existencia de medicamentos, falta de mecanismos de transporte y otros); g) falta de cobertura de estudios de recuento de linfocitos (CD4) en distintas áreas del país y h) escasa regionalización para los estudios de carga viral y costos muy elevados de las mismas.

En relación al gerenciamiento y la capacidad de gestión de los programas, se identificó: a) insuficiente desarrollo de la vigilancia epidemiológica en VIH-SIDA y ETS (importante retraso y subregistro en la notificación de los enfermos, duplicaciones, informe de pacientes que no tienen SIDA, incumplimiento de la notificación de la mortalidad, escasos sitios centinela con insuficiente cobertura geográfica) que impiden conocer adecuadamente el estado de la epidemia y su seguimiento; b) insuficiente institucionalización y articulación de los programas provinciales y municipales de VIH-SIDA y excesiva dependencia del Ministerio Nacional y c) escaso o nulo presupuesto en las provincias para los programas de VIH-SIDA y ETS, incluyendo epidemiología, atención y prevención⁹⁴.

En el Plan Operativo 2001 y para superar los problemas relevados en el diagnóstico, se planteaban diversos objetivos y metas para las principales áreas problemáticas.

En cuanto a Actividades de prevención se planeaba la necesidad de reducir la transmisión de VIH y ETS mediante, entre otras, las siguientes estrategias: desarrollar actividades de prevención que incluyan campañas masivas y focalizadas de información en el ámbito nacional, provincial y local, promover la educación sexual en jóvenes escolarizados y no escolarizados, intensificar el asesoramiento y el diagnóstico serológico de la infección por el control pre-natal, e incorporar la perspectiva de género. Para ello se preveían numerosas acciones y metas como por ejemplo: (i) desarrollar los contenidos y campañas de prevención junto a los distintos actores locales de las Provincias, (ii) producir materiales informativos y desarrollar actividades de difusión en grupos específicos, (iii) desarrollar un proyecto de capacitación a jóvenes no escolarizados, (iv) realizar talleres para grupos de jóvenes en riesgo y trabajadores del sexo en áreas urbanas de mayor prevalencia, (v) realizar el seguimiento del tratamiento de embarazadas portadoras de VIH-SIDA incluyendo visita domiciliaria a embarazadas que no hayan vuelto a la consulta, (v) realizar talleres de capacitación para incorporar la perspectiva de género en todos los programas.

En lo que respecta a la atención integral de las personas viviendo con VIH-SIDA se planteaban como objetivos implementar redes asistenciales con referencia y contrarreferencia y promover la garantía de los derechos fundamentales de las personas afectadas directa o indirectamente por VIH-SIDA, para cuyo alcance se preveían diferentes acciones y metas tales como: (i) establecer una red en las provincias, por regiones y/o localidades; (ii) relevar los recursos humanos y técnicos locales de acuerdo a los criterios requeridos y lograr un 80% de la red integrada (municipios, provincias, nación); (iii) realizar un relevamiento de recursos humanos y técnicos; (iv) capacitar al personal de salud sobre la importancia de la red; (v) realizar talleres de capacitación sobre los derechos de las personas viviendo con VIH-SIDA; (vi) publicar cartillas de derechos humanos; (vii) establecer mecanismos de control; (viii) crear un comité asesor nacional en derechos humanos y VIH-SIDA; (ix) realizar talleres de capacitación al personal y difundir cartillas.

En lo concerniente a gerenciamiento y capacidad de gestión de los Programas los objetivos eran mejorar la vigilancia epidemiológica, reducir el subregistro de personas enfermas y la

⁹⁴ Cfr. www.msal.gov.ar/htm/site/Lusida/Programas/PlanEstrategico.html.

demora en la notificación, y mejorar la notificación de las muertes y realizar investigaciones sobre prácticas sociales y costumbres en diferentes poblaciones. A tal efecto se contemplaban las siguientes acciones y metas: (i) existencia de por lo menos 2 sitios centinela por provincia; (ii) la coordinación con el Proyecto VIGI-A; (iii) la realización de tres reuniones anuales con médicos tratantes de todas las jurisdicciones para mejorar la notificación de casos; (iv) disminuir al 10% el subregistro; (v) la realización de talleres de capacitación en vigilancia epidemiológica; (vi) brindar formación a las provincias en metodologías sobre estudios de comportamiento; (vii) desarrollar protocolos de estudio sobre comportamientos y (viii) monitorear tales estudios.

Para ejecutar estas acciones y dar continuidad a la estrategia adoptada se contó con financiamiento de ONUSIDA⁹⁵. No obstante, no hemos podido verificar que estas acciones se hayan implementado ni que se haya avanzado en la definición y elaboración de los Planes Operativos 2002 y 2003. Por el contrario, hemos comprobado la persistencia de los problemas detectados, y advertido asimismo otras falencias:

En relación a la atención integral de las personas viviendo con VIH-SIDA, constatamos la existencia de diversos obstáculos que impiden el efectivo acceso a los medicamentos en tiempo y forma debidos por parte de los beneficiarios del Programa, y problemas de articulación entre el nivel nacional y los niveles provinciales.

- Inconvenientes e incumplimientos en la entrega de medicamentos básicos

Se han registrado inconvenientes e incumplimientos en la entrega de medicamentos básicos por parte del Ministerio de Salud de la Nación por faltantes de stock-causados aparentemente por problemas burocráticos ocurridos en los procesos de compra, que se reflejaron en entregas fraccionadas de los medicamentos, y en ocasiones, tardías⁹⁶. Asimismo, se ha verificado la persistencia de los problemas identificados durante la planeación estratégica en relación al transporte de medicamentos hacia las provincias, problemas que obstaculizan y en ciertos casos directamente impiden a las personas acceder a los medicamentos que se les recetan en tiempo y lugar oportunos⁹⁷.

Muchas de estas irregularidades quedaron comprobadas en el marco de una acción judicial de amparo colectivo por el acceso a los medicamentos de VIH-SIDA patrocinado por el CELS, caso "A.V. y C.M. c./ Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación s/amparo"⁹⁸. Esta causa

⁹⁵ En el sitio web del PNUD Argentina figura, entre otros, el Proyecto ARG/01/006 que cuenta con "financiamiento del Programa ONUSIDA para apoyar actividades a nivel de país en forma de Fondos para la Aceleración del Programa (FAP) a fin de ejecutar las acciones definidas como prioridades en el plan estratégico nacional". El financiamiento es de \$97.087 y tiene una vigencia del 1.5.01 al 31.7.03 no habiendo información acerca de sus componentes e implementación.

⁹⁶ Estos inconvenientes han sido denunciados innumerables veces por personas viviendo con SIDA que se acercan al CELS en busca de apoyo y han provocado la iniciación del proceso judicial "A.V. y C.M. c./ Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación s/amparo".

⁹⁷ Las irregularidades en materia de distribución que obstaculizan el acceso a los medicamentos de las personas viviendo con VIH-SIDA ha quedado documentada y probada en el marco del proceso judicial "A.V. y C.M. c./ Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación s/amparo". Para probar tales problemas, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y la Red de Personas Viviendo con VIH-SIDA realizaron un relevamiento sobre la existencia y provisión de medicamentos a nivel nacional, a través de un cuestionario dirigido a los Jefes de Programas Provinciales de ETS y SIDA y a los médicos de los Hospitales públicos que operan como efectores del Programa Nacional en todo el país.

⁹⁸ Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil y Comercial Federal N° 7, Secretaría N° 14, "AV y otros c/Ministerio de Salud de la Nación s/amparo", expte. 3223/2002, 27 de febrero de 2004.

se inicia en abril de 2002 a partir de las denuncias realizadas por dos beneficiarios del Programa Nacional, A.V., residente en la Provincia de Buenos Aires, y C.M, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el sentido de que el Programa les había suspendido las entregas de medicamentos. AV y CM explicaron al CELS que entre los meses de marzo y abril del año 2001 les fue informado, en la sede del Ministerio de Salud de la Nación, que el Programa Sida no tenía más medicación o, eventualmente, que contaba solo con ciertos medicamentos de los que componían el cóctel pero no de otros. Esta circunstancia determinó que debieran interrumpir sus tratamientos médicos, pese a las graves consecuencias que ello trae para su salud⁹⁹.

Dado que la situación denunciada afectaba a todos los beneficiarios del Programa de SIDA, la acción de amparo se presentó en forma colectiva solicitando se ordene la inmediata regularización en el suministro de la medicación tanto de las personas afectadas presentadas como respecto de toda aquella otra persona que se encontrara en idéntica situación. Para acreditar las irregularidades en materia de distribución que obstaculizan el acceso a los medicamentos de las personas viviendo con VIH-SIDA, en el marco de este proceso el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y la Red de Personas Viviendo con VIH-SIDA, realizaron un relevamiento, entre los meses de septiembre y octubre de 2003, sobre la existencia y provisión de medicamentos a nivel nacional, a través de un cuestionario dirigido a los Jefes de Programas Provinciales de ETS y SIDA y a los médicos de los Hospitales públicos que operan como efectores del Programa Nacional en todo el país¹⁰⁰.

Un número importante de las respuestas recibidas coincidieron en señalar retrasos en las llegadas de los pedidos de medicamentos, faltantes de una o más drogas, diferencias entre los medicamentos solicitados mensualmente y los efectivamente recibidos y engorrosos trámites burocráticos para acceder a estudios de carga viral o de CD4, todo lo cual provoca la suspensión o interrupción de los tratamientos médicos y producen modificaciones sobre los resultados de los test¹⁰¹.

En su sentencia, del 27 de febrero de 2004, el Juez de Primera Instancia¹⁰² condenó al Ministerio de Salud y Acción Social a “adoptar todas las medidas necesarias para garantizar y restablecer la entrega continua e ininterrumpida de los medicamentos que requieran todas las personas beneficiarias del Programa SIDA y los amparistas A.V. y C.M., para continuar sus respectivos tratamientos conforme las prescripciones médicas respectivas”.

Teniendo en cuenta los problemas relativos al suministro de medicación y las deficiencias de articulación entre el Estado Nacional y los Provinciales que quedaron probados con el

⁹⁹ Está ampliamente difundido, hoy en día, que si las personas viviendo con VIH interrumpen los tratamientos existen amplias posibilidades de que el organismo genere resistencia a los medicamentos, lo que provoca, en muchas personas, la necesidad de cambiar de tratamientos y agrava considerablemente la posibilidad de contraer SIDA.

¹⁰⁰ En particular, se les preguntó: 1. ¿Cuántos beneficiarios del Programa Nacional reciben los medicamentos necesarios para su tratamiento en esta dependencia? 2. ¿En qué período del mes se realiza el pedido de medicamentos?, 3. ¿El pedido es enviado al hospital en tiempo y forma?, 4. En caso de no recibir la totalidad de la medicación necesaria en esta dependencia, ¿Qué porcentaje del pedido suele ser satisfecho?, 5. ¿Qué cantidad aproximada de beneficiarios deben dirigirse al Ministerio de Salud de la Nación u otra dependencia oficial en busca de los medicamentos faltantes?, 6. ¿Cómo calificaría el funcionamiento de la distribución en general? y 7. ¿Cuál es la situación de acceso a estudios de Carga Viral y CD4 de los beneficiarios atendidos en esa dependencia?.

¹⁰¹ Se debe destacar que las solicitudes de medicación se efectúan en forma personalizada. Las distintas jurisdicciones envían el listado de pacientes con los medicamentos requeridos por cada uno de ellos. Por tal motivo, la falta de una sola unidad implica que una determinada persona se verá obligada a interrumpir su tratamiento poniendo en serio riesgo su salud y su vida.

¹⁰² Dr. Luis María Márquez.

relevamiento efectuado por el CELS y la Red de Personas Viviendo con VIH-SIDA, el juez resaltó la “imperiosa necesidad de que todos los órganos y agentes del sistema de salud articulen eficazmente sus acciones” y sostuvo que “un adecuado funcionamiento del plan no se cumple solo con la yuxtaposición de los agentes que lo integran y los medios empleados (...) sino que resulta imprescindible, además, que todos ellos se articulen activamente en cada momento y con relación a cada paciente. Ello así puesto que cada individuo que requiere atención médica pone en acción todo el sistema, y un acto fallido en cualquiera de sus partes, sea en lo que hace a la faz de la prestación médica-asistencia como entrega de medicamentos, en la medida en que pudiera incidir en el restablecimiento del paciente, demorándolo o tornándolo más difícil, necesariamente ha de comprometer la responsabilidad de quien tiene a su cargo la dirección del sistema y su contralor”¹⁰³.

Asimismo se han efectuado diversas denuncias que ponen en duda los debidos controles de calidad de los medicamentos que se proveen a los beneficiarios del Programa, y se ha cuestionado, al mismo tiempo, el excesivo tiempo que demanda la realización y resultados de los test de carga viral, CD4 y CD8. Por otro lado se verifica que muchos beneficiarios del Programa que han manifestado resistencia a ciertos medicamentos se ven privados de acceder a los nuevos tratamientos prescritos por sus médicos debido a que los medicamentos correspondientes no se encuentran incluidos en el Vademécum. Tampoco se contemplan en el Vademécum -y por tanto no se proveen- los medicamentos necesarios para tratar algunas de las enfermedades consideradas por la ciencia médica como marcadoras del VIH-SIDA como por ejemplo la soriasis.

