

Universidad Nacional de La Plata
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Instituto de Derechos Humanos
Maestría en Derechos Humanos

“El enfoque de derechos en salud y la
respuesta al VIH y SIDA en la Argentina”

Fabio D. Nuñez.
Directora de Tesis: Dra. Gisela Susana Lamas

La Plata, agosto de 2015

INDICE

Dedicatoria	3
Agradecimientos.....	5
Introducción	5
a-Justificación.....	7
b-Objetivos e hipótesis de trabajo	8
c-Metodología.....	9
Capítulo I. Un recorrido por el concepto de salud: Las concepciones de OMS.....	12
a-La salud	13
b-La salud pública	15
c-La atención primaria de la salud. Conferencia de Alma Ata. La Salud como derecho.....	17
d-Los factores sociales determinantes de la salud	18
Capítulo II. La recepción constitucional de los Tratados Internacionales y Regionales de Derechos Humanos	22
a-El derecho humano a la salud y los instrumentos de protección.....	23
Capítulo III. El enfoque de derechos humanos.....	28
b-El enfoque de derechos humanos y el derecho a la salud	30
c-El enfoque de derechos humanos y las políticas públicas.....	32
Capítulo IV. Las directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Oficina del Alto Comisionado de ONU para los Derechos Humanos y ONUSIDA: sus antecedentes.	36
a- ONUSIDA: Las directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Normas para la elaboración de políticas públicas.....	39
1-Primera directriz.....	40
2-Segunda directriz.....	41
3-Tercera directriz	41
4-Cuarta directriz.....	42
5-Quinta directriz.....	42
6-Sextra directriz (revisada en 2002).....	43
7-Séptima directriz.....	43

8-Octava directriz	44
9-Novena directriz	45
10-Décima directriz	45
11-Undécima directriz	45
12-Duodécima directriz	46
Capítulo V. Análisis de la legislación argentina sobre VIH y SIDA	47
a- Ley 23.798 y decreto reglamentario 1244/91	47
a.1.Fortalezas. Recepción del enfoque de derechos en salud	48
a.2.Debilidades de la ley nacional	51
b- OBRAS SOCIALES. Ley 24.455. Prestaciones obligatorias que deberán incorporar aquellas recipiendarias del fondo de redistribución de la Ley N°23.661. Resolución 625/97.	52
c-Medicina prepaga. Ley 24.754. Ley nacional 26.682, marco regulatorio de la medicina prepaga	55
d- Resolución 105/97. Normas de SIDA en perinatología. Ley 25.543. Obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida a toda mujer embarazada	58
e- Ley 25.673. Programa Nacional de Salud Sexual y procreación responsable. Decreto reglamentario 1282/2003.	60
f- Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Ley 26.061	63
g-Ley de derechos del paciente. Ley 26.529	66
h- Resolución 1340/2013. Recomendaciones para la implementación de Test rápidos en el diagnóstico de VIH y otras ITS.	68
Consideraciones finales.....	70
Bibliografía.....	76
Anexo	81

Dedicatoria

Este trabajo va dedicado a ellos, a los Marcelos, a los Adolfos, a los Pablos, a los Ezequieles, anónimos, bellos, rebeldes, libres y no tanto, que me marcaron y que son parte de una historia que debe ser escrita.

En diciembre de 1.983 la Argentina se encaminaba a expulsar a la peor dictadura cívico-militar de las que haya asolado al país. La democracia se nos presentaba como el camino para conseguir una sociedad más justa, igualitaria e inclusiva. Los Derechos Humanos se transformaron en bandera para muchos y muchas de los jóvenes que ingresábamos a la militancia popular. En el mundo, una nueva enfermedad comenzaba a ser descubierta, pero no entendida. Mientras tanto en el país quienes asumíamos nuestras sexualidades “diferentes” veíamos cómo se abrían espacios de sociabilización que nos permitían salir de catacumbas modernas. Argentina se sucedía entre sobresalto y sobresalto, el pasado amenazaba con regresar a cada paso. Pero seguíamos. Para fines de los ochenta la muerte de un reconocido personaje del cine sacudía las noticias:

“Rock Hudson, el actor de Hollywood que constituyó el sueño del perfecto galán para millones de mujeres de todo el mundo en los años cincuenta y sesenta, murió ayer en su domicilio de Beverly Hills, en Los-Ángeles, víctima del SIDA, a los 59 años de edad. Hudson, que representó hasta el final su imagen que el público reconocía de la pantalla, confesó que era víctima del incurable síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) el pasado julio, cuando viajó a París para atajar la enfermedad. Hudson medía casi dos metros, y su musculatura y buena presencia fue el motor de su carrera. Al morir, pesaba menos de 50 kilos. Su fin ha servido, con la amplia repercusión que ha tenido sobre todo en EE UU, para incrementar la atención sobre esta extraña enfermedad, que se ha convertido en la peste de los años ochenta”. Diario el País, jueves 3 de octubre de 1.985.

No tardaron los totalitarismos en acusar a las propias víctimas. La “peste rosa”, el “castigo de dios a los desviados” y otras frases se sucedían. El estigma y la discriminación irrumpían en el desarrollo de una epidemia, que venía a instalarse entre nosotros para discutir el sexo y la sexualidad, las vulnerabilidades y las exclusiones.

En Argentina, el 26 de marzo de 1988, Miguel Abuelo, el rockero impertinente caía víctima de la epidemia. Pocos meses después, el 21 de diciembre, Federico Moura sumaba su nombre a las víctimas.

Muchos y muchas quedábamos impactados. Se nos iba parte de la historia que recién comenzábamos a escribir.

En nuestros encuentros empezaban a sucederse las noticias de amigos, amantes y amores, que contraían raras enfermedades. Internaciones, cánceres inexplicables, despedidas...

La discriminación aumentaba, se endurecía, en algunos hospitales el personal de salud se negaba a asistir a nuestras víctimas. No entendíamos nada. Pero lo que sí entendíamos era que esa discriminación sólo empeoraba las cosas.

Algunos decidimos unir nuestra militancia por los derechos humanos a la lucha por la salud, algunos entendimos que esa epidemia para ser enfrentada debía unirse a la lucha contra el estigma de las víctimas y la discriminación.

Por eso este trabajo, porque representa años de lucha y de intentar entender.

Agradecimientos

Cuando uno comienza el camino de escribir una tesis sobre algo en que se le cruzan tantas sensaciones, en las que se compromete parte de su historia, es fácil perder el rumbo. Por eso se torna necesario la ayuda de quienes puedan aportar saberes, experiencia y sobre todo guía. Graciela Laplacette fue esa primera guía. En nuestras charlas me ayudó a ordenar mis divagues, a recortar las ideas, a focalizar el pensamiento. Pero sobre todo me ayudó a creer que yo podía. Amiga, impecable profesional, siempre investigando en pos de encontrar elementos que aporten a la salud pública, fue el puntal necesario para que este trabajo tomara forma. Pero en medio se requirieron otras ayudas, los procesos nunca son sencillos. Cuando las dificultades se tornaban casi en la excusa perfecta para abandonar la tarea, Gisela Lamas apareció con su sonrisa solidaria. Profesora, siempre cálida para explicarte las cosas, aportó su mirada crítica, detallada, constante. Sus devoluciones perfeccionaban ideas, frases, ordenaban, impulsaban. Sin ella este no sería el trabajo.

Pero todo el proceso se dio en medio de tener la posibilidad de impulsar las ideas rectoras del trabajo en la realidad, de incorporarlas en la gestión pública. Esto fue posible porque Carlos Falistocco, director ejecutivo de la Dirección Nacional de SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación, me convocara para formar parte del equipo. Ahí la dimensión del problema y las variables existentes aportaban a entender y, al ir entendiendo, los lazos con las redes de personas viviendo con VIH reforzaban el convencimiento. En esas redes activistas, militantes, referentes y dirigentes se presentaban con toda su humanidad y hacían que todo tuviera sentido.

A todos y todas ellas, a Graciela, a Gisela, a Carlos, a las compañeras y compañeros de las redes, gracias.

INTRODUCCION.

Desde la sanción de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) en la cual se estableció que la *“salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*, y también que, siendo que *“el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”*, las relaciones entre el derecho a la salud, la salud pública y el respeto de todos los derechos humanos adquirió una relevancia que desafía a las gestiones nacionales de salud.

Si bien desde el discurso a nivel internacional, la mayoría de los funcionarios reconocen los DDHH y proponen trabajar desde este marco, no siempre estas intenciones se reflejan en los documentos que normatizan las políticas públicas o se traducen en las estrategias destinadas a poner en práctica dichas políticas.

El presente trabajo busca analizar el marco normativo sanitario de aplicación a la respuesta a la epidemia del VIH y SIDA de la República Argentina para determinar hasta qué punto responden al denominado Enfoque de Derechos en Salud.

La pregunta que guía el presente trabajo es:

1- ¿La legislación sanitaria de la República Argentina de aplicación a la atención del VIH y SIDA, es respetuosa del Enfoque de Derechos en Salud?

Se intentará abordar una reseña histórica y analítica del concepto de Salud elaborado por la Organización Mundial de la Salud –OMS-, para luego desarrollar la recepción de los tratados internacionales de derechos humanos por nuestra constitución.

A partir de ahí se analizará el concepto de políticas públicas para entrelazarlo con el denominado enfoque de Derechos Humanos en Salud y las directrices internacionales sobre VIH/SIDA y los derechos humanos, elaboradas por el programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA –ONUSIDA.

Finalmente se estudiarán las leyes, resoluciones y demás normas dictadas en la República Argentina, para analizar hasta qué punto éstas incorporan el enfoque de derechos en salud y las directrices mencionadas.

De esta forma, el trabajo se presenta como una primera etapa necesaria para sentar las bases pertinentes que permitan luego, en una segunda etapa, analizar las políticas públicas implementadas y la gestión llevada adelante desde el Estado nacional. Se debe resaltar que esta investigación se realiza en el marco de ser parte del proceso de incorporación del enfoque de derechos en la propia gestión estatal y es por eso que se lo visualiza como un insumo necesario y oportuno.

a- Justificación

El sistema internacional de protección de los Derechos Humanos es profuso en el dictado de normas que regulan el acceso, la promoción y defensa de este derecho, así como de todos los derechos humanos. A su vez, organismos especializados en VIH como ONUSIDA han dedicado especial atención a la relación existente entre la protección de los Derechos Humanos y la respuesta a la epidemia, haciendo especial énfasis desde un comienzo en la reducción del estigma y la discriminación y, hoy en día, remarcando la importancia de una respuesta integral basada en el Enfoque de Derechos, para ser efectivos en las políticas públicas que se diseñan y aplican en la materia.

En ese contexto, analizar hasta qué punto el Enfoque de Derechos en Salud ha sido incorporado en la legislación sanitaria, para dar una adecuada respuesta a la problemática del VIH y el SIDA en la Argentina, permitirá delinear estrategias que adecuen dicha respuesta a este enfoque. Un análisis crítico permitirá remover los obstáculos que hoy impiden una correcta accesibilidad de las personas afectadas y, por otro lado, cumplir cabalmente con las obligaciones de respetar, proteger y cumplir los derechos de las personas.

La efectiva aplicación del enfoque de derechos humanos en las políticas públicas en general y en la respuesta al VIH y el SIDA en particular, contribuirá al logro de una sociedad más justa y equitativa, para lo cual los resultados de este trabajo pueden constituirse en insumos destinados a enriquecer las políticas de Estado así como también a las acciones necesarias para la promoción y defensa de los derechos de las personas afectadas por el VIH.

b- Objetivos e hipótesis de trabajo.

En primer término debemos señalar que se parte de una hipótesis que señala que el enfoque de Derechos Humanos en Salud ha sido incorporado paulatinamente en el marco legislativo aplicable a la respuesta del VIH y el SIDA en la Argentina.

Por lo tanto, como objetivo general nos proponemos analizar la legislación sanitaria de aplicación a la respuesta de la República Argentina a la epidemia del VIH y el SIDA para determinar hasta qué punto responde al denominado Enfoque de Derechos en Salud.

Al analizar dicha normativa intentaremos determinar:

- a- Si respetan en su formulación indicadores básicos de dicho enfoque.

- b- Si esos indicadores son coherentes con lo sugerido por las directrices internacionales de aplicación en la materia.
- c- Si las leyes analizadas forman un todo coherente, sin contradicciones que dificulten su aplicación práctica.

c- Metodología.

Para llevar a cabo esta investigación se realizará un estudio de tipo descriptivo y transversal con el uso de fuentes secundarias, procediéndose a hacer un análisis de tipo cualitativo de dichas fuentes. Se comenzará con la identificación de algunos indicadores de aplicación del enfoque de derechos humanos, para a su vez, examinar si cumplen o no con los lineamientos de las directrices internacionales en la materia. Al finalizar el análisis individualizado de las normas, se procederá a realizar una comparación para determinar hasta qué grado es respetuoso del enfoque de derechos y su coherencia normativa.

Unidades de análisis: Se procederá a la indagación de leyes nacionales vinculadas a la prevención del VIH y a la atención de personas infectadas, y de resoluciones ministeriales nacionales complementarias de dichas normas.

Las **fuentes a utilizar** son:

- a- Ley Nacional de SIDA, 23.798 y decreto reglamentario 1244/91.
- b- Ley 24.455 que establece la obligatoriedad para las Obras Sociales de ofrecer tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos a las personas con HIV y de incorporar programas de prevención de la transmisión y Resolución 625/97.
- c- Ley 24.754 que incorpora la atención de las personas con HIV por parte de las empresas de medicina prepaga y ley nacional 26.682.

d- Norma de Sida en Perinatología (Resolución N°105/97) que establece la obligatoriedad de la oferta del test de VIH a todas las mujeres embarazadas y la provisión de antirretrovirales para la prevención de la transmisión vertical a todas las mujeres con diagnóstico de VIH. Esta resolución se sanciona como ley en 2002 (Ley 25.543)

e- Ley 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y procreación responsable.

f- Ley 26.061 “De protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes”

g- Ley de Derechos del Paciente, 26.529.

h- Resolución Ministerial 1340/2013.

Las variables a analizar son:

a- Presencia del enfoque de DDHH en la legislación argentina, utilizando los siguientes indicadores:

I. si promueven un concepto de salud acorde a la definición sustentada en el presente trabajo.

II. Si facilitan la participación de la población a la que van dirigida.

III. Si establecen canales de reclamos accesibles a la población.

IV. Si proponen una articulación con otros actores estatales o sociales.

Se procederá a realizar un análisis documental de los elementos incluidos en la investigación (leyes, decretos reglamentarios, resoluciones) tratando de identificar al interior de cada uno, la presencia y el grado de aplicación del enfoque de derechos. **XX**

Asimismo se llevará a cabo un análisis comparativo entre los documentos legales, los normativos y las resoluciones para detectar coherencias e incoherencias en cuanto a la aplicación del enfoque en estudio.

Como ya se señaló, el análisis intentará determinar si dicho marco normativo cumple con las pautas establecidas por las directrices internacionales sobre VIH y SIDA de ONUSIDA, particularmente las establecidas en las directrices 1° a 5° estrechamente vinculadas al marco legislativo, pero sin descuidar el análisis de todas las directrices en la materia.

CAPITULO I. Un recorrido por el concepto de salud: Las concepciones de OMS.

En el informe de la “Consulta Internacional sobre SIDA y Derechos Humanos” celebrada en Ginebra en el año 1989, se señaló que “cualquier componenda a la que se quiera arribar en materia de Derechos Humanos, afecta sus propios cimientos”. Esta conclusión es lógica si se tiene en cuenta la esencia misma de estos derechos que los hace universales, indivisibles, inalienables e interdependientes, pues no estamos hablando de otra cosa que no sea del respeto por la Vida Humana y su Dignidad, es decir, de una Vida Digna de ser vivida.

A su vez, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Louise Arbour , junto al Director Ejecutivo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Peter Piot, al prologar la versión consolidada 2006 de las Directrices Internacionales, sostienen *“A medida que la epidemia ha ido evolucionando, las enseñanzas adquiridas a través de ella confirman que la protección de los derechos humanos en el contexto del VIH reduce el sufrimiento, salva vidas, protege la salud pública y asegura una respuesta eficaz al VIH¹”*.

Los derechos humanos están estrechamente vinculados a la propagación del VIH en los individuos y comunidades de todo el mundo. La discriminación y estigmatización de las personas que viven con VIH magnifican los efectos de éste en su vida y traen consigo otras consecuencias como la limitación del acceso al empleo, a la vivienda, a la atención de la

¹ ONUSIDA (2007) Prólogo.

salud y servicios sociales. Por ello para reducir la vulnerabilidad al VIH resulta indispensable el ejercicio de los derechos humanos y de las libertades fundamentales².

Es por esto que poder analizar de qué hablamos cuando nos referimos al concepto de “salud pública” y establecer la intrínseca relación existente entre dicha concepción de la salud y los derechos humanos, es el paso necesario para poder dar un marco al análisis normativo propuesto en este trabajo.

a- La Salud.

La República Argentina pasó a ser miembro de la Constitución³ de la Organización Mundial de la Salud el 22 de octubre de 1948. Al comenzar este trabajo se ha mencionado la definición de salud dada en el Preámbulo de ese documento. En él la OMS remarca el carácter integral del derecho a la salud y su intrínseca relación con cuestiones como la no discriminación⁴ y los derechos humanos.

El estado de completo bienestar físico, mental y social al que hace referencia dicho concepto, es precisamente un estado que nos habla con claridad de los contextos históricos, sociales, económicos y culturales en los cuales la persona se encuentra inserta y que por lo tanto determinan su salud; pero este enfoque de la salud, se vio eclipsado por los denominados programas verticales basados en la tecnología y centrados en una visión

² Badilla, A.E. (2007).

