

Especialización en Medicina Legal

Trabajo Final de Especialización

Autora: María Inés Vázquez

SECRETO MÉDICO Y SIDA: ASPECTO MÉDICO-LEGALES

2005

Citar como: Vázquez, M. I. (2006). Secreto médico y SIDA: aspecto médico-legales. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
PLANTEAMIENTO DEL TEMA	
Formulación del problema. Descripción y argumentación	3
Objetivos: Generales y Específicos	4
DESARROLLO	
El virus de la inmunodeficiencia humana (HIV)	5
El HIV en la Argentina	10
El secreto profesional	12
Marco Jurídico General y Especial para El Sida en Argentina	18
Legislación General Aplicable Al Sida	18
Legislación Específica	19
El Secreto Profesional y El Sida	20
Jurisprudencia Comentada	25
Comités De Bioética	26
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFÍA	35
APÉNDICE LEGISLATIVO	37

INTRODUCCIÓN

Desde la aparición del SIDA en el mundo, hace un cuarto de siglo, el género humano se ha visto involucrado, directa o indirectamente, ante la magnitud de la pandemia. Las pautas sociales, los hábitos culturales y las conductas humanas se han visto modificadas por el desarrollo devastador de la enfermedad¹. Ha generado múltiples acciones y reacciones y desencadenante de profundos debates en las diversas esferas médica, psicológica, sociológica, jurídica, política, religiosa y económica.

En muchas oportunidades han aparecido situaciones de confusión e incertidumbre que comprometen a quienes ejercen la medicina y el derecho cuando debe darse una respuesta a situaciones puntuales. De allí nacen las cuestiones médico-legales vinculadas al HIV /SIDA, entre ellas, el dilema que surge alrededor del secreto médico.

Dado el superior interés de proteger a la sociedad toda, frente a una epidemia de las características del SIDA, el secreto médico debe ser reconsiderado. Las vertientes contrapuestas de este secreto serían: la necesidad de transmitir la información a las autoridades competentes para lograr un eficiente control epidemiológico, y la reserva del secreto, base de la relación médico paciente y cuya revelación, conlleva al deterioro de la confiabilidad de dicha relación.

La transmisión de la información al Centro de referencia, atenta contra el concepto de "secreto medico o profesional". La información incluye el diagnóstico de infección (portadores) tanto como a enfermos y seleccionando a las personas que por razones de convivencia se encuentran expuestas al riesgo de contaminación (a ellas se las introduce en el contexto de la información médica, aún antes de saber si están contaminadas).

En lo que hace al SIDA, el secreto que debe guardar el médico cabalga en un doble fundamento: los derechos del paciente y los derechos de la comunidad, quien también debe estar protegida del contagio. El médico es el encargado de canalizar la información conciliando la confidencialidad del secreto y la posibilidad de la protección de la sociedad ante la eventual amenaza de un contagio.

¹ *Corriere de la Sera*, del 2-12-2000, pág. 2. "Aids: Tré milioni di morti nel 2000."

PLANTEAMIENTO DEL TEMA

Formulación del problema. Descripción y argumentación

Objetivos: Generales y Específicos

La aparición del SIDA ha sido un hecho desafiante, que ha obligado a revisar y reformular el comportamiento del individuo frente a la sociedad, el del Estado frente a la sociedad y al individuo, y el del médico frente al paciente y a la sociedad. En otros términos, ha llevado a modificar los hábitos sexuales y conductas de muchas personas. Nacida, al igual que la lepra, como enfermedad estigmatizante,... el "estilo patológico del sida corresponde al de una enfermedad de transmisión sexual, con su carga de eros y de tanatos, culpa, castigo y estigma social"².... Por lo tanto, si bien la discreción es la piedra fundamental del "secreto profesional", en lo que concierne al tratamiento de la información adquirida por las personas dedicadas a ciertas profesiones como los médicos, se debe ser extremadamente prudente en los casos de HIV-SIDA. No se discute que el derecho a la confidencialidad pertenece a la persona a quien atañe la información, y que constituye una garantía que se le ofrece, con el fin de evitar que detalles de su intimidad sean revelados a terceros sin su consentimiento. En la rama de la medicina el secreto de los médicos, constituye un principio que surge del mismo juramento hipocrático: *"lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viera u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callare teniéndolo por secreto"*.

El problema de análisis en este trabajo, surge del dilema entre el derecho a la confidencialidad en relación a la intimidad del paciente con el virus de VIH, surgida del principio de autonomía, y la posibilidad de develar el secreto ante una justa causa, apoyándose en el principio de no maleficencia. Con la codificación de la información, la revelación a la autoridad sanitaria, no necesariamente compromete al derecho a la confidencialidad instaurado en el "secreto profesional". Existen sectores de la sociedad que tienen también el derecho de enterarse acerca de que una persona se halla infectada, con el fin de la prevención., pero no sólo son las personas más allegadas al individuo enfermo las que se encuentran en riesgo de contagio sino también la sociedad en general por ejemplo ante un caso de un accidente en la vía pública, un accidente laboral o en cualquier ámbito que surgiere un

² Mainetti, José A. "Sida: epidemia bioética y desafío científico transcultural". Quirón 22:63, 1991

incidente determinado podría posibilitarse el contagio. Por otra parte, para el diagnóstico médico, el abanico de enfermedades prevalentes es diferente si sea un individuo inmunológicamente competente o no.

Se incluyen como objetivos generales: el abordar la temática de la confidencialidad y del secreto médico, y enumerar los aspectos médico legales relacionados con el HIV/SIDA; y como específicos: actualizar la realidad de la enfermedad en la Argentina y enunciar la reglamentación y normas vigentes existente sobre el tema en nuestro país.

DESARROLLO

Marco Teórico. Desarrollo de cada Objetivo

El virus de la inmunodeficiencia humana (HIV)

El HIV (virus de la inmunodeficiencia humana) es el virus que causa el SIDA. Este virus es pasado de una persona a otra a través del contacto sexual o a través del intercambio de fluidos corporales como la sangre. Las mujeres embarazadas que están infectadas también pueden pasar el virus a su bebé durante el embarazo o parto así como a través de la lactancia materna. Las personas con el HIV tienen lo que se llama la infección por HIV. La mayoría de estas personas contraerán el SIDA como resultado de su infección por HIV. La palabra SIDA es el acrónimo de síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Una persona infectada por HIV recibe un diagnóstico del SIDA después de contraer alguna de las enfermedades marcadoras del SIDA definidas por el CDC (Centres for Disease Control). Un resultado positivo de HIV no significa que una persona tiene el SIDA, significa que ha estado en contacto con el virus, que tiene anticuerpos contra éste (serología positiva), y que en algún momento ese virus que ingresó, originará, al disminuir las defensas, la enfermedad. El diagnóstico del SIDA se hace a partir de la aplicación de ciertos criterios clínicos.

Un abordaje profundo sobre la infección del virus del sida, su detección, las manifestaciones clínicas y su tratamiento, exceden los alcances de esta revisión, por tanto sólo se realizará una breve reseña para la mejor comprensión de la temática a tratar. La historia natural de la enfermedad consiste en una primoinfección, asintomática en más de la mitad de los casos, seguida de un período de latencia clínica de varios años de duración en el que el virus sigue replicándose de forma activa y a gran velocidad. La infección por el HIV consigue debilitar el sistema inmunitario hasta el punto de imposibilitarlo para combatir infecciones y procesos tumorales. Estas infecciones se conocen como infecciones "oportunistas" porque aprovechan la oportunidad de un sistema inmunitario debilitado para causar enfermedad. Muchas de las infecciones que causan enfermedad y que quizá sean potencialmente mortales para las personas con el SIDA, son generalmente controladas por un sistema inmunitario sano. El sistema inmunitario de una persona con el SIDA se debilita de tal modo que la intervención médica quizá sea imprescindible para prevenir o tratar enfermedades potencialmente graves.

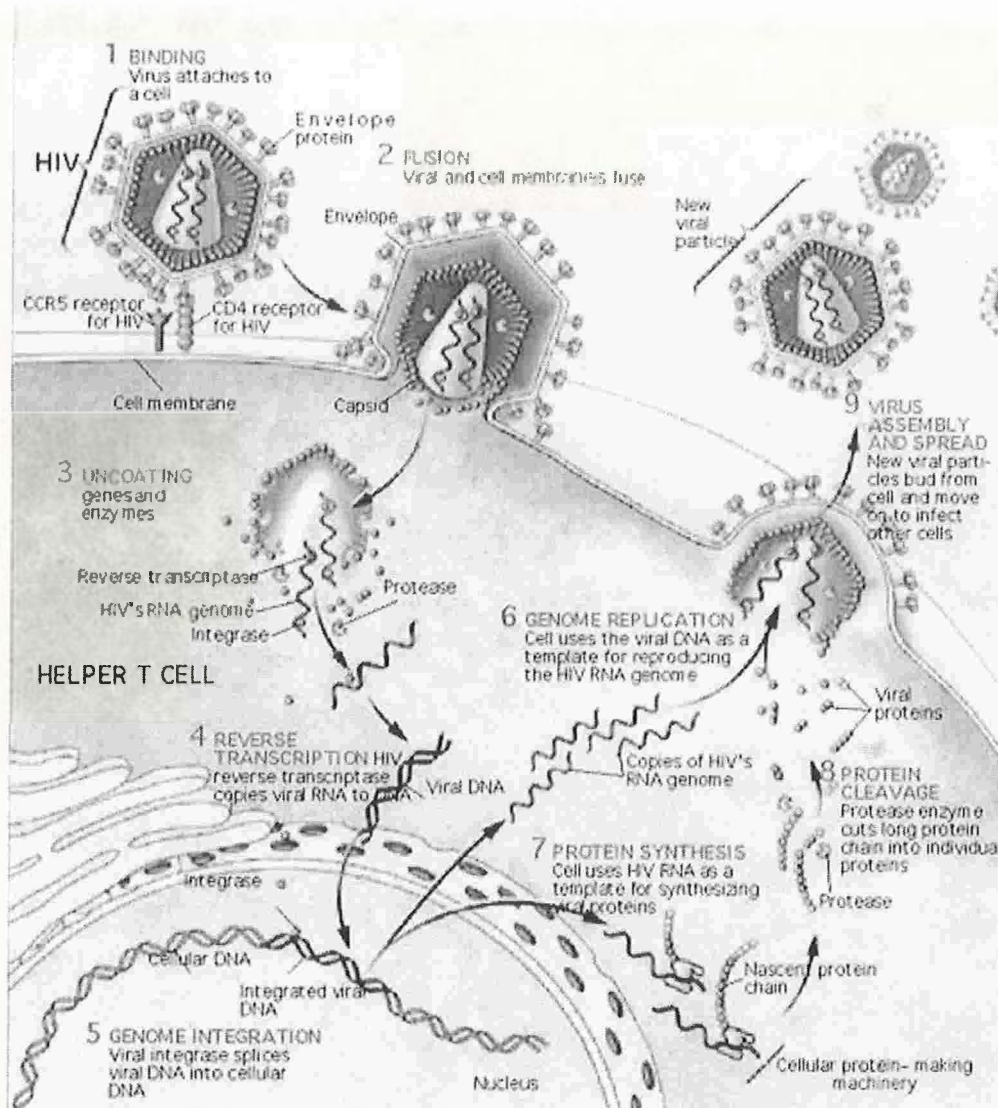
La mayoría de los pacientes desarrolla luego infecciones oportunistas o determinados tipos de neoplasias (sarcomas de Kaposi o linfomas de alto grado de malignidad) como consecuencia de una profunda inmunodepresión (predominantemente de la inmunidad celular). A esta fase final de la infección por el HIV-1 se la denomina síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). La introducción de tratamientos antirretrovirales muy potentes a partir de 1996 han conseguido restaurar parcialmente la inmunidad celular en los pacientes con sida, retrasar considerablemente la progresión clínica de la enfermedad y reducir la mortalidad. Hoy estos tratamientos médicos específicos (TARV)³ pueden desacelerar la progresión de la enfermedad y la debilitación del sistema inmune. Además, existen terapéuticas para prevenir o curar algunas de las enfermedades asociadas con el SIDA. Al igual que en otras enfermedades, la detección en una etapa temprana ofrece más opciones para el tratamiento y la atención preventiva.

El HIV-1 es un virus RNA perteneciente a la familia Retroviridae subfamilia Lentivirinae que, gracias a la codificación de una enzima, la transcriptasa inversa, es capaz de integrarse en el genoma de la célula huésped, fase necesaria para su posterior transcripción y formación de los nuevos viriones. A diferencia del resto de retrovirus humanos (virus oncogénicos), el HIV-1 posee un marcado poder citolítico. Tiene tres genes estructurales, denominados gag, pol y env, que codifican, respectivamente, las proteínas del core (p17, p24 y p15), la transcriptasa reversa y otras endonucleasas y la glucoproteína de la membrana (gp 120 y gp 41) y, al menos, seis genes más, algunos de los cuales tienen funciones reguladoras. El dosaje de los anticuerpos anti gp41 y gp 120 permitirán la detección de individuos portadores de la infección, y del antígeno p24 permite acortar el período de ventana serológica. El HIV-1 infecta preferentemente a la subpoblación de células CD4+ (linfocitos T helper) tras unirse a los propios receptores CD4 y a un correceptor (el CXCR4 en los linfocitos, o el CCR5 en los monocitos/macrófagos), y produce en ellas un efecto citopático. Aunque con menor afinidad, puede infectar otras células como los macrófagos o las células gliales del Sistema Nervioso Central.