- Articulación y coordinación de políticas a nivel inter-jurisdiccional

De la información relevada tampoco se ha podido identificar la existencia de actividades para mejorar la articulación y coordinación de políticas entre las distintas jurisdicciones del Poder Ejecutivo con incumbencias en la problemática de la lucha contra el SIDA (como son Educación, Trabajo y Desarrollo Social), ni aún entre las distintas áreas y programas del Ministerio de Salud. Este cuadro se completa con la información que a los efectos de esta investigación solicitamos formalmente a las provincias, de donde surge que, en general, las tareas que quedan a su cargo se llevan a cabo de manera muy irregular. De las 10 provincias que contestaron el formulario de preguntas preparado para esta investigación surge que:

- a) salvo contadas excepciones, ninguna provincia organiza ni dedica presupuesto propio para actividades o campañas de prevención, información y educación¹⁰⁴;
- b) sólo 4 provincias proveen sustitutos de leche materna a bebés hijos de madres VIH positivas;

¹⁰³ Causa “AV y otros c/Ministerio de Salud de la Nación s/amparo”, considerando XI. Otro aspecto de esta decisión que nos interesa señalar, en virtud de que constituye un aporte trascendental a la justiciabilidad del derecho a la salud, delimitando el alcance de las obligaciones del Estado, es la afirmación que hace el Juez de que “el ESTADO NACIONAL no puede utilizar como argumento una cuestión de emergencia para justificar la no provisión de medicamentos en tiempo oportuno y en contradicción a lo que él mismo se ha obligado” (...) “no se puede supeditar la salud pública a los vaivenes del mercado o a la espera de una mejora en la economía del país”. Para obtener una copia de la sentencia dirigirse a cels@cels.org.ar.

¹⁰⁴ Hay ciudades dentro de las provincias que tienen su propio programa y recursos como por ejemplo la ciudad de Rosario en Santa Fe.

c) sólo 2 provincias tienen establecido un sistema de boleto sanitario para que las personas se trasladen a los centros de atención, aún cuando el 66.66% de las provincias consultadas reconocen que el test Western Blott (confirmatorio del test ELISA) se realiza en un solo hospital de referencia de cada provincia;

d) El porcentaje de mujeres embarazadas, que teniendo su parto en hospitales públicos se realiza el test de VIH varía significativamente entre las distintas provincias. Mientras en algunas, como Río Negro y Santa Cruz, el porcentaje alcanza a un 75% y 61% respectivamente, en otras, como Santiago del Estero y Córdoba, la cifra desciende al 17% y 16% respectivamente¹⁰⁵.

Como ejemplo de la falta de acciones estratégicas de coordinación y complementación entre la nación y las provincias, puede citarse la apreciación que efectuara en el 2000 la Sindicatura General de la Nación sobre el diseño del Proyecto LUSIDA. Tal organismo expresa, con relación al componente de establecimiento y mejoramiento de hospitales, que “los proyectos sanitarios en proceso de implementación no han sido desarrollados teniendo en cuenta una estrategia integradora tanto en el ámbito provincial como municipal” y que “los proyectos han sido más un relevamiento de necesidades que el desarrollo de una complementación de las capacidades entre las instituciones”¹⁰⁶.

- Mecanismos de vigilancia epidemiológica

Persisten, además, los problemas detectados en la planeación estratégica con respecto a las falencias en los mecanismos de vigilancia epidemiológica en las distintas provincias, y la insuficiente institucionalización y articulación de los programas provinciales y municipales de VIH-SIDA.

Al leer la información recabada a través de estos mecanismos de vigilancia -cuya existencia y funcionamiento no podemos dejar de ponderar- resulta sin embargo preciso advertir que: a) el registro de enfermos, que desde hace varios años se sigue en forma obligatoria en todo el país, resulta deficiente en virtud del retraso de la información, el subregistro y el diagnóstico deficiente de los casos¹⁰⁷; b) los registros son acumulativos de casos y por lo tanto no discriminan entre personas vivas o fallecidas y c) la distribución y variedad de grupos poblacionales estudiados a través los sitios centinela cambian en cada provincia, verificándose en general que en la mayoría de ellas sólo se estudian uno o dos grupos poblacionales exclusivamente y se cuenta con pocos sitios para ello. El grupo que más se estudia en las provincias que utilizan esta metodología es el de mujeres embarazadas y sólo cuatro de las 24

¹⁰⁵ En el cuestionario remitido se consultó sobre el número de *test* realizados y el número de partos realizados en los años 1999/2003. Con estos datos produjimos los porcentajes correspondientes por año. Los números que figuran aquí son los porcentajes correspondientes al año 2000 por tratarse de un año respecto del cual todas las provincias brindaron información.

¹⁰⁶ Sindicatura General de la Nación (SIGEN), *Proyecto de Control del SIDA y ETS- Préstamo BIRF 4168.-AR. Informe Ejecutivo, octubre 2000.* http://www.sigen.gov.ar/documentacion/informes_sigen/ms001001.pdf

¹⁰⁷ Tal como lo explicara la Dirección de Gastos Sociales Consolidados existe un importante retraso en las notificaciones que llegan al registro nacional pudiendo producirse retrasos de hasta dos o tres años respecto de la fecha de diagnóstico. También existen casos que si bien se diagnostican en los servicios de salud, no se notifican nunca al Programa Nacional, y casos de diagnósticos errados. Cfr. *Evaluación del Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual* del 30 de abril de 2001, elaborado por la Dirección de Gastos Sociales Consolidados, Secretaría de Hacienda, Ministerio de Economía de la Nación, www.mecon.gov.ar/secpro/sida.pdf

jurisdicciones estudian al grupo de UDIs, a pesar de que el uso de drogas intravenosas representa una de las principales causas de transmisión del virus.

Frente a este panorama, es importante recordar que: i) la ley de SIDA en su artículo 3° otorga al Ministerio de Salud la potestad de “concurrir a cualquier parte del país para contribuir al cumplimiento de la ley”, ii) que en los convenios que se suscribieron con las provincias para la distribución de competencias quedó proyectada la realización de, como mínimo, una instancia evaluatoria anual de los programas provinciales y iii) que la Corte Suprema al interpretar los alcances de la Ley de SIDA dejó claramente sentado que la responsabilidad del Estado no se agota con las entregas de medicamentos, sino que debe velar por su correcto cumplimiento, asegurando la continuidad y regularidad del tratamiento médico¹⁰⁸.

A pesar de estar obligado a garantizar que la prevención, tratamiento y atención del VIH-SIDA sea accesible sin discriminación ni trabas físicas, económicas o jurídicas para todos los habitantes independientemente del lugar donde residan o del tipo de cobertura de salud con el que cuenten, y no obstante contar con herramientas que le permitirían evaluar y supervisar que tal derecho sea efectivamente respetado en todas las jurisdicciones, el Estado Nacional no parece tener en cuenta esta obligación cuando diseña e implementa la política pública en la materia. Efectivamente, de la información disponible no surge que el Ministerio de Salud esté llevando a cabo estas tareas de control, ni que esté desarrollando otras tendientes a lograr una mayor y mejor actividad y atención por parte de las autoridades locales.

Retomando lo expuesto hasta aquí, encontramos por un lado la existencia de diversos obstáculos que impiden el efectivo acceso a los medicamentos en tiempo y forma debidos por parte de los beneficiarios del Programa. Por otro lado han detectado disparidades importantes en cuanto al acceso al tratamiento y cuidado de salud de las personas viviendo con VIH-SIDA según el lugar en que residan, junto a una notable ausencia de medidas estatales tendientes a superar tales diferencias. Asimismo se advierte escasa atención tanto por parte de las jurisdicciones locales como de la Nación respecto a las actividades de prevención e información, así como debilidades recurrentes en los mecanismos de vigilancia epidemiológica y producción de información sobre la magnitud, evolución y distribución geográfica y social de la epidemia que en definitiva afectan el diseño adecuado de la política pública.

En definitiva, las deficiencias enunciadas atentan contra la posibilidad de garantizar que efectivamente todas las personas, independientemente del lugar donde residan y de la cobertura de salud con la que cuentan, accedan y reciban el tratamiento en tiempo y modo adecuados, y el cuidado, la prevención y la información que la lucha contra el VIH-SIDA y las obligaciones de derechos humanos en materia de salud demandan.

V.- El presupuesto asignado a la lucha contra el VIH-SIDA

V. 1. Presentación

Siguiendo lo dispuesto en la normativa y práctica presupuestaria del ámbito nacional, el presupuesto del Programa Nacional de SIDA se presenta dividido en una serie de actividades específicas, a las cuales se les asigna un monto de dinero determinado, e incluye asimismo en forma paralela e independiente de tales actividades, una serie de metas físicas a ser cumplidas durante el ejercicio.

¹⁰⁸ Cfr. CSJN, “Asociación Benghalensis”, Op.Cit, considerando XI.

Durante el período abarcado por este estudio, el Programa Nacional de SIDA ha variado la cantidad y descripción de sus actividades, incluyendo entre tres y cinco actividades según los años, y ha previsto diversas metas e indicadores de producción que en general guardaban relación con más de una actividad. El proyecto LUSIDA figura en todos los años como una actividad específica obedeciendo ello –posiblemente- a que la normativa presupuestaria indica que en el caso de los gastos financiados con préstamos internacionales debe abrirse una actividad por cada préstamo. Así, en 1999, 2000 y 2003 las actividades en que se descomponía el programa eran: 1) Vigilancia Epidemiológica e Investigación en SIDA, 2) Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual, 3) Asistencia con Medicamentos a pacientes con SIDA, 4) LUSIDA.

En 2000 y 2001 estas actividades eran: 1) Vigilancia Epidemiológica e Investigación en SIDA, 2) Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual, y 3) LUSIDA. Y en el 2004: 1) Vigilancia Epidemiológica e Investigación en SIDA, 2) Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual, 3) Asistencia con Medicamentos a pacientes con SIDA.

Cuando se analizan los objetivos que se propone el Programa en general, y los propósitos específicos de cada una de las actividades en las que se ha abierto, se nota que habría un número importante de acciones que el Programa debería llevar a cabo para alcanzar aquellos objetivos y para cuya ejecución o medición no se han previsto metas físicas o indicadores de producción. Un ejemplo de esto es que recién a partir del año 2003 se establecen metas físicas relacionadas con actividades de prevención.

Además, hasta el 2003, la comprensión misma de las acciones y objetivos de cada actividad en que se descomponía el Programa de SIDA resultaba sumamente dificultosa debido al alto grado de superposición y vaguedad en que estaban expresadas. Por ejemplo, en el período 1999-2000 tanto la actividad de Vigilancia, la de Prevención como la de Asistencia tenían previstas, entre otras acciones, el suministro de medicamentos. Del mismo modo, la cesión de reactivos estaba tanto a cargo de la actividad Vigilancia Epidemiológica como de la de Asistencia con Medicamentos. En el ejercicio 2001 tanto la actividad Vigilancia epidemiológica, como la de Prevención y Control y el Proyecto LUSIDA proveían la realización de acciones de prevención. Esta superposición impedía conocer la asignación de recursos que se destinaba realmente a tales acciones.

A partir del 2003 se han eliminado las superposiciones y se describen las acciones por cada actividad en forma más clara y precisa, excepción hecha del Proyecto LUSIDA que, salvo en el año 2001, no se presenta desagregado en ninguna acción específica.

De acuerdo a información suministrada por la titular del Programa de SIDA, a los efectos de esta investigación¹⁰⁹, en la práctica “los criterios que se han seguido para establecer las metas físicas y requerimientos financieros del Programa para cada año fiscal son: a) estimación del número de personas afectadas por SIDA e infectados de VIH en Argentina, b) distribución de dichas personas según la cobertura de salud a la que tienen acceso, c) patrón de crecimiento del SIDA y enfermedades de transmisión sexual, d) atención de pacientes: pacientes asistidos por jurisdicción-institución y porcentajes de tratamiento según su tipo (combinaciones de drogas), e) estimación comparativa de costos de tratamientos, f) cantidad de reactivos efectivamente distribuidos y número de determinaciones realizadas, g) número de bancos de sangre asistidos con reactivos y porcentaje estimado sobre el total, h) estudios de carga viral financiados. i) situación epidemiológica, j) cálculo de estudios de testeo de VIH y pruebas

¹⁰⁹ En respuesta a una consulta que le efectuáramos en el marco de esta investigación, con fecha 27 de agosto de 2003.

confirmatorias para las embarazadas y los recién nacidos a partir de los partos institucionales del sector público y la seroprevalencia de la patología”.

Llama la atención que no se incluya en este listado acciones relacionadas con campañas y tareas de prevención, información y educación.

