



CAREF. Servicio Ecuménico de Apoyo y Orientación a Inmigrantes y Refugiados

Vulnerabilidad de la población extranjera en la Argentina frente a la infección por VIH

INFORME DIAGNÓSTICO

Buenos Aires, septiembre de 2007

ÍNDICE

I. LA PROBLEMÁTICA DE LA INFECCIÓN POR VIH Y LA MOVILIDAD HUMANA: SOBRE LA VULNERABILIDAD DE MIGRANTES Y REFUGIADOS FRENTE A LA INFECCIÓN POR VIH	3
II. PANORAMA MUNDIAL. INFECCIÓN POR VIH Y POBLACIONES MÓVILES: EVIDENCIAS, TENDENCIAS Y PROBLEMÁTICAS ESPECÍFICAS	4
III. ARGENTINA	7
1. La población extranjera en la Argentina: migrantes y refugiados	7
1.a. Dinámicas migratorias contemporáneas y situación de la población migrante	7
1.b. Un caso particular de movilidad: la situación de los refugiados en la Argentina	9
2. La infección por VIH y la población extranjera en la Argentina: estudios y sondeos sobre el tema	13
3. Acciones desarrolladas desde el Estado y la sociedad civil	15
3. a. Normativas pertinentes: legislación nacional vigente en materia de infección por VIH y de migración y asilo	15
3.a.i. La infección por VIH en la legislación nacional argentina	15
3.a.i.i. La nueva Ley Nacional de Migraciones	17
3.a.i.i.i El marco legal de protección de las personas refugiadas en la Argentina: la Ley General de Reconocimiento y Protección al Refugiado	19
3.b. Iniciativas de sensibilización, prevención y atención	21
3.b.i. Programas oficiales	21
3.b.i.i. Iniciativas de la sociedad civil y las organizaciones internacionales	24
3.c. Acciones legales	25
ANEXO	29

Informe diagnóstico Infección por VIH y población extranjera en la Argentina¹

I. La problemática de la infección por VIH y la movilidad humana: sobre la vulnerabilidad de migrantes y refugiados frente a la infección por VIH

Según sostiene el Informe ONUSIDA 2006, “en los últimos años se han producido prometedores avances en las iniciativas mundiales para abordar la epidemia de sida (...). Sin embargo, el número de personas que viven con el VIH sigue aumentando, así como las defunciones causadas por el sida”. En la actualidad, un total de 39,5 millones de personas conviven con el VIH, 2,6 millones más que hace dos años. Ese aumento remite, en buena medida, no ya a varones homosexuales sino a infecciones registradas especialmente entre mujeres, jóvenes e, incluso, niños/as, en situación de pobreza e indigencia y/o habitantes de zonas rurales. Además, se observa más nítidamente la incidencia del entorno social y las posibilidades que éste brinda para acceder a servicios básicos de prevención. Estas tendencias dan cuenta de la *complejidad* de la problemática social de la infección por VIH: su carácter dinámico, la multiplicidad de vulnerabilidades implicadas y la emergencia de nuevos actores y factores a considerar en acciones de prevención y asistencia.

Por su parte, la OIM señala que “en este principio del siglo XXI, se considera la migración como uno de los temas mundiales determinantes; puesto que como nunca antes en la historia de la humanidad, cada vez son más las personas que se trasladan de un lugar a otro. Actualmente, hay cerca de 192 millones de personas viviendo fuera de su país de origen, lo cual representa alrededor del 3% de la población mundial”. Según las estimaciones consensuadas por esta Organización, entre 1965 y 1990, el número de migrantes internacionales aumentó en 45 millones.

A la migración voluntaria, se suma una forma distintiva de movilidad producto del conflicto, la persecución y la violencia: la migración forzada. Según el ACNUR, hacia fines de 2005 había 8,4 millones de refugiados² en el mundo, principalmente localizados en África subsahariana, Medio Oriente y Asia central, y Europa.

En este marco, desde hace alrededor de una década, se ha comenzado a prestar gradual atención a la relación entre infección por VIH y movilidad humana, y a hacer foco en la situación de la población migrante y refugiada frente a la epidemia. En este sentido, una faceta de esta problemática que ha despertado creciente interés es la vulnerabilidad de migrantes y refugiados frente a la infección por VIH, tema que requiere ser abordado según

¹ La terminología relativa al VIH empleada en este informe responde a las orientaciones de ONUSIDA (2007). Tanto los nombres de legislaciones y programas como las citas incluidas en este documento mantienen su terminología original.

² La principal definición de refugiado es la que está contenida en la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 cuyo artículo 1 A (2) afirma que un refugiado es “toda persona que debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país”. A nivel regional, existen la Declaración de Cartagena sobre los Refugiados (1984) para América y la Convención sobre Refugiados (1969) de la Organización de la Unidad Africana (actual Unión Africana), las cuales establecen definiciones de carácter más amplio.

contextos particulares. El presente diagnóstico preliminar reúne elementos para un análisis de situación del contexto argentino.

II. Panorama mundial. Infección por VIH y poblaciones móviles: evidencias, tendencias y problemáticas específicas

La relación entre infección por VIH y movilidad humana es aún terreno de especulaciones, que se apoyan en indicios y evidencias de casos puntuales. Una manera frecuente de conectar ambas temáticas ha sido pensar la movilidad como vector de propagación de la epidemia (enfoque epidemiológico). En esta línea, una idea habitual es la de una mayor prevalencia de infección por VIH en las sociedades de origen de migrantes y refugiados –y, por lo tanto, en las poblaciones móviles– que en las sociedades de destino. Esta noción, errónea y no exenta de tintes xenófobos, suele aplicarse a la movilidad de personas oriundas de países africanos. Otras visiones algo más elaboradas ponen el acento no necesariamente en el ingreso de personas putativamente “infectadas” a un determinado territorio, sino en la estancia, circulación y el retorno. Así, se ha esgrimido –para explicar la situación del VIH en China, para el caso de la migración limítrofe en Sudáfrica o para las dinámicas migratorias centroamericanas, por ejemplo– que los varones migrantes tienen mayores probabilidades que los no migrantes de visitar a profesionales del sexo (en especial, en zonas urbanas), con la consecuente exposición al riesgo de infección por VIH u otras ITS y sus posibles corolarios, al retorno, sobre la sociedad de origen (en especial, si se trata de zonas rurales). Por supuesto, el argumento –que no deja de estigmatizar tanto a los trabajadores migrantes como a las trabajadoras sexuales– puede debilitarse si se incorpora al análisis los hábitos de cuidado sexual de los migrantes y la posibilidad de la migración en pareja y/o familiar. Para el caso de los migrantes masculinos en Vietnam, se ha registrado, además, una imbricación entre la adopción de riesgos sexuales y consumo y uso de drogas intravenosas. También se ha puesto la mira en la falta de información sobre VIH “importada” del contexto de origen, que usualmente es asociada a bajos niveles educativos de los migrantes. En todo caso, la constatación de altas tasas de infección entre migrantes –como sucede en Europa occidental y central con las infecciones contraídas por vía heterosexual–, “confirman la necesidad de adaptar los servicios de prevención, tratamiento y atención de forma que lleguen a esas poblaciones” (ONUSIDA, 2006).

De hecho, otras miradas sobre la relación entre infección por VIH y poblaciones móviles ponen el foco en las condiciones que ofrecen los contextos de destino para la inserción laboral y social de los migrantes (enfoque sociocultural, enfoque de derechos humanos). La inserción en nichos laborales precarios y desprotegidos impacta en las posibilidades de acceso a la seguridad social y a los servicios de salud en general. La ausencia o escasez de instancias de educación en ciudadanía que promuevan la familiarización con las legislaciones locales y con el funcionamiento de los engranajes de inclusión hacen que los migrantes no siempre logren aprovechar los programas sociales existentes. Además, dado que la búsqueda de asistencia médica está marcada culturalmente y por la experiencia personal, el acceso a la salud también se ve restringido por la falta de servicios sensibles a la diversidad cultural. Más aun, la discriminación hacia los migrantes es moneda corriente en los servicios de salud y se cruza con la discriminación ejercida por los profesionales y el personal de la salud hacia personas que conviven con VIH (ver OPS/OMS, 2003). Para los migrantes en situación irregular, más fácilmente marginados y sujetos a diferentes formas de abuso y explotación, las restricciones

en el acceso a la salud y a la educación tienden a ser especialmente fuertes puesto que los trámites administrativos suelen requerir la presentación del permiso de residencia y enfrentan al migrante con la amenaza de la denuncia y la expulsión. En lo que respecta específicamente a la prevención, atención, tratamiento y apoyo referidos al VIH, tal como señala Badilla (en prensa) para América Latina y el Caribe, entre los principales vacíos de los marcos jurídicos existentes en materia de VIH³, se encuentra la ausencia de garantías de atención para la población migrante.

En el marco de esta preocupación por los factores de vulnerabilidad de las poblaciones móviles, cabe resaltar la vulnerabilidad diferencial que afecta a las mujeres migrantes en procesos de reclutamiento, traslado, tránsito de fronteras y permanencia en países de destino. Las migrantes enfrentan a menudo mayores riesgos de ser víctimas de diferentes tipos de violencia, la imposibilidad de negociar un sexo seguro, embarazos no deseados, la transmisión de ITS o la venta de servicios sexuales como única vía de inserción laboral. Las situaciones de vulnerabilidad adquieren especificidades cuando, además, intervienen las variables edad (niñas y adolescentes) e identidad de género (personas trans: travestis, transexuales y transgénero) (enfoque de género).

Una faceta particular de la relación entre poblaciones móviles e infección por VIH se manifiesta en el impedimento que algunos países con políticas migratorias restrictivas disponen en su legislación contra el ingreso de personas que conviven con VIH⁴. La legislación migratoria vigente en los Estados Unidos, por ejemplo, considera a los ciudadanos extranjeros que conviven con VIH como “inadmisibles” por razones de sanidad pública y les deniega el otorgamiento tanto de la residencia permanente como de una visa temporaria, a menos que la persona solicite y obtenga un permiso VIH. En el caso de la solicitud de residencia permanente, los postulantes están obligados a someterse a un examen médico que incluye un *test* de VIH; en el caso de la visa temporaria, se exige una declaración jurada.

Desde fines de la década de 1990, la relación entre poblaciones móviles y VIH se ha sumado a la agenda de algunas instituciones religiosas, organismos no gubernamentales y

³ Acerca de la legislación latinoamericana sobre VIH, Badilla (2006:6-7) nota: “existen en muchos países latinoamericanos, leyes específicas sobre VIH, adoptadas mayoritariamente en la década de los 90 y a inicios de los 2000, las cuales se pueden apreciar en el siguiente cuadro:

Año	País	Nombre
1990	Argentina	Ley 23798 de Prevención y Lucha Contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) Ley 24455 Obligación de las Obras Sociales de Cubrir Gastos Derivados del SIDA
1993	Rep. Dominicana	Ley 55-93 sobre SIDA
1993	México	Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, NOM-010-SSA2-1993
1995	Nicaragua	Ley de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el SIDA
1996	Perú	Ley 26626
1998	Costa Rica	Ley General sobre el VIH/SIDA el VIH/SIDA
1999	Honduras	Ley Especial de VIH/SIDA
2000	Guatemala	Ley General de VIH/SIDA
2000	Panamá	Ley General sobre las infecciones de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana y el SIDA (ITS/VIH/SIDA)
2001	El Salvador	Ley de prevención y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana

En algunos países existen resoluciones ministeriales como en Bolivia, la Resolución Ministerial 0711 para la prevención y vigilancia del VIH/SIDA, y está pendiente un Anteproyecto de Ley para la prevención del VIH-SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral a las personas que viven con el VIH-SIDA”.