El ciclo del virus al entrar en el organismo es el siguiente: unión, fusión, decapsidación, transcripción reversa del ARN viral en ADN, integración de éste al

³ TARV: tratamiento antirretroviral

genoma celular, replicación del genoma viral, síntesis proteica, ensamblaje y diseminación. (Ver esquema).



Los mecanismos a través de los cuales se puede adquirir la infección por el HIV-1 son la transmisión materno-fetal y perinatal, incluyendo la transmisión por leche materna, las transfusiones de sangre o derivados hemáticos, los trasplantes de órganos y tejidos, las relaciones sexuales y el contacto directo con sangre (entre ellos drogadicción endovenosa).

La evolución clínica presenta: *una fase precoz o aguda, una fase intermedia o crónica y una fase final.*⁴

a) *fase precoz o aguda de varias semanas de duración.* En ella, el paciente infectado persistirá asintomático o presentará un cuadro clínico caracterizado por un síndrome

⁴ Farreras -Rozman XIV Edición- Medicina Interna

mononucleósico (en aproximadamente el 40-90% de los casos) acompañado generalmente por una erupción cutánea. A partir de los primeros días de la infección el HIV-1 invade el tejido linfático, donde alcanza concentraciones muy elevadas. Durante la primoinfección en el plasma se pueden alcanzar niveles muy altos de viriones circulantes cuya presencia puede demostrarse a través de la detección de antígeno p24 (proteína mayor de la cápside vírica) o de la cuantificación de copias de RNA-HIV-1 llamada carga viral, a las 2-6 semanas. Posteriormente en el tiempo, aparecen los diferentes tipos de anticuerpos (1-3 meses), lo que coincidirá con la desaparición del antígeno p24 y una drástica reducción del nivel de virus circulante. A lo largo de este proceso agudo puede haber una inmunodepresión transitoria, capaz incluso de facilitar la aparición o la reactivación de determinadas infecciones oportunistas, como candidiasis orofaríngea o esofágica y excepcionalmente infecciones por micobacterias o por el *Pneumocystis carinii*.

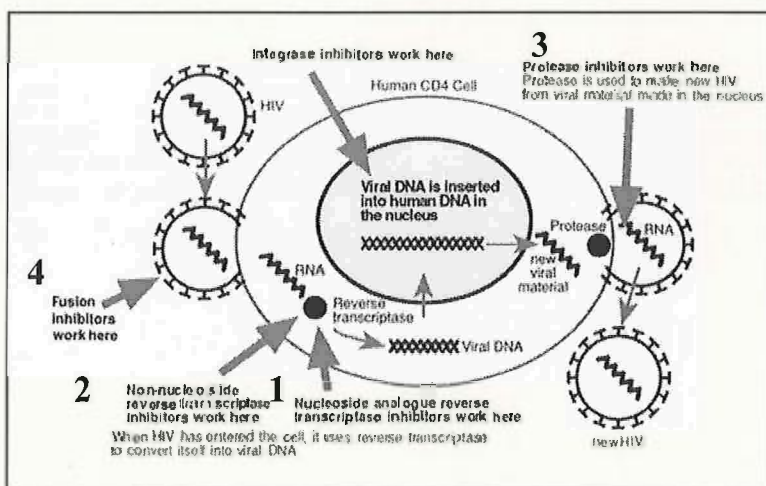
b) *fase intermedia o crónica*, con replicación viral activa y latencia clínica, de varios años de duración, En esta fase, que generalmente dura varios años, persiste la actividad proliferativa viral. En casi todos los pacientes, si se utilizan técnicas suficientemente sensibles, es posible cultivar el HIV-1 tanto en el plasma como en las células mononucleares o se puede detectar y cuantificar la concentración de RNA vírico (carga viral). En plasma se alcanza un nivel de equilibrio que depende de la tasa de producción vírica (en el tejido linfático) y de la de destrucción. Este nivel de equilibrio tiene valor pronóstico, es estable durante períodos limitados de tiempo y es muy variable de un individuo a otro. Los pacientes suelen estar asintomáticos, con o sin adenopatías, y pueden presentar trombocitopenia (sobre todo en los drogadictos) o trastornos neurológicos centrales o periféricos. La probabilidad de que la infección dejada a su evolución natural progrese hacia estadios más avanzados se aproxima al 50-80% a los 10 años de producida la infección y no parece haber diferencias importantes entre los distintos subgrupos de pacientes afectados. Existen, no obstante, grandes variaciones individuales. La viremia plasmática (carga viral) y en menor medida la cifra de linfocitos CD4 son los mejores marcadores pronósticos de progresión clínica y mortalidad si no se efectúan intervenciones terapéuticas

c) *fase final o de crisis* que clínicamente correspondería a lo que se denomina complejo relacionado con el sida (CRS) y sida. El incremento de la actividad replicativa del virus coincide clínicamente con la aparición de una intensa alteración del estado general y consunción (*wasting syndrome*), de infecciones oportunistas, de ciertos tipos

de neoplasias o de trastornos neurológicos. A partir de entonces se considera que el paciente padece un sida.

El pronóstico a partir de este momento solía ser malo. La probabilidad de sobrevivir a los 2 años del diagnóstico del sida no era en general superior al 30-50%, y a los 3 años era inferior al 10-20%. La edad, el sexo, la actividad de riesgo a través de la cual se adquirió la infección por el HIV-1 y la forma de presentación influyen en el pronóstico. Con los tratamientos antirretrovirales actuales (en general combinaciones de tres o más medicamentos) se ha conseguido restaurar parcialmente la inmunidad celular, retrasar la progresión y reducir la incidencia de infecciones oportunistas y mortalidad en más del 50%. La clasificación vigente de la infección por HIV es compleja y se basa en la tabla de categorías clínicas modificada por el CDC en 1993 y la correlación con el recuento de linfocitos CD4.⁵

El tratamiento de la infección por el HIV-1 persigue dos objetivos: a) encontrar una combinación de fármacos con gran actividad antirretrovírica, que sean capaces de prácticamente suprimir la replicación del HIV-1, y b) mejorar la evolución de las distintas complicaciones infecciosas y neoplásicas que presentan los pacientes con sida. El tratamiento se inicia en todos los pacientes *sintomáticos* y en todos los *asintomáticos* cuyo recuento de CD4 es inferior a 250. El tratamiento se basa en bloquear simultáneamente las diferentes vías del ciclo viral. Para ello se utilizan diferentes grupos de fármacos:⁶ No es la intención del trabajo ahondar en el tema es sólo a mera referencia



1 Análogos nucleosídicos de la transcriptasa reversa (NRTIs) como
Abacavir (ABC), Didanosine (DDI) 1993
Lamivudine (3TC), Stavudine

(d4T), Zalcitabine (ddC) 1993,
Zidovudine (AZT) 1987 Otros:

Emtricitabina (FTC), Tenofovir

2 Análogos no nucleosídicos de la transcriptasa reversa (NNRTIs)

Delavirdine, Efavirenz, Nevirapine

3 Inhibidores de la proteasa (IP)

Amprenavir, Indinavir, Nelfinavir

Ritonavir, Saquinavir. Otros: Atazanavir, Lopinavir

4 Inhibidores de la fusión Enfuvirtide (Fuzeon), T-20

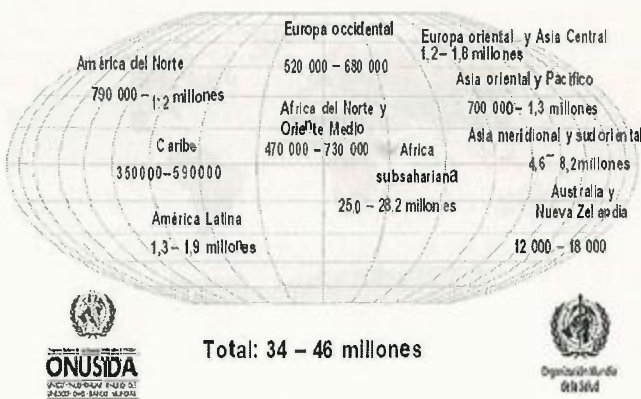
⁵ Palmieri, Omar J. ; Enfermedades Infecciosas, Capítulo 41; Ediciones Macchi; Septiembre de 2005

⁶ Normas de Tratamiento, SADI; www.SADI.org.ar/recttoantiretro.sadi2002

El HIV en la Argentina

El HIV ha provocado una epidemia que se ha propagado a todos los continentes y países, según estimaciones de ONUSIDA y OMS. Se calculaba para Diciembre del año 2004, en todo el mundo un total de 40 millones de personas viviendo con HIV/SIDA, (Rango: 34 millones a 46 millones) Adultos 37 millones y Niños <15 años 2,5 millones. Se estima que en el 2004 el número de nuevas infecciones fue cercano a los 5 millones de personas, que en su mayoría no saben que están infectados por el virus y que 700.000 serían menores de 15 años. Es decir que, aproximadamente, hubo 14.000 nuevos casos diarios de infección por HIV. De los adultos nuevos infectados en el 2004, el 50% son mujeres, por lo tanto la probabilidad de riesgo de infección por VIH es semejante entre hombres y mujeres. La mayoría de las nuevas infecciones se detectaron en adultos jóvenes. Aproximadamente el 50 % tienen entre 15 y 24 años de edad y más del 5% de estos nuevos casos fueron en países en desarrollo. Respecto a las muertes por SIDA, para el año 2004 se estimaron aproximadamente 3 millones en todo el mundo, de los cuales el 20% fueron niños menores de 15 años. El SIDA ha pasado a ser la principal causa de muerte en África y la cuarta a nivel mundial. Su paso por el mundo ha provocado consecuencias muy negativas. Ha causado retroceso en el desarrollo de países, terminado con millones de vidas, ensanchado aún más la brecha entre pobres y ricos, y quebrantado así la seguridad social y económica. La prevalencia de HIV/SIDA a nivel mundial en adultos entre 15 y 49 años de edad en el 2004 es de 1,1% (Rango:0,9% a 1,3%). Existen diferencias regionales: en la zona de África Subsahariana la prevalencia es de 7,5-8,5%, mientras en el Caribe es 1,9-3,1% (segunda región del mundo más afectada) y en América Latina es de 0,5-0,7%.⁷

En la Argentina, el HIV sigue concentrándose mayoritariamente en las zonas urbanas de las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe. Así, se estima que el 65% de las infecciones por el



⁷ Resumen Mundial de la epidemia de VIH/SIDA, diciembre 2004 - ONUSIDA - OMS

HIV corresponden a la capital, Buenos Aires, y sus áreas circundantes. Sin embargo, la epidemia está cambiando. Durante los años 1980 y gran parte de los 1990, la transmisión del HIV se produjo principalmente a través del consumo de drogas intravenosas, sobre todo entre varones. Pero la transmisión sexual del HIV ha adquirido una mayor preeminencia y, según las estimaciones, representa el 80% de todos los casos de SIDA notificados. La epidemia de SIDA en Argentina ha evolucionado en forma disímil desde que se registró el primer caso en el año 1982, alcanzándose al 30 de septiembre de 2005 un total de 29.960 casos notificados en el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. Sin embargo al calcular el retraso en el envío de las notificaciones, se estima que el total de enfermos diagnosticados es de 31.900⁸. La media de edad en el 2004 para hombres fue de 37,5 años y en mujeres de 34,5 años, dando muestra así que aun hoy las mujeres se enferman a edades más tempranas. En las personas que desarrollaron SIDA en el año 2004, la distribución fue la siguiente: las relaciones heterosexuales con el 50,8%, seguido por hombres que tienen sexo con hombres 18% y luego usuarios de drogas inyectables 15,8%. Asimismo en el año 2004 la tasa de mortalidad por HIV/SIDA disminuyó un 7,3 %, dicha tasa refleja un descenso significativo y comparable con el descenso del año 1997, año en que se universaliza en Argentina el acceso a terapia antirretroviral. La proporción de defunciones por SIDA respecto a las muertes totales representó en el 2004 el 0.48%, la misma proporción que el año anterior. En los últimos tres años se pueden observar tasas de mortalidad específicas semejantes, aunque en el último año registrado se ve un incremento de la mortalidad en valores absolutos de aproximadamente 50 defunciones, ello se debe al incremento principalmente registrado en las Provincias de Córdoba, Entre Ríos, Buenos Aires y Santa Cruz.