A continuación analizaremos el presupuesto asignado al Programa en los distintos años estudiados. Veremos en particular el volumen y distribución de los recursos entre las distintas actividades, el peso relativo del financiamiento externo, el nivel de ejecución del gasto, y el cumplimiento de las metas propuestas. Asimismo revisaremos la prioridad macroeconómica del presupuesto público en VIH/SIDA y de la salud pública en general.

V. 2 El presupuesto asignado al Programa de SIDA

En el presente acápite se presentan comparativamente los presupuestos asignados al Programa durante los años bajo estudio, distinguiendo en todos los casos entre los recursos autorizados al aprobarse la ley de presupuesto (presupuesto asignado), los recursos efectivamente asignados al Programa al cierre del ejercicio (presupuesto vigente), así como el gasto efectivamente ejecutado a tal momento (presupuesto ejecutado)¹¹⁰. También se compara el peso relativo que en términos de recursos revisten cada una de las actividades desarrolladas por el Programa en cada año y la prioridad que entre un año y otro se le fueron asignando a tales actividades.

Tabla I.

Presupuesto para VIH-SIDA¹¹¹ y tasa de crecimiento real interanual (Cifras en pesos 2001)

Año	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Valor inicial asignado	71.781.175	62.709.307	82.011.705	48.589.308	129.115.646	105.409.830
Crecimiento interanual presupuesto inicial		-13	31	-41	166	-18
Valor al cierre de ejercicio	88.103.145	68.990.221	64.912.220	84.008.260	99.959.902	96.525.868
Crecimiento interanual presupuesto a cierre		-22	-6	29	19	-3
Gasto ejecutado	77.091.662	56.020.502	53.227.097	58.927.646	88.021.037	43.204.950

¹¹⁰ En el presupuesto asignado inicialmente se consignan los recursos que se autorizará a gastar durante todo el año al Programa o entidad específica. A lo largo del ejercicio esta cifra inicial puede sufrir modificaciones en más o en menos, el presupuesto o crédito vigente nos informa cuántos son tales recursos al momento de nuestra consulta. El presupuesto o gasto ejecutado por su lado nos indica cuanto de ese crédito vigente se encuentra efectivamente devengado (es decir nos informa sobre las erogaciones realizadas efectivamente).

¹¹¹ Durante el período 1999-2001 la paridad cambiaria del peso argentino con el dólar estadounidense fue de 1 a 1. Durante el 2002 el promedio de dicha paridad fue de 3,138\$ y en el 2003 de 2,94\$.

Crecimiento interanual del gasto ejecutado		-27	-5	11	49	-51
--	--	-----	----	----	----	-----

Fuente: elaboración propia sobre información proveniente de las Decisiones Administrativas de Distribución y de las planillas de ejecución física financiera del presupuesto publicadas por la Oficina Nacional de Presupuesto. Los valores reales se calcularon recurriendo al deflactor del PBI utilizando el PBI a precios constantes del 1993 que publica el INDEC actualizando el año base al 2001. Los valores de los créditos de cierre del ejercicio y ejecutado para el año 2004 corresponden al 30.9.04 y provienen del sitio de consulta de la ejecución del presupuesto del Ministerio de Economía. (<http://sg.mecan.ar/ejecucion/>).

Para una correcta lectura de la información consignada en el cuadro que antecede es preciso aclarar que: a) el aumento en el valor final del presupuesto del 2002 que se observa guarda directa relación con el hecho de que en enero de 2002, una vez que ya estaba aprobado el presupuesto para ese año fiscal, se derogó el régimen de convertibilidad según el cual la moneda argentina estaba equiparada al dólar estadounidense. Ello afectó considerablemente los costos de muchos de los insumos del Programa haciendo necesario que se le otorgaran créditos adicionales. Así, como luego veremos, al Programa se le adjudicó a mediados de ese año un crédito adicional de 93 millones de pesos¹¹² de los cuales hacia el final de período y por no haberse ejecutado los mismos sólo le quedaron disponibles para gastar 46.241.219 (en términos nominales)¹¹³. b) Con la misma lógica debe entenderse el crecimiento que se verifica en el presupuesto inicial asignado en el año 2003 que contrasta considerablemente con el que se verifica en años anteriores.

Del cuadro precedente destacamos que tanto en el año 2000, como en el 2002 y en el 2004, el presupuesto asignado al Programa de SIDA sufrió una disminución importante en relación al año inmediato anterior, respecto de lo cual no hemos podido encontrar explicación en los documentos oficiales analizados, ni entendemos que haya podido responder a una disminución de costos o precios. Tampoco en esos años el Programa Nacional redujo las metas físicas presupuestarias a cubrir, es decir no disminuyó el número de personas a asistir con medicamentos, las determinaciones serológicas a realizar, ni la cantidad de cargas virales. Por el contrario, si se atiende a las metas y productos que el Programa se planteaba alcanzar con sus recursos presupuestarios en tales ejercicios fiscales puede apreciarse que dichas metas coincidían o aún superaban las previstas en los años precedentes donde el presupuesto era mayor¹¹⁴.

Aún cuando pueda suponerse que la reducción del presupuesto en el año 2000 podría responder a que los precios de los medicamentos por paciente experimentaron una disminución importante en comparación con los de 1999¹¹⁵ y a que fueron renegociados los contratos celebrados con las Universidades Nacionales para la determinación de carga viral lográndose un ahorro importante¹¹⁶, puede también pensarse que la reducción podría haber

¹¹² Ver informes sobre de la ejecución física financiera del Programa de SIDA en el tercer y cuarto trimestres del 2002 (http://www.mecan.gov.ar/onp/html/fisica_presupuesto/2002.htm)

¹¹³ Volveremos sobre este punto más adelante en este informe.

¹¹⁴ Las metas y productos referidas se encuentran descritas en las respectivas decisiones administrativas que dicta el Jefe de Gabinete de Ministros para la distribución de los créditos presupuestarios. Véase la Tabla 4 de este trabajo para conocer concretamente cuáles fueron las metas físicas que el Programa Nacional se propuso cumplir en cada uno de los años estudiados.

¹¹⁵ Pasando el costo del tratamiento por paciente por año de \$ 8949,6 en 1999 a \$ 2505,6 en 2000.

¹¹⁶ Cuenta de Inversión año 2000, Evaluación de Resultados de la Gestión Gubernamental Resultados por Programas y Proyectos en Orden Institucional, Programa: Lucha contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual. http://www.mecan.gov.ar/hacienda/cgn/cuenta/2000/tomo_ii/16-80_ac.htm

impactado en las tareas de prevención o vigilancia epidemiológica para las que no se cuantifican metas y cuyo grado de ejecución por lo tanto no se informa. Ello en tanto, si se atienden los datos consignados en la tabla 3 “Presupuesto de cada componente del Programa” se verifica que, con excepción de los del Proyecto LUSIDA, fueron disminuidos los créditos de todas las actividades del Programa y no sólo los de la asistencia con medicamentos¹¹⁷.

Por otro lado, si los mejores precios hubieran sido el motivo de la reducción presupuestaria en el 2000, 2002 y 2004, ello significaría que un ahorro en los costos de los insumos se traduce en una disminución de los recursos totales asignados para la lucha contra el VIH-SIDA en lugar de en un incremento de los recursos a tareas que quedaban postergadas frente a la asistencia con medicamentos, como la prevención o la ampliación y mejoramiento de la vigilancia epidemiológica¹¹⁸.

V. 3. Composición porcentual del presupuesto y distribución entre tratamiento, y cuidado, prevención y mitigación del impacto de la epidemia e investigación.

En este acápite se analizará la relación porcentual que en el presupuesto del Programa ocupa cada uno de sus componentes en los distintos años estudiados.

Antes de entrar en el estudio de este punto, es preciso recordar que hasta el año 2003 no resultaba muy claro a qué componente del Programa le correspondían el tratamiento y el cuidado, a cuál la prevención y a cuál la investigación, ya que dichas acciones aparecían en general superpuestas en los distintos componentes.

No obstante, a fin de facilitar la comparación entre todos aquellos años en los que el Programa se compuso de cuatro componentes (actividades) consideraremos a la actividad 1 “Vigilancia Epidemiológica e Investigación en SIDA” como la que concentra las tareas de investigación, a la actividad 2 “Prevención y Control de ETS” (y sus variantes) junto al proyecto LUSIDA como las que concentran las actividades de prevención¹¹⁹, y a la actividad 3 “Asistencia con medicamentos” como la que se dedica al tratamiento y cuidado. En los años 2001 y 2002 en los que la actividad 3 de Asistencia con Medicamentos fue subsumida en la 1 de Vigilancia Epidemiológica, el análisis de las prioridades se dificulta, pudiéndose comparar únicamente la vigilancia, investigación y tratamiento en forma agregada y su proporción frente a las actividades de prevención y difusión.

En el siguiente cuadro consignamos el crédito real para cada uno de los componentes del Programa SIDA y su valor porcentual dentro del total.

¹¹⁷ Si la reducción de recursos se hubiera motivado únicamente en mejores precios de los medicamentos y los test de carga viral la lógica indica que solo el componente del programa que destina recursos a esos fines debió haberse disminuido y no todos los demás.

¹¹⁸ Dado que la información disponible es insuficiente para conocer a qué otros fines, programas, o jurisdicciones se destinaron los recursos que dejaron de utilizarse carecemos de parámetros para controlar y evaluar la razonabilidad de la reasignación.

¹¹⁹ Ello no obstante no es del todo apropiado ya que el Proyecto LUSIDA además de tareas de prevención y difusión de información tenía entre sus objetivos la “refuncionalización de hospitales que claramente no puede ser calificada como una actividad de prevención. De todas maneras la refuncionalización de hospitales representa una pequeña parte del proyecto LUSIDA y su ejecución ha sido muy baja.

Tabla 2. Presupuesto de cada componente del programa¹²⁰ (Cifras reales en pesos de 2001)

Año	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Vigilancia Epidemiológica e investigación	446.160	383.420	77.202.199	46.252.025	42.926.209	39.190.384
Valor porcentual	0,63%	0,60%	94,10%	95,20%	33,20%	37,17%
Prevención y control de enfermedades de transmisión sexual	217.3140	150.894	594.506	224.764	150.801	67.985
Valor porcentual	0,37%	0,20%	0,70%	0,40%	0,20%	0,064%
LUSIDA	4.994.507	5.751.178	4.215.000	2.112.519	207.753	-
Valor porcentual	7%	9,20%	5,20%	4,40%	0,10%	
Asistencia con medicamentos	66.123.367	56.423.815			85.830.883	66.151.460
Valor porcentual	92%	90%	Nd	Nd	66,50%	62,76

Fuente: Elaboración propia sobre información proveniente de las Decisiones Administrativas de Distribución. Los valores reales se calcularon recurriendo al deflactor del PBI utilizando el PBI a precios constantes del 1993 que publica el INDEC actualizando el año base al 2001. Para el año 2004 se tomó el valor de PBI promedio del primer y segundo trimestre.

Como puede verse, en el período 1999-2002 la actividad de Asistencia con medicamentos representa el 90% o más del total de presupuesto asignado al Programa. En el período 1999-2001 le seguían en orden de prioridad presupuestaria las actividades de prevención que, incluyendo el Proyecto LUSIDA, representaban entre un 4,5% y un 10% del presupuesto total. Ello se modifica en el período 2002-2004 en los que las tareas de Vigilancia e Investigación cobran mayor importancia que las de Prevención, resaltando al respecto los años 2003 y 2004 en el que llegan a representar un 33% y un 37% del presupuesto respectivamente, disminuyendo los componentes de Asistencia con medicamentos y de Prevención y control.

No contamos con elementos que nos permitan evaluar la suficiencia, insuficiencia o impacto de los recursos asignados para las distintas actividades, ni los motivos por los cuales se produce a partir de los dos últimos años el cambio de tendencia hacia mayores recursos en investigación y menores en prevención y medicamentos. Por lo tanto, tampoco nos es posible realizar apreciaciones sobre su distribución porcentual en el total del presupuesto. No obstante, nos interesa resaltar algunos de los datos que surgen de este cuadro que resultan particularmente llamativos.

Un primer hecho que llama la atención es el modo en que se han venido asignado los recursos para la actividad de Prevención y Control: se disminuyen de 1999 al 2000, y se aumentan hasta el triple de su valor en el 2001 para volver a ser reducidos a más de la mitad en el 2002, aún más reducidos en el 2003 y finalmente llevados a un ínfimo monto en el 2004. Estas

¹²⁰ No contamos en este caso con información sobre el presupuesto final asignado a cada componente. Por tal motivo no podemos repetir aquí el esquema seguido en el cuadro anterior en el que se distingue entre el presupuesto inicialmente otorgado y el que resulta al cierre del ejercicio.

fluctuaciones en la asignación presupuestaria para las actividades de prevención, ponen en duda la real importancia que del Gobierno Nacional asigna a tales tareas.