³ Texto adoptado por la Conferencia Internacional de la Salud, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 y firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados.

⁴ “*el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social*”, OMS (1946), Constitución, preámbulo .

reduccionista de la salud, que tendieron a pasar por alto el contexto social y su función en la generación de bienestar o de enfermedades.

La salud pública durante los años siguientes a la constitución de la OMS y hasta entrada la década del '60 se caracterizó por la proliferación de programas verticales, focalizados y campañas basadas en la tecnología, dirigidas contra enfermedades concretas⁵. Si bien algunas campañas, como la de erradicación de la viruela, alcanzaron notable éxito, fueron rotundos e importantes algunos fracasos que demostraron un alto costo sin resultados positivos, como la campaña para la eliminación de la malaria impulsada por OMS-UNICEF, que pusieron en debate nuevamente el concepto de salud.

En los apartados siguientes desarrollaremos la evolución que fue sufriendo el concepto de salud, hasta la incorporación del Enfoque de los “Determinantes Sociales de la Salud”, pero debemos destacar que adoptamos desde un comienzo la idea de la salud entendida como proceso histórico, determinado por factores sociales, políticos, económicos y culturales: *...“Plantear el carácter social del proceso Salud-Enfermedad lleva necesariamente a cuestionar la concepción médica dominante de los procesos biológicos y psíquicos humanos como procesos naturales y, por tanto, ahistóricos. Esto es, identificar el carácter social del proceso salud-enfermedad equivale a reconocer que los procesos biopsíquicos no son ahistóricos e inmutables sino que asumen formas históricas específicas que caracterizan a los distintos grupos sociales, cuestión que puede constatarse empíricamente...⁶”*. Desde esta concepción, el enfermar no resulta de la acción externa de un agente ambiental agresivo, ni

⁵ OMS (2005)

⁶ Laurell, A. C. (1982), págs. 13-14

de la reacción internalizada de un huésped susceptible, sino de un proceso totalizador de efectos patológicos⁷.

Luego de sintetizar dicho desarrollo se intentará abordar los conceptos de Enfoque de Derechos Humanos y su relación con la implementación de políticas públicas.

b- La salud pública.

A comienzos de la década del '70 la OMS comienza a delinear las estrategias sobre Salud Pública, estableciendo un claro e indestructible nexo entre la salud y la salud pública. En la 23ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra entre el 5 al 22 de mayo de 1970, la OMS, elabora una resolución acerca de los principios racionales sobre los que debe basarse el desarrollo de un sistema nacional de salud (resolución WHA23.61) cuyos temas fundamentales son el papel del Estado en la promoción de la salud, la gratuidad de los servicios sanitarios y la importancia de la participación ciudadana en el desarrollo de los programas de salud pública. Esta Asamblea sienta las bases para la Conferencia Mundial de Atención Primaria en Salud celebrada en Alma Ata en 1978. Es en esa misma Asamblea, en la que se dicta la resolución WHA23.60, que reconoce *“las consecuencias desfavorables que algunos factores del medio ejercen sobre el estado de salud del hombre; y solicita al Director General que prepare, para someterlo a la consideración de la 24a Asamblea Mundial de la Salud, un programa a largo plazo de higiene del medio⁸”*, introduciendo con ello la dimensión del medio ambiente humano en el concepto de salud.

⁷ Almeida Filho, N. (2000)

⁸ Resolución WHA23.60

En los considerandos de la resolución sobre “Principios básicos del desarrollo de servicios nacionales de salud”⁹ se sostiene que el logro del objetivo de alcanzar el grado más alto de salud para todos los pueblos, *“tiene como condición más importante el establecimiento de sistemas sanitarios nacionales de la debida eficacia en todos los países”*; y a su vez, que uno de los quehaceres más importantes de todos los gobiernos es fomentar el concurso activo de la población en dicha actividad.

Asimismo en el punto 1 de la misma resolución se dice que la Asamblea *“ENTIENDE que entre los principios más eficaces para el establecimiento y el desarrollo de los sistemas nacionales de salud pública están los siguientes, cuya utilidad ha quedado confirmada por la experiencia de muchos países...”*¹⁰. Entre estos principios en el punto 1.1. se habla de la proclamación de la responsabilidad del Estado y de la sociedad en la protección de la salud pública, sosteniendo que la aplicación de determinado conjunto de medidas económicas y sociales puede favorecer el logro del más alto grado posible de salud con el aprovechamiento racional y eficaz, para las necesidades de los servicios de salud, de todas las energías y todos los recursos que la sociedad, en cada etapa de su desarrollo, pueda arbitrar al efecto. Continúa el texto de dicha resolución avanzando en conceptos que se transformaron en eje de la salud pública como el fomento de la acción preventiva de orden colectivo e individual, las condiciones de higiene del medio¹¹, la prestación de asistencia médica curativa y preventiva sin impedimentos financieros y de otro tipo y asequible sin distinciones e incluyendo en su punto 6 a la educación sanitaria popular y a la participación

⁹ Resolución WHA23.61

¹⁰ Resolución WHA23.61

¹¹ Al hablar del *medio* el punto 3 de la Resolución WHA23.61 sostiene que es “fuente de salud y de vida para las generaciones actuales y venideras”.

de extensos sectores de la población en la ejecución de todos los programas de salud pública.

Como se puede ya deducir de la lectura de estos puntos de la resolución de la 23ª Asamblea Mundial de la Salud, es ésta un punto de inflexión en el desarrollo del concepto de la salud, vinculando a la misma al contexto histórico, económico, social y cultural, estableciendo las bases de la salud pública y su vinculación para alcanzar el más alto grado de salud y también sentando las bases de lo que hoy denominamos el Enfoque de Derechos Humanos en Salud.

c- La atención primaria de la salud. Conferencia de Alma Ata. La salud como derecho.

Siguiendo esta línea de evolución del concepto de salud, entre el 6 y el 12 de septiembre de 1978 en Alma Ata, ex URSS, se realizó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud que fue patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

En su declaración la Conferencia Internacional sostuvo que *“la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto nivel posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud....La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de vida y a alcanzar la paz mundial”*¹².

¹² Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978)

La misma declaración remarca la obligación, es decir, la responsabilidad concerniente a los gobiernos, del cuidado y promoción de la salud de los pueblos para lograr que puedan llevar una vida social y económicamente productiva, teniendo como guía el concepto de justicia social.

En dicho documento se define a la atención primaria de salud como: “...*asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptable, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo.*”¹³

Para el citado informe la atención primaria de la salud es a la vez reflejo y consecuencia de las condiciones económicas, socioculturales y políticas de la comunidad¹⁴, siendo uno de los objetivos centrales el mejoramiento de la calidad de vida.

Por último es interesante remarcar que dicho documento resalta la interacción entre desarrollo y estado de salud, como mutuamente condicionantes, tema que retomaremos al ver la relación entre Derechos Humanos y Salud.

d- Los factores sociales determinantes de la salud.

En la 57ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS celebrada en mayo de 2004, se analizaron los principales problemas de salud de la humanidad haciendo especial énfasis en la salud pública. A consecuencia de los debates dados en dicha asamblea, el entonces director general de la OMS, el Coreano *Lee Jong-Wook*, anunció la creación de una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), para resumir la información científica sobre cómo las relaciones de empleo, la globalización, los servicios sanitarios, la exclusión social, el

¹³ Pto. VI Op. cit.

¹⁴ Pto. VII Op. cit.

género, el ambiente urbano, o el desarrollo infantil, producen desigualdades en salud en el mundo entero. También tuvo la función de generar recomendaciones políticas para su reducción.

El número de personas que intervinieron en la Comisión fue muy numeroso: científicos, expertos de la OMS y otros organismos de la Organización de Naciones Unidas (ONU), políticos y, algo poco común en otras comisiones, también miembros de la llamada sociedad civil y de organizaciones no gubernamentales (ONGs). El director de la Comisión y principal responsable del informe de comisión, fue el epidemiólogo británico *Michael Marmot* acompañado por su equipo de la *University College London* (UCL) de Londres y un amplio grupo de comisionados del mundo de la política y la ciencia como el premio Nobel de Economía *Amartya Sen*. Fruto de la amplia diversidad de comisionados, grupos sociales, investigadores, gobiernos y ONGs, se realizó, en conjunto, un informe de carácter innovador donde se plantearon temas relativos a la justicia social, el empleo justo, la financiación de los países pobres, la salud en todas las políticas, la regulación del mercado, y la necesidad de políticas públicas.

La propia OMS define a los determinantes sociales de la salud como *“...las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”*¹⁵.

En marzo de 2005 en ocasión de celebrarse la primera reunión de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, la secretaría de la comisión elaboró un documento de interesante lectura. En él se sostiene con claridad que la mejora de la salud de las comunidades más pobres y vulnerables a escala mundial está íntimamente relacionada con

¹⁵ OMS (2005).

el debate y la modificación de las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas¹⁶. El informe establece cuatro puntos clave en los cuales las políticas pueden intervenir en la “cadena de producción social” de los determinantes sociales en salud. Estos cuatro puntos clave son:

- i. Intentar reducir la estratificación social propiamente dicha, es decir, “reducir las desigualdades en el poder, el prestigio, los ingresos y la riqueza vinculadas a diferentes posiciones socioeconómicas”.
- ii. Intentar reducir la exposición específica a factores que dañan la salud sufridos por las personas en posiciones desfavorables.
- iii. Procurar reducir la vulnerabilidad de las personas desfavorecidas a las condiciones perjudiciales para la salud en las que se encuentran.
- iv. Intervenir mediante la atención de salud para reducir las consecuencias desiguales de la mala salud y prevenir el deterioro socioeconómico adicional entre personas desfavorecidas que se ponen enfermas¹⁷.

Este documento sirvió de base para guiar las discusiones de la Comisión la que presentó su informe el 28 de agosto de 2008 junto a *Margaret Chan* (la nueva directora de la OMS). Los esfuerzos de difusión a través de la colaboración con las Naciones Unidas en diversas iniciativas globales, las reuniones con ministros de salud en Bamako en noviembre de 2008, o la discusión sobre la generación de un "movimiento" para eliminar las desigualdades en salud a través de la participación de las poblaciones afectadas, han sido importantes

¹⁶ Op. cit. pag. 7

¹⁷ Op. Cit. pag. 33

objetivos derivados de la publicación del informe. Con todo ello, y a pesar del relativamente bajo perfil inicialmente adquirido por el Informe en el seno de la OMS (por ejemplo, con un lanzamiento modesto), fue capaz de captar la atención dentro y fuera del campo de la salud pública. La importancia de reducir las desigualdades sociales, la intervención estatal necesaria para ello, el rol de las organizaciones de la sociedad civil y la necesidad de reforzar su participación, son ejes que encuentran permanente referencia en este informe.

Capítulo II. La recepción constitucional de los Tratados Internacionales y Regionales de Derechos Humanos.

Con la reforma constitucional de 1994 y la incorporación al rango constitucional de una serie de Tratados Internacionales en materia de Derechos Humanos, nuestra Constitución y los derechos amparados por ella, vieron ampliar el horizonte de protección de la persona¹⁸. En este punto queremos recordar fundamentalmente en una breve síntesis algunos de los derechos reconocidos que pueden servir en la defensa de la dignidad de las personas viviendo con VIH.

Así encontramos que en su art. 75 inc. 23 la Constitución Nacional fija como obligación y atribución del Congreso la de legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por la Constitución y por los Tratados Internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad.

En primer lugar es necesario recordar que el Principio de No Discriminación es uno de los derechos humanos más afirmados por toda la legislación aplicable a la materia. Nuestra Constitución Nacional lo consagra en su artículo 16 al hablar de la igualdad de todos/as ante la ley. A su vez los Tratados Internacionales lo mencionan en los siguientes artículos:

- Declaración Universal de Derechos Humanos: artículo 2. El artículo 7 de la Declaración establece: “Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual

¹⁸ Courtis, Christian (2005)

protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación”.

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos: artículo 2
- Convención Americana sobre Derechos Humanos: artículo 1. Asimismo en su artículo

24 la Convención establece el derecho a igualdad de protección ante la ley y de la ley.

En todas estas disposiciones se remarca la obligación de los Estados de garantizar el acceso a los derechos reconocidos en estos tratados sin distinción de ninguna naturaleza.

En particular trataremos la regulación del derecho a la salud, ya que justamente, como la propia Corte Suprema de Justicia de la República Argentina lo ha sostenido, se trata de nada más y nada menos que de la protección del derecho a la vida por la vinculación intrínseca de ambos derechos.

*a- El Derecho Humano a la Salud y los instrumentos de protección*¹⁹.

Como ya se dijo previamente, la reforma constitucional de 1994 trajo entre sus logros la incorporación del reconocimiento a una amplia gama de derechos humanos anteriormente no contenidos en el texto de la carta magna, entre ellos, el Derecho a la Salud. En el articulado de la constitución este derecho logra un tibio reconocimiento a través del art. 42 que sostiene: “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, **en la relación de consumo**²⁰, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos...”. Como se ve el reconocimiento no es precisamente una consagración universal del derecho humano a la salud, sino que, adaptado a los tiempos políticos en los cuales la reforma se

¹⁹ Ministerio de Justicia y DD.HH de la Nación. (2006).

²⁰ El resaltado es propio.

encontró inserta, establece una protección vinculada a las relaciones económicas del mercado, es decir, una protección en cuanto y en tanto “usuario y/o consumidor”.

Pero si bien la técnica legislativa utilizada puede cuestionarse, lo cierto es que, con la incorporación y concesión de jerarquía constitucional de una serie de instrumentos internacionales en la materia suscriptos por la Argentina, a través del art. 75 inc. 22, el derecho a la salud logra una consagración plena.

Así los arts. 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 16 de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 23 incisos 3 y 4, 24, 25, 26, 27, 32 y 39 de la Convención sobre los Derechos del Niño, 10 h), 11.1 e) y f), 11.2, 12, 14 b) y c), y 16 e) de la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y 5 e.iv) de la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, pasaron a integrar el texto de nuestra carta magna y con ello quedó consagrado el rango constitucional de este derecho.

Luego de la referencia que ambas declaraciones, la Universal y la Americana, realizan de este derecho vinculado a las obligaciones del Estado en materia de seguridad social, es decir, tendiente a garantizar a las personas y/o grupos vulnerables el acceso a estos derechos, nos encontramos con una referencia aún más explícita en el artículo 12 del Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. En su texto dicho artículo hace referencia al derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, haciendo referencia a algunas de las medidas específicas que los Estados parte se obligan, tales como: reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene en el trabajo y del medio ambiente, prevención y

tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Como se puede apreciar de la simple lectura de este texto surge con claridad que no se trata simplemente de la declamación de un derecho, sino de la obligación clara y concreta por parte del Estado de adoptar medidas tendientes a garantizar “el más alto nivel posible de este derecho”.

A su vez el articulado de la Convención sobre los Derechos del Niño vuelve a insistir en la obligación por parte del Estado de adoptar medidas que aseguren la plena aplicación de este derecho, recalcando obligaciones referidas a la reducción de la mortalidad infantil, para asegurar la prestación de asistencia médica y de atención sanitaria y el combate de las enfermedades.

Lo mismo se puede sostener acerca de las disposiciones contenidas en los artículos señalados en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer –CEDAW-, disposiciones que permanentemente remarcan la obligación por parte de los Estados de adoptar medidas tendientes al logro del acceso igualitario al derecho a la salud por parte de las mujeres. De esta forma como se puede apreciar, el derecho a la salud pasó a integrar el conjunto de derechos humanos reconocidos en el texto constitucional, implicando ello obligaciones ciertas y concretas por parte del Estado argentino.

A su vez es necesario recordar que además de esta recepción constitucional, el mencionado art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional establece que los demás tratados tendrán jerarquía superior a las leyes, pudiendo acceder a la jerarquía constitucional con el

voto de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de ambas cámaras del congreso. Es por esto que merece señalarse que la Argentina depositó el instrumento de ratificación del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador” (en vigencia desde 16/11/99) entrando en vigor para nuestro país el 23 de octubre de 2003.

Este protocolo en su art. 1 establece que los Estados Partes se comprometen a adoptar las medidas necesarias hasta el máximo de los recursos disponibles y tomando en cuenta su grado de desarrollo, a fin de lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se reconocen en el mismo. A su vez el art. 3° establece la obligación de garantizar el goce de los derechos económicos, sociales y culturales sin discriminaciones de ninguna naturaleza, señalando entre esas posibles causas de discriminación la condición económica. Por su parte el artículo 10 del Protocolo de San Salvador al establecer el derecho a la salud sostiene que éste debe entenderse como el disfrute del **más alto nivel de bienestar físico, mental y social**²¹, sosteniendo a su vez que los Estados partes se obligan a reconocer el derecho a la salud como un bien público y adoptar medidas tales como:

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

²¹ Es necesario resaltar que esta definición ha quitado la palabra “posible” al hablar del más alto nivel de bienestar.

- la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud y
- la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Capítulo III. El enfoque de derechos humanos.

Como se puede leer en el documento elaborado por el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de la ONU, *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*, sostiene que: “El enfoque basado en los derechos humanos es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de derechos humanos y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y la protección de los derechos humanos. Su propósito es analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo”²².

Son muchos los autores y doctrinarios que consideran que el Enfoque de los Derechos Humanos logró su síntesis conceptual en la Declaración de Viena de 1993²³. En la misma se estableció que los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. Es por esto que quedaron establecidas las bases para entender que el tratamiento de los Derechos Humanos debe ser en pie de igualdad y que todos tienen el mismo peso debiendo tener en cuenta las particularidades nacionales y regionales, siendo obligación de todos los Estados promover y proteger todos los Derechos.