Los casos de infección notificados de HIV, corresponden en todo el país a 30.773 casos, de los cuales el 40% corresponden al período posterior al año 2001, año en que se incorpora al registro de SIDA la notificación obligatoria del HIV. Al analizar la vía de transmisión en el año 2004, en el sexo masculino se observa que la mayor proporción se encuentra en la vía sexual con el 75%, distribuido en población heterosexual el 40,1% y HSH el 34,6%, seguido por DIV con el 11,4%, mientras que en el sexo femenino la mayor proporción la presentó la transmisión sexual con el 82%, seguida por la vía sanguínea en DIV que fue de 5,1%.

⁸ Boletín sobre el VIH/ SIDA en Argentina AÑO XI – numero 24 – septiembre 2005

La prevalencia del HIV en mujeres embarazadas fue del 0,4% en 2002, y la proporción varón/mujer entre las personas portadoras de HIV se ha estrechado de 15:1 en 1988 a 3:1 en 2002. La mayoría de las nuevas infecciones parece incidir en los habitantes urbanos más pobres y con menor nivel educativo⁹. Al determinar en el año 2004 la prevalencia de HIV en cada grupo de población por provincia que notificó sitio centinela, se pudo observar que, las jurisdicciones con mayores tasas de prevalencia de HIV en embarazadas fueron: Ciudad de Buenos Aires (0,69%), Provincia de Misiones (0,45%), Provincia de Santiago del Estero (0,33%), Provincia de Buenos Aires (0,46%), todas por encima de la media país (0,31% IC: 0,29%-0,34%)¹⁰

La prevención en la Argentina dirigida a los varones que tienen relaciones sexuales con varones es escasa, ya que en ese grupo de población en Buenos Aires se ha detectado una prevalencia del HIV del 14% y que sólo uno de cada siete varones que resultaron HIV-positivos conocía su estado serológico (US Census Bureau – HIV/AIDS Surveillance Database, 2003).¹¹

La falta de educación, la inequidad socioeconómica, la pérdida de valores, y entre ellos el respeto por el prójimo, entorpecen aún más la lucha contra la enfermedad. Es imprescindible que desde el estado se focalicen los esfuerzos hacia la prevención, educando a la población, brindando la posibilidad de una vida digna, ya que recién a partir de ella podrá comenzarse realmente a controlar la epidemia.

El secreto profesional

El secreto profesional está basado, en primer lugar, en la dignidad del ser humano, cuya intimidad debe ser respetada y, en segundo término, en el principio del bien común, según el cual la sociedad garantiza a sus miembros la intimidad necesaria para buscar ayuda en circunstancias difíciles de sus vidas. Las excepciones a dicho secreto parten del supuesto de la causa justa; si bien cada potencial violación de aquél debe ser meticulosamente justificada, la presunción está a favor del secreto, habida cuenta de las graves consecuencias que dicha violación pudiera tener sobre la persona afectada.¹²

⁹ Ministerio de Salud de la Argentina, 2003

¹⁰ Idem ref 8 Boletín sobre el VIH/ SIDA en Argentina AÑO XI – numero 24 – septiembre 2005

¹¹ <http://www.unaids.org>

¹² Ferrer JJ. SIDA y Bioética: de la Autonomía a la Justicia. Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Madrid, 1997. pp. 149-194

El secreto médico es la piedra fundamental en la relación médico-paciente, y surge del mismo Juramento Hipocrático (s IV a.C.): *"lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viera u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto"*.

Existen distintos tipos y variantes de Secreto Médico: *Secreto Médico Absoluto*: negación inquebrantable de cualquier tipo de revelación. El médico no podrá confiar un hecho conocido a través de su profesión ni a sus colaboradores. Esta modalidad es utilizada en Inglaterra. *Secreto Médico Relativo* (intermedio o ecléctico): aceptado por nuestra legislación y la del resto de América del Sur, convalida la revelación a personas y entidades correspondientes (con discreción y límites) del Secreto Médico siempre que hubiera una razón suficiente: "justa causa". En cierto modo, la revelación queda supeditada a los dictados de la propia conciencia del profesional. Y el *Secreto Médico Compartido*: variante del anterior y utilizado por los franceses y amplía el conocimiento a otro médico o auxiliar de un hecho de su profesión siempre que redunde en el beneficio terapéutico del paciente.¹³

La discreción es la piedra fundamental del "secreto profesional", en lo que concierne al tratamiento de la información adquirida por las personas dedicadas a ciertas profesiones. No se discute que el derecho a la confidencialidad pertenece a la persona a quien atañe la información, y constituye una garantía que se le ofrece, con el fin de evitar que detalles de su intimidad sean revelados a terceros sin su consentimiento. El concepto de confidencialidad, se refiere de manera específica al manejo de datos sobre otra persona, de los que se dispone porque ella misma u otra los ha facilitado bajo la condición de que no se difundan. Esta condición no tiene por qué ser expresa, pues también son confidenciales las informaciones u opiniones privadas que son emitidas por el individuo ante terceros, con la suposición de que su difusión permanecerá controlada por él mismo. Se entiende por confidencialidad en el ámbito médico, a la premisa ética que compromete al médico a mantener en secreto toda la información recibida del paciente (para el bien de este), o sea a la protección de la comunicación entablada entre personas y el derecho a controlar la información referente a uno mismo que pueda ser difundida a terceros.¹⁴ La protección especial de la confidencialidad se trata de una regla de actuación profesional que consiste en el

¹³ Florentino, Jorge Secreto Profesional Médico <http://geosalud.com/malpraxis/secretoprofesional.htm>

¹⁴ Dímazo Antonio Larrañaga, Lineamientos generales para la gestión de la información, Universidad Católica Del Uruguay

cumplimiento del deber moral y jurídico de mantener en secreto todo aquello dado en “confidencia” por quien demanda el cuidado de su salud.

Existen diversas teorías sobre la historia del secreto médico, ya que para algunos el juramento hipocrático no era adoptado por la mayoría de los médicos griegos, sino por un reducido grupo médico y religioso de orientación pitagórica. Otra vertiente indica que en realidad el juramento fue realizado por algunos médicos para enfrentar las críticas hacia la práctica médica de aquel momento.

La diversidad de criterios para dimensionar el alcance del juramento es conveniente señalarla para “cuestionar su validez universal y atemporal, ya que el juramento representaría un conjunto de valores éticos y religiosos de un grupo particular en un momento histórico singular”¹⁵

Los fundamentos morales de la regla de confidencialidad se vinculan con el respeto por la autonomía y la intimidad de las personas.

La regla de confidencialidad es derivada del respeto por el derecho a la intimidad, es una manifestación particular y especial de aquella, pero que no se confunde con el sentido amplio de intimidad, la confidencialidad sólo puede asegurarse en contextos de relación entre equipo de salud y personas que demanden atención médica.

Puede existir vulneración al derecho a la confidencialidad si la persona que revela la información, recibida en confidencia, la pone de manifiesto sin justa causa de revelación; mientras que existirá violación a la intimidad cuando una persona, cualquiera, invade un archivo o toma un dato sin autorización alguna. Es decir sólo puede violar la confidencialidad el profesional, miembro del equipo de salud o la institución que ha recibido la información en razón de las expectativas puestas en la profesión o en la actividad desplegada por la organización, como puede ser el caso de los organismos de procuración, centros de diálisis o de trasplante.

La vinculación entre el principio de confianza y la regla de confidencialidad es estrecha, y se constituye en un aspecto basal de la relación clínica, ya que afecta directamente la actuación del médico, por una lado y, por otro, los deberes del enfermo que pueden “cifrase en tres sencillas palabras: lealtad, confianza y distancia”¹⁶. La confianza es constitutiva de cualquier relación clínica y asistencial

¹⁵ Maglio, Ignacio, comentarios de la Ley de Sida sobre discriminación y confidencialidad. 2005

¹⁶ Laín Entralgo, Pedro “La relación médico-enfermo” Historia y Teoría. Alianza Editorial. Madrid 1983.

Más allá de lo indicado hasta aquí, los fundamentos que sostienen la regla de confidencialidad pueden agruparse de acuerdo a distintos argumentos, entre ellos se destacan:

a) Argumentos consecuencialistas: se sostiene que la confianza en las relaciones clínicas es elemental para brindar una razonable atención médica; en consecuencia la vulneración de la confidencialidad provocaría que las personas enfermas no comuniquen información y circunstancias que resulten elementales para establecer diagnósticos certeros, indicaciones correctas y pronósticos precisos.

b) Argumentos derivados del principio de autonomía e intimidad.

c) Argumentos basados en la fidelidad: se entiende que una promesa ofrecida en forma explícita o implícita debe corresponder a las "expectativas razonables de intimidad del paciente".

Para valorar el sustento de la regla de confidencialidad puede recurrirse, además, a la naturaleza y estructura particular de la noción de secreto dado que la confidencialidad se vincula con el secreto médico, éste deber profesional se define como una especie de secreto confiado de tercer grado.

El secreto confiado de primer grado se define como aquella situación en donde se revela un dato o situación personal como una simple confidencia, como por ejemplo la revelación de determinada circunstancia a un amigo o persona de confianza con el simple propósito de buscar apoyo.

En el caso del secreto de segundo grado el depositario de la confidencia es un "amigo competente" del cual se persigue un "consejo útil", en este caso la obligación de guardar el secreto es más rigurosa que en el secreto confiado de primer grado, ya que las características personales del confidente se transforman en un hecho decisivo que permite hacer efectiva la confesión.¹⁷

La regla de confidencialidad encuentra su lugar en el secreto confiado de tercer grado que se manifiesta en la comunicación interesada de la información privada a una persona para obtener un consejo calificado por la competencia y habilidad profesional de la misma. En estos casos evidentemente el deber de guardar el secreto se encuentra reforzado, ya que el depositario obtiene el dato en razón de su profesión y no por un vínculo de amistad o de confianza previa. El secreto médico entonces, se haya estrechamente vinculado al derecho a la confidencialidad que tienen los

¹⁷ Talierno, G "El secreto" Diccionario Enciclopédico de Teología Moral Edic Paulinas Madrid 1980

pacientes como garantía para evitar que se revele su privacidad sin su consentimiento. El paciente da por sobreentendido que todo lo que diga en la consulta será confidencial, y precisamente, teniendo esta convicción concurre a ella.¹⁸

Las excepciones a la confidencialidad deben interpretarse en sentido restringido y son de aplicación extraordinaria y extrema; se emplean cuando se han agotado instancias previas de prevención del daño, si existiesen tales alternativas.

En algunos casos existe una zona intermedia, de difícil dilucidación, en donde el dilema consiste en poder determinar si vulnerar la confidencialidad y proceder a la revelación consiste en una facultad o en un deber en el ejercicio de la profesión. Para proteger a potenciales víctimas, con relación al secreto que se guarda (transmisión de enfermedades graves, taras genéticas, peligrosidad del confidente, etc.), el profesional se enfrenta a la encrucijada de revelar y alertar a aquéllas vulnerando la regla y exponiéndose al reclamo del confidente, o mantener la confidencialidad y responder por los daños ocasionados a las víctimas desprevenidas.

Existen algunas sugerencias para que el médico y el paciente puedan determinar previamente que aspectos consideran confidenciales y establecer la manera y bajo que supuestos se habilitaría la ruptura del deber de secreto, inclusive formalizando dichos acuerdos en pactos previos de confidencialidad.¹⁹

Las excepciones a la confidencialidad deberían establecerse conforme pautas generales que valoren los intereses comprometidos, la naturaleza de los bienes afectados y la inminencia en la ocurrencia del evento dañoso.

Para la evaluación particular de determinados casos donde haya que valorar la procedencia moral y jurídica de la revelación del dato confidencial debería habilitarse una instancia consultiva a grupos entrenados en la consideración de dilemas ético-clínicos como los Comités Hospitalarios de Ética o Bioética, ya que se trata, en general, de casos complejos en donde el consejo de esos comités puede coadyuvar a tomar un rumbo correcto, pero sin que ello signifique transferir la responsabilidad individual de los profesionales involucrados en la toma de decisión.

La regla de confidencialidad debe reforzarse en materia de HIV /SIDA, ya que un sistema laxo de revelación con hipótesis excepcionales ampliadas, puede exponer

¹⁸ Patitó, José A, Lossetti, Oscar A., Trezza, Fernando C.; Tratado de Medicina Legal y Elementos De Patología Forense; Editorial Quorum, Bs. As., 2003

¹⁹ Highton, Elena I. "Responsabilidad por violación de secretos". En La Responsabilidad, homenaje al Prof. Dr. Isidoro H. Goldenberg. Edit. Abeledo Perrot. Bs.As. 1995.

a las personas infectadas a variadas situaciones de exclusión y limitación de bienes jurídicos básicos. Aún hoy se presentan casos de afectación de derechos fundamentales tales como el derecho a la atención médica, a la planificación familiar, al trabajo, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, entre otros tantos.²⁰

“Nadie guarda un secreto mejor que el que no lo sabe”²¹ Es muy importante recordar que la muerte del paciente no exime al médico y a sus colaboradores del deber de secreto. Teniendo en cuenta que el primordial deber de la profesión médica es prevenir, preservar y recuperar la salud, es indudable que el médico durante el ejercicio de su profesión se verá obligado a romper el secreto médico en determinadas circunstancias, por ejemplo: cuando la denuncia resulte obligatoria por determinación legislativa, cuando se trate de evitar un mal mayor, cuando el médico actúa como perito, o cuando el médico tratante debe prestar declaración testimonial. Cualquiera fuere la circunstancia, antes de develar el secreto, el médico deberá asegurarse de la indubitabilidad de la “justa causa” (todas las situaciones en que la ley considera que es apropiada la revelación del secreto) o de haber agotado todas las instancias para que el paciente lo autorice a develar la información.