⁴ Además de los Estados Unidos, los siguientes países han adoptado este tipo de políticas de inmigración para personas que conviven con el VIH: Armenia, Bangladesh, Brunei, Canadá, China, Colombia, Cuba, India, Indonesia, Irak, Omán, Qatar, Rusia, Islas Salomón, Siria, Tailandia, Uzbekistán y Venezuela.

organizaciones internacionales. Esta intersección de problemáticas ha sido abordada de manera preferencial para el caso de la frontera entre los Estados Unidos y México, las dinámicas migratorias centroamericanas y africanas. En 1998, la Federación Luterana Mundial, en su “Declaración de Buenos Aires. El SIDA nos llama a ser Comunidad”, hacía referencia a la vulnerabilidad frente al VIH ligada a la migración⁵. En materia de estudios y acciones, se destaca la labor de la Red Latinoamericana sobre Poblaciones Móviles y Sida en el marco del Proyecto “Poblaciones Móviles y SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos de América” (2000)⁶ (ver <http://ciss.insp.mx/migracion/>).

La problemática del VIH muestra aristas particulares en situaciones de migración forzada. En especial, en las fases de emergencia y post-emergencia, la ruptura de redes e instituciones sociales, junto con el deterioro de los servicios de salud y educación, reducen el acceso de la población refugiada a información y productos y programas básicos de salud sexual y reproductiva, prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH. Además, asociado a las realidades traumáticas que estas personas atraviesan, muchas veces el consumo de alcohol y de drogas incide en sus actitudes hacia el riesgo. La violencia sexual utilizada como arma de guerra o, incluso, extendida en entornos de refugiados, y el intercambio de servicios sexuales como única forma de satisfacer necesidades básicas colocan a mujeres, niñas y niños en situación de fuerte vulnerabilidad frente al VIH. Por otra parte, los planes estratégicos difícilmente contemplan a la población refugiada de modo que, para quienes conviven con el VIH, el desplazamiento forzoso suele acarrear la discontinuidad del tratamiento.

El ACNUR ha encarado el tema poniendo el foco en Africa (Africa Central, Africa sud-occidental, Africa del norte), Asia y, en menor medida, Europa oriental. Desde el año 2005, ha enfatizado la importancia de coordinar sus programas referidos a VIH con los de ONUSIDA, con miras a universalizar el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH. En este sentido, las poblaciones afectadas por conflictos y desplazadas han sido incluidas en diversos documentos sobre VIH y, a su vez, se han publicado documentos específicos sobre refugiados y VIH (ACNUR, 2005, 2007; ONUSIDA y ACNUR 2007).

⁵ “Nosotros observamos un continuo movimiento de la población por diversas situaciones desde las áreas rurales hacia las grandes ciudades o entre países. La población de migrantes es más vulnerable a la adquisición del VIH-SIDA por la ruptura de sus redes de solidaridad social.

Nosotros exigimos el acceso a la atención en salud y trato digno e igualitario de los/las migrantes que están viviendo con VIH-SIDA. Condenamos el uso con fines discriminatorios de cualquier análisis médico que impida el libre desplazamiento, residencia y/o documentación de las personas que viven con VIH-SIDA.

Nosotros, como iglesia, nos comprometemos a estrechar lazos de solidaridad y fraternidad entre nuestros pueblos, evitando actitudes de racismo y discriminación, así como dando la bienvenida y acogida a los migrantes y sus familias” (pág. 24).

⁶ Participan de la Red: Nicaragua, Costa Rica, México, El Salvador, Guatemala, Belice, Panamá y Honduras. Las instituciones involucradas son: Universidad Costa Rica, CISS/Instituto Nacional de Salud Pública de México, Universidad de El Salvador, Asociación de Salud Integral (ASI), Universidad de Belice, Centro de Estudios de Acción Social Panameño, Grupo Temático ONUSIDA.

III. Argentina

1. La población extranjera en la Argentina: migrantes y refugiados

1.a. Dinámicas migratorias contemporáneas y situación de la población migrante

La Argentina es tradicionalmente conocida como país receptor de inmigración europea. Como es sabido, entre la segunda mitad del siglo XIX y las primeras décadas del XX, arribaron al país amplios contingentes migratorios provenientes de Europa –mayormente de España e Italia. Esta dinámica tuvo su pico entre 1890 y 1914 –en ese año, esta migración de ultramar llegó a representar casi el 30% de la población total–, y luego disminuyó bruscamente hasta detenerse poco después de finalizada la Segunda Guerra Mundial.

Sin embargo, a la par del ingreso cuantioso, aunque no constante, de los migrantes de ultramar, existió en la Argentina un flujo sostenido de inmigrantes regionales, principalmente limítrofes⁷, cuya presencia –que nunca superó el 3 % de la población total– resultó opacada por el fuerte impacto de la inmigración europea en la estructura demográfica de la población. Hasta la década de 1960, el principal foco de atracción de los migrantes limítrofes fueron las ocupaciones (semi)rurales en las economías regionales fronterizas a sus respectivos países de origen. En términos generales, el ingreso de los migrantes de países limítrofes estaba caracterizado por la estacionalidad y la pendularidad entre su lugar de origen y un destino relativamente cercano en la Argentina (Marshall, 1983): bolivianos en las provincias del noroeste, paraguayos en las del noreste y litoral, chilenos en el sur⁸. Pero a partir de la década de 1960, y siguiendo el patrón de la migración interna⁹ en busca de inserción laboral en la manufactura y los servicios, el Área Metropolitana de Buenos Aires¹⁰ comenzó a adquirir cada vez más importancia como destino. Entre 1960 y 1991, el AMBA pasó de recibir el 25% de los migrantes a recibir el 50%. Esta *tendencia a la concentración en el AMBA de la migración limítrofe* va acompañada por un *gradual aumento de la proporción de mujeres migrantes*, muchas de las cuales muestran patrones de migración no asociados a la migración de varones¹¹. Además, en la década de 1990 –en la que se conjuga la caída de las economías regionales con la instalación, en la Argentina, de un régimen cambiario de paridad con el

⁷ Los países limítrofes de Argentina son Brasil, Bolivia, Paraguay, Uruguay y Chile. En contra de argumentos que postulan el crecimiento explosivo de la migración regional, la elección del adjetivo “sostenido” para caracterizar este movimiento migratorio resume la continuidad de un proceso evidente ya en los primeros registros censales del país y la estabilidad relativa de su tasa de crecimiento.

⁸ La inmigración uruguaya históricamente se concentró en Buenos Aires, y fue mayoritariamente urbana, en tanto que la brasileña fue siempre de muy escaso volumen.

⁹ La migración interna se desarrolló en el contexto del modelo de acumulación por sustitución de importaciones instrumentado a partir de la crisis de 1930. El desarrollo industrial y la consecuente demanda de mano de obra estimularon la migración desde las provincias hacia el área capitalina, a la vez que un nuevo relato político otorgaba al trabajador el papel protagónico en un proyecto de corte nacionalista.

¹⁰ El Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) comprende la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (capital de la República) y 24 municipios lindantes de la Provincia de Buenos Aires. Históricamente, esta área ha concentrado aproximadamente el 30% de la población total del país.

¹¹ Este patrón de migración de mujeres independiente de la migración de los varones es una de las caras de la llamada *feminización de la migración*. Sin embargo, hay que tener en cuenta que, a pesar de ser cabeza de migración, la decisión de migrar de las mujeres está estrechamente ligada a decisiones familiares (del conjunto de la unidad doméstica), y es en el seno de la familia donde más se hace sentir la subordinación de género. Las mujeres que migran lo hacen a edades más jóvenes que los hombres, en la gran mayoría de los casos como respuesta a una de dos estrategias familiares: estrategias de acumulación o de diversificación (ONU, 1993) que implican una evaluación por parte de la unidad doméstica de las posibilidades de inserción laboral de sus miembros femeninos en la comunidad de origen vs. la comunidad de destino.

dólar estadounidense– la composición de los flujos regionales registra un *aumento en el ingreso de ciudadanos peruanos*. Ya para 1970 comienza a verificarse la existencia de nichos laborales con fuertes sesgos de informalidad en los que los trabajadores migrantes se encuentran sobre-representados: la construcción para los varones y el servicio doméstico para las mujeres¹².

Como resultado de un complejo conjunto de procesos, entonces, desde mediados de siglo XX, la Argentina ha dejado de ser un lugar de destino prioritario para los migrantes *intercontinentales* y ha devenido destino privilegiado de los migrantes *intracontinentales*¹³. Con este giro, el país ha ido registrando una *gradual reducción relativa de su población extranjera*. Aún así, una vez agotado el modelo de la inmigración masiva europea, la dinámica migratoria de la segunda mitad de siglo XX comenzó a adquirir visibilidad y presencia en la agenda pública *en términos de problema*.

CUADRO 1. POBLACIÓN NACIDA EN EL EXTRANJERO Y POBLACIÓN NACIDA EN PAÍSES NO LÍMITROFES Y LÍMITROFES EN DIFERENTES FECHAS CENSALES. TOTAL PAÍS. AÑOS 1869-2001							
AÑO	POBLACION TOTAL	POBLACIÓN EXTRANJERA	% DE EXTRANJEROS SOBRE POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN EXTRANJERA NO LIMITROFE	% DE NACIDOS EN PAÍSES NO LIMITROFES SOBRE POBLACIÓN TOTAL	POBLACION EXTRANJERA LIMITROFE	% DE NACIDOS EN PAÍSES LÍMITROFE SOBRE POBLACIÓN TOTAL
1869	1.737.076	210.189	12,1	168.970	9,7	41.360	2,4
1895	3.954.911	1.004.527	25,2	890.946	22,3	115.892	2,9
1914	7.885.237	2.357.952	29,9	2.184.469	27,3	206.701	2,6
1947	15.893.827	2.435.927	15,3	2.122.663	13,3	313.264	2,0
1960	20.010.539	2.604.447	13,0	2.137.187	10,7	467.260	2,3
1970	23.390.050	2.210.400	9,5	1.676.550	7,2	533.850	2,3
1980	27.947.447	1.912.217	6,8	1.149.731	4,1	753.428	2,7
1991	32.615.528	1.628.210	5,0	811.032	2,4	817.428	2,6
2001	36.260.130	1.531.940	4,2	608.695	1,6	923.215	2,6

Fuente: INDEC (1997), La Migración en la Argentina: sus características e impacto, Serie Estudios 29; INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001, www.indec.mecon.gov.ar

Si las dinámicas de ultramar y regional muestran diferencias en cuanto a su volumen, su constancia, y su patrón de ingreso y asentamiento en el territorio argentino, también difieren en lo que respecta al tratamiento normativo que afectó a cada una de ellas. En efecto, a diferencia de la normativa que fomentaba el ingreso de europeos, las normas que buscaron regular el ingreso de los inmigrantes de países limítrofes tuvieron tonos cada vez más restrictivos. En este marco se inscribe la vigencia, durante más de veinte años de vida formal

¹² Existe una serie de trabajos que analizan datos cuantitativos poniendo en foco la inserción de la población migrante en el mercado de trabajo. Esta perspectiva comprende la comparación entre población nativa y no nativa en lo que respecta a PEA, tasas de ocupación (según nacionalidad y según género), ocupación por rama de actividad y por condición laboral (asalariado, cuenta propia, patrón, etc.) (Benencia y Gazzotti 1995; Cacopardo y Maguid 2001; INDEC 1996 y 1997; Lattes y Sautú 1978; Lattes y Bertonecello 1997; Marshall 1977; Marshall y Orlansky 1983; Montoya y Perticará 1995; Sautú 1991).