De esta forma puede entenderse a este enfoque como un nuevo paradigma para concebir y diseñar políticas públicas tendientes al desarrollo humano en un marco de concertación entre Estado y sociedad civil, incorporando la doctrina socio-jurídica de los principios de interdependencia e integralidad de los derechos humanos.

²² ONU (2006) *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*.

²³ ONU (1993) Declaración y programa de acción de Viena.

¿Qué elementos, entonces, deben tenerse en cuenta en este proceso de implementación? Podemos señalar los principios de:

- Transversalidad de la acción estatal en materia de derechos humanos.
 - Principios de no discriminación y de inclusión para lograr la universalidad.
 - Principio de la dignidad humana.
 - Principio de la democracia, con sus implicancias de participación activa, informada y protagónica de todos los sectores.
- Responsabilidad compartida de todos los actores involucrados.
 - Predominio de la esfera pública con la consiguiente deliberación democrática.
 - Primacía de lo local en el ejercicio y realización de los derechos, para lograr su efectivización en las realidades concretas.

Este enfoque ha tenido y tiene implicancias en el análisis y diseño de la esfera de lo público. Así podemos señalar que ha permitido la revalorización del derecho visto como un instrumento de integración social. De esta forma el derecho pasa a ser comprendido como un espacio y marco de la lucha social siendo por esto repensado, no sólo como una norma legal, sino fundamentalmente como una norma social. Esta revalorización ha traído como consecuencia directa el proceso de constitucionalización de los derechos, proceso que, como ya hemos visto, en nuestro país se consagra a través de la reforma constitucional de 1994.

Según Roberto Garretón se entiende por *políticas públicas* los cursos de acción desarrollados por el gobierno, con relación a un objetivo determinado, que contribuyen a crear o transformar las condiciones en que se desenvuelven las actividades de los individuos y de los diversos grupos sociales²⁴.

²⁴ Garretón, R. (2004).

Podemos sostener que la perspectiva de derechos o enfoque de derechos humanos, es la consecuencia lógica de las luchas por el reconocimiento positivo/legal de estos derechos. Es decir, son el paso lógico y necesario para lograr la implementación de aquellos derechos cuyo reconocimiento constitucional se ha logrado y que por lo tanto requieren de un rediseño del Estado que permita concretarlos. *No es otra cosa que seguir ampliando la permanente lucha por la ampliación del contenido jurídico de la dignidad humana*²⁵.

a- El enfoque de derechos humanos y el derecho a la salud.

Siguiendo el desarrollo analítico propuesto hasta el momento, podemos inferir con claridad que los derechos humanos enmarcan y delimitan un escenario propicio para entender la salud pública desde un enfoque intersectorial e interdisciplinario.

Ya hemos visto que según la comisión sobre determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), este derecho depende del contexto socioeconómico y político, así la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha sostenido que la salud pública en gran medida depende de la política y de los actores que actúen en función de ella.

A este respecto es interesante recordar lo afirmado por la Revista de Salud Pública Española en ocasión de su cincuenta aniversario, “...*más que tener derecho exclusivamente a la salud, lo que se pretende es que todos los condicionantes de ella estén garantizados (...). La primera medida de salud pública que pueden adoptar los gobiernos es el respeto de los derechos humanos*”²⁶.

²⁵. Jiménez Benítez, W. G. (2007).

²⁶ Perez Andrés, C. (1998)

La OPS en diversas publicaciones, en concordancia por lo sostenido por la OMS en su serie de publicaciones sobre Salud y Derechos Humanos, explica los vínculos complejos existentes entre la salud y los DD.HH. Así podemos identificar tres planos de relación²⁷:

- La violación o falta de cumplimiento de alguno de los DD.HH. puede traer consecuencias sobre el estado de salud, afectando el estado de bienestar físico, mental o social;
- Las políticas y los programas sanitarios pueden promover los derechos humanos o violarlos, según la manera en que se formulen o se apliquen;
- La vulnerabilidad a la mala salud se puede reducir adoptando medidas para respetar, proteger y cumplir los derechos humanos, demostrando la relación intrínseca existente.

Con lo visto hasta aquí podemos entender con claridad que es indudable que otros derechos tales como la vida, la integridad física y mental, la no discriminación, guardan estrecha relación con el derecho a la salud. A su vez queda explicado que este derecho depende de otros factores sociales, económicos y culturales, condiciones esenciales para la salud, que van más allá de los servicios de salud entendidos en su concepto tradicional. Entre ellos podemos mencionar:

- Provisión de agua potable y cloacas.
- Higiene y medio ambiente.
- Derecho a la vivienda digna.
- No discriminación y condiciones mínimas de vida digna.

²⁷ OPS/OMS. Curso básico a distancia en línea sobre la salud y los derechos humanos.

Podemos sostener a su vez que el enfoque de DD.HH. en Salud implica utilizar los derechos humanos como marco para el desarrollo sanitario, teniendo en cuenta a los mismos para la concepción, desarrollo, aplicación y evaluación de todos los programas y políticas implementadas. Un marco de derechos en salud aborda de manera preferencial los problemas originados en la discriminación de género, social y económica, así como la protección de poblaciones marginadas e históricamente desfavorecidas²⁸.

La atención centralizada en los grupos vulnerables, el derecho a la información y la participación activa de los usuarios, los principios de igualdad y no discriminación son componentes insoslayables en cualquier política que pretenda hacer eje en dicho enfoque, así como también, la obligación de informar sobre el derecho a accionar en función de obtener la atención requerida. Esta mirada requiere también adoptar una perspectiva de género y reconocer que los factores biológicos y socioculturales influyen considerablemente en la salud de hombres y mujeres y que en las políticas y los programas es necesario tener presentes esas diferencias.

b- El enfoque de derechos humanos y las políticas públicas.

Si tenemos en cuenta que el objeto de toda política pública es la consagración del Estado de derecho, la democracia y la extensión del goce de todos los derechos humanos, es necesario contemplar los medios idóneos para exigir la responsabilidad por la violación de la obligación de su satisfacción, pensando a su vez, cuáles son los mecanismos políticos y administrativos más idóneos para el desarrollo de este tipo de políticas.

²⁸ Franco Giraldo, A.; Alvarez-Dardet, C. (2008).

Es en este contexto que a nivel internacional se comienza cada vez más a definir la idea de un nuevo conjunto de normas jurídicas, las directrices, como normas referidas y dirigidas a orientar la acción pública para el diseño de políticas que concreten estos principios y reglas, operacionalizando de esta forma los derechos humanos.

Por eso podemos ampliar el concepto visto de políticas públicas, entendiéndolas como programas de acción gubernamental que buscan la concretización de los derechos establecidos en los principios constitucionales, de conformidad con una perspectiva de derechos humanos, y que, desde el punto de vista de la norma jurídica, se legitiman mediante directrices.

Es por esto que dichas políticas públicas, para ser coherentes con el enfoque de derechos humanos, deberían poseer por lo menos las siguientes características:

- Integralidad, respetando con ello el concepto de integralidad de los derechos humanos.
- Intersectorialidad, comprendiendo acciones, planes, presupuestos de distintas agencias gubernamentales y entidades públicas, actuando en forma coordinada para la concreción de la política planteada.
- Participación. Deben ser elaboradas e implementadas con una amplia participación y consulta de las poblaciones beneficiarias o afectadas, haciendo especial hincapié en aquellas con vulnerabilidades incrementadas.
- Universalidad, teniendo cobertura universal sin ningún tipo de discriminación, teniendo una visión crítica y propositiva respecto a las inequidades de género, grupos étnicos, culturales, generacionales, etc...

- Coordinación. Teniendo en cuenta lo señalado es necesario la concertación permanente entre autoridades públicas de distintos niveles de gobierno.

En esta línea de razonamiento Nuria Cunill Grau (2010) sostiene que al hablar de derechos humanos y políticas públicas como mínimo se debe hacer referencia a la exigibilidad de determinados servicios y/o prestaciones, a la integralidad en su diseño y suministro, y a la universalidad de provisión para toda la población, para entonces poder hablar de instituciones públicas que sean capaces de dotar de contenido real y cierto a los derechos humanos.

Esta autora hace especial énfasis en el principio de exigibilidad al hablar de los principios rectores de toda política pública con enfoque de derechos. Desde esta concepción señala que el cambio institucional necesario requiere mínimamente hacer posible la exigibilidad del derecho, el abordaje integral y la participación social.

En cuanto a la exigibilidad es necesario tener en cuenta que durante años, la misma estuvo vinculada al concepto de reclamo judicial, es decir a la judicialización del derecho, dejando de lado mecanismos políticos o administrativos de reclamo, muchas veces más eficaces y rápidos para su concreción. A su vez se ha descuidado un concepto clave, el de la necesidad de una acción decidida y eficaz por parte del Estado en la difusión e información sobre los derechos que asisten a los ciudadanos, recurso y prerrequisito sustancial para lograr el reclamo de los mismos.

Es decir nos encontramos, entonces, frente al concepto de las políticas públicas con enfoque de derechos, que a su vez termina moldeando y diseñando una institucionalidad acorde a su eficaz implementación.

Esta institucionalidad no puede dejar de lado el establecer mecanismos de reclamo eficaces, la difusión e información sobre los derechos, como así tampoco y de acuerdo a todo lo anteriormente señalado, un abordaje integral que promueva la participación efectiva de los sectores interesados. Requiere por lo tanto de instituciones capaces de reconocer las redes políticas o “gobernanza sistémica”, entendida como el alineamiento e integración de distintos actores estatales con la incorporación de los sectores sociales y privados interesados, para la efectiva protección de los derechos. Esta gobernanza tiene distintas dimensiones:

- Espacial: es decir crear espacios de comunicación recíproca generadores de confianza entre los distintos actores involucrados.
- Instrumental: es decir generar ámbitos de planificación, presupuestación, implementación y evaluación conjuntos.
- Valórica: referido al análisis e incorporación de valores compartidos que guíen la acción, tales como la interdependencia, la diversidad, la equidad, el sentido de lo público.

El enfoque de derechos humanos entonces, implica fortalecer las capacidades y las oportunidades tanto de la población, como de los estados y de la sociedad civil, incluyendo una perspectiva integral que promueva los derechos humanos en términos de roles civiles, políticos, sociales, económicos y culturales.

Capítulo IV. Las directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Oficina del Alto Comisionado de ONU para los Derechos Humanos y ONUSIDA: sus antecedentes.

En el 2006 la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), publican la “Versión Consolidada de 2006 de las Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y los Derechos Humanos”.

Estas directrices son el resultado de diversas peticiones en vista a la necesidad de que los gobiernos y otros actores clave dispusieran de orientación para lograr la promoción, protección y respeto de los DD.HH. en el contexto del VIH. Su objetivo central es ayudar a los Estados a dar una respuesta positiva de índole jurídica al VIH, que resulte eficaz para reducir la transmisión y efecto del VIH y el SIDA, y que respete los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Así podemos mencionar como antecedentes inmediatos a estas directrices los siguientes hitos:

a- Primer Consulta Internacional sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos, organizada conjuntamente por el Centro de Derechos Humanos y la Organización Mundial de la Salud en Ginebra del 26 al 28 de julio de 1989, en la que los participantes discutieron la necesidad de elaborar estas directrices como paso necesario para lograr que los responsables de formular políticas lo hicieran teniendo como meta el pleno respeto de las normas internacionales de derechos humanos.

b- El informe a la Comisión en su 51° período de sesiones, del Secretario General de las Naciones Unidas (E/CN.4/1995/45m párr.. 135), en el cual sostuvo: *“la elaboración de esas directrices o principios podría generar un marco internacional para el examen de las consideraciones de derechos humanos en los planos nacional, regional e internacional a fin de llegar a un entendimiento más amplio de la compleja relación existente entre las razones de salud pública y las razones de derechos humanos en relación con el VIH/SIDA. En particular, los gobiernos podrían beneficiarse de directrices que describan claramente cómo aplicar las normas de derechos humanos en la esfera del VIH/SIDA e indiquen cuáles son las medidas concretas y específicas que deben adoptarse, tanto desde el punto de vista de la legislación como de la práctica”*.

c- La Segunda Consulta Internacional sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos. Con la convocatoria de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), fue celebrada en Ginebra entre el 23 y el 25 de septiembre de 1996. En esta consulta se aprobaron las Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Estas directrices fueron publicadas por el ACNUDH y el ONUSIDA en 1998.

d- La Tercera Consulta Internacional sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos convocada por la Alta Comisionada para los Derechos Humanos y el Director Ejecutivo de ONUSIDA y celebrada en Ginebra los días 25 y 26 de julio de 2002. En ella se actualizó la sexta directriz debido a los avances logrados hasta ese momento en materia de medicamentos y tratamientos con medicación antirretrovírica²⁹.

No se puede dejar de remarcar que previamente y durante todo el proceso de sanción y revisión de las directrices señaladas, la comunidad internacional fue dictando declaraciones

²⁹ OMS (2002).

y compromisos que fortalecieron la necesidad de contar con las mismas. Así se pueden señalar la *Declaración del Milenio de las Naciones Unidas*, aprobada por resolución de la Asamblea General 55/2 del 8 de septiembre de 2000 y la *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA*, aprobada por resolución de la Asamblea General de la ONU S-26/2 del 27 de junio de 2001.

En la Declaración del Milenio en su punto 19, luego de repasar valores fundamentales tales como la igualdad, la solidaridad, la libertad, la tolerancia, los Estados se comprometen entre otras cosas, a detener y comenzar a reducir para el 2015 la propagación del VIH/SIDA.

Con motivo de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA las Naciones manifestaron que observaban “*con profunda preocupación que la epidemia mundial de VIH/SIDA, por sus dimensiones y consecuencias devastadoras, constituye una emergencia mundial y uno de los desafíos más graves para la vida y la dignidad del ser humano, así como para el disfrute efectivo de los derechos humanos, que socava el desarrollo económico y social en todo el mundo y afecta a todos los niveles de la sociedad: individual, familiar, comunitario y nacional*”, comprometiéndose por lo tanto a adoptar una serie de medidas para hacer frente a la crisis del VIH/SIDA. Entre dichas medidas se menciona “*Para 2003, promulgar, fortalecer o hacer cumplir, según proceda, leyes, reglamentos y otras medidas a fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA y los miembros de grupos vulnerables, y asegurarles el pleno disfrute de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales; en particular, darles acceso a, entre otras cosas, educación, derecho de sucesión, empleo, atención de la salud, servicios sociales y de salud, prevención, apoyo, tratamiento, información y protección jurídica, respetando al*

*mismo tiempo su intimidad y la confidencialidad; y elaborar estrategias para combatir el estigma y la exclusión social asociados a la epidemia*³⁰.

a- ONUSIDA: Las directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Normas para la elaboración de políticas públicas.

El VIH y el SIDA desde un comienzo pusieron de relieve la necesidad de encarar soluciones concretas a las situaciones de pobreza, desigualdad de género, marginación de las personas infectadas y violación de los derechos humanos, si se pretende encontrar una respuesta eficaz a esta epidemia.

Es así que revaloriza la necesidad de saltar la limitante dimensión biológica de la salud, para incorporar con fuerza la idea de los determinantes sociales de la salud ya esbozada, invitando a debatir sobre la ideología, el poder y lo político y su influencia sobre la salud de las personas.

Según el informe del Secretario General de las Naciones Unidas a la Comisión de Derechos Humanos de 1995, la relación entre los derechos humanos y la salud pública en materia del VIH se expresa en tres ámbitos:

- En primer lugar, la falta de protección de los derechos humanos contribuye a incrementar el riesgo de transmisión de la enfermedad, ya que su prevención es un proceso educativo y de cambio de comportamientos que involucra conductas íntimas. Por ello medidas coercitivas tales como los exámenes médicos obligatorios, la pérdida de confidencialidad y la segregación alejan a las personas de los servicios

³⁰ ONU (2001). Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Punto 58.

de educación preventiva y de atención de la salud, atentando contra el proceso de cambio de comportamientos.

- En segundo lugar, los grupos más vulnerables, mujeres, niños, minorías, migrantes, poblaciones indígenas, hombres que tienen sexo con hombres, personas en situación de prostitución, usuarios de drogas, se encuentran muchas veces más expuestos a la infección dado que su acceso a la educación relacionada con el VIH y a la atención de la salud en general es más limitada o se encuentra con mayores barreras de accesibilidad.

- Por último, la discriminación y estigmatización de las personas con VIH muchas veces agravan los efectos de éste en sus vidas y también traen aparejadas limitaciones de acceso a la vivienda, al empleo, a los servicios sociales y a la atención de la salud.

Ya hemos analizado anteriormente la elaboración por parte de ONUSIDA de las directrices internacionales relacionadas al VIH y los DD.HH. Ahora intentaremos ver cuáles son éstas, desarrollando aquellas pertinentes a la materia en estudio.

1- PRIMERA DIRECTRIZ:

“Los Estados deberían establecer un marco nacional efectivo para responder al VIH, que permita una actuación coordinada, participativa, transparente y responsable que aplique las funciones de política y programas sobre el VIH de todas las ramas del gobierno”.

Esta directriz apunta directamente a la necesidad de una acción mancomunada de las distintas esferas de gobierno y de éstas con las distintas organizaciones tanto de la sociedad

científica como de la sociedad civil, fortaleciendo una respuesta integral en el tema y la participación de las personas afectadas.

2- SEGUNDA DIRECTRIZ:

“Mediante apoyo político y financiero, los Estados deberían procurar que se consulte a las comunidades en todas las fases de la formulación de la política y la ejecución y evaluación de los programas relativos al VIH, y que las organizaciones de la comunidad puedan realizar sus actividades con eficacia, sobre todo en materia de ética, legislación y derechos humanos”.