Con respecto al componente de LUSIDA es útil recordar que hasta el año 2000 dicho proyecto canalizaba una parte importante de las actividades de prevención del Programa a través del otorgamiento de subsidios a Organizaciones de la Sociedad Civil para realizar proyectos de prevención dirigidos a grupos vulnerables. Al finalizar dicho componente del Proyecto LUSIDA en el año 2000, el Programa de SIDA no volvió a prever fondos para continuar con dicha actividad o alguna similar.

En síntesis puede observarse que con excepción del año 2001, en el periodo estudiado se viene produciendo una constante caída en los recursos que se asignan a las dos actividades que concentran la prevención del VIH-SIDA que se lleva a cabo desde el Estado nacional (Prevención y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y LUSIDA).

Otra cuestión que merece señalarse es la relación entre la actividad de Vigilancia Epidemiológica e Investigación y la de Asistencia con Medicamentos. Durante los años 1999 y 2000 resultaba claro que la Vigilancia ocupaba un lugar mínimo, de menos del 1%, dentro del presupuesto del Programa y que la Asistencia con Medicamentos acaparaba más del 90%. Dado que en los ejercicios 2001 y 2002 ambas actividades se acumulan en la de Vigilancia, esta última actividad pasa a tener entonces el 95% del presupuesto del Programa no resultando entonces posible saber cuánto se destinó a la vigilancia y cuánto a asistencia.

Cuando en el ejercicio 2003 se vuelve a la división anterior de 4 actividades, la relación entre Vigilancia y Asistencia varía radicalmente respecto a lo que sucedía en el período 1999-2000, viéndose la primera incrementada y la segunda reducida en un 30%, composición que se repite en el ejercicio 2004. No obstante estas variaciones, no se está previendo la realización de ninguna tarea que el Programa no viniera realizando, ni se especifican otros motivos que expliquen esta diferente distribución de créditos.

V. 4.- Ejecución del gasto

Tabla 3. Gasto ejecutado para el total del gasto en VIH-SIDA (Cifras en pesos corrientes)

Año	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Crédito Inicial	71.831.372	63.404.071	82.011.705	63.435.078	186.259.653	166.743.147
Crédito Final	88.164.756	69.754.572	64.912.220	109.677.000	144.200.159	152.700.000
Devengado/ejecutado	77.145.573	56.641.160	53.227.097	76.933.000	126.977.390	68.321.131
% Ejecutado crédito inicial	107,4%	89,3%	64,9%	121,3%	68%	
% Ejecutado crédito final	87,5%	81,2%	82,0%	70,1%	88%	

Fuente: Cuentas de Inversión año 1999-2003 y sitio de consulta de la ejecución del presupuesto para el ciudadano del Ministerio de Economía. Los valores del crédito final y ejecutado del 2004 corresponden al 30.9.04

Salvo en lo que respecta al año 2002, no hay información que explique las diferencias que se observan entre los créditos iniciales y los finales, las variaciones de tales créditos a lo largo del año, ni sobre la procedencia de los mayores recursos en los casos en que ha habido incrementos. Con respecto al 2002 se explica que en el segundo semestre del año se incrementaron los recursos disponibles para el Programa en 93 millones de pesos a fin de hacer frente a los mayores costos de los medicamentos producto de la devaluación. Allí también se informa que estos mayores recursos respondían a una reasignación de créditos provenientes de un préstamo del Banco Mundial para el proyecto VIGI-A y que, como la ejecución de los mismos fue casi nula, finalmente en el último trimestre del año dichos créditos volvieron a reorientarse dejando para el Programa de SIDA sólo 17,9 millones de pesos adicionales de los cuales sólo 13 millones fueron efectivamente ejecutados.

Si bien en la Cuenta de Inversión del 2003 ya no se explica el por qué de las diferencias entre los créditos original, vigente y ejecutado, sí se hace mención a que en lugar de comprarse los medicamentos con los créditos previstos para ello, es decir los provenientes del préstamo VIGI-A, se presentó la necesidad de recurrir a recursos provenientes del programa de emergencia sanitaria.

Tabla 4. Ejecución física de metas y productos previstos por el Programa de SIDA

1999	Ejecución	Producto	Unidad de medida	Programación anual	% de Ejec.
	13.458	Asistencia con medicamentos	Persona asistida/mes	10.063	
2000	2.250.000	Distribución de biológicos de uso diagnóstico	Determinación sexológica	2.250.000	100%
	Ejecución	Producto	Unidad de medida	Programación anual	% de Ejec.
2001	13.560	Asistencia con medicamentos	Persona asistida/mes	12.700	
	3.495.532	Distribución de biológicos de uso diagnóstico	Determinación sexológica	2.500.000	139,8%
2002	Ejecución	Producto	Unidad de medida	Programación anual	% de Ejec.
	15.140	Asistencia con medicamentos	Persona asistida/mes	15.476	
2002	1.421.172	Distribución de biológicos de uso diagnóstico	Determinación sexológica	2.250.000	63,2%
	1.252	Refuncionalización de hospitales	Metro cuadrado	2.871	43,6%
2002	Ejecución	Producto	Unidad de medida	Programación anual	% de Ejec.
	17.261	Asistencia con medicamentos	Persona asistida/mes	15.756	

2003	1.021.350	Distribución de biológicos de uso diagnóstico	Determinación serológica	2.750.000	37,1%
	1045	Refuncionalización de hospitales	Metro cuadrado	3418	30,6%
	Ejecución	Producto	Unidad de medida	Programación anual	% de Ejec.
	17.758	Asistencia con medicamentos	Persona asistida/mes	20.707	85,8
	1.422.582	Distribución de biológicos de uso diagnóstico	Determinación serológica	2.565.000	55,5%
	28.926	Estudio de carga viral	Análisis realizado	25.000	115,7%%
	76.903	Atención telefónica VIH-SIDA	Persona atendida	85000	90,5%

1999.- Fuente: Informe ejecución físico financiera del presupuesto 1999, cuarto trimestre. http://www.mecon.gov.ar/onp/html/fisica_presupuesto/1999/cuarto/imagenes/3.1me.GIF

2000.- Fuente: Informe ejecución físico financiera del presupuesto 2000, cuarto trimestre. http://www.mecon.gov.ar/onp/html/fisica_presupuesto/2000/cuarto/imagenes/image519.GIF

2001.- Fuente: Informe ejecución físico financiera del presupuesto 2001, cuarto trimestre. http://www.mecon.gov.ar/onp/html/fisica_presupuesto/2001/cuarto/imagenes/image448.G...

2002.- Fuente: Informe ejecución físico financiera del presupuesto 2002, cuarto trimestre. http://www.mecon.gov.ar/onp/html/fisica_presupuesto/2002/cuarto/imagenes/image199.gif

2003.- Fuente: Informe ejecución físico financiera del presupuesto 2003, tercer trimestre. http://www.mecon.gov.ar/onp/html/fisica_presupuesto/2001/cuarto/imagenes/image448.G...

El análisis de los datos que se vuelcan en el cuadro que antecede y la explicación que sobre el mismo se encuentra en los pertinentes informes de ejecución físico financiera del presupuesto, permiten realizar algunas observaciones tanto respecto al modo en que el Programa Nacional asigna, dispone, y ejecuta recursos públicos para la lucha contra el VIH-SIDA, como sobre la información que respecto de ello se brinda a la ciudadanía. Las observaciones se relacionan, entre otras cosas, con: (i) la poca claridad en los criterios para el cálculo y asignación original de recursos públicos, (ii) la sub- ejecución de créditos disponibles, (iii) la baja calidad de la información acerca del modo en que se ejecutan los recursos y de las consecuencias de la sub- ejecución.

Si se atiende por un lado a los cuadros de ejecución física de las metas y productos del Programa se advierte, especialmente a partir del año 2001, se puede observar la baja ejecución de ciertas metas programadas como la determinación serológica¹²¹ y la refuncionalización de hospitales. Si bien en los documentos de ejecución presupuestaria se brindan argumentos para justificar tal sub- ejecución¹²², en cambio, no se encuentra en esos u

¹²¹ Entre el año 2001 y 2003 se realizaron 3.699.896 determinaciones serológicas menos que las previstas como metas por el Programa de SIDA.

¹²² El motivo que se arguye para la sub- ejecución en la distribución de biológicos es que hubo problemas con la adjudicación o concreción de las correspondientes licitaciones para la adquisición de los reactivos.

otros informes oficiales explicación acerca del impacto que tal sub ejecución pudo haber tenido en la salud de la población y/o en los objetivos que el programa se planteaba lograr.

El nivel de ejecución de las metas relacionadas con la refuncionalización de hospitales parece haber sido aún más bajo. En efecto, en el año 2000, la ejecución de la meta de refuncionalizar 4568 m²¹²³ fue nula, explicándose en la Cuenta de Inversión que en virtud de la “reprogramación de las actividades del proyecto LUSIDA en acuerdo con la Misión de Término Medio del Banco Mundial”¹²⁴, se determinó su aplazamiento para el año 2001¹²⁵. No obstante, en el año 2001 ya no se preveía refuncionalizar los 4568 m² que quedaron pendientes del 2000 sino sólo 2871, de los cuales sólo se completaron 2175 correspondientes a hospitales y centros de salud en los Municipios de Morón-Moreno, San Martín, Avellaneda, Gral. Pueyrredón y Berazategui, no proporcionándose ninguna aclaración respecto a por qué se decidió disminuir la cantidad de metros a remodelar. Luego, en el año 2002 nuevamente se preveían remodelar 3418 metros cuadrados y solo se remodeló un 30%, es decir, 1045 m².

La razón que se aduce para esta nueva falta de ejecución es que se tuvo que disminuir el “ritmo de las obras debido a la necesidad de renegociar los contratos en razón de los cambios económicos ocurridos en el año”¹²⁶. Sin embargo, tras haber sido sub ejecutada durante tres años seguidos, esta meta dejó informarse en el ejercicio 2003. Esto hace pensar que se abandonó la remodelación de hospitales a pesar de que en su momento se consideró que era necesario llevar a cabo tales remodelaciones y de que aparentemente había contratos en ejecución que se estaban renegociando.

Al no disponerse de ninguna explicación sobre los motivos que llevaron al gobierno y al Banco Mundial a destinar parte importante de los recursos del préstamo a la “remodelación de hospitales” (actividad cuya vinculación con la lucha contra el VIH-SIDA no resulta evidente), ni sobre las razones para luego abandonar su ejecución, como tampoco sobre el modo en que se emplearon los recursos remanentes, resulta imposible evaluar la razonabilidad y efectos de tal suspensión y controlar el destino que se dio finalmente a los recursos del préstamo.

La asistencia con medicamentos es la meta física que en general mayor porcentaje de ejecución presenta aunque tanto en el 2001 como en el 2003 fue sub- ejecutada.

Con respecto a la sub- ejecución del crédito final asignado en el 2002 no se informa con claridad si esta sub- ejecución de recursos afectó únicamente el cumplimiento de las metas de distribución de insumos y refuncionalización de hospitales que, como puede verse, fueron muy inferiores a las programadas para el período, o si también impactó en otras actividades.

(iv) Asimismo, resulta curioso que habiendo sido tan baja la ejecución de los recursos disponibles en el 2002, y reconociendo el propio Programa que dichos recursos adicionales que no se ejecutaron habían sido previstos para la compra de medicamentos, la ejecución de la meta de personas asistidas por mes con medicamentos resulte superior a la programada. Por otro lado, el dato que se consigna sobre las personas asistidas omite informar acerca de

¹²³ No se menciona en los cuadros de ejecución física que anteceden debido a que el informe de ejecución físico financiera del cuarto trimestre del 2000 de donde extrajimos nuestra tabla no la incluye.

¹²⁴ Reprogramación que no se informa en qué consistió.

¹²⁵ Fuente: Cuenta de inversión, 2000.

¹²⁶ Cuenta de Inversión, 2002.

las irregularidades en el suministro de medicamentos que se verificaron durante ese año y que provocaron la interposición de una acción de amparo contra el Ministerio de Salud¹²⁷.

(v) Es importante por último destacar, como aspecto positivo, la inclusión expresa, a partir del ejercicio 2003, de metas relacionadas con actividades que el Programa ya venía realizando en años anteriores sin ser cuantificadas, como los análisis de carga viral y la atención telefónica.

V.4.-Fuentes de financiamiento Recursos externos: donaciones y préstamos

Conocer el peso relativo que el financiamiento externo tiene dentro del presupuesto del Programa nos ha permitido observar:: i) que el financiamiento con recursos externos que, por su propia naturaleza, duran una cantidad limitada de tiempo podría afectar la continuidad de ciertas actividades esenciales del programa; ii) la confusa forma en que la asignación y ejecución de tales recursos se registra presupuestariamente; iii) la precariedad de la información disponible acerca del contenido y alcance de los préstamos y proyectos financiados.