Teniendo en cuenta que el primordial deber de la profesión médica es prevenir, preservar y recuperar la salud, es indudable que el médico durante el ejercicio de su profesión se verá obligado a romper el secreto en determinadas circunstancias que admiten ser calificadas de “Justa Causa”, por ejemplo: Cuando la denuncia resulte obligatoria por determinación legislativa (transmisión de enfermedades infectocontagiosas), cuando se trate de evitar un mal mayor, cuando por su importancia y trascendencia médica el caso en cuestión sea informado a sociedades científicas o sea motivo de publicación médica, cuando el médico actúa como perito o sea testigo, cuando el médico reclame honorarios, denuncie de nacimientos y defunciones y excepciones especiales creadas por Códigos de Fondo (los médicos no pueden denunciar delitos de acción de instancia privada a menos que resultare la muerte de una persona o se trate de lesiones gravísimas -art. 72 del Código Penal- y deberán obligatoriamente realizar la denuncia de oficio cuando se trate de menores o incapaces).²²

²⁰ Maglio, Ignacio, reflexiones sobre la Ley de Sida sobre discriminación y confidencialidad. 2005

²¹ Calderón de la Barca “Amar después de la muerte”

²² Idem 13 Fiorentino, Jorge, Secreto Profesional Médico, <http://geosalud.com/malpraxis/secretoprofesional.htm>

MARCO JURÍDICO GENERAL Y ESPECIAL PARA EL SIDA EN ARGENTINA

Entrados en el nuevo milenio la pandemia está lejos de resolverse ya que el SIDA es una enfermedad que repercute no sólo en la salud de las comunidades sino que, trascendiendo la temática médica, impacta de manera profunda en todos los aspectos que integran el quehacer de una sociedad.

La diversidad de cuestiones médico-legales que se plantean en relación al SIDA, de acuerdo al ambiente en que se desenvuelva la cuestión hizo necesario el dictado de normas para tratar de regular estas situaciones. En un comienzo se recurrió a los principios generales pero pronto se vio la necesidad del dictado de normas específicas. Por ese motivo, el marco jurídico en el que se deben encuadrar las cuestiones médico-legales relativas al SIDA está conformado por disposiciones de orden general y otras de carácter específico tal como se consigna a continuación:

LEGISLACIÓN GENERAL APLICABLE AL SIDA

Constitución Nacional ²³

Convención Americana sobre Derechos Humanos. Pacto de San José de Costa Rica ²⁴

Código Penal ²⁵

Código Civil ²⁶

Ley 17132: Normas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades colaboración ²⁷

Ley 15465: Notificación obligatoria en todo el país de los casos de enfermedades transmisibles ²⁸

Ley 22.990: Régimen de la sangre humana y decreto reglamentario N° 375/89 ²⁹

Ley 23.277: Normas para el ejercicio de la psicología ³⁰

²³ Constitución de la Nación Argentina. A-Z Editora. Buenos Aires, 1ª edición, septiembre de 1997

²⁴ Ley N° 23.054. Convención americana sobre derechos humanos. Pacto de San José de Costa Rica

²⁵ Código Penal de la Nación Argentina. A-Z Editora. Buenos Aires, 26ª edición, septiembre de 2000

²⁶ Código Civil de la República Argentina. A-Z Editora. Buenos Aires, 26ª edición, septiembre de 2000

²⁷ Ley N° 17.132. Normas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración

²⁸ Ley N° 15.465. Notificación obligatoria en todo el país de los casos de enfermedades pestilenciales y transmisibles

²⁹ Ley N° 22.990. Régimen de la sangre humana

³⁰ Ley N° 23.277. Psicología. Normas para el ejercicio de la profesión

Ley 22.853: Régimen de habilitación y funcionamiento de las unidades de atención médicas destinadas a la aplicación de diálisis corpórea y extracorpórea en el tratamiento de la insuficiencia renal, y, decreto reglamentario N° 468189 ³¹

Ley 23.592: Derechos y Garantías constitucionales. Actos discriminatorios. Sanciones para quienes los ejecuten. ³²

Ley 24.004: Ley de ejercicio de la enfermería³³

Ley 24.001: Residuos peligrosos ³⁴

Ley 24193: Transplantes de órganos y materiales anatómicos, y, decreto reglamentario N° 512/95 ³⁵

Ley 24.557: Riesgos del trabajo, y, decretos N° 658 y 659/96. Laudo Ministerial N° 405/96 ³⁶

Ley 24.660: Ley de ejecución de la pena privativa de libertad, y, decreto reglamentario N° 1058/97 ³⁷

Decreto 478/98: Sistema integrado de jubilaciones y pensiones. ³⁸

LEGISLACIÓN ESPECÍFICA

Esta legislación comienza en el año 1989 con el dictado del decreto 385/89:

Decr 385/89: Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA. Constitución. Funciones.³⁹

Ley 23.798: Lucha Contra El Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida ⁴⁰ y, decreto reglamentario N° 1244/91⁴¹

Ley 24.455: Cobertura en las Obras Sociales a enfermos de SIDA y drogodependientes ⁴² y, decreto reglamentario N° 580/95 ⁴³

³¹ Ley N° 22.853. Régimen de habilitación y funcionamiento de las unidades de atención médica destinadas a la aplicación de diálisis corpórea y extracorpórea en el tratamiento de la insuficiencia renal

³² Ley N° 23.592. Discriminación

³³ Ley 24.004: Ley de ejercicio de la enfermería

³⁴ Ley N° 24.051. Residuos peligrosos

³⁵ Ley N° 24.193. Transplantes de órganos y material anatómico humano

³⁶ Ley N° 24.557. Riesgos de trabajo

³⁷ Ley N° 24.660. Ejecución de la pena privativa de la libertad. Derogación del Decreto-Ley N° 412/58

³⁸ Decreto N° 478/98. Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones

³⁹ Decreto N° 385/89. Comisión Nacional de Lucha Contra el SIDA. Constitución. Funciones

⁴⁰ Ley N° 23.798. Lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Declaración de interés nacional.

⁴¹ Decreto N° 1.244/91. Lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Reglamentación de la Ley N° 23.798.

⁴² Ley N° 24.455. Obras Sociales. Prestaciones obligatorias. Incorporación

⁴³ Decreto N° 580/95. Prestaciones obligatorias. Incorporación. Reglamentación.

Ley 24.754: Empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga. Planes de cobertura. Prestaciones obligatorias.⁴⁴

Decreto 906/95: Detección del HIV en postulantes de ingreso a las fuerzas armadas⁴⁵

Resolución 18/92 del Ministerio de Salud de la Nación: Provisión gratuita de medicamentos⁴⁶

Resolución Secretarial 228/93: Normas de bioseguridad para uso de establecimientos de salud⁴⁷

Resolución Secretarial 105/97: Norma Nacional de SIDA en perinatología⁴⁸

Resolución 19/98 de la Secretaria de Programas de Salud: Notificación y atención de Accidente Laboral del Personal de la Salud con riesgo de infección por patógenos sanguíneos.⁴⁹

Ordenanzas N° 44.414 y 44.415 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Dada la diversidad de cuestiones de naturaleza médico-legal vinculadas al síndrome, analizaré, recurriendo a la legislación antes mencionada, la temática que resulta de interés práctico que compete al secreto médico

EL SECRETO PROFESIONAL Y EL SIDA

Al igual que en la responsabilidad médica, son de aplicación las normas generales contenidas en el artículo 156 del Código Penal y en el 11 de la ley N° 17.132 del ejercicio de la medicina. El primero establece que *“será reprimido con multa de \$ 1.500 a \$ 90.000 e inhabilitación especial, en su caso, por 6 meses a 3 años, el que teniendo noticia, por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño, lo revelare sin justa causa”*. La violación del secreto profesional es un delito de instancia privada, es decir, que sólo lo puede denunciar la víctima, o sea quien se sintiere agraviado u ofendido por dicha revelación

⁴⁴ Ley N° 24.754. Empresas o entidades que presten servicios de medicina pre-paga. Planes de cobertura. Prestaciones obligatorias

⁴⁵ Decreto N° 908/95. Apruébanse normas reglamentarias para la realización de pruebas diagnósticas necesarias para detección de portadores del virus HIV en el ámbito de la Fuerzas Armadas y de Seguridad.

⁴⁶ Resolución N° 18/92. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus humanos

⁴⁷ Resolución N° 228/93. Ministerio de Salud. Normas de bioseguridad para el uso de Establecimientos de Salud.

⁴⁸ Resolución N° 105/97. Secretaría de Programas de Salud. Norma Nacional de SIDA en perinatología.

⁴⁹ Resolución N° 19/98. Secretaría de Programas de Salud. Notificación y atención de accidente laboral del personal de la salud con riesgo de infección por patógenos sanguíneos.

y, además, no es necesario que el daño se haya consumado, basta con que exista la posibilidad de que éste se verifique para que se configure el delito.²⁴⁻²⁶

El artículo 11 de la ley N° 17.132, del ejercicio de la medicina, dice: “*Todo aquello que llegare a conocimiento de las personas cuya actividad se reglamenta en la presente ley, con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer -salvo los casos que otras leyes así lo determinen o cuando se trate de evitar un mal mayor y sin perjuicio de lo previsto en el Código Penal, sino a instituciones, sociedades, revistas o publicaciones científicas, prohibiéndose facilitarlo o utilizarlo con fines de propaganda, publicidad, lucro o beneficio personal*”. La mencionada ley, claramente establece que quien ejerce el arte de curar debe mantener reservado, en secreto, todo aquello que llegue a su conocimiento a través del ejercicio de su arte y que puede hablar sólo si existe justa causa.²⁴

Dentro de la legislación especial, específicamente en ley N° 23798, está prevista la imposibilidad de la revelación de la condición de portador del virus HIV o de enfermo de SIDA. En ella se tiende a resguardar la privacidad de las personas estableciendo, en principio que “*las disposiciones de la presente ley y de las normas complementarias que se establezcan se interpretarán teniendo presente que en ningún caso pueda:.....c) exceder el marco de las excepciones legales taxativas al secreto médico que siempre se interpretarán en forma restrictiva, y d) incursionar en el ámbito de la privacidad de cualquier habitante*”³⁹⁻⁵⁰.

Dicha ley de SIDA prevé la obligación de guardar silencio y las excepciones legales como el caso de la notificación obligatoria de la enfermedad. Sobre este aspecto, la reglamentación del artículo 2 de la ley 23.798 (Anexo I del Decreto 1.244 de la Ley de SIDA), por lo tanto, enumera cuales son las situaciones en que un profesional médico y todo aquel que por su ocupación tome conocimiento que una persona se encuentra infectada por el virus o está enferma, *puede revelar esta información, a saber:*⁵¹

1. “A la persona infectada o enferma o a su representante legal si se trata de un *incapaz*.” Bajo el término de “*incapaz*” se incluyen a los menores de edad, los

⁵⁰ Lossetti, O.; Trezza, F.: “Derechos de los pacientes” – Praxis Médica- AMM de la C de BA Año 7 vol 32 Noviembre 2003.

⁵¹ Idem 41 Decreto N° 1.244/91. Lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Reglamentación de la Ley N° 23.798.

alienados y aquellos que por su estado mental no son capaces de comprender sus actos o dirigir su persona

2. “a otro profesional médico cuando sea necesario para el cuidado o tratamiento de una persona infectada o enferma”

3. “a los entes del Sistema Nacional de sangre creado por el artículo 18 (Comisión Nacional de Sangre) de la ley 22990 mencionados en los incisos a), b), c), d), e), f), e i) del citado artículo, así como a los organismos comprendidos en el artículo 7 de la ley 21541”.