Además de remarcar la necesidad del apoyo financiero a las distintas redes de personas con VIH existentes, también resalta esta directriz, la necesidad de pensar en seminarios de capacitación, reuniones técnicas, elaboración de material pedagógico y de promoción de los derechos humanos, en la derivación de las personas afectadas a los órganos de reclamación pertinentes y también a la recopilación de datos sobre las cuestiones de derechos humanos y su defensa.

3- TERCERA DIRECTRIZ:

“Los Estados deberían analizar y reformar la legislación sanitaria para que se preste suficiente atención a las cuestiones de salud pública planteadas por el VIH, a fin de que las disposiciones sobre las enfermedades de transmisión casual no se apliquen indebidamente al VIH y que dichas disposiciones concuerden con las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos”.

Tener en cuenta temas elementales tales como la voluntariedad de la prueba diagnóstica, el asesoramiento pre y post test, el no aislamiento de las personas afectadas, la confidencialidad, la formación ética y en derechos humanos de los profesionales de la salud, entre otros, son temas ineludibles que la legislación sanitaria debe tener en cuenta.

4- CUARTA DIRECTRIZ:

“Los Estados deberían reexaminar y reformar las leyes penales y los sistemas penitenciarios para que concuerden con las obligaciones internacionales de derechos humanos y que no se apliquen indebidamente en el contexto del VIH ni se utilicen contra las poblaciones clave de mayor riesgo”.

Es necesario tener en cuenta que en muchos países existen legislaciones penales que condenan y persiguen conductas tales como las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, la prostitución y la transexualidad entre otras, lo que conlleva a expulsar de la atención sanitaria y la información a las personas penalizadas por estas leyes, impidiendo con ello un correcto abordaje de la epidemia. A su vez, la necesidad de repensar los sistemas carcelarios, las normas internas y las prácticas habituales en sus establecimientos, es una necesidad imperiosa para adaptarlos a un enfoque de resocialización y respetuoso de los DD.HH., que facilite las prevención y asistencia del VIH, el sida y la salud en general.

5- QUINTA DIRECTRIZ:

“Los Estados deberían promulgar o fortalecer las leyes que combaten la discriminación u otras leyes que protegen contra la discriminación en los sectores tanto público como privado a las poblaciones clave de mayor riesgo, las personas que viven con el VIH y las discapacitadas, velar por el respeto de la vida privada, la confidencialidad y la ética en la investigación sobre seres humanos, insistir en la formación y conciliación, y aportar medios administrativos y civiles pronto y eficaces”.

En nuestro caso es necesario remarcar la existencia de la ley antidiscriminatoria, ley 23.592, y la sanción de la ley nacional de derechos del paciente, ley 26.529, que establece la confidencialidad en la atención de la salud y remarca los derechos de la persona en su relación con el sistema nacional de salud.

6- SEXTA DIRECTRIZ (revisada en 2002):

“Los Estados deberían adoptar medidas de políticas que regulen los bienes, servicios e información relacionados con el VIH, de modo que haya suficientes medidas y servicios de prevención, adecuada información para la prevención y atención de los casos de VIH y medicación inocua y eficaz a precios asequibles. Los Estados también deberían tomar las medidas necesarias para asegurar a todas las personas, sobre una base continua e igualitaria, la disponibilidad de productos, servicios e información de calidad para la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH/SIDA, incluidos fármacos antirretrovirales y otros medicamentos, diagnósticos y tecnología relacionadas, seguras y eficaces para la atención preventiva y curativa del VIH, y las infecciones oportunistas y enfermedades relacionadas. Los Estados deberían tomar estas medidas tanto a nivel nacional como internacional, prestando especial atención a las personas y poblaciones vulnerables”.

Debemos recordar que el acceso universal, basado en los principios de los derechos humanos, requiere que todos estos bienes y servicios no sólo estén disponibles y sean aceptables y de buena calidad, sino también que estén al alcance físico de todos y todas y sean asequibles para todos.

Para ello es necesario atender los diversos factores sociales, culturales, económicos y jurídicos que pueden transformarse en barreras para el acceso universal, debiendo por lo tanto el Estado, abordar estos temas con medidas positivas tanto en su acción legislativa, como en sus programas y planes de salud.

7- SÉPTIMA DIRECTRIZ:

“Los Estados deberían proporcionar y apoyar los servicios de asistencia jurídica que enseñen sus derechos a las personas que viven con el VIH, facilitar asistencia jurídica gratuita

para ejercer esos derechos, ampliar el conocimiento de las cuestiones jurídicas que plantea el VIH y utilizar, además de los tribunales, otros medios de protección como los ministerios de justicia, defensores del pueblo, oficinas de denuncias sanitarias y comisiones de derechos humanos”.

En el punto 56 del documento sobre las directrices, ONUSIDA sostiene con claridad que desde la tercera a la séptima directriz el objeto es fomentar la promulgación de una legislación significativa y positiva, describiendo para ello los elementos jurídicos básicos para proteger los derechos humanos relacionados con el VIH³¹. Esta directriz intenta dirigir la acción de los Estados para que fomenten y apoyen los servicios jurídicos especializados y generalistas para que las personas que viven con el VIH y las comunidades afectadas puedan ejercer sus derechos humanos mediante el uso de dichos servicios.

8- OCTAVA DIRECTRIZ:

“En colaboración con la comunidad y por conducto de ella, los Estados deberían fomentar un entorno protector y habilitante para las mujeres, los niños u otros grupos vulnerables, combatiendo los prejuicios y desigualdades causantes de esa vulnerabilidad mediante el diálogo con la comunidad y en particular mediante servicios sociales y de salud especiales y apoyando a los grupos de la comunidad”.

Una de las tareas recomendadas para el cumplimiento de esta directriz es apoyar la creación y mantenimiento de asociaciones civiles integradas por los grupos vulnerables para fomentar el trabajo entre pares, capaces de desarrollar tareas de prevención, acompañamiento, apoyo social y empoderamiento de las personas. Esta tarea debería complementarse con la toma de medidas que busquen reducir la vulnerabilidad, estigmatización y marginación con respecto al VIH.

³¹ ONUSIDA (2007). Pág. 50.

El trabajo de los Estados a su vez debe tener en cuenta la acción dirigida a eliminar las barreras administrativas, jurídicas y de toda índole que dificultan el acceso de niños, niñas y adolescentes a los servicios de educación sexual y reproductiva así como a la asistencia de su salud sexual.

9- NOVENA DIRECTRIZ:

“Los Estados deberían fomentar la difusión amplia y constante de programas creativos de educación, capacitación y comunicación diseñados explícitamente para convertir las actitudes de discriminación y estigmatización contra el VIH en actitudes de comprensión y aceptación”.

Entre las acciones recomendadas para el logro de esta directriz encontramos la realización de seminarios de capacitación para funcionarios públicos (judiciales, administrativos, policiales, políticos), y líderes comunitarios, sobre VIH y derechos humanos, como también la creación de materiales de difusión y capacitación que refuercen esta acción.

10- DÉCIMA DIRECTRIZ:

“Los Estados deberían velar porque el sector público y el privado generen códigos de conducta sobre las cuestiones relacionadas con el VIH que transformen los principios de derechos humanos en códigos de deontología profesional, dotados de procedimientos para aplicar y hacer cumplir esos códigos”.

11- UNDÉCIMA DIRECTRIZ:

“Los Estados deberían crear instituciones de vigilancia y aplicación que garanticen la protección de los derechos humanos en lo que respecta al VIH, en particular los de las personas que viven con el VIH, sus familiares y sus comunidades”.

La necesidad de reunir información sobre los derechos humanos y el VIH, dar a conocer los cuestiones vinculadas a ellos, brindar apoyo político y material a organizaciones que se dediquen a la materia, forman parte ineludible del cumplimiento de esta directriz. A su vez, la creación de las defensorías del pueblo y dentro de ellas de áreas específicas sobre salud y VIH, son mecanismos de control y seguimiento del cumplimiento de los derechos humanos de las personas afectadas por el virus.

12- DUODÉCIMA DIRECTRIZ:

“Los Estados deberían cooperar a través de todos los programas y organismos pertinentes del sistema de las Naciones Unidas, en particular el ONUSIDA, para intercambiar conocimientos y experiencias sobre las cuestiones de los derechos humanos en esta materia y establecer procedimientos eficaces para proteger los derechos humanos en el contexto del VIH en el plano internacional”.

Capítulo V. Análisis de la legislación argentina sobre VIH y SIDA.

Hasta aquí hemos analizado la evolución de las distintas concepciones acerca de la salud que a partir de la OMS se han ido elaborando a lo largo de la mitad final del siglo XX. También se ha hecho un repaso de los documentos internacionales sobre derechos humanos y en especial el derecho a la salud con su recepción en el marco constitucional argentino para finalizar con un análisis del enfoque de derechos humanos, su impacto en las políticas públicas y las directrices internacionales sobre VIH y SIDA elaboradas por ONUSIDA. A partir de este marco a continuación se analizarán las leyes, decretos y resoluciones aplicables a la materia en la Argentina, tomando en consideración las variables antes enunciadas, es decir: I) si promueven un concepto de salud acorde a la normativa internacional, II) si facilitan la participación de la población a la que van dirigida, III) si establecen canales de reclamos accesibles a la población y, IV) si proponen una articulación con otros actores estatales o sociales.

a. Ley 23.798 y decreto reglamentario 1244/91 .

Argentina sanciona en septiembre de 1990 su ley nacional de SIDA, dictándose su decreto reglamentario en el año 1991³².

En primer lugar hay que resaltar que esta norma ha sido pionera en toda Latinoamérica, al incorporar en su texto nociones de derechos humanos y haciendo referencia al tema en forma específica, lo que, teniendo en cuenta la fecha de su sanción, demuestra que, desde

³² Ver anexo documental.

un comienzo, el marco normativo argentino ha intentado tener en cuenta el enfoque de derechos en la respuesta al VIH.

Ahora bien, se intentará proponer un análisis conjunto de ambas normas, en el cual señalaremos las fortalezas de las mismas respecto al tema para luego marcar cuáles son sus debilidades en la materia.

a.1. Fortalezas. Recepción del enfoque de derechos en salud.

Como se puede advertir de la lectura de su artículo primero esta ley intenta sentar las bases de una política nacional de asistencia integral al VIH y al sida. Así su artículo primero sostiene *“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 la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población”*.

Este artículo incorpora con claridad los conceptos de prevención de la infección así como también la tarea del Estado de educación a la población, conceptos ambos que se encuentran dentro del enfoque de salud desarrollado. Estas disposiciones se complementan con los siguientes artículos que establecen las líneas de acción que se deben seguir para cumplir la tarea de prevención y asistencia. Conceptos como **la dignidad humana, la lucha contra la estigmatización y discriminación, la confidencialidad y la privacidad de la persona afectada**, son normatizados claramente por el artículo segundo de la norma en análisis³³. Este artículo es completado por el decreto reglamentario que establece que para la aplicación de estas disposiciones, se deben tener en cuenta normas vigentes al momento de sancionarse dicha reglamentación tales como la Convención Americana sobre Derechos

³³ Ley Nacional de SIDA, 23.798, artículo 2º. Ver anexo.

Humanos, llamada Pacto de San José de Costa Rica, aprobada por Ley Nº 23.054, y la Ley Antidiscriminatoria, Nº 23.592³⁴. Debemos recordar que este decreto reglamentario es previo a la reforma constitucional de 1994 que, como ya se analizara, incorporó al texto constitucional los tratados internacionales de DD.HH. suscriptos por la República Argentina, por lo cual siguiendo una línea lógica de aplicación de dicha normativa, hoy se hace extensivo a todo el plexo normativo de dichos tratados. También es necesario destacar que el decreto reglamentario en este artículo hace especial énfasis en el secreto profesional, normatizando taxativamente los casos en los cuales puede ser vulnerado.

Hasta aquí podemos advertir entonces que encontramos elementos tales como:

- ***Atención integral de la salud.***
- ***Acción de prevención y educación de la población***, elemento reforzado en el artículo 4° inc. f) que sostiene: *“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”*.
- ***Respeto a la dignidad humana.***
- ***Lucha contra la discriminación, humillación y la estigmatización.***
- ***Recepción de normas legales que reconocen el derecho a la igualdad y a la no discriminación.***
- ***Confidencialidad y respeto a la voluntad de la persona.***

Todos estos elementos son centrales en el enfoque de derechos en salud.

³⁴ Decreto 1244/91. Artículo 2°. Ver anexo.

Ahora bien, las disposiciones de dicha ley no se detienen sólo en las ya señaladas. Así encontramos que en su artículo 4° dispone con claridad las obligaciones de las autoridades sanitarias en la materia, guiando su acción con indicaciones tales como la **coordinación de distintas agencias gubernamentales, internacionales y privados** -artículo 4° ley nacional, incs. b) y e)-, recepcionando con ello la necesaria **intersectorialidad de las políticas en la materia**.

El artículo 5° de la ley establece la obligatoriedad de la acción respecto al sistema penitenciario y la necesidad del dictado de normas pertinentes.

Por último debemos remarcar que el artículo 6 de la ley ha sido reglamentado de la siguiente forma *“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”*. Como surge de su lectura en esta disposición son recogidos **principios tales como la voluntariedad de la prueba diagnóstica y el asesoramiento debido**.

Ahora bien, ¿qué sucede si entrecruzamos estas disposiciones con las directrices internacionales?

Vemos que esta ley claramente se inserta en las disposiciones de algunas directrices:

- Primera directriz: la ley respeta la **necesidad de una acción coordinada de distintas esferas gubernamentales**. Si bien, su visión en principio queda circunscripta a la esfera de la salud pública y las áreas de gobierno en la materia, también es cierto que establece con claridad la necesidad de articulación de las esferas nacional, provincial y municipal y de ellas con el ámbito privado.

- Tercera directriz: entre las acciones recomendadas a dicha directriz encontramos la necesidad de fijar la **voluntariedad del test diagnóstico** fijada por esta legislación, así como también el asesoramiento vinculado a la prueba.
- Quinta directriz: esta directriz establece claramente la necesidad de **dictar normas contra la discriminación** y a su vez velar por el respeto de la vida privada y la **confidencialidad**. Estos parámetros han sido claramente establecidos por la ley de acuerdo a lo ya señalado.

a.2. Debilidades de la ley nacional.

Si bien esta ley ha sido un puntapié inicial para abordar la política nacional en VIH desde un enfoque respetuoso de los derechos humanos, también es cierto que, obedeciendo al contexto histórico en el que fue sancionada, adolece de defectos en la materia.

En primer lugar podemos señalar que la terminología de la ley termina fortaleciendo **conceptos estigmatizantes**. Así el artículo 6° de la ley habla de **grupos de riesgo**, concepto que ha dejado de ser utilizado en materia de VIH, porque sólo reforzaba la idea de que determinados grupos sociales eran afectados por el VIH produciendo un doble riesgo, por un lado la sensación de que a los demás colectivos sociales no los afectaba y por lo tanto el relajamiento de las actitudes de cuidado en ellos; y, por el otro, la estigmatización de los denominados “grupos de riesgo”. Este concepto antiguo y estigmatizante se complementa con otro contenido en el artículo 8 de la ley que sostiene “*Los profesionales que detecten el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o posean presunción fundada de que un individuo es portador...*”. Como se ve, este artículo deja librado a una interpretación muy amplia y

basada en la subjetividad como es la de poseer presunción fundada, agravando aún más la disposición por el uso del término **portador**, cuya utilización también se ha recomendado evitar debido su carga negativa.

Por último el artículo 9° de la ley establecía la obligatoriedad de realización del test de VIH a toda persona migrante que requiriera su radicación definitiva en el país. Esta disposición igualmente ha quedado en desuso debido a la sanción de la ley nacional de migraciones, ley 25.581.

b. OBRAS SOCIALES. Ley 24.455. Prestaciones obligatorias que deberán incorporar aquellas recipendarias del fondo de redistribución de la Ley N°23.661. Resolución 625/97.

Como se puede observar en el anexo del presente trabajo, se trata de una ley muy poco extensa y que por lo tanto no posee muchos elementos para examinar en el presente trabajo. Se introdujo dentro de las unidades de análisis teniendo en cuenta las características del sistema de salud argentino. El mismo está conformado por tres subsistemas: el sistema público, el sistema de obras sociales y el sistema privado o medicina prepaga. Por esto es importante que el Estado haya dictado normas que regulen la actividad tanto del sector de obras sociales como el de medicina privada, intentando con ello llegar a la cobertura del VIH en la totalidad de la población.

Esta norma extiende la obligación de cobertura asistencial y de prevención a todos los beneficiarios del sistema de obras sociales, cubriendo con esto a un importante sector de la población.

Ya con ello vemos una clara intención de igualar las prestaciones en toda la población, buscando **la igualdad en la disponibilidad y acceso al tratamiento**, punto central en el enfoque de la salud seguido en este trabajo.

Ahora bien, esta norma es complementada entre otras, por la **Resolución 625/97**, dictada por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Es interesante remarcar algunos párrafos de esta norma, para ver cómo incorpora **conceptos tales como la atención integral de la salud** desde la prevención hasta la alta complejidad, teniendo en cuenta las características de la población asistida y **basado en principios éticos y de derechos humanos**. Así en su Anexo I sostiene:

“COBERTURA HIV/SIDA EN OBRAS SOCIALES

El Programa de Cobertura HIV/SIDA para Obras Sociales, deberá considerar:

- una toma a cargo global e integral*
- desde la promoción y prevención hasta la alta complejidad*
- asegurando la continuidad de las acciones*
- en un sistema escalonado de complejidad creciente*
- teniendo en cuenta las características específicas de la población cubierta*
- **basado en principios éticos y de respeto a los derechos humanos**”.*³⁵

Como se advierte de esta lectura, el respeto a los derechos humanos guía el accionar ordenado por la norma, como así también la promoción de la salud y el atender las especificidades de las diversas poblaciones asistidas.