¹³ Cabe destacar que se observan también otras dinámicas. En la década de 1960, hicieron sus primeros ingresos a la ciudad de Buenos Aires, junto a la migración regional, contingentes acotados de inmigrantes asiáticos – coreanos y chinos (primero de Taiwán y más tarde, de China continental)–, que fueron conformando colectividades con cifras inferiores a las cuarenta mil personas. Durante la década de 1990, un número reducido de inmigrantes de Europa central y oriental arribó atraído por un régimen de tratamiento especial. Por otra parte, al menos desde 1970, la Argentina puede, a su vez, considerarse un país de emigración.

de la democracia argentina, de la llamada Ley Videla (Ley General de Migraciones y de Fomento de la Inmigración N° 22.439) que, sancionada en 1981 bajo la última dictadura militar, no sólo era violatoria de derechos fundamentales consagrados en la Constitución Nacional, sino que devino en un *dispositivo generador de "ilegalidad" que colocó a gran parte de la población migrante en situación de especial vulnerabilidad.*

1.b. Un caso particular de movilidad: la situación de los refugiados en la Argentina

Algunos datos concretos, aunque fragmentarios, aportados por diversas organizaciones de la sociedad civil permiten visualizar, a partir de los años setenta y en el contexto de la continuidad de las dictaduras latinoamericanas, la llegada de población refugiada a la Argentina. Por la situación política de la región, la mayor parte de la población de referencia provenía de Chile y, en menor medida, de Uruguay, Bolivia, Paraguay. De las 11.300 personas que fueron reconocidas como refugiados "bajo mandato del ACNUR" entre 1973 y 1975, un 84.5% eran chilenos, un 11% uruguayos, un 2.2% bolivianos. A partir de 1976, la dictadura militar obstaculizó por distintas vías el asentamiento de refugiados latinoamericanos, a la vez que utilizó la recepción de refugiados provenientes de Indochina como gesto político hacia el mundo.

Desde el restablecimiento de la democracia formal y, específicamente, desde la creación en 1985 de un organismo encargado del reconocimiento de refugiados, el Comité de Elegibilidad para los Refugiados (CEPARE), la Argentina ha recibido más de diez mil solicitudes de asilo¹⁴. De esos expedientes, menos de un tercio resultaron en el reconocimiento de la persona solicitante de asilo como refugiada, aunque tanto la recepción anual de solicitudes como los reconocimientos muestran gran variabilidad en el tiempo. Es de destacar que el inicio de trámites de petición de asilo exhibe un claro pico entre los años 1999 y 2001, en coincidencia con el momento de mayor restricción de la normativa migratoria nacional, que establecía fuertes obstáculos a la radicación de migrantes de países vecinos, así como al agravamiento del contexto político y de vigencia de los derechos humanos de algunos de los países de América del Sur. En la actualidad, se estima la población refugiada y solicitante de la condición de refugiados en más de tres mil quinientas personas. A diferencia de los migrantes que actualmente residen en la Argentina, los refugiados y peticionantes de asilo presentan enormes variaciones en relación con la nacionalidad, la edad, los antecedentes educacionales, la historia laboral y la situación familiar.

En primer lugar, la estructura de la población de refugiados y peticionantes de asilo pone de relieve una amplia dispersión por nacionalidades. Las únicas dos nacionalidades que presentan cifras comparativamente elevadas son la peruana y la cubana¹⁵. Dichas nacionalidades superan, conjuntamente, el 40% del volumen total de los solicitantes de asilo y el 30% del volumen total de quienes han sido reconocidos como refugiados. Por detrás de estos países latinoamericanos, los orígenes más significativos de los solicitantes de asilo y refugiados corresponden, en términos generales, a países africanos y de Europa del Este, en particular ex integrantes de la URSS (ver cuadro 2).

¹⁴ Las estadísticas sobre solicitudes de asilo elaboradas por el CEPARE indican que a enero de 2007 habían sido iniciados 10.085 expedientes. Ver: <http://www.mininterior.gov.ar/migraciones/cepare.asp>

¹⁵ En los últimos años, en especial desde que la Argentina aceptó convertirse en país de reasentamiento, se destaca la llegada de colombianos.

Por su parte, también son dispersas las edades de solicitantes y refugiados: oscilan entre los 16 y los 60 años. En los últimos años se ha registrado la creciente llegada de menores de 21 años no acompañados, en su mayoría varones provenientes de países africanos¹⁶. Además, se destaca la preponderancia de varones, tanto sobre el total de peticionantes de asilo (ver cuadro 3) como de refugiados para todas las nacionalidades¹⁷.

CUADRO 3. TRAMITES DE SOLICITUD DE ASILO: DISTRIBUCIÓN POR SEXO. ARGENTINA, 1985-2006

SEXO	TOTAL
Mujeres	3371
Varones	6310
	9681

Fuente: tabulado propio sobre la base de estadísticas del CEPARE.

El escenario principal en que se desarrolla la inserción social de los refugiados y solicitantes de asilo en la Argentina es el *ámbito urbano*, particularmente la Ciudad de Buenos Aires y su conurbano. Es importante resaltar que, a diferencia de lo que sucede en otros países, en la Argentina *no existen campos de refugiados*. En este marco, los aspectos salientes de la estructura poblacional descripta permiten ponderar las variables *distancia geográfica y cultural respecto de la sociedad de asilo* como ejes significativos para identificar distintos patrones de inserción social. Son estas distancias –que actúan tanto sobre los refugiados como sobre la sociedad de asilo– las que parecen incidir más fuertemente en las trayectorias que los refugiados recorren en la Argentina. La ponderación de las distancias geográficas y culturales permite pensar diferencialmente las ventajas y las desventajas que se presentan a la inserción social de refugiados de diverso origen.

En términos generales, es posible afirmar que las dificultades que enfrentan los refugiados y peticionantes de asilo en la Argentina están centradas en cuatro áreas problemáticas: trabajo, vivienda, documentación, y discriminación.

Más allá de las diversas razones por las que abandonaron sus países de origen, migrantes, refugiados y peticionantes de asilo comparten una característica asaz importante: todos ellos son extranjeros buscando trabajo en un mercado laboral segmentado, precarizado y con tasas de desocupación relevantes. Si bien la falta de trabajo es un problema que afecta a nativos y extranjeros, para los refugiados en particular no sólo es más difícil conseguir trabajo sino que además, en la gran mayoría de los casos, no cuentan con capital social o económico acumulado que les permita sobrellevar los períodos de desocupación. Esta carencia resulta crítica cuando se tiene en cuenta que, en buena medida, las trayectorias laborales de peticionantes y refugiados se caracterizan por prolongados períodos de desocupación, precariedad, inestabilidad y alta rotación laboral.

Puesto que los cambios de empleo son harto frecuentes, tanto en términos de lugar de trabajo como de rubro laboral, una parte importante de los ingresos proviene de “changas” de impredecible aparición y continuidad. En buena parte de los casos, los empleos obtenidos en la Argentina son de baja calificación e implican movilidad social cero o retroceso respecto de la situación laboral en el país de origen. El impacto de la nueva situación laboral es especialmente fuerte para quienes poseen un alto grado de escolarización, y alta calificación y

¹⁶ La Fundación Comisión Católica Argentina de Migraciones (FFCAM), agencia implementadora de los programas del ACNUR en la actualidad, ha registrado, en los últimos años, 68 casos de menores no acompañados.

¹⁷ No existen estadísticas oficiales disponibles que den cuenta de la tasa de masculinidad exclusivamente para la población reconocida como refugiada, ni que crucen sexo con nacionalidad.

experiencia laboral en su campo. Con respecto a los antecedentes educacionales y la formación laboral, la dificultad con que se enfrentan es doble: por un lado, el no reconocimiento de los títulos (que a menudo sólo deja como opción una reválida que implica volver a realizar los estudios); y por el otro, la falta de experiencia en la Argentina que pueda servir como referencia para un futuro empleador.

La vivienda es igualmente una cuestión de difícil resolución. Aun cuando se han registrado casos de refugiados y peticionantes de asilo que han debido dormir en la calle, asentarse en “villas de emergencia” o sub-arrendar un espacio en casas ocupadas de hecho generalmente por migrantes, es en los circuitos de hoteles y pensiones que la mayoría de ellos se ve obligado entrar. En estos hospedajes suelen compartirse habitación, baño y cocina, y existen restricciones que obstaculizan la vida diaria del refugiado. El número de mudanzas que protagonizan los refugiados es extremadamente alto (hasta 5 y 6 veces en dos años), siendo el esfuerzo que invierten en la búsqueda de un difícil equilibrio entre calidad de la vivienda, ubicación estratégica y precio profundamente desestabilizador.

La documentación en Argentina es también un área conflictiva. Si bien los refugiados y solicitantes de asilo poseen, una vez iniciado su trámite, una situación migratoria regular, los tiempos de la administración pública y las falencias de orden burocrático-administrativas los afectan seriamente. Demoras que han llegado a superar los dos años para la emisión de opiniones de elegibilidad por parte del CEPARE colocan a los peticionantes en posición de virtual estancamiento sobre las posibilidades de obtener un documento nacional de identidad para extranjeros¹⁸. Por ello se torna una realidad preocupante el que, si bien la residencia precaria que se otorga al peticionante desde el momento en que formaliza su solicitud, es habilitante para el trabajo, en los hechos dicha habilitación muchas veces es desconocida por los empleadores, hacia quienes nunca se han instrumentado campañas informativas.

La discriminación y la xenofobia son experiencias frecuentes en la vida cotidiana de peticionantes de asilo y refugiados. De acuerdo a sus escenarios y modalidades de operación, las formas de discriminación identificadas por los propios refugiados son tanto de nivel institucional-orgánico (acoso policial, desinterés por la temática de la discriminación en las escuelas, maltrato en oficinas públicas), como inorgánicas (agresiones verbales en la calle, prejuicio en el ámbito laboral, maltrato a los niños refugiados en las aulas). Según la motivación que anima los hechos discriminatorios, los refugiados distinguen entre discriminación por origen nacional y por motivos raciales, corte que se registra, fundamentalmente, entre refugiados latinoamericanos y europeos del Este, por un lado, y africanos, por el otro. Esta clasificación no es excluyente: puesto que, históricamente en la Argentina, los rasgos fenotípicos no europeos han sido fuente de identificación del extranjero indeseable, es común que peticionantes de asilo y refugiados regionales se topen con formas del prejuicio que articulan categorías de nacionalidad y raza. Junto a esta clasificación, aparece también la distinción percibida entre discriminación contra el extranjero/migrante y contra el refugiado. La primera es de vieja data en Argentina; en el contexto neoliberal se vincula con discursos públicos y privados que argumentan que “los extranjeros nos sacan el trabajo”. La segunda, en cambio, es relativamente nueva y poco objetivada en el discurso político local, e iguala la categoría de “refugiado” a la de “mantenido” cuando no a la de “terrorista”.

¹⁸ En los últimos años, con apoyo del ACNUR, el CEPARE ha tomado medidas para agilizar la resolución de peticiones de asilo.