Es de hacer notar que a la fecha de la sanción de esta norma estaba vigente la ley 21541 de transplantes de órganos habiendo sido derogada y reemplazada por la ley 24193, interpretándose, en consecuencia, que los organismos a que se refiere son los mencionados en el artículo 9 de esta ley *“...Los actos médicos contemplados en esta ley sólo podrán ser realizados en el ámbito de establecimientos médicos registrados por ante la respectiva autoridad de contralor jurisdiccional...*

4. “al director de la institución hospitalaria o en su caso, al Director del Servicio de hemoterapia, con relación a personas infectadas o enfermas que sean asistidas en ellos cuando resulte necesario para dicha asistencia”

5. “a los jueces en virtud de auto judicial dictado por el juez en causas criminales o en las que se ventilen asuntos de familia”

6. “a los establecimientos mencionados en el artículo 11, inciso b) de la ley de adopción N° 19.134. *“Esta información sólo podrá ser transmitida a los padres sustitutos, guardadores o futuros adoptantes”* Según esta norma, a información sobre el estado serológico del niño puede ser revelada a los establecimientos de beneficencia o de protección de menores, sean estos públicos o privados, como asimismo, a las personas que individualmente deban hacerse cargo del menor.

7. “Bajo la responsabilidad del médico a quien o quienes deban tener esa información *para evitar un mal mayor*”⁵²

Como vemos, si bien la información acerca de la condición de enfermo de SIDA o de portador del virus HIV ha quedado restringida a las situaciones previstas, el profesional médico tiene la opción que le posibilita el inciso 7 acerca de poder revelar esa información a quien crea conveniente, tendiente a evitar un daño mayor que el que significa la violación al secreto. Si bien esta excepción -como bien señala S.M.

⁵² Idem 41 Ley N° 24.193. Transplantes de órganos y material anatómico humano

Wierzba en su libro "SIDA Y RESPONSABILIDAD CIVIL", -genera dudas porque no se determina cuáles personas podrían sufrir un "mal mayor ". Ante la ausencia de disposiciones claras y con una jurisprudencia nacional restrictiva al respecto se requiere el dictado de una norma clara y precisa que ayude a los médicos en el ejercicio de su profesión. Frente a la duda que se le presenta al profesional sobre el respeto al secreto médico o la revelación a terceros para proteger la integridad de estos ante el riesgo de contagio, es prudente recurrir a los Comités de Bioética a fin de que a través de su dictamen otorguen al médico mayores elementos en la toma de la decisión. También como consecuencia de la falta de información, podría hacerse la analogía con el artículo 34 inciso 3 del Código Penal, aunque en el caso específico de esta enfermedad, no se hace mención a la "inminencia del peligro" tal como lo exige la interpretación de la norma mencionada⁵³. Ante la situación de revelar la información o callarla, creo que el médico debe priorizar el interés de la comunidad por sobre el deber de confidencialidad de orden particular, entendiéndose por tal a la pareja, la familia, la escuela o el ámbito laboral. Sobre este particular resulta válido recordar esta premisa que fuera expuesta en el año 1966 en ocasión del caso "Tarasoff c/Universidad de California" en el que los jueces dijeron que el deber del secreto profesional cede frente al interés de la comunidad cuando ésta se encuentra en peligro⁵⁴

De acuerdo con esta norma, el médico deberá basar la justificación de su conducta en cada caso de acuerdo con los principios generales. Las situaciones más frecuentes que obligan a esta toma de decisión son:

a) información al cónyuge o compañero sexual: existe un consenso generalizado en que el cónyuge o compañero sexual conocido del infectado deben ser puestos en conocimiento acerca de la condición de infectado por el virus de aquel de tal modo que pueda tomar las medidas que crea más convenientes para evitar el contagio, planteándose la misma situación entre personas, que comparten agujas en casos de drogadicción por vía endovenosa, si el médico tratante sabe quienes son.

b) bajo este criterio deberían ser informadas las autoridades de los establecimientos educacionales a los que concurren menores portadores del virus HIV

⁵³ Wierzba, S. A. SIDA y responsabilidad civil. Editorial Ad-Hoc S.R.L., 1ª edición, Buenos Aires, 1996

⁵⁴ Baré, G.; Hegenberger, G. M. y Ghirlanda, M. Ley de SIDA. Análisis de la opinión de los pacientes y consideraciones bioéticas. Prensa Médica Argentina, 1998; 85; 759-767

ya que el director o maestros podrían de esa forma proteger al propio alumno y prevenir el contagio a terceros.

c) debería suministrarse esta información a los empleadores en casos en que la actividad laboral conlleve riesgo de contagio.⁵⁵

La notificación de los casos de SIDA está prevista en el artículo 10 de la ley 23798, estableciéndose que deben denunciarse los “*casos de enfermos de SIDA*”, lo que significa que se hallan dentro de esta categoría los casos comprendidos en el grupo C de la clasificación (Estadio IV de otras clasificaciones), es decir que son de denuncia obligatoria los casos de pacientes seropositivos con enfermedades marcadoras (infecciones oportunistas y/o neoplasias)⁵⁶.

Esta notificación, deberá ser practicada dentro de las cuarenta y ocho horas de confirmado el diagnóstico en los términos y formas establecidos por la ley 15.465⁵⁷. El mismo artículo señala que “*en idénticas condiciones se comunicará el fallecimiento de un enfermo y las causas de su muerte*” En el decreto reglamentario se dispone que la notificación de la enfermedad, y, en su caso, del fallecimiento será cumplida exclusivamente por los profesionales mencionados en el artículo 4, inciso a) de la ley 15465 observándose lo prescripto en el artículo 2 inciso e) de la reglamentación de la ley de lucha contra el SIDA.

La notificación de la enfermedad y los óbitos deben realizarse, en forma obligatoria, en la ficha establecida para enfermos de SIDA que se envía a la Unidad Coordinadora Ejecutora VIH/SIDA y ETS. (LEY de SIDA)

La mortalidad por SIDA es registrada tanto por la Dirección de Estadísticas a través del Informe Estadístico de Defunción, como en la Unidad Coordinadora Ejecutora de VIH -SIDA y ETS, siendo ambas, dependencias del Ministerio de Salud.

En el artículo 2, inciso e) del decreto 1244/91 (Anexo I del Decreto 1.244 de la Ley 23.798), prescribe que en la individualización de los enfermos...”*se utilizará exclusivamente un sistema que combine las iniciales del nombre y del apellido, día y año de nacimiento. Los días y meses de un sólo dígito serán antepuestos del número*

⁵⁵ Idem 35 Ley N° 24.193. Transplantes de órganos y material anatómico humano

⁵⁶ Idem 39 Decreto N° 1.244/91 LEY de SIDA

⁵⁷ Idem 26 Ley 15.465 – 1960 Régimen legal de las enfermedades de notificación obligatoria

zero (o)". En la parte final del artículo se dice que... *"todas las comunicaciones serán dirigidas al Ministerio de Salud y a la autoridad sanitaria del lugar de ocurrencia y tendrán el carácter de reservado"*.⁵⁸

JURISPRUDENCIA COMENTADA

En este aspecto resultan de interés las conclusiones del fallo de la Cámara Civil, Sala E del 29-3-2000 en los autos "D.E.B. v C.M. e hijo S.R.L.". La demanda se entabló, entre otros motivos por aducir el actor que se había revelado su condición de portador de HIV sin su consentimiento.

En primera instancia se desestimó la demanda argumentándose que el mismo había otorgado su consentimiento para que se le practicara el examen de HIV y, además, para que el resultado le fuera comunicado a su empleadora, consentimiento que fue prestado libremente sin que se hubiera probado en el expediente la existencia de alguno de los vicios de la voluntad.

En el fallo de la Cámara se establece que si bien es cierto que el artículo 2 inciso c) del decreto reglamentario dispone que el médico que detecta que una persona se encuentra infectada por el virus HIV tiene prohibido revelar la información y no puede ser obligado a suministrarla, también es cierto que el propio afectado, prestó no sólo su conformidad tácita y expresa con la práctica del test en sí mismo sino que también lo hizo para que el resultado le fuera comunicado a su empleadora.

En conclusión entonces, el fallo de Cámara determinó que "no se viola el artículo 2 inciso c) del decreto 1244/91 que obliga al médico que detecta a una persona infectada por el virus HIV a no revelar o suministrar dicha información si es el propio afectado quien otorgó expresamente la autorización para comunicarlo a su empleadora y que no existe responsabilidad de la empresa dedicada a efectuar exámenes preocupacionales si se limitó a cumplir su tarea consistente en comunicar a la empleadora el resultado de los análisis practicados al actor"⁵⁹.

⁵⁸ Idem 39 Decreto N° 1.244/91 LEY de SIDA

⁵⁹ Derechos Personalísimos. Derecho a la intimidad. Exámenes preocupacionales. HIV. Consentimiento. Jurisprudencia Argentina, 21 de febrero de 2001, N° 6234.

COMITÉS DE BIOÉTICA

La ciencia del Derecho determina un orden jurídico tendiente al bien común en una sociedad, incluyendo los actos libres del hombre dirigidos con responsabilidad. La ética en la Ciencia Médica exige además, que los actos del proceder profesional sean consecuentes con sus valores vigentes en la sociedad. La ética médica no encontraría lugar en un profesional dispuesto únicamente al fiel cumplimiento legal pero humanamente vacío de compromiso afectivo para con sus semejantes⁶⁰.

Si bien la existencia de un marco regulatorio jurídico del síndrome ha brindado respuestas a algunas de las necesidades del quehacer profesional, en el plano ético todavía surgen y continuarán surgiendo, situaciones por resolver, que inicialmente aparecerán como caso aislado, convirtiéndose luego en "caso testigo" y sumando éstos, finalizará constituyendo la base para la edificación de una nueva norma legal. En la práctica los médicos se encuentran frente a un gran dilema: Si el profesional médico considera que está frente a un "mal mayor" y por lo tanto debe informar la infección o enfermedad a una tercera persona, y luego un Juez entiende que no se estaba ante un "mal mayor" y por lo tanto se ha violado el secreto profesional, el médico podría llegar a ser inhabilitado hasta tres años. Por el contrario, si el profesional entiende que no se encuentra frente a un "mal mayor" y por ello debe resguardar el secreto profesional, y posteriormente un Juez entiende que el médico si estaba frente a un "mal mayor" y que el incumplimiento del deber de informar produjo en consecuencia la muerte del otro, podría sufrir pena de prisión como autor de homicidio (por dolo eventual o por culpa con representación, según fuese el caso). La única solución al problema sería promover una nueva norma que especifique claramente cuáles son los casos en que el médico debe informar para evitar "un mal mayor", para ayudar a los profesionales de la medicina con algunos criterios precisos. Mientras no exista clarificación normativa es recomendable el recurrir a los Comités de Bioética a fin de que con su prudente consejo ayuden al profesional médico tomar una decisión correcta.⁶¹

Todos los códigos de ética médica incluyen postulados de aceptación universal que son aplicados a situaciones particulares. En nuestro país rigen el Código de Ética Médica de la COMRA (Confederación Médica de la República Argentina), desde 1955,

⁶⁰ Maglio, F. "Ética y SIDA." *Revista Argentina de SIDA*, Vol. 1, Nº 2, pág. 23, febrero de 1999

⁶¹ de Tomaso, Susana de Rodríguez de la Torre -Kuyumdjian de Williams, Patricia HIV- SIDA. Excepciones a la confidencialidad y secreto profesional. Deber o facultad <http://www.aaba.org.ar/bi22n01l.htm>

y a partir de 2001 el Código de ética para el equipo de Salud de la AMA (Asociación Médica Argentina)⁶². La medicina es ciencia y arte, y sabemos que, la praxis cotidiana nos exige la toma de decisiones ante situaciones complejas muchas veces no contempladas en los códigos de ética. La universalidad de los preceptos éticos engloba la generalidad de los casos teóricos pero, en la práctica, debe analizarse la aplicación de los principios a cada caso en particular.

En el SIDA y quizás más que en otras patologías, el médico se enfrenta a la situación de qué, cómo, cuánto y cuándo debe informar. El Código de Ética de la COMRA, en el Artículo 9 se expresa que... *"si la enfermedad es grave y se teme un desenlace fatal o se esperan complicaciones capaces de ocasionarla, la notificación es la regla y el médico lo hará a quien a su juicio corresponda"*. Por otra parte el artículo 10 establece que *"la notificación de incurabilidad se podrá expresar directamente a ciertos enfermos cuando a juicio del médico de acuerdo con la modalidad del paciente, ello no le cause daño alguno y le permita en cambio la solución de sus problemas"*⁶³.

Así como existe la obligación legal de guardar reserva acerca del diagnóstico de la enfermedad del paciente ya que revelarlo sin justa causa implica delito de violación de secreto profesional, existe una obligación ética que hace que esta obligación se prolongue en el tiempo más allá de la muerte del paciente.

Existe un mayor número de recomendaciones en el Código de Ética para el Equipo de Salud de la AMA (2001), que se encuentran incluidas en los artículos 523 al 533, los que transcribo por su actualidad, a continuación⁶⁴.

El art. 523 expresa: *"Como ejemplo actual de epidemia mundial, el Sida ha convertido a la discriminación en un fenómeno que divide naciones, grupos étnicos, culturales y sexuales sin respetar edades, condiciones de vida ni derechos legalmente adquiridos"*.