³⁵ Ministerio de Salud y Acción Social. Resolución N° 625/97. Programa de Cobertura HIV/SIDA de las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y las que padecen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o las enfermedades intercurrentes, y el Programa de Prevención del SIDA previsto en la Ley 24.455 y su Decreto Reglamentario N° 580/95.

Esta resolución refuerza estos conceptos y sigue incorporando el enfoque integral de salud al indicar, hablando de la atención por médicos generalistas, que los mismos deberán tener en cuenta un **enfoque integral** que incluya: situaciones familiares, comunitarias, la inserción del paciente en su medio y la detección de situaciones de riesgo, entre otros parámetros.

Por último, debemos resaltar que al hablar de la política de prevención que deberán llevar adelante las obras sociales establece con claridad:

“Se establecerá:

1. Una Política de Prevención General dirigida a su población beneficiaria, ajustada por las características propias de la misma.

2. Políticas Específicas para grupos más vulnerables, por situaciones de mayor riesgo, tales como:

- pobreza*
- bajos niveles educativos*
- difícil acceso a los servicios de salud*
- condición de género: mujeres*
- abandono*
- drogadependencia*
- trabajadores golondrina, etc.*

Una Política de Prevención deberá asegurar la promoción de la salud, y consta de:

1. Información dirigida al:

- conocimiento de la infección por HIV/SIDA*
- dimensión del problema*

- *mecanismos de transmisión*

- *formas para evitar el contagio*

2. *Educación para la salud, basada en un aprendizaje del diálogo, la participación y la responsabilidad individual y colectiva, definiendo una metodología adaptada a las poblaciones a cubrir”.*

Como se ve, la normativa en cuestión incluye **indicadores claros del enfoque de derechos en estudio**, tales como:

- ***Ajuste de las políticas a las características propias de la población beneficiaria.***
- Necesidad de atender en el diseño e implementación de las políticas a los ***grupos en situación de vulnerabilidad***, dando indicadores de ella.
- ***Promoción de la salud basada en la educación y transmisión de información.***
- Educación para la salud enfocada desde la ***participación de los interesados y con establecimiento de responsabilidades.***

Se complementará el análisis respecto a las directrices internacionales en conjunto con la próxima unidad de análisis.

c. **Medicina prepaga. Ley 24.754. Ley nacional 26.682, marco regulatorio de la medicina prepaga**

La ley 24.754 incorpora la obligación, por parte de las empresas de medicina privada o prepagas, de incluir en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas "prestaciones obligatorias" dispuestas para las obras sociales, conforme a lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24. 455, y sus respectivas reglamentaciones.

Esta ley fue complementada con marco más general, la ley 26.682 sancionada en mayo de 2011. Esta última vino a establecer un marco regulatorio a la medicina prepaga, regulación que es esencial si queremos garantizar a través del marco normativo el pleno acceso de toda la población a la atención de su salud. El reconocimiento del derecho a la salud es radicalmente opuesto a concebir la actividad de las prepagas como agentes de un mercado de la salud. El Estado, en virtud de nuestra Carta Magna y de los Tratados Internacionales ya analizados, debe asegurar y garantizar el efectivo ejercicio del derecho a la salud. En este sentido, esta ley se propone permitir el desarrollo de la actividad de las empresas de medicina prepaga, siempre que respeten pautas que permitan preservar el derecho de los ciudadanos a la cobertura de salud.

La sanción de la ley 26.682 define el contenido del ausente marco regulatorio que viene a dar una respuesta a los incesantes conflictos entre los usuarios y las empresas de medicina prepaga. Los avances más importantes de esta ley vienen a dar soluciones a la problemática relacionada con el “período de carencia” y a las “enfermedades preexistentes”. En lo que refiere a las enfermedades preexistentes, éstas no pueden constituirse como un criterio de rechazo a la admisión del usuario y sólo podrán establecerse mediante declaración jurada. Tampoco se permite como criterio de rechazo la edad del usuario. En este sentido será la Autoridad de Aplicación la que deba definir los porcentajes de aumento de costos según los riesgos para los distintos rangos etáreos. En otros puntos, las prepagas deberán cubrir todas las enfermedades previstas en el **Plan Médico Obligatorio (PMO)** de las Obras Sociales sindicales y no podrán fijar cuotas más altas para los pacientes que tengan más de 65 años y 10 años de permanencia en el sistema.

En este punto debemos recordar que el **PMO** es una canasta básica de prestaciones, a través de la cual, los beneficiarios tienen derecho a recibir prestaciones médico asistenciales. La obra social debe brindar las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión.

El PMO, entró en vigencia a partir de la publicación de la Resolución N° 247 del año 1996 con posteriores y sucesivas modificaciones. Tampoco pueden negar una cobertura independientemente de lo que dicte el contrato si es de cobertura obligatoria por el PMO. La autoridad que dicta la norma es el Ministerio de Salud y su Autoridad de Aplicación es la Superintendencia de Servicios de Salud. Comprende a las Obras Sociales, Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud comprendidos en la ley 23.661, mutuales y entidades de Medicina Privada.

Con todo lo dicho hasta aquí, vemos que esta normativa viene a ampliar la cobertura de las prestaciones del VIH y el sida, obligando a las empresas de medicina prepaga, subsistema de la medicina privada en la Argentina, a cubrir dicha atención. Por esto nos remitimos al análisis de la norma anterior, es decir de la ley 24.455, remarcando claramente que se trata de normas que ***claramente cumplen lo establecido en la sexta directriz de ONUSIDA sobre VIH y DD.HH.***

En dicha directriz, encontramos un llamamiento para que los Estados dicten normas que sobre una base continua e igualitaria propendan a la disponibilidad de productos y servicios para la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH.

El punto tercero de esta directriz ordena con claridad que las medidas a tomar deben ***prestar especial atención a las personas y poblaciones vulnerables.*** Como se ve, este

parámetro ha sido claramente normado por la **Resolución 625/97** la que una y otra vez, remite a la necesidad de atender en su implementación a estas poblaciones.

A su vez, en su **punto 29**, esa **directriz** trata sobre los **factores sociales, económicos, culturales y jurídicos que afectan dicha accesibilidad y la obligación de dar respuesta a estos factores en las políticas a implementar**, tratando de atender las necesidades de las poblaciones vulnerables.

En las recomendaciones de su aplicación se sostiene: **“.27. Los Estados deberían desarrollar y aplicar planes nacionales para hacer progresivamente efectivo el acceso universal al tratamiento, atención y apoyo integrales de todas las personas que viven con el VIH, así como a la amplia gama de productos, servicios e información para la prevención del VIH...”**. Como se puede apreciar, las dos leyes analizadas en este punto, justamente buscan ampliar el horizonte de personas que acceden al tratamiento y asistencia del VIH y el sida, regulando esta obligación para los subsistemas privado y de seguridad social en la Argentina. Estas mismas recomendaciones nos señalan que **el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo con respecto al VIH es necesario para respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos en materia de salud, incluido el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud**.

Como se ve, todos parámetros que encontramos en ambas normativas analizadas.

d. Resolución 105/97. Normas de SIDA en perinatología. Ley 25.543. Obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida a toda mujer embarazada.

En primer lugar debemos resaltar que se trata de una política pública dirigida a reducir los riesgos vinculados a la transmisión vertical e inserta, por lo tanto, en los cuidados de salud

vinculados a la natalidad y el embarazo. Esto ya hace que dicha política se relacione con el enfoque de la salud acorde con lo analizado hasta el momento.

Ahora bien, esta normativa la encontramos contenida en la **octava directriz de ONUSIDA** que en el apartado f) al indicar las medidas a tomar por parte de los Estados sostiene:

“Los Estados deberían velar por que todas las mujeres y las muchachas en edad fecunda tengan acceso a la información y el asesoramiento preciso y amplio sobre la prevención de la transmisión del VIH y el riesgo de transmisión vertical de éste, así como a los recursos disponibles para minimizar ese riesgo o no interrumpir el embarazo, si así lo desean³⁶”.

Como se puede apreciar de la lectura de la resolución sobre normas de atención en perinatología para VIH, éstas están precisamente dirigidas a minimizar el riesgo de transmisión vertical del VIH desde un **abordaje que implica el debido asesoramiento**, como también respetando **la voluntariedad de la prueba diagnóstica** y por lo tanto la autonomía de la voluntad de la persona. Así podemos señalar lo dispuesto en el siguiente párrafo:

“Debe garantizarse el asesoramiento, en un ámbito de privacidad, sobre el significado del estudio del VIH. Analizando con la paciente las conductas de riesgo de infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) y su modo de prevención³⁷”.

La norma desarrolla en extensión los puntos a tener en cuenta en el **asesoramiento**, insistiendo en la necesidad de la voluntariedad de la prueba. Dicha voluntariedad se remarca, debido a que es necesario un compromiso cierto de la mujer embarazada en el tratamiento preventivo para el niño o niña por nacer.

Por último, debemos señalar que *esta norma establece la obligación de cumplir con esta cobertura a todo el sistema de salud*, es decir, incluye la misma obligación tanto al sistema

³⁶ ONUSIDA (2007). Op. cit. pág. 54

³⁷ Min. Salud. Resolución 105/97. Introducción. Ver anexo.

de obras sociales como al de la medicina privada, alcanzando con esto el **objetivo de cobertura universal de la prestación.**

Por lo dicho podemos sostener que ambas normas se inscriben dentro de las indicaciones dadas por ONUSIDA y, por ende, siguen complementando un abordaje integral desde el enfoque de derechos en la materia.

e. Ley 25.673. Programa Nacional de Salud Sexual y procreación responsable. Decreto reglamentario 1282/2003.

Es interesante comenzar el análisis de esta norma viendo lo establecido por el decreto reglamentario, decreto 1282/2003, que entre sus considerandos expresa conceptos tales como:

- *Que la Ley Nº 25.673 importa el cumplimiento de los derechos consagrados en Tratados Internacionales, con rango constitucional, reconocido por la reforma de la Carta Magna de 1994, como la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer; y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros.*
- *Que la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) define el derecho a la planificación familiar como "un modo de pensar y vivir adoptado voluntariamente por individuos y parejas, que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad, con el objeto de promover la salud y el bienestar de la familia y contribuir así en forma eficaz al desarrollo del país."*

- *Que la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.*
- *Que estadísticamente se ha demostrado que, entre otros, en los estratos más vulnerables de la sociedad, ciertos grupos de mujeres y varones, ignoran la forma de utilización de los métodos anticonceptivos más eficaces y adecuados, mientras que otros se encuentran imposibilitados económicamente de acceder a ellos.*
- *Que en consecuencia, es necesario ofrecer a toda la población el acceso a: la información y consejería en materia de sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el HIV/SIDA y patología genital y mamaria; así como también la prevención del aborto.*
- *Que nuestro ordenamiento jurídico, principalmente a partir de la reforma Constitucional del año 1994, incorporó a través del art. 75, inc.) 22 la CONVENCIÓN INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, y con esa orientación, esta ley persigue brindar a la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, siendo aspectos sobre los que, de ninguna manera, nuestros adolescentes pueden desconocer y/ o permanecer ajenos³⁸.*

Se podrían seguir enumerando otros conceptos vertidos entre los considerandos del decreto reglamentario, pero con la sola lectura de los expuestos hasta aquí, se puede sostener con claridad que el marco interpretativo dado por estos considerandos inscribe a las normas en análisis dentro del concepto de salud pública sostenido en el presente trabajo,

³⁸ Min. de Salud de la Nación. Decreto 1282/2003, Considerandos. Ver anexo.

como así también que pretende tener en cuenta la normativa internacional de derechos humanos, como la Convención Internacional de Derechos del Niño, norma constitucional para nuestro país a partir de la reforma realizada a la Carta Magna en el año 1994.

También podemos señalar que, al comentar la octava directriz en su punto h), ONUSIDA recomienda:

“h) Los Estados deberían asegurar que los niños y adolescentes tengan adecuado acceso a los servicios confidenciales de salud sexual y reproductiva, incluida la información sobre el VIH, el asesoramiento, las pruebas y las medidas de prevención como el preservativo, así como a servicios sociales de apoyo si están afectados por el VIH. Al prestar esos servicios a los niños o adolescentes habría que tener en cuenta el equilibrio adecuado entre su derecho a participar en la toma de decisiones según su capacidad evolutiva y los derechos y deberes de los padres o tutores en lo que respecta a la salud y el bienestar del niño³⁹”.

Si se lee detenidamente la normativa en análisis encontramos que en el artículo 2 de la ley se establece como objetivo el alcanzar el nivel más alto de salud sexual para toda la población, que le permita adoptar decisiones libres de presiones y discriminación. A su vez se establece el objetivo de promover la salud sexual de los adolescentes y de potenciar la participación femenina en la toma de decisiones respecto a su salud sexual. Estos conceptos se complementan con lo dispuesto por el artículo 4 que con claridad sostiene que, si bien la ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y deberes de la patria potestad, siempre se debe tener en cuenta el interés superior del niño de acuerdo a lo normado por la convención internacional. El decreto reglamentario, decreto 1282, al reglamentar el artículo 4 de la ley, sostiene que se considera al niño como beneficiario, sin ningún tipo de discriminación, del nivel más alto de salud y dentro de ella de las políticas de salud sexual y

³⁹ ONUSIDA (2007) op. cit. pp. 54-55.

reproductiva, teniendo derecho a recibir a su pedido información y asesoramiento vinculados a las mismas.

Es decir nos encontramos ante una ley y su decreto reglamentario en los que encontramos que:

- Prestan especial atención a la situación de mujeres, niños, niñas y adolescentes en cuanto a su salud sexual y reproductiva, fijando políticas activas al respecto, en concordancia con lo sostenido por las directrices internacionales, como así también por los lineamientos conceptuales de la salud pública y el enfoque de derechos.
- Fija pautas de universalidad en el acceso, obligando a todos los subsistemas de salud a prestar estos servicios.
- Toma como marco interpretativo y de aplicación normas internacionales de derechos humanos.
- En varios puntos claramente determina que la norma se debe aplicar sin ningún tipo de discriminación.

De esta forma podemos sostener que ambas normas se inscriben y son respetuosas del enfoque de derechos en salud.

f. Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Ley 26.061.

Por ser ésta una ley que, como se dijo, regula todos los derechos humanos relativos a la niñez y adolescencia excede el marco de análisis de este trabajo, motivo por el cual, nos limitaremos a señalar los artículos vinculados al derecho a la salud y el concepto jurídico del interés superior del niño, niña y adolescente.

Si bien esta ley repite todos los derechos contenidos en la Convención Internacional de los Derechos del Niño, lo cierto es que se trata de una ley federal que tampoco puede ser desconocida al momento de interpretar la cuestión. Así disposiciones como las del art. 1 que sostiene que los derechos reconocidos en la ley están asegurados por su máxima exigibilidad y sustentados en el principio del interés superior del niño, como así también la del artículo 2 que sostiene con un criterio amplio, el derecho de niñas, niños y adolescentes a ser oídos sin ningún tipo de limitación y atendidos en todos los ámbitos, refuerzan la interpretación sostenida en este trabajo. Incluso cuando establece dentro de la responsabilidad gubernamental⁴⁰ que las políticas públicas de los Organismos del Estado deben garantizar con absoluta prioridad el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes, nos encontramos con una normativa que claramente se inscribe en el contexto de la atención del VIH y demás enfermedades de transmisión sexual. Interpretación que estaría acorde al decreto 415/2006 que reglamenta la ley 26.061, cuando al reglamentar el artículo 14, Derecho a la Salud, establece que el derecho integral de la salud del adolescente, incluye el abordaje de su salud sexual y reproductiva previsto en la ley 25.673⁴¹.

Es importante remarcar el concepto jurídico del interés superior del niño. En este sentido, la ley 25.561 en su artículo 3 sostiene:

“ INTERES SUPERIOR. A los efectos de la presente ley se entiende por interés superior de la niña, niño y adolescente la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley.

Debiéndose respetar:

a) Su condición de sujeto de derecho;

⁴⁰ Art. 5 de la ley 26.061

⁴¹ Ministerio de Desarrollo Social. Decreto 415/2006. Artículo 14.

b) El derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta;

c) El respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural;

d) Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales;

e) El equilibrio entre los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes y las exigencias del bien común;

f) Su centro de vida. Se entiende por centro de vida el lugar donde las niñas, niños y adolescentes hubiesen transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia.

Este principio rige en materia de patria potestad, pautas a las que se ajustarán el ejercicio de la misma, filiación, restitución del niño, la niña o el adolescente, adopción, emancipación y toda circunstancia vinculada a las anteriores cualquiera sea el ámbito donde deba desempeñarse.

Cuando exista conflicto entre los derechos e intereses de las niñas, niños y adolescentes frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos, prevalecerán los primeros”⁴².

Como se puede apreciar este artículo fija una pauta interpretativa que, como en el caso del acceso al test de VIH y al resultado del mismo, nos da una norma que facilita el acceso de niños, niñas y adolescentes a su atención referida al VIH, que vence resistencias imperantes en el sistema de salud, debido a su reticencia a facilitar el acceso de los mismos sin la presencia y consentimiento parental.

El artículo 14 de la ley, luego de pasar revista por acciones concretas reguladoras del derecho a la salud integral de la niñez y adolescencia establece “*Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención,*

⁴² Ley 25.561. Artículo 3°. Ver anexo.

*promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud*⁴³.

Como se puede apreciar nos encontramos ante una norma que nos habla de priorizar el acceso del derecho a la salud del niño en condiciones de igualdad y no discriminación⁴⁴, obligando al Estado a brindar asesoramiento, información y protección, entre otras pautas, para lograrlo. Refuerza el concepto de la niñez como sujeto de derechos y su relación a ser oída y atendida en sus necesidades. Todas variables del enfoque de derechos en salud ya analizado.