2. La infección por VIH y la población extranjera en la Argentina: estudios y sondeos sobre el tema

El cruce entre población extranjera e infección por VIH en la Argentina ha sido escasamente estudiado y no existen investigaciones sistemáticas sobre el tema. De hecho, es notable la falta de estadísticas y/o trabajos de investigación que vinculen temas migratorios y cuestiones concernientes al VIH en nuestro país. Con todo, es posible mencionar algunas experiencias de relevamiento de datos.

En lo que respecta a los organismos internacionales, la OIM se encuentra desarrollando un proyecto sobre migración y salud reproductiva a escala nacional, que incorpora la realización de encuestas en hospitales públicos, en la que se incluye la temática de la infección por VIH. Por su parte, a partir de talleres con jóvenes refugiados, el ACNUR ha detectado una demanda insatisfecha de información sobre prevención.

También la sociedad civil ha relevado información parcial de potencial utilidad. Recientemente, la Asociación de Derechos Civiles Mujeres Unidas Migrantes y Refugiadas en Argentina (AMUMRA) realizó, con el apoyo de un grupo de estudiantes de sociología de la Universidad de Buenos Aires, una prueba piloto para una “Encuesta de caracterización de la situación de los migrantes peruanos residentes en el Area Metropolitana de Buenos Aires”, aplicada a 515 personas (55,4% de mujeres), que incluye una serie de preguntas sobre información y cuidados frente al VIH. Un informe preliminar de esta actividad fue presentado en el *II Tribunal de Mujeres Migrantes y Refugiadas en Argentina* (Ciudad de Buenos Aires, marzo de 2007). Los resultados generales expuestos fueron los siguientes (Bártoli, Weiner y Larrosa, 2007):

- . Más del 10% de los entrevistados dice no estar informado acerca de esta enfermedad. La mitad son mujeres.
- . Entre quienes están informados, más del 15% no hace nada para evitar contraerlo.
- . Entre los que sí consideran haber hecho algo para evitarlo, más del 50% no está en condiciones de especificar los métodos o especifica métodos inadecuados de prevención.
- . Entre los que no han hecho nada para evitar contraer el virus, casi el 70% son mujeres y más del 50% tienen entre 18 y 34 años.

Entre las organizaciones abocadas a la problemática del VIH, la Fundación Huésped, que actualmente elabora un proyecto para estudiar la prevalencia del VIH entre inmigrantes, reconoce que no existen estadísticas oficiales ni trabajos científicos que crucen información sobre infección por VIH y población extranjera en la Argentina, en parte, debido a las dificultades que presenta relevar esta información en una población con alto porcentaje de personas en situación migratoria irregular¹⁹. Con todo, a partir de un proyecto desarrollado en 2004 con organizaciones de inmigrantes –“Programa de Prevención del VIH/Sida Dirigido a la Población Migrante en Situación de Vulnerabilidad”–, desde la Fundación Huésped se han recabado algunos datos que iluminan la relación entre población migrante y VIH. En primer lugar, se señala el hecho de que los migrantes enfrentan más barreras para acceder a la salud en general: barreras lingüísticas, culturales y económicas. Además, se enfatiza la importancia distinguir a los migrantes según lugar de procedencia ya que las condiciones de inserción en

¹⁹ Entrevista realizada a directivos de la Fundación Huésped. Buenos Aires, 5 de julio de 2007.

Argentina varían de un caso a otro: habría, así, diferencias notables entre la situación de los migrantes asiáticos y la de los latinoamericanos; a su vez, entre estos últimos, también existirían divergencias. Mientras que los chilenos están más “institucionalizados” y recibirían mayor apoyo del gobierno de Chile –incluso se han realizado campañas de prevención en el marco de la embajada–, el involucramiento de los gobiernos boliviano y paraguayo en esta materia sería más difícil de lograr. Respecto de la población refugiada y el VIH, la experiencia de la Fundación Huésped sugiere que, si bien la imposibilidad de retorno a sus países de origen coloca a los refugiados en situación de especial vulnerabilidad, una visibilidad social diferenciada y la regularidad de su residencia suelen eliminar las dificultades que enfrentan buena parte de los migrantes “indocumentados”.

A su vez, la Fundación Buenos Aires Sida, a través de su práctica de trabajo territorial y conformación de espacios de salud en las cercanías de las zonas rojas de la Ciudad de Buenos Aires, ha recogido información sobre la relación entre travestis y mujeres profesionales del sexo de origen extranjero y la infección por VIH. Integrantes de la Fundación estiman que el 80% de la población de travestis con la que trabaja es de origen peruano, y han registrado también la presencia de personas bolivianas y paraguayas entre ellas²⁰. Entre las mujeres trabajadoras sexuales, destacan la presencia de dominicanas, peruanas, paraguayas y chilenas. El trabajo de la Fundación Buenos Aires Sida ha permitido detectar situaciones superpuestas de vulnerabilidad que afectan a las trabajadoras sexuales, en particular, a las travestis de origen extranjero: se conjugan en estos casos el mayor riesgo de infección por VIH²¹, los atropellos resultantes de la “portación de cara”, la pobreza y la falta de acceso a recursos e información sobre el funcionamiento de la salud pública local y a una educación sexual apropiada²², las biografías de abuso que redundan en problemas de autoestima y una mayor naturalización del uso y consumo de drogas, la irregularidad migratoria y el temor a la expulsión, y el doble rechazo en el sistema público de salud.

Una cuestión significativa que se señala desde esta institución es la poca cobertura médica general, y específica en materia de VIH, de que goza la población de referencia en sus países de origen, ya sea debido a la falta de garantías para el acceso universal a los programas de prevención y atención referidos al VIH, o a la existencia de prácticas discriminatorias que la obstaculizan, incluso a niveles que comprometen la vida de las personas. En este sentido, los diferenciales de cobertura médica entre la Argentina y algunos países limítrofes (particularmente, Bolivia y Paraguay) podrían tener incidencia sobre ciertas decisiones relativas tanto a la migración como a la movilidad fronteriza, con el consiguiente impacto, en este último caso, en los centros de atención médica ubicados en las ciudades argentinas de frontera²³.

Observaciones similares ha realizado la Pastoral VIH-Sida, que administra un hostel solidario en la Ciudad de Buenos Aires para personas que viven con VIH²⁴. Según su director, el hecho de que un 10% de los huéspedes recibidos hasta el momento por el hostel hayan sido extranjeros (20/200) es indicativo de una posible faceta de la relación entre movilidad humana y VIH: la falta de atención gratuita en los países de origen haría que personas con VIH

²⁰ Entrevista realizada a la coordinación de la Fundación Buenos Aires Sida. Buenos Aires, 13 de julio de 2007.

²¹ Un estudio socio-comportamental de nivel nacional sobre la prevalencia del VIH entre personas trans (independientemente del origen nacional) arrojó una cifra del 30%.

²² Se advierte aquí la inadecuación de horarios para acceder a la atención médica pues las trabajadoras sexuales viven “a contraturno”.

²³ La Cruz Roja habría realizado una intervención a favor de la atención de residentes de Encarnación que se atienden en la ciudad de Posadas.

²⁴ Entrevista realizada al director de la Pastoral VIH-Sida. Buenos Aires, 9 de julio de 2007.

llegaran a la Argentina para atenderse, o bien que, una vez aquí y al enterarse de que viven con VIH, se quedaran para acceder al tratamiento. Las nacionalidades más representadas a lo largo de la actividad de la Pastoral han sido la peruana y boliviana y, en menor medida, la paraguaya y brasileña.

La experiencia de la Pastoral Ecuménica VIH-Sida sugiere que los migrantes presentan mayor vulnerabilidad al VIH dado que la falta de lazos afectivos (que no se homologa a la falta de redes sociales) aumenta el riesgo de infección –“muchos se enferman en Argentina”– y/o dificulta el tratamiento. La Pastoral enfatiza el vínculo entre migración y pobreza: una buena parte de la población migrante que termina trabajando en el comercio sexual, mayormente mujeres y personas trans, son el sostén de sus familias y están apremiados por el envío de remesas. De ahí que acepten condiciones extremas de trabajo y, además, no logren la adherencia al tratamiento de VIH, con el consecuente deterioro de su salud, que puede llegar hasta la muerte. Asimismo, sobre la base de los problemas de convivencia derivados del origen nacional que se han presentado en el hospital, la Pastoral señala la acumulación de estigmas que recae sobre migrantes y refugiados que viven con VIH, que son estigmatizados por nativos argentinos en igual condición.

Por otra parte, las ONGs consultadas identifican agentes en la Ciudad de Buenos Aires que pueden poseer información relativamente sistemática sobre población migrante y VIH o estar interesados en sistematizar información contenida en los registros de atención: el Hospital Ramos Mejía, la sala de salud de Avellaneda y los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD).

En definitiva, los sondeos arriba mencionados permiten ir perfilando la identificación de actores en situación de vulnerabilidad (según líneas de género e identidad de género, edad, pobreza, inserciones ocupacionales particulares, situación migratoria y documentaria) y factores de vulnerabilidad (dificultades en acceso a fuentes de información, obstáculos en el acceso a la salud en general y en la apropiación de los servicios de salud, por ejemplo) a la infección por VIH entre la población extranjera.

3. Acciones desarrolladas desde el Estado y la sociedad civil

3. a. Normativas pertinentes: legislación nacional vigente en materia de infección por VIH y de migración y asilo

3.a.i. La infección por VIH en la legislación nacional argentina

A diferencia de la mayoría de los países latinoamericanos, la Argentina cuenta con una ley específica en materia de infección por VIH. En efecto, en el año 1990 fue sancionada la *Ley 23.798*, denominada Ley Nacional de Sida. Esta ley declara de interés nacional la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, entendiéndose por tal 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 (art.1). Entre otras cosas, la ley busca que “en ningún caso pueda afectarse la dignidad de la persona, ni que se produzcan efectos de marginación, estigmatización, degradación o humillación de las personas afectadas”. También dispone que el Estado debe garantizar el acceso al testeo o diagnóstico voluntario, asegurando la confidencialidad, y promueve el secreto médico y el acceso de todos los habitantes al cuidado y atención de la

enfermedad. Esta ley fue reglamentada en 1991 por el Decreto 1244/91, que establece el requisito del consentimiento informado y reitera la confidencialidad frente al test y sus resultados.

Asimismo, obliga a las autoridades sanitarias a desarrollar programas destinados al cumplimiento de las acciones descriptas en el artículo 1, gestionando los recursos para su financiación y ejecución; promover la capacitación de recursos humanos y propender al desarrollo de actividades de investigación; aplicar métodos que aseguren la efectividad de los requisitos de máxima calidad y seguridad; promover la concentración de acuerdos internacionales para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta ley; llevar a conocimiento de la población las características del VIH, las posibles causas o medios de transmisión, las medidas aconsejables de prevención y los tratamientos adecuados para su curación, en forma tal que se evite la difusión inescrupulosa de noticias interesadas.

En el artículo 9, la ley hace mención específica a la población inmigrante y establece que “se incorporará a los controles actualmente en vigencia para inmigrantes, que soliciten su radicación definitiva en el país, la realización de las pruebas de rastreo que determine la autoridad de aplicación para detección del VIH”. Si bien esta disposición no funciona como el testeo obligatorio que exigen otros países y, de hecho, los migrantes que gestionan su radicación permanente pueden negarse a realizar estas pruebas amparándose en el “consentimiento informado” que garantiza la ley, este artículo, que no deja de tener efectos coercitivos y de presentar problemas para quienes tramitan su residencia en la Argentina, tiende a incrementar la situación de vulnerabilidad en que se encuentra la población de referencia de este diagnóstico.