El art. 524 expresa: *"Constituye grave falta ética de los miembros del Equipo de Salud, discriminar a personas afectadas de Sida, negándoles derechos, beneficios o privilegios, cuando los riesgos para la salud sean solo teóricos o cuando las conductas de las personas es socialmente adecuada, visto que el riesgo de transmisión del HIV en los medios comunes es remoto"*.

⁶² Código de Ética para el Equipo de Salud. Asociación Médica Argentina (AMA) 2001

⁶³ Código de Ética Médica de la República Argentina. Confederación Médica de la República Argentina (C.O.M.R.A.), 1955.

⁶⁴ Idem 62 Código de Ética para el Equipo de Salud. Asociación Médica Argentina (AMA) 2001

El art. 525 expresa: *"Los miembros del Equipo de Salud no deben participar en campañas de discriminación, especialmente cuando las mismas están fomentadas por hostilidad a los grupos sociales que se consideran vinculados al Sida: homosexuales, drogadictos y prostitutas"*.

El art. 526 expresa: *"Los miembros del Equipo de Salud deben respetar al máximo el principio de confidencialidad en los pacientes con Sida, aún en las situaciones de exigencia legal de notificación con fines preventivos, adoptando todas las medidas posibles para cumplir con las leyes y con la ética de la profesión en lo que hace al secreto médico"*.

El art. 527 expresa: *"Los miembros del Equipo de Salud, funcionarios o no, deben realizar los mayores esfuerzos para armonizar los derechos privados con el concepto de bien común de la salud pública, estudiando experiencias que se realizan en países donde se cumplen ambas premisas, con un bajo nivel de controversias sociales"*.

El art. 528 expresa: *"Las medidas que se propongan deben serlo bajo severos criterios éticos legales para limitar la propagación de la enfermedad, como criterio superior de la salud pública junto con el mecanismo que evite la divulgación de los nombres de quienes padecen la afección"*.

El art. 529 expresa: *"La situación de la confidencialidad se presenta especialmente compleja en caso que la persona infectada haga correr peligro a terceros y se niegue a dar a conocer su estado o impida al Equipo de Salud hacerlo, invocando el secreto profesional. Es ético que estas condiciones, los miembros del Equipo de Salud actúen a través del criterio del mal menor, recurriendo a las autoridades sanitarias y si fuera necesario a la Justicia para solicitar recurso de amparo para terceros y para sí mismo por violar la confidencialidad, dado que esta es su competencia y no imposible por la ley"*.

El art. 530 expresa: *"Existen países cuya legislación permite el asilamiento colectivo de las personas infectadas que actúan conductualmente en forma peligrosa para los demás. Se encuentran en discusión las formas de aplicación de sanciones de carácter moral hasta normas del Código Penal, por configurarse un acto del carácter delictivo (intento de daño premeditado, intento de homicidio por venta de sangre contaminada)"*.

El art. 531 expresa: *"Las conductas sociales éticas en relación a la dignidad de las personas, deben ser enfatizadas por los médicos y restantes miembros del Equipo de Salud, de quienes se espera la mayor colaboración posible"*.

El art. 532 expresa: *"Éticamente son de prioridad:*

- a) los programas de educación para toda la población;*

- b) *las pruebas voluntarias de control;*
- c) *la información a quienes piden consejo;*
- d) *la prevención y el tratamiento de quienes utilizan sustancias psicoactivas”.*

El art. 533 expresa: “*El Estado debe comprometerse a la provisión de medicación en cantidad y calidad necesaria de acuerdo a los avances científicos*”.

Los principios bioéticos básicos son: el principio de beneficencia (primero no dañar), el de no maleficencia, el de autonomía (basado en el respeto por la libertad del sujeto que tiene de decidir por sí y sobre sí, como ser racional y responsable) y el de justicia. Principios en los que deben basarse la toma de decisiones en la práctica médica y que ante un dilema suscitado el comité puede asesorar al médico en la toma de la decisión.

DISCUSIÓN

¿Qué puede hacer un médico cuando un paciente infectado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) manifiesta su decisión de no notificar a su pareja sexual su condición de seropositivo y de no emplear medios para evitar el contagio de ésta? ¿Es la misma situación la de aquél que no quiere notificar que la del que no puede hacerlo? ¿Hasta dónde llega el deber de confidencialidad hacia el paciente infectado y dónde comienza el deber de advertencia (“duty of warn”) hacia la persona en riesgo? ¿Cómo se resuelve el conflicto entre el ethos de la salud pública y el ethos individual?

¿Sería posible el ejercicio de la medicina sin secreto?

*No hay medicina sin confidencia,
no hay confidencia sin confianza,
no hay confianza sin secreto.*

Louis Portes

El pilar fundamental de la relación médico paciente es, sin duda alguna, el secreto médico, y el profesional debe guardarlo con celo aún después de la muerte del paciente. Son derechos del paciente la confidencialidad, la distribución de recursos y la no discriminación. Resulta evidente que todas las concepciones precedentemente expuestas son medidas que tienen como común denominador un objetivo primordial: la protección del individuo enfermo. Sin embargo, debe considerarse asimismo, que como individuos enfermos tienen éticamente obligaciones para con la sociedad a la que pertenecen, obteniéndose así necesarias medidas de protección social. Ello es

algo que no se debe descuidar ni dar por supuesto. Un algoritmo para la decisión de notificar con el objeto de proteger a otros, puede ser diseñado a partir de cuatro preguntas:⁶⁵

- 1) ¿El paciente es una amenaza para terceros?
- 2) ¿El peligro se debe a una enfermedad seria?
- 3) ¿El peligro es inminente?
- 4) ¿La amenaza está dirigida hacia víctimas identificables?

Una respuesta afirmativa a todas y cada una de las preguntas avalaría la decisión de notificar a terceros en riesgo de contagiarse el VIH. De acuerdo con Gillett⁶⁶, una estrategia para evitar que el público pierda la confianza en los médicos, es informar clara y públicamente cuáles serán las circunstancias por las que no se guardará el secreto, y a qué personas se les revelará, en estos casos, la información en cuestión.

Es innegable que en una sociedad existen grupos sociales con conductas y actitudes discriminatorias hacia los afectados de SIDA, como también individuos afectados de SIDA con conductas y actitudes desidiosas y antisociales para con la sociedad a la que pertenecen. En definitiva, es la sociedad la que tiene que corregir ambas desviaciones, a través de las leyes, recurriendo a la Justicia para resolver las controversias entre derechos y obligaciones entre las personas y la sociedad y viceversa. Ningún componente del binomio persona-sociedad puede ni debe quedar en un estado de desprotección.

Todos los individuos que integran la sociedad tienen derechos y obligaciones. Las personas afectadas de HIV-SIDA no están fuera de este precepto. El reconocido Dr. Francisco Maglio, dice que los tres pilares fundamentales en la relación ética y SIDA que son: la confidencialidad, la distribución de recursos y la no discriminación⁶⁷. La confidencialidad tiende fundamentalmente al respeto del paciente como persona manteniendo su dignidad. La distribución de recursos se refiere a los requisitos éticos universales para la aplicación con igualdad y equidad de los programas de Salud y la

⁶⁵ Fethous AR. The clinician's duty to protect third parties. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22 (1):49-60.

⁶⁶ Gillett G. AIDS and Confidentiality. *Journal of Applied Philosophy* 1987;4:16-20

⁶⁷ Idem 60 Maglio, F. "Ética y SIDA." *Revista Argentina de SIDA*, Vol. 1, Nº 2, pág. 23, febrero de 1999

no discriminación consiste en evitar la acción de estigmatizar a los enfermos con actitudes o calificaciones que habitualmente operan como segregadoras, aún sin quererlo.

La sociedad debe protegerse así misma por medio del estado: informando, brindando educación, salud, trabajo, contención social, que permitan una vida digna a todos sus integrantes. Es este el camino para poder recuperar los valores ético-morales, como la verdad, la justicia, el respeto al prójimo, la solidaridad, que deben regir las conductas de la comunidad. Debe proteger al enfermo brindándole confidencialidad, respeto, no discriminación y acceso a la salud y a la asistencia médica integral. Por otra parte, el paciente debe a conciencia comprometerse con la sociedad a tomar todos los recaudos para evitar la transmisión de su enfermedad, con una participación activa y responsable para proteger a la comunidad. "El conocimiento científico por sí sólo no acabará con la epidemia. Necesitamos de osadía en el liderazgo político para traducir la ciencia en políticas públicas y prácticas"⁶⁸

El secreto profesional o la confidencialidad de los médicos frente al SIDA, tiene dos vertientes: el respetar los derechos del individuo infectado con dicho virus, no divulgando su calidad de enfermo a los efectos de evitar discriminación de estos, y la protección de la comunidad en general para evitar una epidemia. El virus del SIDA es una enfermedad que por sus características es tomada por la sociedad de una forma distinta con respecto a otras enfermedades existentes lo que ha llevado a los profesionales de la salud a manejar el secreto profesional frente a este virus con mucha cautela. Los médicos no sólo deben luchar en contra del terrible virus del HIV en la persona que lo padece, sino que también deben velar por la salud pública en general con el fin de que dicha enfermedad no se disemine, cuando por ejemplo es el propio enfermo es el que se niega a que se le conozca su afección. La personalidad del enfermo, su capacidad para afrontar el estrés y el nivel de madurez emocional, influyen también en el proceso de adaptación a esta nueva realidad que le toca vivir y de la que la sociedad le pide una actitud activa y responsable. Por ello, ante la negativa del paciente a tomar medidas de prevención e informar a terceros que puedan estar en peligro, el profesional debe algunas veces violar el principio de autonomía del paciente en pos del bien de la comunidad, de esta forma el interés privado y el público se contraponen a la hora de determinar los límites del secreto

⁶⁸ Gayle Helene III Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Sida Rio De Janeiro , julio 2005

profesional ya que éticamente prevalece el derecho de la comunidad sobre el derecho individual. Creo que en estos casos los comités de bioética deben tener un papel preponderante en la solución de estas controversias con el fin de no dejar al médico en una posición de soledad a la hora de tomar una determinación.

Para los objetivos de la medicina, es de esencial importancia la información que suministre el paciente, y ésta será más fluida y amplia, cuanto mayor sea la seguridad de que el secreto será respetado. De modo que en primera instancia, es un hecho indiscutible que el profesional cumplirá con la regla de confidencialidad.

La confidencialidad es muy importante en los enfermos con serología positiva ya que el éxito del tratamiento depende esencialmente de la adhesión que el paciente le preste al mismo y esa adhesión está ligada a la relación de confianza generada entre el médico y el paciente. Si el paciente pierde la confianza en el equipo de salud es posible que abandone el tratamiento.

Es importante que sea el médico quien, mediante la contención el paciente comprenda que no se atenta contra su intimidad ni sus valores sino como una medida que de alguna manera tiende a limitar la extensión de la enfermedad en la población⁶⁹, genere en el paciente que no la tiene, la responsabilidad de confesar su situación o de permitir que sea el médico quien lo revele, para tomar las medidas de prevención que protejan a la comunidad. Este punto de vista no es privativo para el HIV ya que es aplicable a las hepatitis y a otras enfermedades infectocontagiosas. Ahora pensando en el respeto al prójimo me pregunto: así como el alérgico, el epiléptico o el diabético deberían llevar una medallita sobre su padecimiento para su protección, no sería bueno que los que pudieran contagiar hicieran algo similar? Esto ayudaría a recuperar la solidaridad menoscabada del "*no te metás...*" por ejemplo, ante un accidente hoy en día muchas personas ni se acercan, por miedo al contagio, pero informados, actuarían protegidas. Cuanto debe cambiar la sociedad para recuperar los valores...el respeto a los valores que protegen la dignidad humana.

Independientemente del marco legal, se hace indispensable para el médico basar su conducta en normas éticas que hacen a su buen proceder en la práctica diaria. Los miembros del Equipo de Salud deben defender a sus pacientes a través del

⁶⁹ Dr. Schinocca, Néstor R. Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires Volumen 5 - Número 1 año 2004

secreto profesional, siempre que ello no represente un perjuicio real y demostrable para el paciente, para una tercera persona o para la comunidad. El secreto profesional, no sólo en el SIDA, sino que también frente a otras enfermedades que puedan poner en peligro de epidemia a la comunidad, no es absoluto, no sólo pudiendo sino que debiendo los médicos informar a terceros sobre la afección que una persona padece con el fin de prevenir un mal mayor, basado ello en la aplicación de los principios de No-maleficencia y justicia, por sobre el de autonomía del paciente.

CONCLUSIONES

El HIV ha provocado una epidemia que afecta a la sociedad entera. En sus inicios, hace más de 20 años, la incidencia se focalizó en algunos grupos restringidos (homosexuales, adictos endovenosos) pero luego se extendió el riesgo a todos los miembros de la sociedad. Desde sus orígenes, como la lepra, surgió como enfermedad estigmatizante. Lamentablemente, la falta de información y el miedo al contagio agudizaron más aún la diseminación de la enfermedad. La legislación existente ampara los derechos de los pacientes a fin de preservar su confidencialidad y tienen como objetivo primordial proteger al sujeto enfermo. Si la reglamentación existente fuera insuficiente para el caso en cuestión, elevar la consulta a los comités de ética allanaría los escollos en la toma de decisión.