Por último recordemos lo ya analizado en la ley anterior respecto al comentario a la 8° directriz internacional, realizado por ONUSIDA, que habla sobre ***la obligación de los Estados de brindar adecuado acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva teniendo en cuenta lo normado por la convención internacional de derechos del niño y su desarrollo madurativo***. Como se puede apreciar, el articulado de la presente ley se inscribe claramente dentro del respeto irrestricto a esta directriz internacional.

g. Ley de derechos del paciente. Ley 26.529.

En primer término debemos decir que esta ley claramente se inscribe en los lineamientos del enfoque de derechos humanos, como así también que recepta principios como el de la veracidad en la información sanitaria, la autonomía de la persona y, por lo tanto, la capacidad de decidir sobre su cuerpo y la confidencialidad en la atención de la salud.

⁴³ Ley 25.561. Artículo 14 in fine. Ver anexo.

⁴⁴ Ver artículo 28 de la misma ley en anexo.

Es por esto que consideramos importante incorporar esta ley dentro del análisis, ya que como lo sostiene su artículo segundo, regula los derechos esenciales de la persona en su relación con el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate⁴⁵. Es decir toda atención vinculada a cualquier efector de cualquier subsistema de salud de la Argentina, debe respetar los derechos señalados en la ley en análisis y vinculados a la autonomía de la voluntad de la persona, la información que recibe y la documentación clínica.

Al remarcar la autonomía de la voluntad y el derecho vinculado a ella de recibir la información necesaria para ejercerla⁴⁶, esta ley se inscribe en los lineamientos dados por ONUSIDA y referidas a la 3° directriz internacional.

A su vez refuerza lo ya analizado respecto a niñas, niños y adolescentes al sostener que los mismos tienen derecho a intervenir en los términos fijados por la ley 26.061 a los fines de la toma de decisiones sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que los involucren⁴⁷. Idea que será reforzada por lo normado en el inciso a) del artículo 2° que establece también el derecho de toda persona a ser asistida sin ningún tipo de discriminación:

“a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente”.

⁴⁵ Ley 26.529, artículo 2°. Ver anexo.

⁴⁶ Ley 26.529, mismo artículo inc. f). Ver anexo.

⁴⁷ Ley 26.529, mismo artículo inc. e). Ver anexo .

A su vez fija la obligación de que se **otorgue a la persona un trato digno y respetuoso de sus convicciones personales y morales**, remarcando sobre todo aquellas vinculadas a condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad.

Es interesante resaltar que esta ley posee un capítulo dedicado al consentimiento informado entendido como *“la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada⁴⁸”*, regulando con claridad incluso qué tipo de información se debe dar a la persona para que pueda emitir dicha declaración de voluntad.

Como se advierte la ley de derechos del paciente incorpora en el plexo normativo argentino vinculado a la relación establecida entre la persona y el sistema de salud en ocasión de ser asistido, los principios de:

- Universalidad.
- No discriminación.
- Confidencialidad.
- Autonomía de la voluntad.
- Atención prioritaria de niñas, niños y adolescentes.
- Respeto a las cuestiones de género y diversidad cultural.

h. Resolución 1340/2013. Recomendaciones para la implementación de Test rápidos en el diagnóstico de VIH y otras ITS.

Esta resolución se inscribe en las recomendaciones dadas por ONUSIDA respecto a la **sexta directriz**, que su punto 33 señala la obligación de los Estados de asegurar la

⁴⁸ Ley 26.529. Artículo 5°. Ver anexo.

disponibilidad, uso y aplicación de directrices, sólidas y científicamente actualizadas de prevención, tratamiento, atención y apoyo a las personas con VIH.

A su vez, las recomendaciones a la sexta directriz sostienen la importancia de regular las pruebas rápidas de VIH, evitando con ello que las personas se vean afectadas al implementarse su uso.

Así podemos advertir cómo la resolución en cuestión normatiza con claridad que sólo pueden ser utilizados test rápidos validados científicamente por la autoridad de aplicación en la materia, debiendo asegurarse la capacitación del personal de salud para garantizar la calidad del proceso. Además se normatiza el control de calidad del propio proceso, haciendo especial énfasis en el asesoramiento pre y post test, como también en la voluntariedad de la prueba diagnóstica.

Todos parámetros ya analizados y en concordancia con las recomendaciones dadas por las directrices de ONUSIDA.

Por último, al referirnos a esta norma, no podemos dejar de señalar que en sus considerandos señala claramente como marco referencial a todos los tratados de derechos humanos incorporados por el artículo 75 inc. 22 de la Constitución Nacional, lo cual hace que nos encontremos ante una resolución inscripta conceptualmente en el marco referencial de los Tratados Internacionales de Derechos Humanos.

Consideraciones finales.

Con lo visto hasta aquí, podemos afirmar que el marco normativo aplicable a la respuesta al VIH y al SIDA en la República Argentina desde un comienzo ha ido incorporando el enfoque de derechos humanos en salud.

Así podemos afirmar que, a pesar de las debilidades señaladas, la ley nacional 23.798 marcó un hito en el tema, dando el puntapié inicial de la legislación que ha ido completando el marco legal de aplicación en la materia.

Ya en el marco teórico del presente trabajo se ha intentado resaltar el carácter histórico del proceso de la salud, determinado éste, por factores sociales, políticos, económicos y culturales. Teniendo en cuenta las características de este proceso, hemos analizado la necesidad de reforzar la participación comunitaria en los programas de salud pública, entendiendo para ello, la necesidad de que la legislación preste especial importancia a los grupos vulnerables, a la tarea preventiva y a la educación de la población.

También hemos analizado al enfoque de derechos humanos –EDH- como un marco conceptual que se basa normativamente en las normas internacionales de derechos humanos y tiene como objetivo analizar las desigualdades y corregir las prácticas discriminatorias, que en el caso que nos ocupa, dificultan el acceso al pleno goce del derecho a la salud de las personas con VIH en la Argentina.

Para ello prestar especial importancia a las poblaciones con vulnerabilidades incrementadas, a las marginadas y a las prácticas discriminatorias basadas en el género, la condición social y económica de las personas, se transforma en una cuestión central.

Es así que, teniendo en cuenta todo esto, las políticas públicas deben garantizar la integralidad e intersectorialidad de las mismas, como así también la coordinación desde el Estado tendiente a garantizar la universalidad y participación ciudadana.

Todo este marco conceptual se ve reflejado en las normas analizadas en el presente trabajo. Podemos advertir que refuerza **una y otra vez el concepto de asistencia integral como derecho de la población**. Así, tanto la ley nacional de SIDA -23.798-, como las leyes que rigen a las obras sociales y empresas de medicina privada, dan un marco normativo que obliga a todo el sistema de salud en la Argentina a brindar una cobertura integral en la materia.

También hemos visto cómo estas leyes tanto en sus considerandos, como en sus decretos reglamentarios, e incluso en su articulado –caso de la ley 23.798-, **hacen referencia a los derechos humanos como marco referencial**, mostrando la necesidad de entender que la aplicación de estas normas debe orientarse al enfoque integral de la salud, haciendo, todas, una referencia puntual a la necesidad de atender especialmente la situación de las poblaciones y personas vulnerables.

A su vez en todo el marco normativo **se refuerza la idea de la lucha contra la discriminación en la materia**, como así también a respetar la confidencialidad de la información y voluntariedad de la prueba diagnóstica.

Por otra parte, se ha establecido que el marco normativo en su conjunto, se inscribe en las recomendaciones dadas por ONUSIDA para la aplicabilidad de las directrices internacionales.

Es por esto que podemos sostener con claridad que la hipótesis de trabajo ha quedado confirmada respecto a la incorporación paulatina del EDH.

Ahora bien, esta incorporación paulatina, que fue respondiendo a la misma evolución de la epidemia y a los avances científicos alcanzados en la materia, se ha visto plasmada en distintas normas, todas ellas respondiendo a situaciones específicas. Por ejemplo, normas para el subsistema de obras sociales, normas para las empresas de medicina privada, normas vinculadas al acceso al diagnóstico de madres y prevención de la transmisión vertical, etcétera.

Esto también puede ser señalado como una debilidad al respecto, pues la dispersión de normas muchas veces torna difícil operacionalizar su aplicabilidad.

En la introducción se ha explicado que el presente trabajo ha sido realizado al tiempo de ir creando el área de derechos humanos dentro de la Dirección de SIDA y ETS-enfermedades de transmisión sexual- del Ministerio de Salud de la Nación.

Por lo tanto teniendo en cuenta esto, como así también las debilidades señaladas respecto a la ley nacional 23.798, al realizar el estudio del marco normativo, el trabajo sirvió de disparador para un proceso de consulta a nivel nacional referido al marco legal en cuestión.

Este proceso de consultas incluyó a la ley nacional de SIDA, ley 23.798.

Para ello se partió de una lectura crítica de la ley señalando las debilidades ya vistas en este trabajo, para enviar una primera ronda de consultas al Consejo consultivo de la Dirección de SIDA y ETS del Ministerio de Salud, a la Fundación Huésped, a la Sociedad Argentina Interdisciplinaria de SIDA –SAISIDA- y organismos internacionales como la Oficina nacional de OPS y ONUSIDA.

Luego de recepcionados los aportes de dichos organismos, se procedió a redactar un documento que los sintetizara, para ser enviados a las organizaciones de la sociedad civil con

trabajo en VIH, centralizando la consulta en aquellas conformadas por personas afectadas por la epidemia.

Dicha consulta se realizó a: Red Argentina de Personas viviendo con VIH (REDAR), Federación CREFOR (aglutina a organizaciones del interior del país), Red Argentina de Jóvenes y adolescentes positivos (RAJAP), REDAR NOA, Asociación por la defensa de los derechos humanos de los enfermos de SIDA (ADDHES), Redes Nueva Frontera (con trabajo territorial en la región de cuyo).

Como se puede apreciar, se trata de un intento legislativo que desde un comienzo refuerza la necesaria visión intersectorial, como así también la participación de las personas directamente afectadas en el tema.

Todas las propuestas y sugerencias reforzaron la visión de este trabajo, remarcando la necesidad de:

- Modificar la terminología obsoleta y/o estigmatizante (contagio, portador, etc)
- Incluir la cobertura de aspectos sociales teniendo en cuenta la vulnerabilidad laboral, social y económica a la cual se ven sometidas las personas con VIH.
- Unificar en una norma las cuestiones vinculadas a cobertura en todos sus niveles: preventivo, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y asistencia.
- Extensión de la cobertura vinculada sobre todo al acceso al diagnóstico.

A su vez se estableció como necesario a partir de este estudio, avanzar en el análisis de los documentos producidos desde la Dirección de SIDA y ETS del Ministerio de Salud, así como también el análisis de su plan estratégico. Al analizarse el “Plan estratégico nacional 2013-2017” de la DSyETS, se pudo determinar que al desarrollarse el objetivo cuarto, esto es el de *reducción del estigma y discriminación*, la propuesta elaborada se limitaba a una

mirada centrada en la inclusión de acciones tendientes a disminuir la discriminación por orientación sexual y particularmente a la discriminación del acceso al sistema de la salud de hombres que tienen sexo con hombres y personas trans. Es por esto que este trabajo también permitió reelaborar ese objetivo e incluir, dentro de las propuestas, algunas que profundizan la incorporación del enfoque desarrollado en el presente trabajo. Estas son:

- Promoción de estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento, orientados a las poblaciones con vulnerabilidad incrementada frente al VIH, ITS y hepatitis virales, en el marco de las leyes y normas vigentes.
- Desarrollo de la incidencia política que articule al Estado con OSC (organizaciones de la sociedad civil) y actores significativos en la toma de decisiones, en relación a la atención de la población afectada por la epidemia con un enfoque de DD.HH.
- Sensibilización de distintas agencias estatales de DD.HH. y acceso a la justicia, INADI y Servicio Penitenciario, para la atención de la problemática vinculada al estigma y la discriminación del VIH y sida.

Resumiendo, nos encontramos ante un conjunto normativo que no posee contradicciones y que incorpora el enfoque derechos en salud analizado en este trabajo. Pero, a su vez, posee la debilidad de su dispersión normativa, como también cuestiones terminológicas contrarias al enfoque en su ley madre. Por lo tanto, se estima conveniente la revisión de las normas proponiendo las modificaciones señaladas en los párrafos precedentes.

Este estudio deberá incluir, a su vez, un análisis transversal de las políticas implementadas desde la Dirección de SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación para así establecer hasta qué punto en las políticas públicas impulsadas por el organismo se ve reflejado tanto el marco normativo analizado, como el marco teórico propuesto en el presente trabajo.

Para, a partir ese análisis, proponer las reformas necesarias que fortalezcan la promoción y defensa integral de los derechos humanos en el abordaje llevado adelante por dicha dirección nacional.

BIBLIOGRAFÍA.

- Almeida-Filho, N. (2000) *La ciencia tímida: Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología*. Editorial Lugar. Buenos Aires.
- Badilla, A. E. (2007) El VIH y los derechos humanos: retos de política y legislación. *Notas de Población N° 85*. CEPAL.
- Courtis, C. (2005) La aplicación de tratados e instrumentos internacionales sobre derechos humanos y la protección jurisdiccional del derecho a la salud: apuntes críticos. *Documento de estudio utilizado en la cátedra de Concepto y Fundamento de los Derechos Humanos*. Maestría en Derechos Humanos UNLP.
- Cunill Grau, N. (2010). Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. *Revista del CLAD Reforma y democracia*. N° 46 1-19. Caracas.
- Declaración del Milenio. Asamblea General de la ONU, Nueva York, 6 al 8 de septiembre de 2000. Disponible en <http://www.un.org/es/development/devagenda/millennium.shtml>
- Decreto 1244/91. Reglamentación ley 23.798. Disponible en: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/5000-9999/6544/texact.htm>
- Decreto 1282/2003, reglamentación de la ley 25.673. Disponible en: <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/85000-89999/85450/norma.htm>
- Decreto 415/2006, reglamentario de la ley 26.061. Disponible en: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/115000-119999/115526/norma.htm>
- Franco Giraldo, A.; Alvarez-Dardet, C. (2008). Derechos Humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. *Gac Sanit*. N°22(3):280-86. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/gsv22n3/politicas>
- Garretón, Roberto (2004). Derechos Humanos y políticas públicas. En: *Políticas Públicas en Derechos Humanos en el MERCOSUR*. Observatorio de Políticas Públicas en Derechos Humanos en el Mercosur. Uruguay. Disponible en: <http://www.observatoriomercosur.org.uy/libro/pdfs/Politicas Publicas de DD HH.pdf>
- Jiménez Benítez, W.G. (2007). El Enfoque de los Derechos Humanos y las Políticas Públicas. *Revista de Escuela Superior de Administración Pública*. Universidad Sergio Arboleda. Bogotá Colombia.

- Laurell, A.C. (1982) La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de la salud* N° 2. Pp. 7-25.
- Ley nacional de SIDA, 23.798. Disponible en:
<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/199/norma.htm>
- Ley 25.543. Obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana, a toda mujer embarazada. Disponible en:
<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/71528/norma.htm>
- Ley 26.682. Marco regulatorio de la medicina prepaga. Disponible en:
<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/180000-184999/182180/texact.htm>
- Ley 24.754. Ley de medicina prepaga que establece la obligatoriedad de la cobertura. Disponible en:
<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/41166/norma.htm>
- Ley 25.673. Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Disponible en:
<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/41166/norma.htm>
- Ley 26.061. Ley de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Disponible en:
<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>
- Ley 26.529. Derechos del Paciente. Disponible en:
<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina (2006). *La República Argentina y los Instrumentos Jurídicos Internacionales sobre Derechos Humanos*. Compilación.
- OBRAS SOCIALES. Ley 24.455. Prestaciones obligatorias que deberán incorporar aquellas recipiendarias del fondo de redistribución de la Ley N°23.661. Disponible en:
<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/10000-14999/14919/norma.htm>
- OMS (1978). Atención Primaria de la Salud. *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 Ginebra. 1978. Disponible en:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf?ua=1>

- OMS (2002). Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. *Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos N° 1*. Unidad de Estrategia para la Salud y los Derechos Humanos Oficina de la Directora General Organización Mundial de la Salud.

Ginebra, Suiza. Disponible en:

<http://www.who.int/hhr/activities/Q%26AfinalversionSpanish.pdf>

- OMS (2005), *Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Documento de información preparado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Disponible en

http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf

-ONUSIDA (2007), Grupo de Internacional de Cooperación Técnica en VIH y SIDA, Grupo de Cooperación Técnica Horizontal. Derechos Humanos, Salud y VIH. *Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género*.

-ONUSIDA (2007), Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada de 2006.

- ONU (2001) Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. 8a. sesión plenaria

27 de junio de 2001, Asamblea General de las Naciones Unidas. Disponible en

<http://www.un.org/es/aids/aress262.shtml>.

- ONU (2006) *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. ONU, Nueva York y Ginebra.

- OPS/OMS. *Curso básico a distancia en línea sobre la salud y los derechos humanos*.

Disponible en: <http://www1.paho.org/hr-ecourse-s/index.html>

-ONU (1993). Declaración y programa de acción de Viena. Aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos el 25 de junio de 1993. ONU. Derechos Humanos y políticas públicas. En *Políticas Públicas en Derechos Humanos en el MERCOSUR*. Roberto Garretón. Observatorio de Políticas Públicas en Derechos Humanos en el Mercosur. Uruguay, 2004.

-Perez Andrés, C. (1998). Mujer, derechos humanos y salud. *Rev. Esp. Salud Pública*, N°72: 87-89. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v72n2/editorial.pdf>

-Resolución N° 625/97 Ministerio de Salud y Acción Social. Disponible en:

<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/45966/norma.htm>

-Resolución N° 1340/2013. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en:

<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/219119/norma.htm>

- Resolución 105/97. "Norma de SIDA en Perinatología". Disponible en:

<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/46067/norma.htm>

- Resolución WHA23.60 “Medio humano”. 23ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra. Mayo de 1970.