Asimismo entendemos que un predominio del financiamiento de fuente externa podría afectar la institucionalidad del Programa. En los párrafos siguientes profundizaremos esta idea utilizando el ejemplo del proyecto LUSIDA que muestra que, cuando determinadas actividades se financian únicamente con recursos externos, no suelen tener continuidad una vez que el financiamiento específico termina.

a) Donaciones

De la revisión de las planillas anexas al presupuesto surge que el Programa de SIDA no habría recibido donaciones en ninguno de los años estudiados.

Por su parte la Directora del Programa de SIDA nos informó que el Estado nacional no suele recibir donaciones para la lucha contra el SIDA y que solo se han recibido medicamentos en muy pequeño número¹²⁸.

Sin embargo, se han detectado donaciones a la República Argentina para la realización de ciertas actividades que se llevan a cabo en colaboración con, o en el marco del Programa Nacional de SIDA que, a pesar de lo dispuesto por el artículo 21 de la Ley 24156 de Administración Financiera (en el sentido de que el financiamiento proveniente de donaciones debe considerarse como recurso del ejercicio e incorporarse al presupuesto), no son registradas como tales.

Por un lado, se verifican donaciones provenientes de ONUSIDA¹²⁹ cuyas características, montos e implementación no son informadas en ninguno de los documentos que componen el

¹²⁷ Tal como se informara supra cap. IV.5 en relación al caso "A.V.y otros c/Ministerio de Salud de la Nación" durante el año 2001 las numerosas irregularidades producidos en la entrega de medicamentos a los beneficiarios del programa dieron lugar a la presentación de una acción de amparo y al dictado de una medida cautelar por la cual se ordenó al Ministerio de Salud y Acción Social, que adoptara las medidas necesarias para "regularizar y mantener en lo sucesivo el suministro prestaciones medicinales relativas al síndrome de inmunodeficiencia adquirida".

¹²⁸ Información suministrada por el Programa Nacional de SIDA con fecha 27 de agosto de 2003 en respuesta a una consulta que le efectuáramos en el marco de esta investigación.

¹²⁹ Como por ejemplo el Proyecto ARG/01/006 tendiente a ejecutar las acciones definidas como prioridades en el plan estratégico nacional, y el proyecto ARG/98/036 para la formulación del Plan Estratégico Nacional 1999-2003.

proceso presupuestario nacional, ni en los relativos a la descripción y ejecución del Programa Nacional de SIDA que provee el Ministerio de Salud¹³⁰.

Asimismo, en enero de 2003 la Argentina recibió una donación del Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria por 12,2 millones de dólares para ser implementados en su totalidad a actividades de lucha contra el SIDA durante un período de dos años¹³¹, que tampoco se registra en el presupuesto del Programa de SIDA.

Al no incorporarse estos fondos recibidos en donación en el Presupuesto nacional, la administración y ejecución de los mismos no es alcanzada por los mecanismos de control y evaluación que rigen para el resto de los recursos públicos que, como se ha dicho, permiten, entre otras cosas, conocer el volumen de ejecución de los recursos públicos y - aunque en forma incompleta e imprecisa- su destino.

En el caso de los fondos otorgados por el Fondo Mundial, la entidad que administra los recursos y controla la ejecución de los proyectos que se ejecutan es el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Argentina. Por otro lado, un Mecanismo de Coordinación de País (CCM) conformado por representantes del Estado, de la sociedad civil (foros y redes de PVVS), de instituciones académicas y organismos internacionales (OPS, ONUSIDA y PNUD) tiene a su cargo, entre otras cosas, organizar y coordinar los concursos a través de los cuales organizaciones públicas y privadas (incluidas OSC's) pueden presentar proyectos para ser financiados (subsidiados) con los recursos del Fondo, velando por su transparencia.

De acuerdo a las obligaciones contraídas por el PNUD, en su calidad de beneficiario de los recursos, éste debe remitir informes periódicos al Fondo Global sobre la ejecución de los fondos y llevar el monitoreo de la ejecución de las actividades previstas¹³². Si bien el CCM y el PNUD están autorizados por el Fondo Mundial –aunque no obligados- a informar al público y a la comunidad internacional sobre el uso de los recursos¹³³, tal información no se encuentra publicada ni es, en principio, de libre acceso¹³⁴.

En cuanto a los recursos provenientes de ONUSIDA, la información que se publica acerca de la ejecución y destino de los recursos es muy escasa. Sólo se menciona que tales fondos se utilizan para implementar proyectos a través del PNUD Argentina, sin detallarse las actividades específicas de los proyectos ni la ejecución de los recursos.

¹³⁰ La información sobre la existencia de estas donaciones se encuentra en el sitio Internet del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) donde solo se da una muy escueta descripción de los proyectos a implementar con la asistencia recibida.

¹³¹ La donación otorgada para la Argentina tiene como principales objetivos los siguientes: a) reducir la incidencia de la infección de VIH/SIDA en toda la Argentina, b) mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH-SIDA, c) fortalecer la capacidad operacional del sistema nacional de salud que se relaciona directa o indirectamente con la lucha contra el VIH-SIDA. Cfr. Grant Agreement between The Global Fund To Fight Aids, Tuberculosis And Malaria ("Global Fund") and The United Nations Development Programme ("Principal Recipient") (www.theglobalfund.org).

¹³² Para ello el PNUD diseñó un sistema de monitoreo mediante el cual solicita a los ejecutores de los proyectos financiados la realización de informes trimestrales indicando los avances y retrocesos de las metas propuestas y la utilización de los subsidios. Informes que a su vez son evaluados por un cuerpo de asesores contables que contrata el PNUD que reportan tanto al PNUD, al CCM como al Fondo Mundial en Ginebra. Esta información ha sido suministrada telefónicamente por el Coordinador Local del Fondo Global para el PNUD, Jorge Romero.

¹³³ Ver Grant Agreement, Artículo 6.

¹³⁴ Al requerir esta información telefónicamente nos indicaron que en principio no era pública y que debíamos elevar una nota solicitándola expresamente por escrito. Con fecha 17 de febrero de 2004 se realizó la pertinente solicitud la cual recién fue respondida por el PNUD el 12 de julio de 2004. En esta contestación se explica que la demora se ocasionó en virtud de la obligación de consultar al Fondo Mundial y al Mecanismo Coordinador de País previamente a remitir cualquier tipo de información al público.

Si se tiene en cuenta que a través de tales donaciones el Estado nacional en definitiva parece canalizar la realización de múltiples actividades de prevención, tratamiento y vigilancia, la ausencia de información pública detallada respecto al tipo de actividad que se lleva a cabo y a la implementación de los recursos obstaculiza el control por parte de los habitantes del cumplimiento de las obligaciones que al Estado le competen.

b) Préstamos

El Programa nacional financió en todos los años estudiados parte de sus gastos con préstamos provenientes del Banco Mundial. Entre los años 1999 y 2002 se trató del préstamo al que ya hicimos referencia anteriormente para desarrollar el proyecto LUSIDA (préstamo BIRF 4168-AR). Durante la ejecución del presupuesto 2002, a dicho financiamiento externo se le sumó el proveniente del préstamo BIRF 4516-AR previsto para el proyecto VIGI- A que está presente también en los presupuestos de los años 2003 y 2004.

Como puede observarse del cuadro que se consigna a continuación (tabla 5), mientras que entre los años 1999 y 2001 el financiamiento proveniente del sector externo fue insignificante respecto al proveniente del tesoro nacional, dicho esquema se modificó radicalmente a partir del año 2003, constituyendo este financiamiento más de un 60% del presupuesto del Programa.

En el año 2002 la situación es particular, ya que si bien el financiamiento externo al momento de aprobarse el presupuesto fue el más bajo del período, al cerrarse el ejercicio los créditos provenientes del VIGI-A sumados a los recursos que ya provenían del LUSIDA, implicaron que en el año 2002 los gastos del Programa de SIDA fueran financiados en un 30% con fuente externa.

Tabla 5. Financiamiento externo-Programa de SIDA (pesos)

Año	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Presupuesto asignado	71.831.372	63.404.071	82.011.705	63.435.078	186.259.653	166.743.147
Financiamiento externo asignado	4.988.000	3.948.904	1.509.000	1.300.000	123.817.918	104.642.069
Porcentaje financiamiento externo	6,94	6,22	1,83	2,04	66,47	62,75

Fuente: Elaboración propia sobre datos provenientes de planillas anexas a Decisiones Administrativas de Distribución correspondientes a cada año fiscal.

En las cuentas de inversión correspondientes a los ejercicios 2002 y 2003 se explica la causa del aumento del financiamiento externo en el Programa en tales años. Allí se consigna que el Programa de SIDA se encuentra “dentro de los comprendidos por la Emergencia Sanitaria” y por lo tanto, “beneficiado” por la reasignación de créditos de fuente externa que llevó a cabo el Ministerio de Salud para ser afectados a programas considerados prioritarios y cuyo sostenimiento no resultaba posible por el impacto de la devaluación monetaria sobre insumos

provenientes del exterior y por la creciente demanda de la población en situación de riesgo¹³⁵. Como ya se ha mencionado, las reasignaciones provinieron de un préstamo del Banco Mundial para financiar el programa VIGI-A cuyos objetivos consisten el fortalecimiento de un sistema de vigilancia en salud, y la realización de acciones de prevención¹³⁶.

En el año 2004 también se utilizan créditos provenientes del VIGI-A, originalmente destinados a la vigilancia epidemiológica, para financiar el 63% del presupuesto del Programa que se destina a la Asistencia con Medicamentos careciendo de información respecto a los motivos de tal reasignación en este año. Se desconoce hasta qué punto esta reasignación de fondos afectó las tareas del Programa VIGI-A¹³⁷.

Dado que el financiamiento externo es siempre temporario y que su continuidad depende de múltiples factores que escapan al control de las autoridades del Ministerio de Salud, sería de desear que las prestaciones básicas e indeclinables del programa no quedaran atadas a los vaivenes de tal financiamiento.

Otro inconveniente que trae aparejado el financiamiento externo en el marco del Programa de SIDA tiene que ver con la falta de información clara y precisa sobre el contenido y metas de los proyectos financiados, y con la manera confusa en que las erogaciones de los mismos se registran en el presupuesto. Pudimos notar, por un lado, que los documentos correspondientes a los respectivos préstamos internacionales, como los proyectos que ellos financian, sólo están publicados en la página de internet del Banco Mundial en idioma inglés (no siendo accesibles desde el sitio oficial del Ministerio de Salud) y además no se publican ni informan, entre otras cosas, los criterios por los que se deciden llevar adelante y se diseñan los proyectos a financiar, las modificaciones y reprogramaciones que los mismos van sufriendo a lo largo de los años de su vigencia, los costos administrativos que involucran, ni los intereses y penalidades que se imponen al Estado nacional por la no utilización o inmovilización de los fondos. Tampoco se informa con precisión qué actividades se desarrollan y financian en el marco del LUSIDA y el VIGI-A¹³⁸.

Adicionalmente, se ha advertido que la programación y erogación de los recursos provenientes de los préstamos LUSIDA y VIGI-A -que en los años 2003 y 2004 representan casi un 70% de los recursos totales del Programa- se registran presupuestariamente como transferencias del Gobierno Nacional a organismos internacionales (PNUD) para financiar gastos corrientes, lo que no se corresponde con el objeto real del gasto.

De acuerdo al Manual de Clasificaciones Presupuestarias deberían computarse como transferencias al exterior únicamente aquellos gastos que se realizan a favor de organismos

¹³⁵ Cuenta de Inversión 2002, Resultados por Programas y Proyectos, Ministerio de Salud, http://www.mecon.gov.ar/hacienda/cgn/cuenta/2002/tomo_ii/80a.htm

¹³⁶ En la página del Ministerio de Salud de la Nación puede leerse que el Programa VIGI-A está destinado a “el fortalecimiento de un sistema de vigilancia en salud respecto de un grupo de enfermedades transmisibles y no transmisibles y acciones tendientes a reforzar programas de divulgación en la población de los criterios de prevención, que mejoren la calidad de vida de la misma” (http://www.msal.gov.ar/htm/site/prog_fin_ext_VIGIA.asp.)

¹³⁷ En la información relativa a la ejecución de este programa de Vigilancia de la Salud que se provee en las Cuentas de Inversión de 2002 y 2003, no especifica se explica si el programa tuvo o no que re definir sus metas o disminuir su ejecución en virtud de la reasignación de créditos hacia el programa de SIDA. Por otro lado como tampoco tenemos acceso a los documentos por los cuales se modifican y redefinen los proyectos que se financian con préstamos del Banco Mundial no nos es posible conocer si para realizar esta reorientación de créditos fue o no preciso modificar los componentes y objetivos del Proyecto VIGI-A.

¹³⁸ La información disponible del LUSIDA describe sólo algunas de las actividades de parte de sus componentes pero no de todos. Por ejemplo nada se dice sobre qué actividades se llevaron a cabo dentro del componente “Fortalecimiento del Sector Público de Salud dedicado a SIDA” o del de “Evaluación y Monitoreo”.

internacionales por concepto de cuotas regulares y extraordinarias” aclarándose expresamente que no deben computarse como transferencia los “libramientos de fondos de las unidades ejecutoras de préstamos externos en favor de agencias internacionales en las que estas unidades hubieran delegado la administración de gastos financiados con préstamos de organismos internacionales de crédito, los que deberán respetar la clasificación del gasto según el objeto último de la transacción que genera el mismo”¹³⁹.