Considero que la mejor relación médico paciente es la que se establece bajo la esfera de la confianza, franqueza y la sinceridad. Hay que escuchar al enfermo y hablar con él con claridad. El paciente debe saber con certeza que el secreto médico va a ser respetado hasta el límite, pero que no es absoluto, y que sólo va a ser quebrantado si el enfermo se empeña en hacer daño a terceros. El médico debe primero intentar por todos los medios, incluso con la intervención interdisciplinaria, de convencer al paciente sobre la necesidad de que él revele la información a su pareja en particular y otras personas que pudieran estar expuestas al contagio, para que se pudieran tomar las medidas de profilaxis correspondientes. Debemos dar la posibilidad al paciente de que pueda enfrentar a su pareja o familia por sí mismo, brindándole el apoyo necesario, pero siendo lo suficientemente claros sobre que aquello que comprometa la salud de otras personas, debe comunicarse aún sin su consentimiento en un plazo determinado según lo establece la ley.

El secreto profesional médico acerca de la serología positiva para el VIH de un paciente debe ser mantenido a ultranza en la medida que no se vulnere el derecho a notificar a terceros en riesgo. Dicha violación del secreto debe ser el último recurso una vez agotadas las instancias de consejo y persuasión al paciente seropositivo.

BIBLIOGRAFÍA

- Corriere de la Sera, del 2-12-2000, pág. 2. "Aids: Tré milioni di morti nel 2000."
- Mainetti, José A. "Sida: epidemia bioética y desafío científico transcultural". Quirón 22:63, 1991
- Farreras -Rozman XIV Edición- Medicina Interna
- Palmieri, Omar J. ; Enfermedades Infecciosas, Capitulo 41; Ediciones Macchi; Septiembre de 2005
- Normas de Tratamiento, SADI; www.SADI.org.ar/recttoantiretro.sadi2002
- Resumen Mundial de la epidemia de VIH/SIDA, diciembre 2004 - ONUSIDA - OMS
- Boletín sobre el VIH/ SIDA en Argentina AÑO XI- numero 24 - septiembre 2005
- Ministerio de Salud de la Argentina, 2003l
- <http://www.unaids.org>
- Ferrer JJ. SIDA y Bioética: de la Autonomía a la Justicia. Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Madrid,. 1997. pp. 149-194
- Florentino, Jorge Secreto Profesional Médico
<http://geosalud.com/malpraxis/secretoprofesional.htm>
- Dámaso Antonio Larrañaga, Lineamientos generales para la gestión de la información, Universidad Católica Del Uruguay
- Maglio, Ignacio, comentarios de la Ley de Sida sobre discriminación y confidencialidad. 2005
- Laín Entralgo, Pedro "La relación médico-enfermo" Historia y Teoría. Alianza Editorial. Madrid 1983.
- Talierno, G "El secreto" Diccionario Enciclopédico de Teología Moral Edic Paulinas Madrid 1980
- Patitó, José A, Lossetti, Osear A., Trezza, Fernando C.; Tratado de Medicina Legal y Elementos De Patología Forense; Editorial Quorum, Bs. As., 2003
- Highton, Elena I. "Responsabilidad por violación de secretos". En La Responsabilidad, homenaje al Prof. Dr. Isidoro H. Goldenberg. Edit. Abeledo Perrot. Bs.As. 1995.
- Maglio, Ignacio, reflexiones sobre la Ley de Sida sobre discriminación y confidencialidad. 2005
- Calderón de la Barca "Amar después de la muerte"
- Constitución de la Nación Argentina. A-Z Editora. Buenos Aires, 1ª edición, septiembre de 1997
- Ley Nº 23.054. Convención americana sobre derechos humanos. Pacto de San José de Costa Rica
- Código Penal de la Nación Argentina. A-Z Editora. Buenos Aires, 26ª edición, septiembre de 2000
- Código Civil de la República Argentina. A-Z Editora. Buenos Aires, 26ª edición, septiembre de 2000
- Ley Nº 17.132. Normas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración
- Ley Nº 15.465. Notificación obligatoria en todo el país de los casos de enfermedades pestilenciales y transmisibles
- Ley Nº 22.990. Régimen de la sangre humana
- Ley Nº 23.277. Psicología. Normas para el ejercicio de la profesión
- Ley Nº 22.853. Régimen de habilitación y funcionamiento de las unidades de atención médica destinadas a la aplicación de diálisis corpórea y extracorpórea en el tratamiento de la insuficiencia renal
- Ley Nº 23.592. Discriminación

- Ley 24.004: Ley de ejercicio de la enfermería
- Ley Nº 24.051. Residuos peligrosos
- Ley Nº 24.193. Transplantes de órganos y material anatómico humano
- Ley Nº 24.557. Riesgos de trabajo
- Ley Nº 24.660. Ejecución de la pena privativa de la libertad. Derogación del Decreto-Ley Nº 412/58
- Decreto Nº 478/98. Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones
- Decreto Nº 385/89. Comisión Nacional de Lucha Contra el SIDA. Constitución. Funciones
- Ley Nº 23.798. Lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Declaración de interés nacional.
- Decreto Nº 1.244/91. Lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Reglamentación de la Ley Nº 23.798.
- Ley Nº 24.455. Obras Sociales. Prestaciones obligatorias. Incorporación
- Decreto Nº 580/95. Prestaciones obligatorias. Incorporación. Reglamentación.
- Ley Nº 24.754. Empresas o entidades que presten servicios de medicina pre-paga. Planes de cobertura. Prestaciones obligatorias
- Decreto Nº 908/95. Apruébanse normas reglamentarias para la realización de pruebas diagnósticas necesarias para detección de portadores del virus HIV en el ámbito de la Fuerzas Armadas y de Seguridad.
- Resolución Nº 18/92. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus humanos
- Resolución Nº 228/93. Ministerio de Salud. Normas de bioseguridad para el uso de Establecimientos de Salud.
- Resolución Nº 105/97. Secretaría de Programas de Salud. Norma Nacional de SIDA en perinatología.
- Resolución Nº 19/98. Secretaría de Programas de Salud. Notificación y atención de accidente laboral del personal de la salud con riesgo de infección por patógenos sanguíneos.
- Lossetti, O.; Trezza, F.: "Derechos de los pacientes" – Praxis Médica- AMM de la C de BA Año 7 vol 32 Noviembre 2003.
- Wierzbza, S. A. SIDA y responsabilidad civil. Editorial Ad-Hoc S.R.L., 1ª edición, Buenos Aires, 1996
- Baré, G.; Hegenberger, G. M. y Ghirlanda, M. Ley de SIDA. Análisis de la opinión de los pacientes y consideraciones bioéticas. Prensa Médica Argentina, 1998; 85; 759-767
- Derechos Personalísimos. Derecho a la intimidad. Exámenes preocupacionales. HIV. Consentimiento. Jurisprudencia Argentina, 21 de febrero de 2001, Nº 6234.
- Maglio, F. "Ética y SIDA." Revista Argentina de SIDA, Vol. 1, Nº 2, pág. 23, febrero de 1999
- de Tomaso, Susana de Rodríguez de la Torre -Kuyumdjian de Williams, Patricia HIV- SIDA. Excepciones a la confidencialidad y secreto profesional. Deber o facultad <http://www.aaba.org.ar/bi22n011.htm>
- Código de Ética para el Equipo de Salud. Asociación Médica Argentina (AMA) 2001
- Código de Ética Médica de la República Argentina. Confederación Médica de la República Argentina (C.O.M.R.A.), 1955.
- Fethous AR. The clinician's duty to protect third parties. Psychiatr Clin North Am 1999;22 (1):49-60.
- Gillett G. AIDS and Confidentiality. Journal of Applied Philosophy 1987;4:16-20
- Gayle Helene III Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Sida Rio De Janeiro , julio 2005
- Dr. Schinocca, Néstor R. Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires Volumen 5 - Número 1 año 2004

Apéndice Legislativo

LEY 23.798*

**Salud pública - Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia
Adquirida (SIDA) - Declaración de interés nacional**

DECRETO REGLAMENTARIO 1244/91

**Salud Pública – Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
Reglamentación de la Ley N° 23798/90**

LEY 23.798*

**Salud pública - Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia
Adquirida (SIDA) - Declaración de interés nacional**

Sanción: 16 de agosto de 1990.

Promulgación: 14 de septiembre de 1990.

Publicación: B.O. 20/9/90.

Citas legales: Ley 15.465 XX-A, 104.

Art. 1 — Declárase de interés nacional a la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, entendiéndose por tal a la **detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo las de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población.**

Art. 2 — Las disposiciones de la presente ley y de las normas complementarias que se establezcan, se interpretarán teniendo presente que en ningún caso pueda:

- a) **Afectar la dignidad de la persona;**
- b) **Producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación;**
- c) **Exceder el marco de las excepciones legales taxativas al secreto médico que siempre se interpretarán en forma restrictiva;**
- d) **Incursionar en el ámbito de privacidad de cualquier habitante de la Nación Argentina;**
- e) **Individualizar a las personas a través de fichas, registros o almacenamiento de datos, los cuales, a tales efectos, deberán llevarse en forma codificada.**

Art. 3 — Las disposiciones de la presente ley serán de aplicación en todo el territorio de la República. La autoridad de aplicación será el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, a través de la Subsecretaría de Salud, la que podrá concurrir a cualquier parte del país para contribuir al cumplimiento de esta ley. Su ejecución en cada jurisdicción estará a cargo de las respectivas autoridades sanitarias a cuyos fines podrán dictar las normas complementarias que consideren necesarias para el mejor cumplimiento de la misma y su reglamentación.

Art. 4 — A los efectos de esta ley, las autoridades sanitarias deberán:

- a) **desarrollar programas destinados al cumplimiento de las acciones descriptas en el artículo 1, gestionando los recursos para su financiación y ejecución;**
- b) **Promover la capacitación de recursos humanos y propender al desarrollo de actividades de investigación, coordinando sus actividades con otros organismos públicos y privados, nacionales, provinciales o municipales e internacionales;**
- c) **Aplicar métodos que aseguren la efectividad de los requisitos de máxima calidad y seguridad;**
- d) **Cumplir con el sistema de información que se establezca;**
- e) **Promover la concertación de acuerdos internacionales para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta ley;**
- f) **El Poder Ejecutivo arbitrará medidas para llevar a conocimiento de la población las características del SIDA, las posibles causas o medios de transmisión y contagio, las medidas aconsejables de prevención y los tratamientos adecuados para su curación, en forma tal que se evite la difusión inescrupulosa de noticias interesadas.**

Art. 5 — El Poder Ejecutivo establecerá dentro de los 60 días de promulgada esta ley, las medidas a observar en relación a la población de instituciones cerradas o semicerradas, dictando las normas de bioseguridad destinadas a la **detección de infectados, prevención de la propagación del virus, el control y tratamiento de los enfermos y la vigilancia y protección del personal actuante.**

Art. 6 — Los profesionales que asistan a personas integrantes de grupos en riesgo de adquirir el Síndrome de Inmunodeficiencia están obligados a prescribir las pruebas diagnósticas adecuadas para la **detección directa o indirecta de la infección.**

Art. 7 — Declárase obligatoria la **detección del virus y de sus anticuerpos en la sangre humana destinada a transfusión, elaboración de plasma u otros de los derivados sanguíneos de origen humano para cualquier uso terapéutico. Declárase obligatoria, además, la mencionada investigación en los donantes de órganos para trasplantes y otros usos humanos, debiendo ser descartadas las muestras de sangre, hemoderivados y órganos para trasplante que muestren positividad.**

Art. 8 — Los profesionales que detecten el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) o posean presunción fundada de que un individuo es portador, deberán informarle sobre el carácter infectocontagioso del mismo, los medios y formas de transmitirlo y su derecho a recibir asistencia adecuada.

Art. 9 — Se incorporará a los controles actualmente en vigencia para inmigrantes que soliciten su radicación definitiva en el país, la realización de pruebas de rastreo que determine la autoridad de aplicación para la **detección del HIV.**

Art. 10 — La notificación de casos de enfermos de SIDA deberá ser practicada dentro de las cuarenta y ocho horas de confirmado el diagnóstico, en los términos y formas establecidas por la ley 15.465. En idénticas condiciones se comunicará el fallecimiento de un enfermo y las causas de su muerte.

Art. 11 — Las autoridades sanitarias de los distintos ámbitos de aplicación de esta ley establecerán y mantendrán actualizada, con fines estadísticos y epidemiológicos, la información de sus áreas de influencia correspondiente a la prevalencia e incidencia de portadores, infectados y enfermos con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, así como también los casos de fallecimiento y las causas de su muerte.