El decreto reglamentario n° 1.244/91 de la Ley Nacional de Sida, incorpora la prevención del Sida como tema en los programas de enseñanza de los niveles primario, secundario y terciario de educación y dispone que para la aplicación de la ley deberán respetarse las disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) y de la Ley Antidiscriminatoria n° 23.952²⁵.

Por otra parte, en 1995 el Congreso aprueba la *Ley 24.455*, que incluye la obligatoriedad de que las Obras Sociales dispensen los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas con VIH y los programas de prevención de la infección por VIH y de drogadependencia. En 1996, se aprueba la *Ley 24.754*, que incorpora la atención de las personas con VIH por parte de los seguros de salud privados, como mínimo en forma similar a lo realizado por las prestaciones obligatorias de las obras sociales. A su vez, la *Ley 25.543*, sancionada en 2001, establece la obligatoriedad del ofrecimiento y cobertura del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana a toda mujer embarazada, bajo consentimiento expreso y previamente informado²⁶.

²⁵ La Ley Antidiscriminatoria establece que “quien arbitrariamente impida, obstruya, restrinja o de algún modo menoscabe el pleno ejercicio sobre bases igualitarias de los derechos y garantías fundamentales reconocidos en la Constitución Nacional, será obligado, a pedido del damnificado, a dejar sin efecto el acto discriminatorio o cesar en su realización y a reparar el daño moral y material ocasionados. A los efectos del presente artículo se considerarán particularmente los actos u omisiones discriminatorios determinados por motivos tales como raza, religión, nacionalidad, ideología, opinión política o gremial, sexo, posición económica, condición social o caracteres físicos (art.1)”.

²⁶ En la práctica, no suele haber consentimiento informado: las embarazadas firman acuerdo sin saber para qué estudios. No se suele informar sobre los fines del estudio y la posibilidad de no hacerlo.

Por último, existen *resoluciones ministeriales* que especifican y normatizan la atención de las personas que viven con VIH e ITS: la Resolución n° 528/92 incorpora al Programa Médico Obligatorio (PMO) la obligatoriedad, por parte de las Obras Sociales, de participar en los programas de prevención del SIDA; la Resolución n° 454/92 regula las normas que deben cumplir los preservativos; la Resolución n° 105/97 aprueba la norma de sida en la transmisión madre-hijo; y la Resolución n° 625/97 define cómo deben considerar las Obras Sociales y empresas de Medicina Prepaga la cobertura en materia de infección por VIH.

Cabe resaltar que, en el año 1994, la Argentina reformó su Constitución Nacional –destinada, según su preámbulo, a “todos los hombres del mundo que quieran habitar el suelo argentino”–, incorporando una serie de instrumentos internacionales de derechos humanos²⁷. Por lo tanto, el derecho a la salud, sigue, en nuestro país, los principios rectores en ellos establecidos. Aun así, el reglamento de la Ley Nacional de Sida sólo recoge uno de estos instrumentos, el Pacto de San José de Costa Rica. De ahí la demanda de los sectores interesados por la actualización de la Ley Nacional de Sida.

3.a.i.i. La nueva Ley Nacional de Migraciones

Como se ha mencionado anteriormente, durante más de veinte años, la Argentina mantuvo en vigencia una ley de migraciones de corte altamente restrictivo. Sancionada en 1981, hacia la caída de la última dictadura militar, por fuera del trámite parlamentario regular, la Ley Videla distinguía entre ilegalidad por ingreso o por permanencia y definía tres categorías de ingreso: *residentes permanentes, temporarios y transitorios*, afirmando solo para los primeros el goce de derechos constitucionalmente establecidos. De hecho, uno de los puntos más críticos de esta ley fue la restricción en el goce de derechos fundamentales (civiles, económicos y sociales) para quienes se encontraran en situación migratoria irregular, en particular a través de la creación de una obligación legal de denunciar, ante la autoridad migratoria, la existencia de persona extranjera sin permiso de residencia. Esta obligación afectaba a maestros, médicos, escribanos, empleados públicos, comerciantes, empresarios, etc.

En diciembre de 2003, la Ley Videla fue derogada con la sanción de la actual Ley de Migraciones N° 25.871. Promulgada en enero de 2004, la nueva norma busca representar un

²⁷ Los tratados con jerarquía constitucional son los siguientes:

- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre
- Declaración Universal de Derechos Humanos
- Convención Americana sobre Derechos Humanos
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer
- Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes
- Convención sobre los Derechos del Niño
- Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas.
- Convención sobre la imprescriptibilidad de los crímenes de guerra y de los crímenes de lesa humanidad.

nuevo encuadre para el tratamiento de la “cuestión migratoria” en la Argentina, sostenido en dos ejes: por un lado, un novedoso énfasis en la protección de los derechos humanos de los migrantes y, por el otro, una también novedosa inscripción en el contexto regional, que implica el reconocimiento explícito de la migración proveniente de países limítrofes y vecinos.

En lo que a derechos humanos se refiere, la norma consagra el *derecho a la migración* como derecho esencial e inalienable de la persona y lo garantiza sobre la base de los principios de igualdad y universalidad. También incorpora el *derecho a la reunificación familiar* y “el goce de criterios y procedimientos de admisión no discriminatorios en términos de los derechos y garantías establecidos por la Constitución Nacional, los tratados internacionales, los convenios vigentes y las leyes”. Por otra parte, menciona expresamente como responsabilidad del Estado asegurar la igualdad de trato a los extranjeros “siempre y cuando satisfagan las condiciones establecidas para su ingreso y permanencia de acuerdo a las leyes vigentes” (art.5), aunque reconoce, de forma irrestricta y sin perjuicio de la situación migratoria de la persona, el derecho a la educación –en todos los niveles y jurisdicciones– (art.7) y el derecho a la salud: “No podrá negársele o restringírsele en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria” (art.8).

Más aun, a la obligación de denuncia de situaciones de irregularidad migratoria que la Ley Videla establecía para todos los funcionarios y empleados públicos, la nueva ley opone la *promoción y difusión* generalizadas (en el sentido de formar e informar) de las obligaciones, derechos y garantías de los migrantes. En la misma línea, la ley alude a la acciones del Estado para *favorecer la integración de los migrantes* y para “facilitar, de conformidad con la legislación nacional y provincial en la materia, la consulta o *participación* de los extranjeros en las decisiones relativas a la vida pública y a la administración de las comunidades locales donde residan”.

Otro cambio significativo de la nueva legislación es la incorporación del *derecho al debido proceso en situaciones de detención y expulsión*. Esto implica la posibilidad de recurrir por vía judicial las decisiones de expulsión tomadas por la autoridad migratoria y la necesaria intervención del juez competente para ordenar detenciones relacionadas con la irregularidad migratoria.

En lo que respecta a la incorporación de la perspectiva regional, la nueva Ley de Migraciones recoge el *criterio de nacionalidad* esbozado en el *Acuerdo sobre Residencia para Nacionales de los Estados Partes del MERCOSUR, Bolivia y Chile*. Con ello, se abre la posibilidad para que aquellas personas –la gran mayoría de los migrantes– que no se ajustaban a ninguno de los criterios establecidos por la Ley Videla o por convenios de trabajo firmados bilateralmente²⁸ sean admitidas como residentes temporarios con permiso de trabajo.

²⁸ El Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto cerró tratativas con Bolivia y Perú para la firma de convenios de migración cuya gran novedad fue el acuerdo, entre los países signatarios, de un criterio *ad hoc* para otorgar residencias temporarias a los nacionales de la otra parte que desearan establecerse o ya residieran irregularmente en su territorio: la inscripción como *trabajador autónomo* y la constancia de cumplimiento de las obligaciones provisionales e impositivas. Estos convenios fueron promulgados en 1999 mediante las leyes 25.098 y 25.099, respectivamente, y prorrogados sus plazos de acogida por protocolos adicionales.

Luego de la promulgación de la Ley de Migraciones, una serie de decretos y de disposiciones producidos por la Dirección Nacional de Migraciones buscan reforzar el giro plasmado en la norma.

La Disposición 2079 (28/1/04) suspendió las expulsiones de los nacionales de países limítrofes en condición de irregularidad migratoria, es decir, aquellos residentes cuya situación irregular podría resolverse en el marco de la Ley 25.871. Disipadas las amenazas de denuncia y expulsión, esta medida ha removido un importante obstáculo para el acceso de los migrantes en situación irregular a los servicios de salud.

Por su parte, el decreto 836 (7/7/2004) propone la instrumentación de un masivo Programa Nacional de Normalización Documentaria Migratoria, que facilita la obtención de la residencia regular. El primer paso de dicho programa fue dado con el establecimiento del Decreto 1169 (06/09/2004) sobre “Regularización migratoria de ciudadanos nativos fuera de la órbita del MERCOSUR”. En el año 2005 se dictó la Disposición 53.253 (13/12/2005), que implementa el Programa Nacional de Normalización Documentaria Migratoria para extranjeros nativos de los Estados Parte del MERCOSUR y sus Estados Asociados, también conocido como “Patria Grande”. El programa es generoso en su alcance: abarca a inmigrantes de Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Según estimaciones oficiales, la medida beneficiará a alrededor de 700.000 inmigrantes.

Por último, cabe mencionar que a principios de 2007, la Argentina ratificó el instrumento de derechos humanos por excelencia para migrantes, la *Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares*.

Si bien estas medidas apuntan a modificar sustancialmente la situación de la población migrante, muchas de las prácticas ejercidas en el seno del sistema de salud bajo el amparo de la Ley Videla siguen en vigencia y dificultan tanto el acceso como la atención de la población extranjera en los hospitales públicos. En ese sentido, se observan, en materia de política migratoria, una serie de inacciones que entran en tensión con las propuestas de la nueva ley. En lo concreto, la obtención de una autorización emitida por la Dirección Nacional de Migraciones para residir en el país de manera regular es solo un peldaño para alcanzar la “llave” que permite finalmente abrir la puerta al goce fluido y no limitado de derechos: el documento nacional de identidad. La obtención de este documento, emitido por otra instancia: el Registro Nacional de las Personas, acarrea un trámite adicional que reinstala algunos de los obstáculos burocráticos que el programa “Patria Grande” intentan remover²⁹. Con todo, poco se ha avanzado en las negociaciones para allanar este camino. Restaría, también, profundizar las conversaciones con los consulados de los países de origen de los migrantes para lograr la flexibilización de todos los aranceles consulares relevantes.

3.a.i.i.i El marco legal de protección de las personas refugiadas en la Argentina: la Ley General de Reconocimiento y Protección al Refugiado

La Argentina ratificó la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 en el año 1961, mediante la sanción de la Ley 15.869, y adhirió a su Protocolo por medio de la Ley 17.468 de 1967. Sin embargo, más allá de del proceso de ratificación formal de la Convención y el

²⁹ A saber: la presentación de copia de la partida de nacimiento, legalizada por las autoridades correspondientes, sellada por el consulado argentino en el país de origen y legalizada por el Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto de la República Argentina.

Protocolo, los cambios más relevantes se producen a partir del año 1983, con el retorno de la democracia. Mediante el dictado de la Ley 23.160, del 23 de octubre de 1984, la Argentina levanta la “reserva geográfica” y comienza a aplicar la definición de refugiado a personas “que huyen por acontecimientos ocurridos en Europa o en otro lugar”. A su vez, se produce un importantísimo avance en el reconocimiento de esta cuestión cuando se establece, dentro de la administración pública, un mecanismo tendiente a implementar la Convención de 1951. Por medio del decreto 464 de 1985, se creó el Comité de Elegibilidad para los Refugiados (CEPARE), encargado de evaluar y decidir acerca de las solicitudes de reconocimiento de la condición de refugiado en el país.