Según nos informaran desde el Programa Nacional de SIDA ante nuestro requerimiento, los fondos de LUSIDA y VIGI-A que figuran como transferidos al PNUD en realidad no están destinados al pago de ninguna cuota ni constituyen una donación a ese organismo, sino que en su mayoría se utilizan para diversas actividades del programa como son las tareas de prevención y/o la compra de medicamentos, por lo que así deberían figurar en el presupuesto. Al consignarse como transferencia no es posible conocer, al observar el presupuesto, cuál es el destino final de esos recursos, no obstante su magnitud. Ni el PNUD ni el Gobierno publican información detallada sobre la manera en que los mismos son utilizados, ni tampoco sobre las tareas concretas que tiene asignado el PNUD y los gastos que ello representa¹⁴⁰.

De este modo, no se dispone de información completa acerca de cuanto dinero del préstamo se utiliza finalmente en la compra de bienes y servicios relacionados con las actividades del programa y cuanto para otros fines como gastos administrativos, de personal o logísticos. Las auditorías que sobre las respectivas Unidades Ejecutoras de Préstamos, efectúa la Auditoría General de la Nación. Si bien brindan cierta información, ésta presenta atrasos respecto a la ejecución de los recursos¹⁴¹, y no siempre abarcan la totalidad de los recursos correspondientes a los proyectos financiados internacionalmente¹⁴².

Finalmente, ha quedado evidenciado que tanto en el año 2002 como en el 2003 se plantearon numerosas dificultades y retrasos en la adquisición de medicamentos a través de créditos provenientes de financiamiento externo, lo que plantea la necesidad de contar con fuentes de financiamiento internas, genuinas y estables para la atención del VIH-SIDA.

¹³⁹ Manual de Clasificaciones Presupuestarias para el Sector Público Nacional, Quinta Edición, 2003, en <http://www.mecon.gov.ar/onp/html/manuales/clasificador03.pdf>

¹⁴⁰ Los motivos y fines por los cuales el PNUD interviene en la administración de los fondos del Programa no son claros. De acuerdo al Convenio de Cooperación con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo suscripto entre Argentina y el PNUD en Febrero de 1985, aprobado por Ley 23.396, el PNUD puede brindar distinto tipo de asistencia para el desarrollo de proyectos y recibir por ello diversas contraprestaciones tanto en especie como en dinero por parte del Gobierno. El detalle de los pormenores de la asistencia que brinda el PNUD en este caso y las responsabilidades respectivas de las Partes, deben estar escritas en los respectivos documentos de proyecto que no son publicados ni mencionados en ninguno de los documentos y sitios de acceso al público que hemos podido consultar.

¹⁴¹ El último informe de auditoría sobre el Proyecto LUSIDA publicado por la AGN es el correspondiente a los Estados Financieros del sexto ejercicio del Proyecto finalizado el 31 de diciembre de 2001, mientras que el último informe publicado del Proyecto VIGI-A es el correspondiente al cierre del quinto ejercicio finalizado el 31 de diciembre de 2002.

¹⁴² Por ejemplo el dictamen de la auditoría sobre los estados financieros del proyecto VIGI-A al 31 de diciembre de 2002 aclara que la revisión se limitó a los fondos recibidos y gastos realizados por el organismo gubernamental de ejecución del Proyecto y no abarcó los gastos efectuados por los organismos de las Naciones Unidas.

V.5.- Prioridad macroeconómica del gasto en VIH-SIDA y en salud: 1999-2003

Bajo este título nos proponemos revisar cuál es la importancia relativa que en el presupuesto público ocupan la lucha contra el SIDA y el cuidado y atención de la salud. Con ese fin, a continuación presentamos un cuadro que muestra el porcentaje del crédito final asignado en salud con respecto al total del presupuesto final de la administración nacional y el crédito final asignado al VIH-SIDA con respecto al crédito final en salud y al total del presupuesto durante los seis años bajo estudio¹⁴³.

Tabla 6. Prioridad del VIH-SIDA y de la salud al final del ejercicio: 1999-2004¹⁴⁴

Año	1.999	2.000	2.001	2.002	2.003	2004
Total Presup.Administración Nacional*	51.040.000.000	51.602.000.000	52.609.700.000	49.598.100.000	64.018.300.000	65.033.740.219
Total salud	3.180.000.000	3.147.200.000	2.802.000.000	3.146.900.000	3.816.300.000	2.509.600.000
Presup. VIH*	88.164.756	69.800.000	64.900.000	109.700.000	144.200.159	152.700.000
Salud/Total pres (%)	6,23	6,09	5,32	6,34	5,96	3,85
VIH/Salud (%)	2,77	2,21	2,31	3,48	3,77	6
VIH/Total pres (%)	0,17	0,13	0,12	0,22	0,22	0,23
P.B.I a precios corrientes	283.523.000.000	284.204.000.000	268.697.000.000	312.580.000.000	375.909.000.000	433.317.000.000
Salud /P.B.I	1,12	1,1	1,04	1	1,01	0,57
VIH /P.B.I	0,03	0,02	0,02	0,03	0,03	0,03

Fuente: Elaboración propia.

¹⁴³ Tomamos para realizar esta tabla los créditos vigentes al finalizar el ejercicio y no así aquellos asignados en su comienzo ya que consideramos que estos números explican mejor la prioridad que el país otorga al VIH-SIDA y a la salud en general. Más allá de cual sea el crédito originalmente asignado, el crédito vigente al finalizar el ejercicio nos muestra como se reestructuraron las asignaciones presupuestarias a lo largo del año de acuerdo a las necesidades y prioridades definidas por las autoridades políticas.

¹⁴⁴ El sistema presupuestario argentino clasifica la mayor parte de los gastos de las instituciones de la Administración Nacional en diferentes finalidades y funciones según la naturaleza de los servicios que brindan a la comunidad. Existen de acuerdo al Manual de Clasificaciones Presupuestarias para el Sector Público Nacional, las siguientes cinco finalidades que a su vez se subdividen en funciones: i) administración gubernamental, ii) servicios de defensa y seguridad, iii) servicios sociales, iv) servicios económicos, v) deuda pública. Dentro de la finalidad servicios sociales encontramos la función salud. Bajo dicho concepto se incluyen todos los gastos de la administración, sean de la jurisdicción que sean, y sean en el concepto que sean (es decir personal, bienes de consumo, transferencias, etc) que se realicen en el marco de un programa o actividad cuyo principal objeto consista en la prestación de servicios de salud. De esta forma, las cifras que se incluyen en este cuadro como gastos en salud incluyen gastos que se realizan en todas las jurisdicciones –no solo en el Ministerio de Salud- e incluye tanto los créditos que se destinan al pago de personal como los que se utilizan para comprar insumos y construir infraestructura, entre otros.

Por su lado los montos que se consignan como deuda pública comprenden los recursos destinados a atender los intereses y gastos de la deuda pública interna y externa. (cf. Manual de Clasificaciones Presupuestarias para el Sector Público Nacional en www.mecon.gov.ar)

Los valores de este cuadro representan los créditos vigentes al finalizar el presupuesto según la información consignada en las correspondientes cuentas de inversión o informes de ejecución físico financiera. El PBI que se utiliza es el publicado por el INDEC, Cuentas Nacionales, el PBI del año 2004 corresponde al promedio entre los valores del primer y segundo trimestres. Desde el año 2002 los datos son provisionales. Los valores del presupuesto del 2004 corresponden al 30.9.04 y provienen del sitio de consulta de ejecución del presupuesto para el ciudadano del Ministerio de Economía.

Los datos más salientes sobre prioridad en el gasto que nos interesa señalar son los siguientes:

a) La proporción del presupuesto en salud con respecto al PBI que estuvo alrededor del 1 o 1,1% durante el periodo 1999-2003, desciende a un 0,5% en el año 2004

b) el total del presupuesto final asignado a salud con relación al total del presupuesto nacional se mantuvo más o menos constante en el periodo 99-2003 en una proporción de alrededor del 6,5% o 6% con una tendencia a la baja que se profundiza en el año 2003. Si bien la información relativa al año 2004 no es definitiva, ésta representa un descenso abrupto en esta relación.

c) El presupuesto para VIH-SIDA giró alrededor del 2% y 2,5% del presupuesto total vigente para la función salud, elevándose dicha proporción en el año 2003 a un 3,7% y en el 2004 a un 6%.

Tabla 7. Gasto per cápita en salud y VIH-SIDA según el gasto devengado (ejecutado) (pesos constantes 2001)

	Población total (millón hab)*	Gasto salud (pesos)**	Gasto per cápita salud (pesos)	Gasto VIH (pesos)	Gasto per cápita VIH (pesos)
Año 1999	32.615.528	3106865603	95,25	77091662	2,36
Año 2000	32.615.528	3034579524	93	56020502	1,71
Año 2001	36.260.130	2868558498	79	53227097	1,46
Año 2002	36.260.130	2269832662	62,59	58927646	1,62
Año 2003	36.260.130	1732740935	47,78	88021037	2,42
Año 2004	36.260.130	1029.653.296	28,39	43204950	1,19

Fuente: Elaboración propia. Con datos poblacionales del INDEC y de los informes de ejecución física financiera del presupuesto.

* Según datos poblacionales del INDEC, censos 1991 y 2001. Los datos del censo 2001 son provisionales.

** Según datos provenientes de las cuentas de inversión respectivas. Los valores del gasto del 2004 corresponden al 30.9.04 y provienen del sitio de consulta de ejecución del presupuesto para el ciudadano del Ministerio de Economía. <http://sg.mecon.ar/ejecucion/>. Para calcular los valores reales se utilizó el deflactor del PBI utilizando como base el PBI a precios constantes de 1993 que publica el INDEC actualizando el año base al 2001. Para el año 2004 se tomó el valor de PBI promedio del primer y segundo trimestre.

Los datos que surgen de este cuadro nos confirman la tendencia a la baja en los recursos que el Estado gasta en salud, en este caso por cada habitante. Asimismo nos muestran una tendencia a la baja respecto de los recursos que por cada persona se ejecutan para la lucha contra el VIH-SIDA en el período 1999-2002. En el 2003 se observa una recuperación del gasto por habitante a los valores de 1999 aunque para el 2004 parece volverse atrás ya que a fin de septiembre de 2004 ¹⁴⁵ este gasto es sumamente bajo.

Más allá de que los datos consignados nos hablan de cierto crecimiento del presupuesto destinado al VIH-SIDA en relación al presupuesto nacional, al PBI y al total que se asigna a la finalidad salud, el resto de las cifras analizadas dan cuenta de que la razón entre los recursos destinados a la salud en general en comparación con el presupuesto total de la administración nacional y en comparación con el PBI presentan una tendencia a la baja en los años estudiados ¹⁴⁶.

Llama la atención tal patrón de comportamiento en el marco de la crisis económica que, como se ha dicho, no sólo aumentó la vulnerabilidad de la población a contraer enfermedades, sino que también aumentó la demanda de los servicios de salud pública al producirse un desplazamiento de personas que contaban con cobertura de salud hacia el sector público. Los datos analizados muestran que ante una situación de demanda creciente de los servicios de salud pública, y de agravamiento de las condiciones sanitarias de la población, el Estado nacional no sólo no incrementó, sino que tendió a disminuir la cantidad de recursos que asigna al sector salud.

En tal contexto, los mayores recursos asignados al Programa de VIH-SIDA encuentran su explicación en el hecho de que, como respuesta a la crisis económico social que sufrió la Argentina a finales del 2001, el Ministerio de Salud de la Nación adoptó una política de emergencia sanitaria ¹⁴⁷ que incluyó la reorientación de créditos o préstamos internacionales administrados por el Ministerio de Salud para ser afectados a ciertos programas considerados prioritarios, entre los que se encuentra el Programa de VIH-SIDA ¹⁴⁸.

La preocupación del Estado por evitar que la crisis económica impactara negativamente en el acceso al tratamiento y cuidado de las personas viviendo con VIH-SIDA es muy positiva y estaría indicando que esta problemática ocupa un lugar prioritario en la política del Ministerio. Más allá de ello, en un contexto de mayores costos y aumento de la demanda del sector público de salud se han destinado menores recursos totales a la función salud dentro del presupuesto nacional, concentrándose el gasto en un número limitado y focalizado de programas y planes específicos ¹⁴⁹.

¹⁴⁵ Último dato disponible al mes de noviembre de 2004 que es cuando se cerró este informe.