Sin perjuicio de la notificación obligatoria de los prestadores, las obras sociales deberán presentar al INOS una actualización mensual de esta estadística. Todo organismo, institución o entidad pública o privada dedicada a la promoción y atención de la salud tendrá amplio acceso a ella. Las provincias podrán adherir a este sistema de información, con los fines especificados en el presente artículo.

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

Art. 13 — Los actos u omisiones que impliquen transgresión a las normas de profilaxis de esta ley y a las reglamentaciones que se dicten en consecuencia, serán consideradas faltas administrativas, sin perjuicio de cualquier otra responsabilidad civil o penal en que pudieran estar incursos los infractores.

Art. 14 — Los infractores a los que se refiere el artículo anterior serán sancionados por la autoridad sanitaria competente, de acuerdo a la gravedad y/o reincidencia de la infracción con:

- a) Multa graduable entre 10 y 100 salarios mínimo, vital y móvil;
- b) Inhabilitación en el ejercicio profesional de un mes a cinco años;
- c) Clausura total o parcial, temporaria o definitiva del consultorio, clínica, instituto, sanatorio, laboratorio o cualquier otro local o establecimiento donde actuaron las personas que hayan cometido la infracción.

Las sanciones establecidas en los incisos precedentes podrán aplicarse independientemente o conjuntamente en función de las circunstancias previstas en la primera parte de este artículo.

En caso de reincidencia, se podrá incrementar hasta el décuplo la sanción aplicada.

Art. 15 — A los efectos determinados en este título se considerarán reincidentes a quienes, habiendo sido sancionados, incurran en una nueva infracción dentro del término de cuatro (4) años contados desde la fecha en que haya quedado firme la sanción anterior, cualquiera fuese la autoridad sanitaria que la impusiera.

Art. 16 — El monto recaudado en concepto de multas que por intermedio de esta ley aplique la autoridad sanitaria nacional, ingresará a la cuenta especial Fondo Nacional de la Salud, dentro de la cual se contabilizará por separado y deberá utilizarse exclusivamente en erogaciones que propendan al logro de los fines indicados en el artículo 1.

El producto de las multas que apliquen las autoridades sanitarias provinciales y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, ingresará de acuerdo con lo que al respecto se disponga en cada jurisdicción, debiéndose aplicar con la finalidad indicada en el párrafo anterior.

Art. 17 — Las infracciones a esta ley serán sancionadas por la autoridad sanitaria competente previo sumario, con audiencia de prueba y defensa a los imputados. La constancia del acta labrada en forma, al tiempo de verificarse la infracción, y en cuanto no sea enervada por otros elementos de juicio, podrá ser considerada como plena prueba de la responsabilidad de los imputados.

Art. 18 — La falta de pago de las multas aplicadas hará exigible su cobro por ejecución fiscal, constituyendo suficiente título ejecutivo el testimonio autenticado de la resolución condenatoria firme.

Art. 19 — En cada provincia los procedimientos se ajustarán a lo que al respecto resuelvan las autoridades competentes de cada jurisdicción, de modo concordante con las disposiciones de este título.

Art. 20 — Las autoridades sanitarias a las que corresponda actuar de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3 de esta ley están facultadas para verificar su cumplimiento y el de sus disposiciones reglamentarias mediante inspecciones y/o pedidos de informes según estime pertinente. A tales fines, sus funcionarios autorizados tendrán acceso a cualquier lugar previsto en la presente ley y podrán proceder a la intervención o secuestro de elementos probatorios de su inobservancia. A estos efectos podrán requerir el auxilio de la fuerza pública o solicitar orden de allanamiento de los jueces competentes.

Art. 21 — Los gastos que demande el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 4 de la presente ley serán solventados por la Nación, imputados a rentas generales y por los respectivos presupuestos de cada jurisdicción.

Art. 22 — El Poder Ejecutivo reglamentará las disposiciones de esta ley con el alcance nacional dentro de los 60 días de su promulgación.

Art. 23 — Comuníquese, etc.

Ley 23.798 — Proyecto de los senadores Gass y Malharro de Torres, considerando y aprobado con modificaciones por el senado en la sesión del 1 de junio de 1988 (D. ses. Sen. 1988, p. 1860), la Cámara de Diputados lo aprobó con modificaciones en la sesión del 28 de septiembre de 1988 (D. ses. Dip. 1988, p. 5416), el Senado lo aprobó con modificaciones en la sesión del 28 y 29 de septiembre de 1989 (D. ses. Sen. 1989, ps. 2778 a 2783) y la Cámara de Diputados le dio sanción definitiva en la sesión del 16 de agosto de 1990 (D. ses. Dip. 1990).

DECRETO REGLAMENTARIO 1244/91**Salud Pública – Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
Reglamentación de la Ley N° 23798/90**

Fecha: 1 de julio de 1991.

Publicación: B.O. 8/7/91.

Citas legales: ley 23.798: L-D, 3627; ley 23.054: XLIV-B, 1250; ley 23.592: XLVIII-D, 4179; ley 22.990: XLIII-D, 3983; ley 21.541: XXXVII-A, 156; ley 19.134: XXXI-B, 1408; D. 385/89: XLIX-B, 1448; D. 375/89: XLIX-B, 1440; ley 15.465: XX-A, 104.

Visto la ley 23.798, y considerando:

Que el artículo 22 de la mencionada ley establece que el Poder Ejecutivo Nacional reglamentará las disposiciones de la misma con alcance nacional;

Que consecuentemente con ello resulta necesaria la aprobación de dichas normas reglamentarias;

Que se actúa en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 86 incisos 1) y 2) de la Constitución Nacional y por el artículo 12 de la ley 16.432, incorporado a la ley 11.672 (Complementaria Permanente de Presupuesto);

Por ello, el Presidente de la Nación Argentina decreta:

Art. 1 — Apruébase la reglamentación de la ley 23.798, que declaró de interés nacional la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que como Anexo I forma parte integrante del presente decreto.

Art. 2 — Créase en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social la Cuenta Especial Nro. 23.798 con el correspondiente régimen de funcionamiento obrante en planilla anexa al presente.

Art. 3 — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. Avelino Porto.

ANEXO I DEL DECRETO 1.244 DE LA LEY 23.798

Art. 1 — Incorpórase a la prevención del SIDA como tema en los programas de enseñanza de los niveles primario, secundario y terciario de educación. En la esfera de su competencia, actuará el Ministerio de Cultura y Educación y se invitará a las provincias y a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires a hacer lo propio.

Art. 2 Incisos a) y b). — Para la aplicación de la ley y de la presente reglamentación deberán respetarse las disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, llamada Pacto de San José de Costa Rica, aprobada por la ley 23.054, y de la ley antidiscriminatoria 23.592.

Inciso c) — Los profesionales médicos, así como toda persona que por su ocupación tome conocimiento de que una persona se encuentra infectada por el virus HIV, o se halla enferma de SIDA, tiene prohibido revelar dicha información y no pueden ser obligados a suministrarla, salvo en las siguientes circunstancias:

1. A la persona infectada o enferma, o a su representante si se trata de un incapaz.

2. A otro profesional médico, cuando sea necesario para el cuidado o tratamiento de una persona infectada o enferma.

3. A los entes del Sistema Nacional de Sangre creado por el artículo 18 de la ley 22.990, mencionados en los incisos a), b), c), d), e), f), h), e i), del citado artículo, así como a los organismos comprendidos en el artículo 7 de la ley 21.541.

4. Al Director de la Institución Hospitalaria o, en su caso, al Director de su Servicio de Hemoterapia, con relación a personas infectadas o enfermas que sean asistidas en ellos, cuando resulte necesario para dicha asistencia.

5. A los jueces en virtud de auto judicial dictado por el juez en causas criminales o en las que se ventilen asuntos de familia.

6. A los establecimientos mencionados en el artículo 11, inciso b) de la ley de adopción 19.134. Esta información sólo podrá ser transmitida a los padres sustitutos, guardadores o futuros adoptantes.

7. Bajo la responsabilidad del médico a quien o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor.

Inciso d) — Sin reglamentar.

inciso e) — Se utilizará, exclusivamente, un sistema que combine las iniciales del nombre y del apellido, día y año de nacimiento. Los días y meses de un solo dígito serán antepuestos del número cero (0).

Art. 3 — El Ministerio de Salud y Acción Social procurará la colaboración de las autoridades sanitarias de las provincias, como asimismo que las disposiciones complementarias que dicten tengan concordancia y uniformidad de criterios.

Se consideran autoridades sanitarias de aplicación del presente al Ministerio de Salud y Acción Social, por medio de la Subsecretaría de Salud, y a las autoridades de mayor jerarquía en esa área en las provincias y en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Art. 4 — **Inciso a)** — Sin reglamentar.

Inciso b) — Sin reglamentar.

Inciso c) — Sin reglamentar.

Inciso d) — Sin reglamentar.

Inciso e) — Sin reglamentar.

Inciso f) — A los fines de este inciso, créase el Grupo Asesor Científico Técnico que colaborará con la Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA, en el marco del artículo 2 del Decreto 385 del 22 de marzo de 1989. Su composición y su mecanismo de actuación serán establecidos por el Ministerio de Salud y Acción Social.

Art. 5 — Las autoridades de cada una de las instituciones mencionadas en el artículo 5 de la ley 23.798 proveerán lo necesario para dar cumplimiento a las disposiciones de dicha ley y, en especial lo perceptuado en los artículos 1, 6 y 8.

Informarán asimismo, expresamente, a los integrantes de la población de esas instituciones de lo dispuesto por los artículos 202 y 203 del Código Penal.

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

De ello se dejará constancia en el formulario que a ese efecto aprobará el Ministerio de Salud y Acción Social, observándose el procedimiento señalado en el artículo 8.

Art. 7 — A los fines de la ley, los tejidos y líquidos biológicos de origen humano serán considerados equivalentes a los órganos.

Serán aplicables al artículo 21 de la ley 22.990 y al artículo 18 del Decreto 375 del 21 de marzo de 1989.

Art. 8 — La información exigida se efectuará mediante notificación fehaciente. Dicha notificación tendrá carácter reservado, se extenderá en original y duplicado, y se entregará personalmente al portador del virus HIV. Este devolverá la copia firmada que será archivada por el médico tratante como constancia del cumplimiento de lo establecido por este artículo.

Se entiende por “profesionales que detecten el virus” a los médicos tratantes.

Art. 9 — El Ministerio de Salud y Acción Social determinará los controles mencionados en el artículo 9 de la ley. El Ministerio del Interior asignará a la Dirección Nacional de Migraciones los recursos necesarios para su cumplimiento.

Art. 10 — la notificación de la enfermedad y, en su caso, del fallecimiento, será cumplida exclusivamente por los profesionales mencionados en el artículo 4, inciso a) de la ley 15.465, observándose lo prescripto en el artículo 2, inciso e) de la presente reglamentación.

Todas las comunicaciones serán dirigidas al Ministerio de Salud y Acción Social y a la autoridad sanitaria del lugar de ocurrencia, y tendrán el carácter reservado.

Art. 11 — Las autoridades sanitarias llevarán a cabo programas de Vigilancia Epidemiológica a los fines de cumplir la información. Sólo serán registradas cantidades, sin identificación de personas.

Art. 12 — El Ministerio de Salud y Acción Social, establecerá las normas de bioseguridad a que se refiere el artículo 12 de la ley. El personal que manipula el material a que alude dicha nota será adiestrado mediante programas continuos y de cumplimiento obligatorio y se le entregará constancia escrita de haber sido instruidos sobre las normas a aplicar.

Art. 13 — Sin reglamentar.

Art. 14 — En el ámbito nacional será autoridad competente el ministerio de Salud y Acción Social.

Art. 15 — El Ministerio de Salud y Acción Social, como autoridad competente, habilitará un registro nacional de infractores, cuyos datos serán tenidos en cuenta para la aplicación de las sanciones que correspondan en caso de reincidencia. Podrá solicitar a las autoridades competentes de las provincias y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, la información necesaria para mantener actualizado dicho registro.

Art. 16 — Sin reglamentar.

Art. 17 — Sin reglamentar.

Art. 18 — Sin reglamentar.

Art. 19 — Sin reglamentar.

Art. 20 — Sin reglamentar.

Art. 21 — Sin reglamentar.

Art. 22 — Sin reglamentar.

ANEXO II DEL DECRETO 1.244 DE LA LEY 23.798

Subsecretaría de Salud.

Cuenta especial - Ley 23.798 Lucha contra el SIDA.

Régimen de funcionamiento.

a) Finalidad: Contribuir financieramente a la atención de las necesidades derivadas de la aplicación de la ley 23.798 y su reglamentación tendientes a desarrollar la Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, la que comprenderá la dirección, investigación, diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad.

b) Se acreditará: Con los importes que el Tesoro Nacional asigne para el ampliamento de los objetivos que pudieran ser incorporados para tal fin.

c) Se debitará: Por los gastos que demande el cumplimiento de lo establecido por la ley 23.798.

d) Administración: Será administrada por la dependencia que fije el Ministerio de Salud y Acción Social.

Buenos Aires, febrero de 2006