Años más tarde, la Argentina acepta los términos de la Declaración de Cartagena y, mediante Acta Resolutiva 465 del 24 de febrero de 1998 emitida por el CEPARE, recomienda a los demás organismos del Estado que adopten las medidas que fueren necesarias con el objeto de integrar a la definición contenida en la Convención de 1951 y el Protocolo del 1967 los términos de dicha Declaración.

La Convención de 1951 brinda un marco legal que importa el reconocimiento de los derechos de las personas que solicitan protección internacional en la Argentina. Además del principio rector de no devolución, cabe destacar, entre otros derechos: la prohibición de discriminación (art. 3), la libertad religiosa (art. 4), el derecho de asociación (art. 15), el acceso a los tribunales (art. 16), la libertad de circulación (art. 26), los derechos de propiedad intelectual e industrial (art. 14), el derecho al empleo remunerado (art. 17), al trabajo por cuenta propia (art. 18), al ejercicio de profesiones liberales (art. 19), vivienda (art. 21), educación pública (art. 22), asistencia pública (art. 23), legislación del trabajo y seguros sociales (art. 24).

A su vez, el marco legal de protección internacional de los refugiados se complementa con otros instrumentos internacionales sobre derechos humanos, que poseen jerarquía constitucional a partir de la reforma constitucional de 1994. Esta reforma, si bien no generó ninguna medida específica referida al cumplimiento de las obligaciones internacionales en materia de refugiados, incorporó a los tratados de derechos humanos. De este modo, el derecho a solicitar y recibir asilo se encuentra consagrado en el artículo 14 Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo XXVII de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y artículo 22 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Con todo, la deuda más importante en cuanto al reconocimiento formal de la protección internacional de los refugiados en la Argentina fue saldada en fecha reciente. En efecto, el 8 de noviembre de 2006, el Congreso Nacional sancionó la Ley 26.165, *Ley General de Reconocimiento y Protección al Refugiado*, promulgada días más tarde mediante Decreto N° 1710. Esta ley sienta los principios básicos en materia de protección y pone fin a la gran dispersión de normas que regulaban la materia, a la vez que señala un procedimiento claro para el reconocimiento de la condición de refugiados para las personas que así lo soliciten.

En primer lugar, la ley reconoce expresamente la vigencia de los instrumentos de derechos humanos arriba señalados y los instrumentos específicos de protección (art. 1°). Por su parte, incorpora dentro del marco de protección a las recomendaciones y directrices emanadas del ACNUR, la cuales tienen carácter interpretativo (art. 35).

En cuanto al concepto de refugiado, la ley reconoce los criterios establecidos en la Convención de 1951, el Protocolo de 1967 y la Declaración de Cartagena. En lo que respecta

al órgano encargado de decidir sobre la procedencia de las solicitudes de refugio, la ley crea la Comisión Nacional para los Refugiados, que será integrada por cinco comisionados: un representante del Ministerio del Interior, un representante del Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto, un representante del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, un representante del Ministerio de Desarrollo Social y un representante del Instituto Nacional Contra la Discriminación y Xenofobia, quienes ejercerán sus funciones en el ámbito del Ministerio del Interior. Por su parte, la ley amplía la representación de miembros con voz pero sin voto a dos: un representante del ACNUR y un representante de las organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro que será designado por los miembros de la Comisión, teniendo en consideración su trayectoria en la asistencia y defensa en los derechos de los refugiados (art. 18).

Es importante destacar que se han ampliado notablemente las funciones que tiene esta Comisión, en comparación con las del anterior órgano, el CEPARE. De este modo, la Comisión tiene la función de “a) Proteger los derechos de los refugiados y solicitantes de asilo que se hallen bajo la jurisdicción de la República Argentina en toda circunstancia, para lo cual está facultada para ejecutar todas las acciones necesarias para velar por el goce efectivo de los derechos de los refugiados y de sus familiares; b) Resolver, en primera instancia, sobre reconocimiento y la cesación de la condición de refugiado; c) Resolver sobre el otorgamiento de autorización para las solicitudes de ingreso al país por motivo de reunificación familiar (...); d) Convocar a autoridades nacionales, provinciales y municipales a fin de proponer la coordinación de acciones conducentes al cumplimiento de los objetivos de esta ley y en particular, en lo que concierne a: 1.- La protección de los derechos de los refugiados para acceder al trámite de solicitud de reconocimiento del estatuto de refugiado; 2.- *La asistencia de los refugiados y sus familiares*, 3.- Su inserción en la vida social y económica del país; (...)” (art. 25).

3.b. Iniciativas de sensibilización, prevención y atención

3.b.i. Programas oficiales

La Argentina cuenta con un *Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano, SIDA y ETS*, a cargo del Ministerio de Salud de la Nación. Sus objetivos son: prevenir la transmisión sexual y perinatal, por sangre, hemoderivados, transplantes y durante procedimientos invasivos; prevenir la infección entre usuarios de drogas; reducir el impacto individual, familiar y socio-económico; reforzar el análisis de la situación y tendencia de la epidemia y consolidar los aspectos administrativos, gerenciales y de gestión del programa. Para ello, propone, entre otros medios, desarrollar actividades educativas, impulsar acciones de prevención de la infección, mantener el nivel de información y sensibilidad social en relación a la epidemia del VIH, fortalecer y proseguir con las políticas de no discriminación sustentada en la Ley 23.798, reforzar la atención integral de las personas infectadas y enfermas, movilizar recursos nacionales e internacionales y coordinar el uso racional de los disponibles. Más allá de estos lineamientos generales, hasta hace unos años, el Programa concentraba sus acciones en la promoción del uso del preservativo; actualmente se centra en garantizar las consejerías³⁰ en la promoción del testeo.³¹

³⁰ Consejería es la atención pre y post-test. Implica ver cuáles son las razones que llevan a la decisión de hacer el test y su significado para la persona, evaluar si la decisión tiene fundamento o si hay que desarraigar ideas infundadas, reafirmar la prevención ante resultados negativos y contener y orientar a la persona ante resultados positivos.

El Programa Nacional posee, además, un componente de gerenciamiento por el cual se hace efectiva la entrega gratuita de medicamentos y los estudios de carga viral a las personas con infección por VIH de todo el país que carezcan de recursos y no sean beneficiarios de obras sociales o medicinas prepagas. Los requisitos formales para solicitar medicamentos y/o estudios de carga viral incluyen la presentación de una receta extendida en hojas del hospital donde concurre el paciente suscripta por el médico infectólogo tratante; una encuesta socioeconómica confeccionada por profesional del servicio social del hospital en donde se deje constancia que el paciente carece de cobertura social y reside en la Argentina; documentación emitida por la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES) y por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), donde se manifieste la carencia de cobertura del solicitante.

Si bien, en principio, es factible acceder a la atención vía el Programa Nacional completando estos requisitos con algún tipo de documentación identificatoria, en la práctica, como veremos más adelante, la falta del Documento Nacional de Identidad (DNI) argentino puede obstaculizar el acceso a este derecho. En tal sentido, diversas ONGs consultadas señalan la existencia de “zonas grises” en el Programa que permiten que la cobertura real en VIH para aquellas personas que residen en el país en situación irregular dependa muchas veces de interpretaciones personales no exentas de arbitrariedad³². Tal como indicamos en el apartado anterior, la Ley Nacional de SIDA de 1991 (que dio origen al Programa Nacional) promueve el acceso de *todos los habitantes* al cuidado y atención frente a la epidemia, derecho a la salud respaldado por la Constitución Nacional reformada en 1994 y por la Ley de Migraciones de 2004. No obstante, con frecuencia, la población migrante y/o refugiada logra acceder al diagnóstico pero no al tratamiento de la infección por VIH, ya que para esto se suele exigir la presentación de DNI argentino. Esta situación pone en evidencia que, al momento de garantizar la cobertura integral de la infección por VIH, el Programa Nacional tiende a ignorar una de las problemáticas más acuciantes para los migrantes que residen en Argentina: aquella vinculada a la obtención de documentación.

Por otra parte, las ONGs consultadas señalan que, si bien el *Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano, SIDA y ETS* posee características destacables frente a la situación imperante en otros países de la región³³, existen diversas circunstancias que dificultan el acceso de la población en general a la medicación que el Programa Nacional garantiza. De esta perspectiva, *disponibilidad* no debería confundirse con *accesibilidad*, en tanto en la última inciden aspectos tales como la emergencia de problemas de logística y distribución debidos a la marcada centralización del programa, las distancias y costos del transporte hacia los lugares de atención que deben afrontar los beneficiarios y otros condicionantes socioeconómicos y culturales. En este sentido, una accesibilidad adecuada debería incluir, no sólo el tratamiento de la problemática y de sus patologías asociadas, sino también la prevención y garantía de una *vida digna*.

³¹ Entrevista realizada a autoridades del Programa Nacional, Buenos Aires, 2 de agosto de 2007.

³² Entrevistas realizadas a Red Argentina de Personas Viviendo con VIH/Sida (Buenos Aires, 3 de julio de 2007); Prevenir es Cuidar (Buenos Aires, 3 de julio de 2007); Fundación Huésped (Buenos Aires, 5 de julio de 2007); Fundación Buenos Aires Sida (Buenos Aires, 13 de julio de 2007).

³³ Como mencionamos anteriormente, Bolivia y Paraguay aún no brindan cobertura universal en VIH. Por su parte, el programa de Brasil es señalado como un ejemplo a nivel mundial, fundamentalmente debido al fuerte involucramiento y activa participación de la sociedad civil. A diferencia de lo que ocurriría en Brasil, en la Argentina, las organizaciones son consultadas en mesas de diálogo pero no inciden directamente en la toma de decisiones (información brindada por miembros de la Red Argentina de Personas Viviendo con VIH/Sida y de Prevenir es Cuidar).

Vinculado con estos señalamientos, la consulta nacional realizada con miras a establecer el Plan Estratégico 2008-2010³⁴ incluye, entre otras metas, la promoción del derecho a la salud integral de personas viviendo con VIH, poblaciones en situación de vulnerabilidad y afectadas, y la disminución de las barreras discriminatorias de índole política, social, racial, cultural y de género que se oponen al autocuidado y prevención y que facilitan la infección por VIH, reinfección y falta de adherencia. Entre los obstáculos al acceso a la atención integral encontrados hasta el momento, la consulta nacional indica algunos que, si bien no apuntan específicamente a la población migrante y refugiada, resultan pertinentes para este diagnóstico: la “dificultad en el acceso y sustentabilidad en el tiempo de campañas de prevención en VIH/Sida masivas y focalizadas”, la vigencia de un “modelo de atención que no responde adecuadamente a las necesidades de las personas, focalizado en los aspectos biológicos del VIH/Sida y que no prioriza la calidad de vida (dificultad en el acceso a planes sociales, alimentarios y subsidios)”.

Además del Programa Nacional, existe una serie de programas de respuesta a la infección por VIH de carácter provincial y municipal potencialmente accesibles a la población extranjera (ver Anexo). Todas las provincias cuentan con sus correspondientes programas, encargados de realizar tareas de prevención, atención y transferencia de insumos desde el Programa Nacional, que evalúa la gestión de los programas provinciales con una frecuencia semestral³⁵.