¹⁴⁶ Como hemos adelantado el gasto en salud que se consigna y analiza aquí es exclusivamente el que queda a cargo del Estado Nacional que, como ya se ha explicado, no financia el funcionamiento general de los servicios y sistemas de salud pública provinciales. Un comportamiento similar aunque más favorable se verifica si se considera el gasto en salud consolidado que incluye las erogaciones del sector público no financiero correspondientes a los tres niveles de gobierno – Nación, Provincias y CBA y Municipios-. Ver al respecto los cuadros de Gasto Público Consolidado por finalidad/función que publica la Dirección de Gastos Sociales Consolidados. http://www.mecon.gov.ar/peconomica/basehome/series_gasto.html

¹⁴⁷ En el mes de marzo de 2002 se dicta el Decreto 486/02 por el que se declara de la Emergencia Sanitaria Nacional.

¹⁴⁸ Los otros programas que recibieron este tratamiento fueron: el Plan Materno Infantil, el de Prevención y Control de Enfermedades y Riegos Específicos y el de Emergencia Sanitaria.

¹⁴⁹ Esta concentración de créditos en programas focalizados juntamente con la disminución del gasto social total no resulta sorprendente. En este sentido es ilustrativo mencionar la existencia de un préstamo suscripto por la República Argentina con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) con fecha 5 de febrero de 2003 denominado "Programa de Protección Social y Reducción del Impacto de la Crisis sobre la Pobreza" (LA 1452/OC-AR). En este

Lamentablemente la información disponible no nos permite conocer la medida en que esta reorientación y disminución de créditos totales afectó la atención de la salud de la población en general ni qué actividades de atención a la salud dejaron de efectuarse en virtud de ello¹⁵⁰.

VI.- Reflexiones finales: reformular prácticas y políticas públicas a la luz de los derechos humanos

La información y comentarios que se vuelcan en los apartados que anteceden nos permiten concluir que la política concebida por el Estado argentino para encarar la lucha contra el VIH-SIDA parece estar guiada por principios de universalidad, no discriminación e integralidad en la prevención, cuidado y tratamiento, en su tratamiento presupuestario e implementación. Sin embargo tales principios se desdibujan en su implementación práctica detectándose diferentes deficiencias en lo que respecta al cumplimiento de esos y otros estándares de derechos humanos.

Estas deficiencias se relacionan no sólo con obligaciones básicas de protección del derecho a la salud, sino también con deberes esenciales de información y transparencia por parte del Estado que resultan indispensables para asegurar, controlar y exigir que la política adoptada efectivamente se adecue a las obligaciones en materia de derechos humanos.

Aunque ambas cuestiones son absolutamente interdependientes y están estrechamente ligadas entre sí, en lo que sigue las analizaremos en forma separada a fin de facilitar su lectura y comprensión.

- Incumplimiento de estándares y obligaciones de derechos humanos

Son diversos los factores que se combinan en la política pública nacional en VIH-SIDA y su tratamiento presupuestario que hacen que ésta no se ajuste a los principios básicos de derechos humanos aplicables al derecho a la salud y a la lucha contra el SIDA que se reseñaran en este informe.

Los incumplimientos pueden ser agrupados en cinco grandes ejes problemáticos: a) la falta de una visión y una política integral para la lucha contra el VIH-SIDA que efectivamente incluya tanto aspectos de tratamiento como de prevención, educación y vigilancia; b) la presencia de trabas de distinto tipo que obstaculizan el acceso de las personas a los medicamentos y al tratamiento en forma y tiempo debidos; c) la fragmentación y desigualdades regionales que caracterizan el sector salud de la Argentina sumadas a la ausencia de acciones igualadoras o compensatorias por parte del Estado nacional; d) las insuficiencias o falencias que presenta la información que se maneja desde el Programa Nacional y sobre la que se diseña la política pública y la ausencia de políticas estratégicas de lucha contra el VIH-SIDA; e) la tendencia a

documento se acuerda una protección especial a ciertos programas sociales en el que se incluye el Programa de SIDA (que representan únicamente un 0,27% del PBI y un 10% del gasto público social), a fin de dar vía libre al gobierno para realizar ajustes sin limitaciones en el 90% del restante presupuesto de gasto público social.

¹⁵⁰ Sí se especifica por ejemplo que en el año 2002 el Programa de Prevención y Control de Enfermedades y Riesgos Específicos sub- ejecutó en proporciones importantes metas tales como la vigilancia y rociado de viviendas para prevenir el chagas y el paludismo y la distribución de pastillas potabilizadoras de agua. Ver al respecto SIEMPRO, Cumplimiento de Metas Físicas de los Programas Sociales Nacionales por Área Temática- al 30/09/2002, (www.siempro.gov.ar). Por otro lado se conoce el crítico estado en que ya a finales del 2001 se encontraba la salud pública en Argentina. Numerosas organizaciones de la sociedad civil denunciaron esta situación ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el mes de agosto de 2002 en un extenso y exhaustivo informe. Para acceder a este informe ver www.cels.org.ar

disminuir los recursos asignados a salud en un contexto de mayor riesgo sanitario y demanda de servicios.

a) Falta de una visión y una política integral para la lucha contra el VIH-SIDA que incluya tanto aspectos de tratamiento como de prevención, educación y vigilancia.

Las responsabilidades del Estado en lo que respecta a la lucha contra el VIH-SIDA no se limitan únicamente a prestar asistencia médica a las personas viviendo con VIH-SIDA, sino que su obligación comprende la prevención, información y educación que deben alcanzar a todos los habitantes, y particularmente a los grupos con mayor riesgo de contraer el virus.

El apartado c) del párrafo 2 del artículo 12 del PIDESC establece la obligación de adoptar medidas para prevenir, tratar y luchar contra enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole. Ello exige que “se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH-SIDA, y las que afectan de forma adversa a la salud sexual y genésica, y se promuevan los factores sociales determinantes de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género”.

El Estado argentino, no obstante, centra su accionar casi exclusivamente en la cuestión del tratamiento médico de las personas viviendo con VIH-SIDA sin prestar la debida atención a tareas de educación, información, prevención y vigilancia epidemiológica:

(i) No se ha comprobado la realización de actividades de prevención sostenidas y sistemáticas por parte del Estado nacional, ni que éste asuma el mejoramiento y expansión de los sistemas de sitios centinela y registros, o que promueva actividades de educación¹⁵¹. Tampoco surge que el Estado encare la investigación de comportamientos sociales y costumbres que puedan impactar en la diseminación de la epidemia o en el trato que reciben las personas viviendo con VIH-SIDA.

(ii) Si bien el Estado Nacional lleva a cabo una amplia campaña anual para el día internacional de SIDA cada 1 de diciembre y tiene una política de distribución de preservativos, no surge que se destinen recursos públicos para la prevención y educación de grupos y poblaciones que se encuentran en situación de mayor riesgo de contraer el virus¹⁵².

(iii) Las actividades de prevención, educación, e información no son tomadas en cuenta cuando se plantean los requerimientos financieros para el Programa de SIDA para cada ejercicio fiscal. Tampoco se programan respecto de ellas metas de cumplimiento y producción que permitan el control de lo que se hace con los recursos como sí se plantean para la asistencia con medicamentos o las determinaciones serológicas¹⁵³.

¹⁵¹ Si bien es cierto que el proyecto LUSIDA contempló actividades de educación, estas sólo se llevaron a cabo mientras duró el financiamiento externo sin que luego se les haya dado continuidad.

¹⁵² No se mencionan aquí las convocatorias a OSC's para financiar proyectos de prevención y/o educación que se ejecutan en el marco del Fondo Global, ya que el Programa Nacional no las menciona entre sus actividades, no las financia ni las coordina.

¹⁵³ Recién a partir del presupuesto del 2003 este problema parece comenzar a ser solucionado al incluirse metas relacionadas con la información y la prevención.

(iv) A pesar de que se reconoce que “las enfermedades oportunistas siguen siendo el motivo de consulta que lleva al diagnóstico de la infección”¹⁵⁴ y de que si se detectara la presencia del virus en una etapa temprana de desarrollo podría reducirse la posibilidad de contraer la enfermedad del SIDA, no se registra la existencia de una política tendiente a incentivar la realización del diagnóstico temprano de la infección¹⁵⁵.

(v) Las actividades de prevención y vigilancia epidemiológica que realiza el Estado Nacional se han venido financiando esencialmente con fondos provenientes de financiamiento externo generando dudas acerca de su continuidad en caso de que tal financiamiento se suspenda.

(vi) Una disminución en los costos del tratamiento como sucedió en el año 2000, o la falta de ejecución de recursos que estaban previstos para solventar tales costos como sucedió en 2002, en lugar de traducirse en una mayor cantidad y/o mejoramiento de actividades de prevención, vigilancia o educación resultaron en una disminución o reorientación de los recursos hacia otros programas.

(vii) En el período estudiado se viene produciendo una constante caída en los recursos que se asignan a las dos actividades que en el Programa concentran las acciones de prevención y control como son el componente de Prevención y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual, y el proyecto LUSIDA.

b) Trabas de distinto tipo que obstaculizan el acceso de las personas a los tratamientos en forma y tiempo debidos o la continuidad de los mismos.

Una obligación esencial que pesa sobre el Estado en materia de derecho a la salud consiste en asegurar la accesibilidad de todas las personas a los establecimientos y servicios de salud. Para ello, el Estado debe proceder a eliminar las barreras físicas, económicas o jurídicas que obstaculicen tal acceso. Asimismo, el Estado tiene, en relación con el derecho a la salud, un conjunto de obligaciones básicas de las cuales no puede desentenderse, ni justificar su incumplimiento, porque constituyen el contenido mínimo inderogable del derecho¹⁵⁶. Entre estas obligaciones básicas se encuentra la de “facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS”¹⁵⁷ que incluye expresamente para el caso del tratamiento del VIH-SIDA la triterapia antirretroviral¹⁵⁸.

En la Argentina, a pesar de que las personas viviendo con VIH-SIDA que carecen de cobertura médica tienen garantizada por ley la provisión gratuita de medicamentos y tratamiento, en la

¹⁵⁴ Información suministrada con fecha 30 de octubre de 2003 por la Directora del Programa Nacional de SIDA, Dra. Hamilton ante una denuncia realizada por la Red de Personas Viviendo con VIH-SIDA en el expediente administrativo N° 2002-9016-03-3. Ref: Situación asistencial tratamientos. Afectados de VIH.

¹⁵⁵ Esta falencia que ya había sido señalada en el diagnóstico efectuado en el marco de la planeación estratégica.

¹⁵⁶ CDESC, Observación General N° 14, op. cit. Párr. 47.

¹⁵⁷ CDESC, Observación General N° 14, op. cit. Párr. 43.

¹⁵⁸ En el listado de medicamentos esenciales que periódicamente la OMS publica consta específicamente que “los medicamentos para el tratamiento del HIV/AIDS incluyen el inhibidor nucleósido de la enzima transcriptasa inversa – nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs)–, inhibidor no nucleósido de la enzima transcriptasa inversa – non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs)– e inhibidor de proteasa protease inhibitors (PIs)”, es decir, la triterapia o triple terapia. WHO Model List of Essential Drugs (EDL). 11th edition (Nov. 1999). Pto. 6.4.2 sobre Antirretrovirals. Cfr. Drugs for treatment of HIV/AIDS include nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs), non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs) and protease inhibitors (PIs).

práctica tal acceso se ve afectado por diversos obstáculos generándose interrupciones, no adherencia y, en el peor de los casos, abandono de los tratamientos¹⁵⁹.

(i) Debido a retrasos en los procesos de compra o a la no ejecución de créditos presupuestarios se producen faltantes de ciertos medicamentos que repercuten en interrupciones o fraccionamiento en su entrega¹⁶⁰ obligando a personas sin recursos a movilizarse repetidas veces al centro de distribución o incluso a otras jurisdicciones¹⁶¹, y poniendo en peligro la continuidad del tratamiento.

(ii) En muchos casos los lugares de atención para el tratamiento están concentrados en grandes centros urbanos y no existe un boleto sanitario que permita a los sectores de menores recursos acceder a ellos en condiciones de igualdad¹⁶².

(iii) Muchas personas se ven privados de los medicamentos prescritos por sus médicos tratantes por no encontrarse los mismos en el Vademécum.

(iv) El Programa Nacional no provee medicamentos para tratar ciertas enfermedades que la ciencia médica considera como marcadoras del VIH-SIDA como la soriasis por no encontrarse los mismos en el Vademécum.

(i) No existen programas sociales específicos para las personas viviendo con VIH-SIDA que contribuyan a solventar las medidas de cuidado y alimentación, necesarias para asegurar la adherencia a los tratamientos, ni se garantiza que ellas puedan acceder a los programas existentes.

c) Fragmentación y desigualdades regionales que caracterizan el sector salud de la Argentina sumadas a la ausencia de acciones igualadoras o compensatorias por parte del Estado Nacional

Entre las obligaciones mínimas que el Estado debe garantizar en materia de salud están las de "garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no

¹⁵⁹ Cabe recordar en este punto que el propio Ministerio de Salud señala a estos problemas como los posibles causantes de la detención de la caída que se registraba en la tasa de defunción por SIDA (ver . apartado IV.1 de este informe).