- Resolución WHA23.61 “Principios básicos del desarrollo de servicios nacionales de salud”. 23ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra. Mayo de 1970.

ANEXO

ACTOS DISCRIMINATORIOS. Ley N° 23.592

Adóptanse medidas para quienes arbitrariamente impidan el pleno ejercicio de los derechos y garantías fundamentales reconocidos en la Constitución Nacional.

Sancionada: agosto 3 de 1988

Promulgada: agosto 23 de 1988

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de ley:

ARTICULO 1°.- Quien arbitrariamente impida, obstruya, restrinja o de algún modo menoscabe el pleno ejercicio sobre bases igualitarias de los derechos y garantías fundamentales reconocidos en la Constitución Nacional, será obligado, a pedido del damnificado, a dejar sin efecto el acto discriminatorio o cesar en su realización y a reparar el daño moral y material ocasionados.

A los efectos del presente artículo se considerarán particularmente los actos u omisiones discriminatorios determinados por motivos tales como raza, religión, nacionalidad, ideología, opinión política o gremial, sexo, posición económica, condición social o caracteres físicos.

Art. 2°.- Elévase en un tercio el mínimo y en un medio el máximo de la escala penal de todo delito reprimido por el Código Penal o Leyes complementarias cuando sea cometido por persecución u odio a una raza, religión o nacionalidad, o con el objeto de destruir en todo o en parte a un grupo nacional, étnico, racial o religioso. En ningún caso se podrá exceder del máximo legal de la especie de pena de que se trate.

Art. 3°.- Serán reprimidos con prisión de un mes a tres años los que participaren en una organización o realizaren propaganda basados en ideas o teorías de superioridad de una raza o de un grupo de personas de determinada religión, origen étnico o color, que tengan por objeto la justificación o promoción de la discriminación racial o religiosa en cualquier forma.

En igual pena incurrirán quienes por cualquier medio alentaren o iniciaren a la persecución o el odio contra una persona o grupos de personas a causa de su raza, religión, nacionalidad o ideas políticas.

Art 4°.- Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional. JUAN C. PUGLIESE - VICTOR H. MARTINEZ - Carlos A. BRAVO - Antonio J. MACRIS.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS TRES DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO.

Ley Nº 23.798

Declárase de interés nacional a la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Sancionada: Agosto 16 de 1990.

Promulgada de Hecho: Setiembre 14 de 1990.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1º — 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 la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población.

ARTICULO 2º — 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.

ARTICULO 3º — 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.

ARTICULO 4º — A los efectos de esta ley, las autoridades sanitarias deberán:

- a) Desarrollar programas destinados al cumplimiento de las acciones descriptas en el art. 1º, 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.

ARTICULO 5º — 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.

ARTICULO 6º — 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.

ARTICULO 7º — 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 trasplante y otros usos humanos, debiendo ser descartadas las muestras de sangre, hemoderivados y órganos para trasplante que muestren positividad.

ARTICULO 8º — Los profesionales que detecten el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o posean presunción fundada de que un individuo es portador, deberán informarle sobre el carácter infecto-contagioso del mismo, los medios y formas de transmitirlo y su derecho a recibir asistencia adecuada.

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

ARTICULO 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.

ARTICULO 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 IDH, 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, dedicado 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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 considerados faltas administrativas, sin perjuicio de cualquier otra responsabilidad civil o penal en que pudieran estar incurso los infractores.

ARTICULO 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 actúen 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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 art. 1º.

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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 20 — Las autoridades sanitarias a las que corresponda actuar de acuerdo a lo dispuesto en el art. 3º 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.

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

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

ARTICULO 23 — Comuníquese al Poder Ejecutivo. — ALBERTO R. PIERRI. — EDUARDO A. DUHALDE. — Esther H. Pereyra Arandía de Pérez Pardo. — Hugo R. Flombaum.

DADA LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS DIECISEIS DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO MIL NOVECIENTOS NOVENTA.

Decreto 1244/91Apruébase la Reglamentación de la Ley Nº 23.798.

Bs. As., 1/7/91

VISTO la Ley Nº 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 CONSTITUCION NACIONAL y por el artículo 12 de la Ley Nº 16.432, incorporado a la Ley Nº 11.672 (Complementaria Permanente de Presupuesto).

Por ello, EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA

DECRETA:

Artículo 1º — Apruébase la reglamentación de la Ley Nº 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. 2º — Créase en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL la Cuenta Especial Nº 23.798 con el correspondiente régimen de funcionamiento obrante en planilla anexa al presente.

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

NOTA: La Plantilla Anexa al Artículo 2º no se publica.

ANEXO I DEL DECRETO NRO. 1244/91

REGLAMENTACION DE LA LEY Nº 23.798

ARTICULO 1º — Incorpórase 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 EDUCACION, y se invitará a las Provincias y a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires a hacer lo propio.

ARTICULO 2º, 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 Ley Nº 23.054, y de la Ley Antidiscriminatoria, Nº 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, tienen 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 Nº 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 7º de la Ley Nº 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, Nº 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 un código que combine el sexo (S), las dos (2) primeras letras del nombre (DLN), las dos (2) primeras letras del apellido (DLA), el día de nacimiento (DN), el

meses de nacimiento (MN) y el año de nacimiento (AN), éste en cuatro (4) dígitos. Los meses y días de un (1) solo dígito serán antepuestos por el número cero (0).

Además se asociará a este código un número de control irrepetible que establezca la diferencia entre códigos idénticos. *(Inciso sustituido por art. 1º del [Decreto Nº 881/2001](#) B.O. 12/07/2001)*

ARTICULO 3º — EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCION 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 ACCION SOCIAL por medio de la SUBSECRETARIA DE SALUD, y a las autoridades de mayor jerarquía en esa área en la Provincias y en la MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

ARTICULO 4º —

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 CIENTIFICO TECNICO, que colaborará con la COMISION NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA en el marco del artículo 8º del Decreto 385 del 22 de marzo de 1989. Su composición y su mecanismo de actuación serán establecidos por el MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL.

ARTICULO 5º — Las autoridades de cada una de las instituciones mencionadas en el artículo 5º de la Ley Nº 23.798 proveerán lo necesario para dar cumplimiento a las disposiciones de dicha Ley y, en especial lo preceptuado en sus artículos 1º, 6º y 8º.

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

ARTICULO 6º — 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 8º.

ARTICULO 7º — A los fines de la Ley, los tejidos y líquidos biológicos de origen humano serán considerados equivalente a los órganos.

Serán aplicables al artículo 21 de la Ley Nº 22.990 y el artículo 18 del Decreto Nº 375 del 21 de marzo de 1989.

ARTICULO 8º — La información exigida se efectuará mediante notificación fehaciente. Dicha notificación tendrá carácter reservado, se entenderá 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.

ARTICULO 9º — El MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL determinará los controles mencionados en el artículo 9º de la Ley. El MINISTERIO DEL INTERIOR asignará a la DIRECCION NACIONAL DE MIGRACIONES los recursos necesarios para su cumplimiento.

ARTICULO 10. — La notificación de la enfermedad y, en su caso, del fallecimiento, será cumplida exclusivamente por los profesionales mencionados en el artículo 4º, inciso a) de la Ley Nº 15.465, observándose lo prescripto en el artículo 2º, inciso e) de la presente reglamentación.

Todas las comunicaciones serán dirigidas al MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL y a la autoridad sanitaria del lugar de ocurrencia, y tendrán el carácter reservado.

ARTICULO 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.

ARTICULO 12.— El MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL establecerá las normas de bioseguridad a que se refiere el artículo 12 de la Ley. El personal que manipule 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.

ARTICULO 13. — Sin reglamentar.

ARTICULO 14. — En el ámbito nacional será autoridad competente el MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL.

ARTICULO 15. — El MINISTERIO DE SALUD Y ACCION 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.

ARTICULO 16.— Sin reglamentar.

ARTICULO 17.— Sin reglamentar.

ARTICULO 18.— Sin reglamentar.

ARTICULO 19.— Sin reglamentar.

ARTICULO 20.— Sin reglamentar.

ARTICULO 21.— Sin reglamentar.

ARTICULO 22.— Sin reglamentar.

OBRAS SOCIALES. Ley 24.455

Prestaciones obligatorias que deberán incorporar aquellas recipendarias del fondo de redistribución de la Ley N°23.661.

Sancionada : Febrero 8 de 1.995. Promulgada: Marzo 1 de1.995.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc., sancionan con fuerza de Ley.

ARTICULO 1°— Todas las Obras Sociales y Asociaciones de Obras Sociales del Sistema Nacional incluidas en la Ley 23.660, recipendarias del fondo de redistribución de la Ley 23.661, deberán incorporar como prestaciones obligatorias:

a) La cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y los que padecen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o las enfermedades intercurrentes;

b) La cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes;

c) La cobertura para los programas de prevención del SIDA y la drogadicción.

ARTICULO 2°— Los tratamientos de desintoxicación y rehabilitación mencionados en los artículos 16, 17, 18 y 19 de la Ley 23.737 deberán ser cubiertos por la obra social de la cual es beneficiaria la persona a la que se le aplica la medida de seguridad curativa. En estos casos el Juez de la causa deberá dirigirse a la obra social que corresponda a fin de indicarle la necesidad y condiciones del tratamiento.

ARTICULO 3°— Las obras sociales, junto con el Ministerio de Salud y Acción Social elaborarán los programas destinados a cubrir las contingencias previstas en el artículo 1 de la presente. Estos deberán ser presentados a la ANSSAL para su aprobación y financiación, rigiendo su obligatoriedad a partir de ellas.

La no presentación en tiempo y forma de los programas previstos generará las sanciones que prevén las leyes 23.660 y 23.661.

ARTICULO 4°— El control del cumplimiento de los recaudos exigidos en el artículo 1° de la presente se efectuará por intermedio del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

ARTICULO 5°— La presente ley tendrá ejecutoriedad, previa existencia en el Presupuesto General de la Nación del período de que se trata de partidas específicas destinadas a sus fines.

ARTICULO 6°— La presente ley deberá ser reglamentada dentro de los sesenta días de su promulgación.

ARTICULO 7°— Comuníquese al Poder Ejecutivo. ALBERTO PIERRI — EDUARDO MENEM — Juan Estrada — Edgardo Piuzzi.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS OCHO DIAS DEL MES DE FEBRERO DEL AÑO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO.

SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD

LEY 23.661. Creación. Ambito de aplicación. Beneficiarios. Administración del Seguro. Agentes del Seguro. Financiación. Prestaciones del Seguro. Jurisdicción, infracciones y penalidades. Participación de las Provincias. Disposiciones transitorias.

Sancionada diciembre 29 de 1988. Promulgada Enero 5 de 1989.

Buenos Aires, 20/01/89

EL SENADO Y LA CAMARA DE DIPUTADOS DE LA NACION ARGENTINA REUNIDO EN CONGRESO, ETC.

SANCIONAN CON FUERZA DE LEY:

CAPITULO I

Del ámbito de aplicación

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

ART. 2º.- El seguro tendrá como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva.

Se consideran agentes del seguro a las obras sociales nacionales, cualquiera sea su naturaleza o denominación, las obras sociales de otras jurisdicciones y demás entidades que adhieran al sistema que se constituye, las que deberán adecuar sus prestaciones de salud a las normas que se dicten y se regirán por lo establecido en la presente ley, su reglamentación y la ley de Obras Sociales, en lo pertinente.

ART. 3.- El seguro adecuará sus acciones a las políticas que se dicten e instrumenten a través del Ministerio de Salud y Acción Social.

Dichas políticas estarán encaminadas a articular y coordinar los servicios de salud de las obras sociales, de los establecimientos públicos y de los prestadores privados en un sistema de cobertura universal, estructura pluralista y participativa y administración descentralizada que responda a la organización federal de nuestro país. Se orientarán también a asegurar adecuado control y

fiscalización por parte de la comunidad y afianzar los lazos y mecanismos de solidaridad nacional que dan fundamento al desarrollo de un seguro de salud.

ART. 4.- La Secretaría de Salud de la Nación promoverá la descentralización progresiva del seguro en las jurisdicciones provinciales, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, y el territorio nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

A ese efecto, las funciones, atribuciones y facultades que la presente ley otorga a la Secretaría de Salud de la Nación y a la Administración Nacional del Seguro de Salud podrán ser delegadas en las aludidas jurisdicciones mediante la celebración de los convenios correspondientes.

CAPITULO II

De los Beneficiarios

ART. 5.- Quedan incluídos en el seguro:

- a) Todos los beneficiarios comprendidos en la Ley de Obras Sociales.
- b) Los trabajadores autónomos comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, con las condiciones, modalidades y aportes que fija la reglamentación y el respectivo régimen legal complementario en lo referente a la inclusión de productores agropecuarios.
- c) Las personas que, con residencia permanente en el país, se encuentren sin cobertura médico-asistencial por carecer de tareas remuneradas o beneficios previsionales, en las condiciones y modalidades que fije la reglamentación.

ART. 6.- El personal dependiente de los gobiernos provinciales y sus municipalidades y los jubilados, retirados y pensionados del mismo ámbito no serán incluídos obligatoriamente en el seguro. Sin embargo podrá optarse por su incorporación parcial o total al seguro mediante los correspondientes convenios de adhesión.

Los organismos que brinden cobertura asistencial al personal militar y civil de las fuerzas armadas y de seguridad y el organismo que brinde cobertura asistencial al personal del Poder Legislativo de la nación y/o a los jubilados, retirados y pensionados de dichos ámbitos podrán optar por su incorporación total o parcial al seguro mediante los correspondientes convenios de adhesión.

CAPITULO III

De la Administración del Seguro

ART. 7.- La autoridad de aplicación del seguro será la Secretaría de Salud de la nación. En su ámbito, funcionará la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), como entidad estatal de derecho público con personalidad jurídica y autarquía individual, financiera y administrativa.

En tal carácter está facultada para ejecutar el ciento por ciento (100%) de los ingresos genuinos que perciba.

La fiscalización financiera patrimonial de la Administración Nacional del Seguro de Salud, prevista en la Ley de Contabilidad, se realizará exclusivamente a través de las rendiciones de cuentas y estados contables, los que serán elevados mensualmente al Tribunal de Cuentas de la Nación.

ART. 8.- Corresponde a los agentes del seguro y a las entidades que adhieran al mismo el cumplimiento de las resoluciones que adopten la Secretaría de Salud de la Nación y la ANSSAL en ejercicio de las funciones, atribuciones y facultades otorgadas por la presente ley.

ART. 9.- La ANSSAL tendrá la competencia que le atribuye la presente ley en lo concerniente a los objetivos del seguro, promoción e integración del desarrollo de las prestaciones de salud y la conducción y supervisión del sistema establecido.

ART. 10.- La ANSSAL estará a cargo de un directorio integrado por un (1) presidente y catorce (14) directores. El presidente tendrá rango de subsecretario y será designado por el Poder Ejecutivo Nacional, a propuesta del Ministerio de Salud y Acción social. Los directores serán siete (7) en representación del Estado Nacional, cuatro (4) en representación de los trabajadores organizados en la Confederación General del Trabajo, uno (1) en representación de los empleadores y uno (1) en representación del Consejo Federal de Salud. Este último tendrá como obligación presentar, como mínimo dos (2) veces al año, un informe sobre la gestión del Seguro y la administración del Fondo Solidario de Redistribución.

Los directores serán designados por la Secretaria de Salud de la nación, en forma directa para los representantes del Estado, a propuesta de la Confederación General del Trabajo los representantes de los trabajadores organizados, el del Consejo Federal de Salud a propuesta del mismo, y a propuesta de las organizaciones que nuclean a los demás sectores, de acuerdo con el procedimiento que determine la reglamentación.

ART. 11.- Los directores durarán dos (2) años en sus funciones, podrán ser nuevamente designados por otros períodos de ley y gozarán de la retribución que fije el Poder ejecutivo Nacional.

Deberán ser mayores de edad, no tener inhabilidades ni incompatibilidades civiles o penales. Serán personal y solidariamente responsables por los actos y hechos ilícitos en que pudieran incurrir con motivo y en ocasión del ejercicio de sus funciones.

En caso de ausencia o impedimento del presidente, será reemplazado por uno de los directores estatales, según el orden de prelación de su designación.

ART. 12.- Corresponde al presidente:

- a) Representar a la ANSSAL en todos sus actos;
- b) Ejercer las funciones, facultades y atribuciones y cumplir con los deberes y obligaciones establecidos en la presente ley, su reglamentación y disposiciones que la complementen;

- c) Convocar y presidir las reuniones del directorio en las que tendrá voz y voto el que prevalecerá en caso de empate;
- d) Invitar a participar, con voz pero sin voto, a un representante de sectores interesados, no representados en el directorio, cuando se traten temas específicos de su área de acción;
- e) Convocar y presidir las reuniones del consejo asesor y de la comisión, permanente de concertación, que crea la presente ley;
- f) Aplicar apercibimientos y multas de hasta cuatro (4) veces el monto mínimo, según lo establecido en el artículo 43 de la presente ley;
- g) intervenir en lo atinente a la estructura orgánica funcional y dotación de personal del organismo;
- h) Adoptar todas las medidas que, siendo competencia del directorio, no admitan dilación, sometiéndolas a la consideración en la sesión inmediata;
- i) Delegar funciones en otros miembros del directorio o empleados superiores del organismo.