Los programas provinciales y municipales presentan profundas diferencias entre sí debido a diversos factores, entre ellos, sus distintas situaciones presupuestarias. Así, algunos programas provinciales cuentan con recursos propios solicitados por los ministerios de salud de sus respectivas provincias como parte del presupuesto anual, mientras que otros se sostienen gracias al respaldo brindado por el Programa Nacional.

La incidencia de factores económicos en la accesibilidad a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH no es un dato menor y genera profundas desigualdades entre los habitantes de las distintas provincias y localidades del país, independientemente de su condición de nacionales o extranjeros. Las fuentes consultadas, señalan que los programas de provincias como Misiones o Jujuy presentan grandes falencias que los tornan disfuncionales para la población en general, y en particular para los extranjeros, quienes constituyen un número no menor en esas provincias limítrofes. En éstas, las carencias presupuestarias restringen la disponibilidad real de medicamentos antirretrovirales, cuya provisión pasa a depender entonces del Programa Nacional. Ante tales limitaciones, la carencia de DNI argentino suele dificultar aún más el acceso al tratamiento. La falta de recursos económicos afecta también en la escasez del personal necesitado para el correcto funcionamiento de los programas, de modo que habitualmente “no hay equipo humano suficiente” o el mismo “no da abasto”.³⁶

Otro de los factores que incide en las desigualdades entre programas locales se vincula con las distintas maneras en que éstos se articulan con la sociedad civil, a la que suelen visualizar más como un “problema” que como un “recurso”³⁷. Un aspecto adicional a enfatizar es la

³⁴ Dicha consulta fue efectuada por iniciativa de Naciones Unidas y liderada en Argentina por el Programa Nacional. Consistió en una suerte de encuesta multisectorial durante jornadas de discusión acerca del funcionamiento efectivo del Programa. (Información brindada por personal de ONUSIDA, Ciudad de Buenos Aires, 3 de julio de 2007).

³⁵ Información surgida de la entrevista con autoridades del Programa Nacional.

³⁶ Información surgida de la entrevista a autoridades de la Fundación Buenos Aires.

³⁷ Información surgida de la entrevista a autoridades de la Fundación Buenos Aires Sida.

existencia de redes clientelares que dificultan el acceso igualitario a la atención y tratamiento de la infección por VIH. Según las ONGs consultadas, muchas veces, la atención es discrecional de autoridades de salud y médicos locales³⁸, cuyas prácticas son difíciles de controlar con efectividad. Esta situación se ve agravada en aquellas provincias donde las dirigencias locales defienden valores éticos o religiosos conservadores y obstaculizan el buen accionar de los programas³⁹. Desde este punto de vista, la puesta en funcionamiento de programas oficiales requiere no sólo la promulgación de normativas y la activación de circuitos administrativos apropiados, sino también un profundo trabajo de sensibilización y cambio cultural.

En líneas generales, desde las ONGs se sostiene que tanto el Programa Nacional como los provinciales y municipales priorizan los aspectos vinculados a la provisión de medicación sobre el trabajo de educación y prevención⁴⁰. El Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación, por ejemplo, está prácticamente ausente de las actividades de prevención, que remiten a cuestiones culturales y no solo médicas. Sin embargo, desde el Programa Nacional se enfatiza que sus acciones están actualmente orientadas no sólo a la atención, sino también a la prevención y al establecimiento de políticas en VIH que enfatizen la dimensión de derechos⁴¹.

En este contexto, las fuentes consultadas destacan positivamente dos programas de nivel local, aún cuando los consideran pasibles de mejoramiento. Uno es el Programa Municipal de Sida de Rosario (Santa Fe), PROMUSIDA, dependiente de la Municipalidad de Rosario y dirigido por el Dr. Damián Lavarello. Se lo describe como un programa “con recursos, moderno”⁴², cuya metodología es el “trabajo entre pares”⁴³ y que debería “convertirse en referente”⁴⁴ de otros. Con financiamiento del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria-Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo Social (PNUD)-Fondo Global, este programa llevó adelante actividades destinadas a migrantes de origen indígena provenientes de sectores rurales o urbanos radicados en la ciudad de Rosario y ha atendido a algunos inmigrantes de países vecinos.

El otro programa local destacado es la Coordinación Sida, dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y dirigido por el Dr. Claudio Bloch. En el año 2005, desde este programa, se solicitó la participación de inmigrantes para colaborar en los centros de salud barriales a fin de brindar una atención diferencial a la población migrante. Sin embargo, a falta de reconocimiento económico a esta actividad, dicha participación resultó insostenible⁴⁵.

3.b.i.i. Iniciativas de la sociedad civil y las organizaciones internacionales

Si bien el medio asociativo abocado a la temática de la infección por VIH es vasto en la Argentina, las iniciativas destinadas al trabajo con/para la población migrante y/o refugiada son aún escasas. También son limitadas las experiencias de sensibilización e información sobre esta problemática llevadas a cabo por organizaciones dedicadas a la temática migratoria

³⁸ Información brindada por miembros de la Red Argentina de Personas Viviendo con VIH/Sida, Prevenir es Cuidar y Fundación Buenos Aires Sida.

³⁹ Esta situación parece aplicarse a las provincias como San Luis y San Juan. Información surgida de la entrevista realizada a la Fundación Huésped.

⁴⁰ Señalamiento de directivos de la Pastoral Ecueménica VIH-Sida.

⁴¹ Información surgida de la entrevista con autoridades del Programa Nacional.

⁴² Información surgida de la entrevista a autoridades de la Fundación Buenos Aires.

⁴³ Caracterización realizada por miembros de Prevenir es Cuidar.

⁴⁴ Apreciación surgida de la entrevista realizada a directivos de la Fundación Huésped.

⁴⁵ Información surgida de la entrevista realizada a directivos de la Fundación Huésped.

o por asociaciones de migrantes y/o refugiados, éstas últimas presentes en menor medida en el contexto argentino (para una lista de las asociaciones participantes de este proyecto, ver Anexo).

Una actividad pionera en este campo fue el citado “Programa de Prevención del VIH/Sida Dirigido a la Población Migrante en Situación de Vulnerabilidad” coordinado por la Fundación Huésped y financiado por Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Producto de esta actividad, consistente en una serie de capacitaciones de las que participaron integrantes de diversas colectividades de migrantes y de sus asociaciones, es la publicación *Prevención del VIH/Sida en Población Migrante. Guía para Promotores Comunitarios*, que cuenta con dos ediciones (2004 y 2005)⁴⁶. Algunos participantes de esta actividad han realizado posteriormente acciones de diseminación de información entre la población migrante y refugiada.

Por otra parte, algunas asociaciones abocadas a tareas de educación, prevención y asistencia en relación con la infección por VIH a través del trabajo territorial en la Ciudad de Buenos Aires han entrado en contacto con población migrante, especialmente con trabajadoras sexuales, e instrumentado estrategias específicas. Tal es el caso de la ya aludida Fundación Buenos Aires Sida, que incluso ha trabajado temas referidos a travestis migrantes con la Defensoría del Pueblo de la Ciudad y actualmente realiza actividades de capacitación junto con la asociación de mujeres meretrices AMMAR Capital, y el de la Pastoral Ecueménica VIH-Sida. Lo mismo sucede con algunas organizaciones que persiguen iguales fines instaladas en provincias fronterizas.

Iniciativas más amplias, que abordan la relación migración-salud-derechos humanos, incluyen el mencionado proyecto de la OIM sobre mujeres migrantes y salud reproductiva, que se enmarca en el objetivo de “promover la salud de las poblaciones móviles y ofrecer orientación en materia de investigación, políticas y gestión de la migración y salud”, y el proyecto “Capacitación en zonas de frontera y control migratorio”, desarrollado conjuntamente por el ACNUR y el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) en el año 2005 con el fin de difundir la nueva ley de migraciones, enfatizando su perspectiva de derechos.

3.c. Acciones legales

En el año 2001, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires intervinieron en el caso de dos mujeres inmigrantes conviviendo con VIH a quienes el Ministerio de Salud de la Nación había negado el acceso a los estudios de Carga Viral y CD4, imprescindibles para un tratamiento integral, adecuado y continuo contra la enfermedad.

El motivo de dicha negativa hacía referencia explícita a la situación migratoria de las mujeres y a la necesidad de contar con el Documento Nacional de Identidad para recibir asistencia. Es de notar que ambas mujeres tenían hijos argentinos (y, por lo tanto, tenían derecho a la residencia permanente según la normativa vigente al momento) y se encontraban realizando

⁴⁶ El prólogo de la guía informa que, “a partir de la participación de Fundación Huésped en el Programa Ser Solidario, dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se ha desarrollado otro proyecto similar, orientado también a promover el ejercicio del derecho a la salud entre la extensa población inmigrante que vive en la Ciudad. Se capacitó a alrededor de 50 personas, en su mayoría provenientes de países limítrofes, para el trabajo preventivo con sus propias colectividades” (pág 11).

los trámites previos a fin de muñirse de la documentación exigida para iniciar el trámite migratorio.

Considerando que tal negativa, al vulnerar el derecho a la salud, a la vida y a la no discriminación, constituye una accionar palmariamente opuesto a las leyes argentinas, a la Constitución Nacional y a los instrumentos internacionales de derechos humanos que gozan de jerarquía constitucional, el CELS y la Defensoría presentaron dos recursos de amparo, junto con el pedido de medidas cautelares, contra el Ministerio, solicitando al Juez que ordenase a esa cartera brindar un tratamiento integral, continuo y adecuado a las pacientes y abstenerse de negar dicho tratamiento a quienes se encontraran en similar situación. En ambos casos, los magistrados hicieron lugar inmediatamente a la medida cautelar, ordenando al Ministerio efectivizar la asistencia requerida. El Ministerio apeló ambas medidas cautelares pero la Cámara Federal en lo Civil y Comercial confirmó las decisiones. Con todo, los jueces debieron intimar al Ministerio a cumplir con lo dispuesto. Finalmente, el Ministerio autorizó la realización de los estudios y entregó la medicación necesaria, aunque sosteniendo que lo hacía por razones humanitarias y no porque ello fuera jurídicamente legítimo (CELS, Informe Anual 2001).