¹⁶⁰ La propia Directora del Programa Nacional de SIDA reconoce expresamente la interrupción en la entrega de medicamentos generada por problemas en los procesos de adquisición que generan desabastecimientos. Información suministrada con fecha 30 de octubre de 2003 a la Red de Personas Viviendo con VIH-SIDA en el expediente administrativo N° 2002-9016-03-3. Ref: Situación asistencial tratamientos. Afectados de VIH. Ver: Respuesta brindada por la Directora Ejecutiva del Programa Nacional de SIDA, el 30 de octubre de 2003 en el Expte administrativo N° 2002-9016-03-3 referenciado "Situación Asistencial Tratamiento afectados de VIH", a la RED de PVIH.

¹⁶¹ Muchas personas se ven forzadas a trasladarse hasta la sede del Ministerio de Salud de la Nación que está ubicado en la Capital Federal debido al faltante de medicamentos en los centros de distribución cercanos a sus lugares de residencia.

¹⁶² Existen varios proyectos de ley en el Congreso Nacional y en el Congreso de la Provincia de Buenos Aires presentados a lo largo del 2003 para la instauración de un boleto sanitario. En líneas generales los proyectos plantean la posibilidad de acceso a los medios de transporte público de pasajeros para aquellas personas que no cuenten con los recursos económicos necesarios y que se atiendan en hospitales públicos. Sin embargo, estos proyectos ni siquiera han sido tratados por las comisiones de las respectivas cámaras. La Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires –CICOP– ha realizado marchas y planteos administrativos ante el poder ejecutivo nacional con el fin de efectivizar el sistema de boleto sanitario sin que estas propuestas hayan tenido respuesta alguna por parte del Estado argentino. Ver: <http://www.cicop.org.ar>

discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados”, y “velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud”¹⁶³.

La obligación de garantizar la cobertura universal (a todas las personas) de servicios de cuidado y atención a la salud y su accesibilidad efectiva, a la que nos venimos refiriendo, requiere que la política pública que se adopte promueva especialmente la inclusión de los sectores más desfavorecidos de la población en relación con el goce y acceso de ese derecho. Esto implica que al diseñarse la política de VIH-SIDA se tengan en cuenta tanto a aquellas poblaciones que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad de contraer el virus, como también a aquellas que, por su particular situación, se enfrenten con mayores obstáculos para acceder al tratamiento.

De especial mención en este sentido es la situación de fragmentación y disparidad regional que caracteriza al sector salud en nuestro país que resulta en que las personas viviendo con VIH-SIDA accedan en condiciones desiguales al cuidado y tratamiento según el lugar en que residan. Se han notado entre otros los siguientes factores preocupantes:

(i) Se observa que el nivel de importancia del gasto en salud provincial varía entre un 8% hasta un 16% del gasto provincial total, no vinculándose esta asignación a los requerimientos sanitarios de la población.

(ii) En la distribución de competencias en la lucha contra el VIH/SIDA entre la nación y las provincias no se advierten criterios de equidad o distributivos, ni la adopción de medidas positivas tendientes a superar las disparidades regionales en materia de atención de la salud.

(iii) Se dejan a cargo de las autoridades provinciales tareas esenciales en la lucha contra el VIH- SIDA - como son, por ejemplo, las tareas de prevención y vigilancia epidemiológica- que éstas cumplen de manera muy irregular¹⁶⁴.

(ii) A pesar de las herramientas que para ello le brinda la Ley Nacional de SIDA y la clara responsabilidad de garantía y supervisión que al Estado Nacional le ha asignado la Corte Suprema de Justicia de la Nación¹⁶⁵, no se advierte la adopción de una política activa de supervisión del cumplimiento de la Ley de SIDA en todo el país, o de otras acciones tendientes a crear incentivos para que las provincias cumplan correctamente con las tareas a su cargo.

(iv) Al no estar las obras sociales provinciales alcanzadas por la ley 23661 que impone el cumplimiento de un plan médico obligatorio, las personas viviendo con VIH-SIDA afiliadas compulsivamente a ellas e imposibilitadas por lo tanto de ser beneficiarias del Programa Nacional, no tienen garantizado el acceso universal al cuidado y tratamiento.

d) Incertidumbres e insuficiencias que presenta la información producida desde el Programa Nacional y sobre la que se diseña la política pública. Ausencia de políticas estratégicas de lucha contra el VIH- SIDA

¹⁶³ Comité DESC OG 14, parr. 43 ap. a. y e.

¹⁶⁴ Se han mencionado entre otras deficiencias: a) la escasa cantidad y tipo de sitios centinela, b) la insuficiencia o ausencia de recursos para el transporte de medicamentos, c) la falta de provisión de leche materna sustituta a bebés de madres portadoras del virus, d) la ausencia de mecanismos que garanticen a los afiliados de las obras sociales provinciales el tratamiento adecuado.

¹⁶⁵ Especialmente en el caso “Asociación Benghalensis”.

Como primer paso indispensable para promover la efectividad de los derechos humanos en relación al VIH-SIDA el Estado debe efectuar un diagnóstico acabado de la situación existente¹⁶⁶. Conocer la situación, características y distribución geográfica de la epidemia en forma precisa, qué sectores sociales son los que tienen necesidades más urgentes o están en mayor situación de vulnerabilidad, qué factores influyen en la diseminación de la epidemia o influyen en la falta de acceso a servicios, entre muchas otras cuestiones, resulta esencial a fin de dar cumplimiento a la obligación inmediata subsiguiente de elaborar y adoptar un plan detallado de acción para hacer frente a la epidemia¹⁶⁷.

La producción de información para hacer este diagnóstico y controlar la ejecución de las políticas constituye una medida que, de manera inmediata, el Estado debe adoptar. La limitación de recursos no puede operar aquí como excusa para el incumplimiento.¹⁶⁸

“El Estado tiene la obligación de adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; la estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; esa estrategia y ese plan deberán prever métodos, como el derecho a indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; el proceso mediante el cual se concibe la estrategia y el plan de acción, así como el contenido de ambos, deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados”¹⁶⁹.

Este informe evidencia que estas medidas no se estarían llevando a cabo adecuadamente:

(i) Si bien el proceso de planeación estratégica que se inició en el año 1999 constituyó un avance muy importante en esa dirección que merece destacarse, este trabajo quedó a mitad de camino. No consta que se hubieran implementado los planes operativos surgidos de él, ni que se haya dado continuidad y seguimiento al proceso de diagnóstico y planeación.

(ii) El único mecanismo formal que se implementa para registrar irregularidades y/o maltratos que sufren las personas viviendo con VIH-SIDA en las distintas jurisdicciones del país es la línea gratuita 0-800 que administra el Ministerio de Salud que no hace un seguimiento de las denuncias ni resulta suficiente para dar cuenta acabada de la situación existente.

(iii) Debido, entre otros factores, a retrasos, subregistros, demoras, y falta de estudios complementarios de los mecanismos de vigilancia epidemiológica (registros, sitios centinela), el Estado cuenta con información poco precisa sobre la cantidad de enfermos e infectados, y las características de género, edad, situación socio económica y lugar de residencia de los mismos.

(iv) No surge que desde el Estado se estén llevando a cabo investigaciones sobre prácticas sociales y costumbres en diferentes poblaciones que sirvan tanto para conocer situaciones de mayor vulnerabilidad como comportamientos discriminatorios.

¹⁶⁶ Cfr. Comité DESC, OG N° 1 y 3.

¹⁶⁷ Cfr. Comité DESC, OG N° 1 y 3.

¹⁶⁸ Cfr. Comité DESC, OG N° 1 y 3.

¹⁶⁹ Cfr. Comité DESC, OG N° 12 parr. 43 f)

e) Menor asignación y ejecución de recursos a la salud en un contexto de mayor riesgo sanitario y demanda de servicios

En virtud del artículo 2.1 del PIDESC los Estados se comprometieron a adoptar medidas, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que dispongan, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos allí reconocidos.

De tal compromiso se desprenden dos obligaciones que deben guiar el accionar del Estado en cada caso concreto. Por un lado, existe la obligación de adoptar medidas que protejan los derechos en forma progresiva, mientras que por el otro, deben utilizarse el máximo de los recursos disponibles para ello.

Como consecuencia de este compromiso de mejorar la situación de los derechos en forma progresiva al Estado le está vedado simultáneamente adoptar políticas y medidas que empeoren la situación y el nivel de protección de los derechos de los que ya goza la población.

Aún cuando la información disponible no es suficiente para determinar si el Estado argentino se encuentra en falta respecto de estas obligaciones, hay ciertos datos preocupantes que inducen a pensar que no se están adoptando las medidas necesarias e implementando el máximo de los recursos disponibles para resguardar la salud de los habitantes:

(i) Ante una demanda creciente de servicios de salud en el sector público, los recursos presupuestarios destinados, y efectivamente ejecutados en la función salud, presentan una tendencia a la baja tanto en relación con la totalidad del presupuesto como en proporción al PBI, que se profundiza preocupantemente en el presupuesto de 2004.

(ii) El descenso en los recursos que por cada habitante se venían ejecutando para la lucha contra el VIH-SIDA se detuvo en el año 2003 aunque parece volver a caer abruptamente en el año 2004.

(iii) Se disminuyen los créditos previstos para las actividades de prevención y se sub ejecutan y/o se abandonan actividades incluidas en la política de lucha contra el SIDA como las previstas en el proyecto LUSIDA, y la planeación estratégica.

- Insuficientes niveles de información y transparencia

Constituye un punto de partida de este informe la convicción de que el respeto y protección de los derechos humanos conlleva implícito el deber insoslayable del Estado de producir y dar a conocer información amplia y desagregada respecto tanto de los criterios y razones que fundamentan las decisiones de política pública y presupuestaria que se adoptan, como de su efectiva implementación.

Bajo tal entendimiento, además de la implementación de la política del gobierno en materia de VIH-SIDA, se ha analizado y examinado también el tipo y calidad de la información que produce y da a publicidad el Estado nacional en relación a ese tema.

La producción de información desagregada, amplia y confiable por parte de las autoridades públicas y su acceso irrestricto por parte de la población constituyen herramientas indispensables no sólo para que la sociedad participe en la toma de decisiones en el campo de

las políticas públicas, sino también para que pueda detectar violaciones y exigir el respeto y protección de derechos humanos.

Más allá de lo que ya se ha dicho respecto a la insuficiencia de la información sobre la cual el Estado diseña y ejecuta la política de VIH-SIDA (que de por sí obstaculiza los intentos por controlar su razonabilidad y conformidad a los estándares de derechos humanos por parte de la población), existe un cúmulo considerable de información que el Estado sí posee, pero que no publica o que provee en forma confusa y ambigua.

Las falencias más relevantes que en este sentido hemos encontrado se relacionan con: i) lo dificultoso que resulta conocer las modificaciones que sufre el presupuesto durante su ejecución y la falta de publicidad respecto a los efectos que produce la reorientación de partidas presupuestarias sobre los programas en ejecución; ii) la ejecución de actividades por parte del Programa Nacional de SIDA que no están cuantificadas o descritas como metas en la programación presupuestaria sino de forma genérica¹⁷⁰; iii) la imprecisión e insuficiencia de la información respecto a la ejecución física y financiera de los recursos presupuestarios que, entre otras cosas, no da cuenta de los efectos que sobre los objetivos y beneficiarios de los programas acarrear la sub-ejecución o ejecución tardía de los recursos, o las reasignaciones presupuestarias; iv) el atraso con que se realizan los controles externos e independientes por parte del Congreso Nacional y la Auditoría General de la Nación respecto a la ejecución del presupuesto público y el cumplimiento de las metas y objetivos presupuestarios; v) la existencia de actividades y recursos extra presupuestarios que quedan excluidos de los mecanismos regulares de auditoría y rendición de cuentas a los que se somete el resto de los recursos públicos¹⁷¹; vi) la incompleta información respecto al contenido y ejecución de los proyectos que se financian con préstamos provenientes del Banco Mundial y del destino de los recursos que se administran a través del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); vii) las dificultades para el acceso por parte de la población a las auditorías y controles que se realizan respecto a la implementación de los recursos provenientes del Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; viii) la imprecisión e informalidad con la que se maneja la distribución de competencias entre la Nación y las provincias en la lucha contra el VIH-SIDA, y la falta de publicidad sobre los acuerdos y acciones adoptados en el marco del Consejo Federal de Salud, entre otros.

Las observaciones que realizamos en este informe pretenden brindar elementos útiles para la discusión pública, a fin de que las políticas y prácticas del Estado ajusten a los principios y estándares fijados por la Constitución Nacional y los instrumentos internacionales de derechos humanos.

¹⁷⁰ Como es el caso de las campañas de prevención, los sitios centinela, o hasta el 2003 la realización de tests de cargas virales.

¹⁷¹ Por ejemplo los proyectos ONUSIDA y otros que aparecen como administrados por el PNUD.