Bibliografía consultada

AAVV(1999): *Los derechos humanos de los migrantes. Situación de los derechos económicos, sociales y culturales de los migrantes peruanos y bolivianos en Argentina y Chile*. La Paz: Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo

Asa, Pablo, Corina Courtis, María Inés Pacea y Georgina Talpone (en prensa): "La población refugiada". En Susana Torrado (Editora): *Población y bienestar en la Argentina. Del primero al segundo centenario*, EDHASA, Buenos Aires

---- y Pablo Ceriani Cernadas (2004): "Derechos de Inmigrantes y Refugiados". En *Informe Derechos Humanos 2004*, capítulo XII. Buenos Aires: CELS - Ed. Siglo XXI

---- (2002): *Migrantes: "Práctica arbitraria y ley inconstitucional"*. En *Informe Anual de Derechos Humanos 2001*. Buenos Aires: CELS - Ed. Siglo XXI

ACNUR (2007): "Educational Responses to HIV and AIDS for Refugees and Internally Displaced Persons. Discussion Paper for Decision-Makers"

Badilla, Ana (en prensa): "VIH y derechos humanos: retos de política y legislación". En *Notas de Población*, CELADE-CEPAL

Bártoli, E., L. Wainer y F. Larrosa (2007): "Encuesta de caracterización de la situación de los migrantes peruanos residentes en el Area Metropolitana de Buenos Aires. Informe preliminar de la prueba piloto" (documento inédito)

---- (2005): "Refugees, HIV and AIDS. Fighting HIV and AIDS Together with Refugees. Report on UNHCR's HIV and AIDS Policies and Programmes for 2005"

Benencia, Roberto y Alejandro Gazzotti (1995): "Migración limítrofe y empleo: precisiones e interrogantes". En *Revista Estudios Migratorios Latinoamericanos*, Buenos Aires

Bronfman, Mario, Leyva, René y Negroni, Mirka (editores) (2004): *Movilidad Poblacional y VIH-SIDA: contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. México: Instituto Nacional de Salud Pública

-----, Sejenovich, Gisela y Uribe Patricia (1998): *Migración y Sida en México y América Central: una revisión de la literatura*, México: Ángulos del SIDA

- , Uribe, Patricia, Halperin, David y Herrera, Cristina (2001): “Mujeres al borde...vulnerabilidad a la infección por VIH en la frontera sur de México”, en Tuñón Pablos, Esperanza (coord.) *Mujeres en las fronteras: trabajo, salud y migración: Belice, Guatemala, Estados Unidos y México*. México: El Colegio de la Frontera Norte, Plaza y Valdés
- Cacopardo M. Cristina y Alicia Maguid (2001): “Argentina: International Migrants and Gender Inequality in the Labor Market” En *XXIV General Population Conference*, IUSSP, San Salvador de Bahia, Brasil
- Cortés, Rosalía y Fernando Groisman (2004). “Migraciones, mercado de trabajo y pobreza en el Gran Buenos Aires”. *Revista de la CEPAL* 82, abril 2004
- Courtis, Corina, Juana Kweitel y Fernanda Longo (2001): “El discurso público discriminatorio anti-inmigración. El estado de la discusión legal sobre las herramientas para combatirlo”. En *Cuadernos de Análisis Jurídico. Discriminación e Interés Público*. Santiago de Chile: Facultad de Derecho, Universidad Diego Portales, pág. 61
- Chausovsky, Gabriel (1997): “El trato a los extranjeros: Garantías Judiciales”. En *Actas del XIX Congreso de Derecho Procesal*, Tomo 2. Corrientes: Facultad de Derecho y Ciencias Sociales y Políticas de la Universidad Nacional del Nordeste
- Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires (2003): “Políticas de regularización migratoria y prácticas de las agencias estatales”. En *Cuadernos de trabajo del Instituto de Investigaciones* N°1
- Del Río, Carlos y Jaime Sepúlveda (2002): “Aids in México: Lessons, learned and implications for developing countries”. En *AIDS*, Vol. 16, núm. 11, p. 1445-1457
- Federación Luterana Mundial (1998): “Declaración de Buenos Aires. El SIDA nos llama a ser Comunidad”
- Fundación Huésped (2004, 2005) : *Prevención del VIH/Sida en Población Migrante. Guía para Promotores Comunitarios*
- Giustiniani, Rubén (comp.) (2004): *Migración: un derecho humano. La ley de migraciones 25.871*. Buenos Aires: Ed. Prometeo Libros
- Haour-Knipe, Mary y Danielle Grondin (2003): *Sexual health of mobile and migrant population*. OIM
- INDEC (1996): *La población no nativa de la Argentina, 1869-1991*. Serie Análisis Demográfico N°6
- INDEC (1997): *La migración internacional en Argentina: sus características e impacto*. Serie Estudios N° 29
- Kornblit, Ana Lía, Mónica Petracci y Dalia Szulik. (2003): “Las ONGs que trabajan en VIH/sida: acciones y escenario público” <http://www.comminit.com/la/cambiosocial/lact/lasld-145.html>
- Lattes, Alfredo y Rodolfo Bertoncetto (1997): “Dinámica demográfica, migrantes limítrofes y actividad económica en Buenos Aires”. Ponencia presentada en las *Jornadas sobre Procesos Migratorios en el Mercosur*, Buenos Aires, 1997
- Lattes, Alfredo y Ruth Sautú (1978): *Inmigración, cambio demográfico y desarrollo industrial*. Buenos Aires: CENEP

- Marshall, Adriana (1977): "Inmigración, demanda de fuerza de trabajo y estructura ocupacional en el área metropolitana argentina". En *Desarrollo Económico* N°65, IDES, Buenos Aires
- Marshall, Adriana y Dora Orlansky (1983): "Inmigración de países limítrofes y demanda de mano de obra en la Argentina, 1940-1980". En *Desarrollo Económico* Vol. 23, N° 89
- Martina, Rosa María y Mario Bronfman (1995): "La población femenina ante el SIDA". En Bronfman, Mario, Ana Amuchástegui, Rosa M. Martina, Nelson Minello, Marta Rivas y Gabriela Rodríguez. *SIDA en México: migración, adolescencia y género*. México: Colectivo Sol
- Martínez Pizarro, Jorge (2003): *El mapa migratorio de América Latina y el Caribe, las mujeres y el género*. CEPAL-Celade. Serie Población y Desarrollo N° 44.
- (2005): "Tendencias y rasgos salientes de la migración internacional en América Latina y el Caribe". Notas de la presentación en la Reunión de Expertos sobre Migración y Desarrollo, México, D. F., noviembre de 2005
- Montoya, Silvia y Marcela Perticará (1995): "Los migrantes limítrofes ¿aumentan el desempleo?" En *Novedades Económicas* N° 170
- OIM (2003): *Population, mobility and HIV/AIDS*
- OIM (2002): *Documento expositivo de la OIM sobre el Sida y la Migración*. Octogésima cuarta reunión
- ONUSIDA (2007): "Orientaciones terminológicas del ONUSIDA"
- (2006): *Informe sobre la Epidemia mundial de Sida*
- (1997): "Los refugiados y el SIDA: punto de vista del ONUSIDA". Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA
- ONUSIDA y ACNUR (2007): "El VIH y los refugiados". Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y ACNUR
- OPS/OMS (2003): *Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud*
- Pacecca, María Inés (1998): "Legislación, migración limítrofe y vulnerabilidad social". Ponencia presentada en las *VI Jornadas sobre las Colectividades*. Buenos Aires: IDES - CEMLA
- Palacios, Carmen (2004): "Inmigrantes indocumentados: la discriminación y su derecho a la salud". En *Suplemento de Jurisprudencia Argentina* (JA 2004-III-1309), Buenos Aires
- Ramírez, Ana Leonor (2004): "La importancia de una acción regional en la prevención del VIH-SIDA con poblaciones móviles migrantes en Centroamérica". Ponencia presentada en *Seminario de Salud y Migración*, Conferencia Regional de Migración, Guatemala
- San Juan, Cesar (2004): "Control migratorio y derechos humanos". En *Revista Argentina de Derechos Humanos* N°1. Buenos Aires: Ed. Ad-Hoc
- Sautú, Ruth (1991): "Oportunidades ocupacionales diferenciales por sexo en Argentina: 1970/1980". En *Estudios del trabajo* N°1, Buenos Aires

ANEXO⁴⁷**Programas Provinciales de Lucha contra la infección por VIH**

1. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Coordinación SIDA
2. Provincia de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As., Programa Provincial de Prevención y Control
3. Provincia de Catamarca: Centro Único de Referencia Hospital San Juan Bautista
4. Provincia de Córdoba: Programa Provincial de ETS y SIDA, Hospital Rawson
5. Provincia de Corrientes: Ministerio de Salud Pública, Programa de Lucha contra el SIDA
6. Provincia de Chaco: Programa de Control de ETS y SIDA Hospital Perrando
7. Provincia de Chubut: Programa de ETS y SIDA, Dirección de Epidemiología y Patologías Prevalentes
8. Provincia de Entre Ríos: Programa Provincial Solidario VIH/SIDA, Hospital San Martín
9. Provincia de Formosa: Programa de ETS y SIDA, Ministerio de Desarrollo Humano
10. Provincia de Jujuy: Programa Lucha contra el SIDA, Hospital Pablo Soria
11. Provincia de La Pampa: Programa Control ETS y SIDA, Antigua Hospital de Zona
12. Provincia de La Rioja: Programa de ETS y SIDA, Ex Hospital Pte. Plaza
13. Provincia de Mendoza Programa Provincial de Prevención y Asistencia de SIDA; Centro de Medicina Preventiva Emilio Coni
14. Provincia de Misiones: Programa Provincial SIDA-ETS, Ministerio de Salud Pública, subsecretaría de Prevención de Adicciones
15. Provincia de Neuquén: Programa VIH-SIDA, Subsecretaría de Salud
16. Provincia de Río Negro: Dpto. Provincial de ETS y SIDA, Consejo Provincial de Salud Pública
17. Provincia de Salta: Programa de SIDA/ETS, Ministerio de Salud Pública
18. Provincia de San Juan: Programa Provincial de SIDA, Hospital Dr. Guillermo Rawson
19. Provincia de San Luis: Programa Provincial de SIDA, Policlínico Regional
20. Provincia de Santa Cruz: Programa de SIDA, Hospital Regional Gallegos
21. Provincia de Santa Fé: Programa Provincial ETS y SIDA
22. Provincia de Santiago del Estero: Programa de Control de ETS y SIDA
23. Provincia de Tierra del Fuego: Programa Provincial de ETS y SIDA, Hospital Regional Ushuaia
24. Provincia de Tucumán: Unidad Coordinadora Provincial VIH/SIDA y ETS, Hospital Angel C. Padilla – Servicio de Epidemiología

⁴⁷ Este listado aparece publicado en la página web del Ministerio de Salud de la Nación (<http://www.msal.gov.ar/htm/site/sida/site/default.asp>). No obstante, algunas de las fuentes consultadas desconocen que funcionen como “programas” los de Mar del Plata, Berazategui y Moreno, al tiempo que mencionan la existencia de programas en la ciudad de Mendoza, y en los municipios de Lanús, La Matanza y Florencio Varela (pcia. de Buenos Aires). En San Fernando no habría un programa como tal pero sí gente trabajando en el área, mientras que en el partido de Almirante Brown próximamente se conformaría un programa.

Programas Municipales de Lucha contra el Sida e ITS

1. Programa Municipal de Sida Rosario – PROMUSIDA: Dr. Damián Lavarello; 0341-4802189; Santa Fe 1477 – Pta. Alta (2000) Rosario
2. Programa Municipal de Sida Córdoba: Dr. Juan José Stival - contacto: Noemí Farré; 0351-4331524; Santa Rosa 360 (5000) Córdoba
3. Programa Municipal de SIDA de Pueyrredón: Tel: 0223-4996645; Fax: 0223-4946813, Rawson 2739 (7600) Mar del Plata
4. Municipalidad de San Martín: Gral. Belgrano 3747 (1650) San Martín
5. Municipalidad de Avellaneda: Güemes 835 (1870) Avellaneda
6. Municipalidad de Berazategui
7. Municipalidad de Moreno: Dr. Ascona 51 (1477) Moreno
8. Municipalidad de 3 de Febrero: Curpaligue y Alberdi

Organizaciones de la sociedad civil participantes en el proyecto

- Cruz Roja Argentina
- Foro Argentino de ONGs con trabajo en VIH / Sida
- Fundación Buenos Aires Sida
- Red Argentina de Mujeres Viviendo con VIH / Sida
- Red Argentina de Personas Viviendo con VIH / Sida
- Universidad Nacional de Mar del Plata

- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) / Clínica Jurídica para Migrantes y Refugiados CELS-CAREF-UBA
- Comisión Católica para las Migraciones (FCCAM)
- Comisión de Apoyo al Refugiado (CAREF)
- Migrantes y Refugiados en Argentina (MYRAR)