ART. 13.- Corresponde al directorio:

- a) Dictar su reglamento interno;
- b) Intervenir en la elaboración del presupuesto anual de gastos, cálculo de recursos y cuenta de inversiones y elaborar la memoria y balance al finalizar cada ejercicio;
- c) Designar a los síndicos y fijarles su remuneración;
- d) Asignar los recursos del Fondo Solidario de Redistribución dictando las normas para el otorgamiento de subsidios, préstamos y subvenciones;
- e) Intervenir en la elaboración y actualización de los instrumentos utilizados para la regulación de efectores y prestadores;
- f) Dictar las normas que regulen las distintas modalidades en las relaciones contractuales entre los agentes del seguro y los prestadores;
- g) Autorizar inscripciones y cancelaciones en el Registro Nacional de Agentes del Seguro;
- h) Aplicar las sanciones previstas en el artículo 43 de la presente ley;
- i) Delegar funciones en el presidente por tiempo determinado;
- j) Aprobar la estructura orgánica funcional, dictar el estatuto, escalafón y fijar la retribución de los agentes de la ANSSAL;
- k) Designar, promover, remover y suspender al personal de la Institución.

ART. 14.- En el ámbito de la ANSSAL, funcionará un Consejo Asesor que tendrá por cometido asesorarlo sobre los temas vinculados con la organización y funcionamiento del seguro y proponer iniciativas encuadradas en sus objetivos fundamentales.

Estará integrado por los representantes de los agentes del seguro, de las entidades adherentes inscriptas como tales, de las entidades representativas mayoritarias de los prestadores y representantes de las jurisdicciones que hayan celebrado los convenios que establece el artículo 48. Podrán integrarlo además representantes de sectores interesados, no representados en el directorio de la ANSSAL, a propuesta del propio Consejo Asesor, con el carácter y en las condiciones que determine la reglamentación.

El Consejo Asesor elaborará su reglamento de funcionamiento el que será aprobado por el directorio de la ANSSAL.

Los integrantes del Consejo Asesor no percibirán remuneración por parte de la ANSSAL.

CAPITULO IV

De los Agentes del Seguro

ART. 15.- Las obras sociales comprendidas en la Ley de Obras Sociales serán agentes naturales del seguro, así como aquellas otras obras sociales que adhieran al régimen de la presente ley.

ART. 16.- Las entidades mutuales podrán integrarse al seguro, suscribiendo los correspondientes convenios de adhesión con la Secretaría de Salud de la Nación. En tal caso las mutuales se inscribirán en el Registro Nacional de Agentes del Seguro tienen respecto de sus beneficiarios y del sistema.

ART. 17.- La ANSSAL, llevará un Registro Nacional de agentes del Seguro, en el que inscribirá:

- a) A las obras sociales comprendidas en la Ley de Obras Sociales;
- b) A las asociaciones de obras sociales;
- c) A otras obras sociales que adhieran el régimen de la presente ley;
- d) A las entidades mutuales inscriptas en las condiciones del artículo anterior.

Formalizada la inscripción expedirá un certificado que acredita la calidad de agente del seguro.

La inscripción, habilitará el agente para aplicar los recursos destinados a las prestaciones de salud, previstos en la ley de Obras Sociales.

ART. 18.- Los agentes del seguro, cualquiera sea su naturaleza, dependencia y forma de administración, deberán presentar anualmente a la ANSSAL para su aprobación, en el tiempo y forma que establezca la reglamentación;

- a) El programa de prestaciones médico-asistenciales para su beneficiarios;
- b) El presupuesto de gastos y recursos para la ejecución del mencionado programa.

La ANSSAL resolverá dentro de los treinta (30) días hábiles inmediatos a su presentación la aprobación, observaciones o rechazo de las proposiciones referidas en los inciso precedentes. Transcurrido el plazo antes señalado sin resolución expresa, se considerarán aprobadas las propuestas.

Asimismo deberán enviar para conocimiento y registro de la ANSSAL;

1. La memoria general y balance de ingresos y egresos financieros del período anterior.

2. Copia legalizada de todos los contratos de prestaciones que celebre durante el mismo período.

ART. 19.- La ANSSAL designará síndicos que tendrán por cometido la fiscalización y control de los actos de los órganos y funcionarios de los agentes del seguro vinculados con el cumplimiento de las normas y disposiciones de la presente ley y su reglamentación.

Estas sindicaturas serán colegiadas y cada una de ellas podrá abarcar más de un agente del seguro.

Su actuación será rotativa con un máximo de cuatro años de funciones en un mismo agente del seguro.

Los síndicos podrán ser removidos por ANSSAL y percibirán la remuneración que la misma determine, con cargo a su presupuesto.

La ANSSAL establecerá las normas referidas a las atribuciones y funcionamiento de la sindicatura.

ART. 20.- Las resoluciones de los órganos de conducción deberán ser notificados a la sindicatura dentro de los cinco (5) días hábiles de producidas. Esta, en igual plazo deberá expedirse y en caso de efectuar observaciones las mismas deberán ser fundadas y podrán ser recurridas ante la ANSSAL de acuerdo al siguiente procedimiento.

1.- En el término de cinco (5) días hábiles subsiguientes a la notificación de la observación, el agente del seguro elevará a la ANSSAL la actuación observada y los fundamentos para su insistencia, sin que ello implique la suspensión de la ejecutoriedad de la resolución cuestionada.

2.- El directorio de la ANSSAL deberá resolver la cuestión planteada dentro de los diez (10) días hábiles de recepcionadas las actuaciones, notificando al agente la decisión adoptada, la que será irrecurrible en sede administrativa.

Vencido el plazo antes mencionado, y no mediando resolución expresa, quedará firme el acto observado.

La sindicatura podrá asistir a las sesiones del órgano conductivo del agente del seguro, con voz pero sin voto, y sus opiniones deberán constar en las respectivas actas.

CAPITULO V

De la financiación

ART. 21.- El Sistema Nacional del Seguro de Salud, para garantizar las prestaciones a que se refiere el artículo 2 de la presente ley, contará con:

a) La cobertura de prestaciones que tienen que dar a sus beneficiarios las obras Sociales, a la que destinarán como mínimo el ochenta por ciento (80%) de sus recursos brutos en los términos del artículo 5 de la Ley de Obras Sociales, que a tal fin serán administrados y dispuestos por aquéllos.

b) Los aportes que se determinen en el Presupuesto General de la Nación, discriminados por jurisdicción adherida, y los de éstas, con destino a la incorporación de la población sin cobertura y

carente de recursos. A tal efecto, y a partir de la fecha de promulgación de la presente ley, se creará en el ámbito de la Secretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Salud y Acción social, una cuenta especial, a través de la cual se recepcionarán las contribuciones del Tesoro nacional con destino al Fondo Solidario de Redistribución, como contrapartida de lo que las jurisdicciones adheridas aporten en igual sentido en sus respectivos ámbitos, dándose apertura a las partidas necesarias en el presupuesto de gastos de dicha Secretaría.

La base de cálculo que deberá tenerse en cuenta en la elaboración del Presupuesto General de la nación para dotar de recursos a la cuenta antes indicada, será el equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor promedio del ingreso por aportes y contribuciones que, por cada beneficiario obligado, recibieran las obras sociales de las jurisdicciones adheridas durante sus respectivos ejercicios presupuestarios del año inmediato anterior, a valores constantes, multiplicado por la población sin cobertura y carente de recursos que se estime cubrir en sus respectivos ámbitos por período presupuestario. El cincuenta por ciento (50%) que corresponde aportar a las jurisdicciones adheridas se considerará cumplido con lo invertido en sus presupuestos de salud para la atención de carenciados de sus respectivos ámbitos. En dicho presupuesto deberá individualizarse la partida originada para atender a carenciados.

El convenio de adhesión previsto en el artículo 48, siguientes y concordantes establecerá, a su vez, la responsabilidad de las partes y los mecanismos de transferencia;

- c) El aporte del Tesoro Nacional que, según las necesidades adicionales de financiación del seguro, determine el Presupuesto General de la Nación;
- d) Con las sumas que ingresen al Fondo Solidario de Redistribución.

ART. 22.- En el ámbito de la ANSSAL funcionará, bajo su administración y como cuenta especial, un Fondo Solidario de Redistribución ;que se integrará con los siguientes recursos:

- a) El diez por ciento (10%) de la suma de las contribuciones y aportes que preveen los incisos a) y b) del artículo 16 de la Ley de Obras Sociales. Para las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios el porcentaje mencionado precedentemente será del quince por ciento (15%) de dicha suma de contribuciones y aportes;
- b) El cincuenta por ciento (50%) de los recursos de distinta naturaleza a que se refiere la última parte del artículo 16 de la Ley de Obras Sociales;
- c) Los reintegros de los préstamos a que se refiere el artículo 24 de la presente ley ;
- d) Los montos reintegrados por apoyos financieros que se revoquen con más su actualización e intereses;
- e) El producido de las multas que se apliquen en virtud de la presente ley;
- f) Las rentas de las inversiones efectuadas con recursos del propio fondo;

- g) Los subsidios, subvenciones, legados y donaciones y todo otro recurso que corresponda ingresar al Fondo Solidario de Redistribución;
- h) Los aportes que se establezcan en el Presupuesto General de la Nación, según lo indicado en los incisos b) y c) del artículo 21 de la presente ley;
- i) Con el cinco por ciento (5%) de los ingresos que por todo concepto, perciba el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados;
- j) Los aportes que se convengan con las obras sociales de las jurisdicciones, con las asociaciones mutuales o de otra naturaleza que adhieran al sistema;
- k) Los saldos del Fondo de Redistribución creado por el artículo 13 de la ley 22.269, así como los créditos e importes adeudados al mismo.

ART. 23.- La recaudación y fiscalización de los aportes, contribuciones y recursos de otra naturaleza destinados al Fondo Solidario de Redistribución lo hará la ANSSAL directamente o a través de la Dirección Nacional de Recaudación Previsional, conforme a lo que determine la reglamentación, sin perjuicio de la intervención de organismos provinciales o municipales que correspondieren.

En caso de que la recaudación se hiciera por la Dirección Nacional de Recaudación Previsional, la ANSSAL podrá controlar y fiscalizar directamente a los obligados el cumplimiento del pago con el Fondo Solidario de Redistribución.

ART. 24.- Los recursos del Fondo Solidario de Redistribución serán destinados por la ANSSAL;

a) Los establecidos en el inciso b) del artículo 21 de la presente ley, para brindar apoyo financiero a las jurisdicciones adheridas, con destino a la incorporación de las personas sin cobertura y carentes de recursos, de conformidad con lo establecido en el artículo 49 inciso b) de la presente ley;

b) Los demás recursos:

1.- Para atender los gastos administrativos y de funcionamiento de la ANSSAL con un límite de hasta el cinco por ciento (5%) que podrá ser elevado hasta el seis por ciento (6%) por decreto del Poder Ejecutivo, en cada período presupuestario, a propuesta fundada del directorio de la ANSSAL.

2.- Para su distribución automática entre los agentes en un porcentaje no menor al setenta por ciento (70%), deducidos los recursos correspondientes a los gastos administrativos y de funcionamiento de la ANSSAL, con el fin de subsidiar a aquéllos que, por todo concepto, perciban menores ingresos promedio por beneficiario obligado, con el propósito de equiparar niveles de cobertura obligatoria, según la reglamentación que establezca la ANSSAL.

3.- Para apoyar financieramente a los agentes del seguro, en calidad de préstamos, subvenciones y subsidios, de conformidad con las normas que la ANSSAL dicte al efecto.

4.- Para la financiación de planes y programas de salud destinados a beneficiarios del seguro.

5.- Los excedentes del fondo correspondiente a cada ejercicio serán distribuidos entre los agentes del seguro, en proporción a los montos con que hubieran contribuido durante el mismo período, en las condiciones que dicte la ANSSAL y exclusivamente para ser aplicados al presupuesto de prestaciones de salud.

CAPITULO VI

De las prestaciones del seguro

ART. 25.- Las prestaciones del seguro serán otorgadas de acuerdo con las políticas nacionales de salud, las que asegurarán la plena utilización de los servicios y capacidad instalada existente y estarán basadas en la estrategia de la atención primaria de la salud y descentralización operativa, promoviendo la libre elección de los prestadores por parte de los beneficiarios, donde ello fuere posible.

ART. 26.- Los agentes del seguro mantendrán y podrán desarrollar los servicios propios existentes en la actualidad. Para desarrollar mayor capacidad instalada deberán adecuarse a las normativas que la ANSSAL y la Secretaría de Salud de la Nación establezcan.

Asimismo articularán sus programas de prestaciones médico asistenciales con otras entidades del seguro, procurando su efectiva integración en las acciones de salud con las autoridades sanitarias que correspondan. En tal sentido, los servicios propios de los agentes del seguro estarán disponibles para los demás beneficiarios del sistema, de acuerdo con las normas generales que al respecto establezca la Secretaría de Salud de la nación o el directorio de la ANSSAL, y las particulares de los respectivos convenios.

ART. 27.- Las prestaciones de salud serán otorgadas por los agentes del seguro según las modalidades operativas de contratación y pago que normatice la ANSSAL de conformidad a lo establecido en los artículos 13, inciso f) y 35 de esta ley, las que deberán asegurar a sus beneficiarios servicios accesibles, suficientes y oportunos.

ART. 28.- Los agentes del seguro deberán desarrollar un programa de prestaciones de salud, a cuyo efecto la ANSSAL establecerá y actualizará periódicamente, de acuerdo a lo normado por la Secretaría de Salud de la nación, las prestaciones que deberán otorgarse obligatoriamente, dentro de las cuales deberán incluirse todas aquellas que requieran la rehabilitación de las personas discapacitadas. Asimismo, deberán asegurar la cobertura de medicamentos que las aludidas prestaciones requieran.

ART. 29.- La ANSSAL llevará un Registro Nacional de Prestadores que contraten con los agentes del seguro, que será descentralizado progresivamente por jurisdicción, a cuyo efecto la ANSSAL convendrá la delegación de sus atribuciones en los organismos que correspondan. La inscripción en

dicho registro será requisito indispensable para que los prestadores puedan celebrar contrato con los agentes del seguro.

Deberán inscribirse en el Registro Nacional de Prestadores:

- a) Las personas físicas, individualmente o asociada con otras;
- b) Los establecimientos y organismos asistenciales públicos y privados;
- c) Las obras sociales, agentes del seguro, cooperativas o mutualidades que posean establecimientos asistenciales;
- d) Las asociaciones que representen a profesionales de la salud o a establecimientos asistenciales que contraten servicios en nombre de sus miembros;
- e) Las entidades y asociaciones privadas que dispongan de recursos humanos y físicos y sean prestadores directos de servicios médico asistenciales.

Cada prestador individual, sea persona física, establecimiento o asociación, no podrá figurar más de una vez en el Registro.

No podrán inscribirse en el Registro ni recibir pago por prestaciones otorgadas al seguro, las personas o entidades que ofrezcan servicios a cargo de terceros.

ART. 30.- Los hospitales y demás centros asistenciales dependientes de la Ciudad de Buenos Aires y del territorio nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, se incorporarán al seguro en calidad de prestadores, en las condiciones que determina la reglamentación.

ART. 31.- La Secretaría de Salud de la Nación establecerá las definiciones y normas de acreditación y categorización para profesionales y establecimientos asistenciales sobre cuya base la ANSSAL fijará los requisitos a cumplir por parte de las personas o entidades que se inscriban en el Registro Nacional de Prestadores.

La aplicación de dichas normas así como su adaptación a las realidades locales, serán convenidas por la Secretaría de Salud de la nación con las jurisdicciones adheridas.

ART. 32.- La inscripción en el Registro Nacional de Prestadores implicará para los prestadores la obligación de respetar las normas y valores retributivos que rijan las contrataciones con los agentes del seguro, mantener la prestación del Servicio en las modalidades convenidas durante el lapso de inscripción y por un tiempo adicional de sesenta (60) días corridos y ajustarse a las normas que en ejercicio de sus facultades, derechos y atribuciones establezca la ANSSAL.

ART. 33.- Las prestaciones de salud garantizadas por la presente ley, que sean comprometidas por los prestadores de servicio durante el lapso y según las modalidades convenidas con los agentes del Seguro, se consideran servicio de asistencia social de interés público.

La interrupción de las prestaciones convenidas -sin causa justificada- se considerará infracción en los términos del inciso b) del artículo 42 de la presente ley.

ART. 34.- La Secretaría de Salud de la Nación aprobará las modalidades, los nomencladores y valores retributivos para la contratación de las prestaciones de salud, los que serán elaborados por la ANSSAL.

ART. 35.- A los fines dispuestos precedentemente, funcionará en el ámbito de la ANSSAL la Comisión Permanente de Concertación, que será presidida por uno de sus directores e integrada por representantes de los agentes del seguro y de las entidades representativas mayoritarias de los prestadores en el ámbito nacional o provincial, cuyo número y proporción fijará el directorio de la ANSSAL.

La Comisión Permanente de Concertación participará en la elaboración de las normas y procedimientos a que se ajustará la prestación de servicios y las modalidades y valores retributivos.

La ANSSAL dictará el reglamento de funcionamiento de la citada comisión, el que preverá la constitución ;de subcomisiones y la participación de la autoridad sanitaria correspondiente.

En los casos que la Comisión Permanente de Concertación deba considerar aspectos relativos a distintas ramas profesionales y actividades de atención de la salud podrá integrar, con voz pero sin voto, al correspondiente representante para el tratamiento del tema.

La Comisión Permanente de Concertación funcionará como paritaria periódica a los efectos de la actualización de los valores retributivos.

Cuando no se obtengan acuerdos el presidente de la ANSSAL actuará como instancia de conciliación y si subsistiera la diferencia laudará el ministro de Salud y Acción Social.

ART. 36.- La política en materia de medicamentos será implementada por el Ministerio de Salud y Acción Social de acuerdo con las atribuciones que al efecto determina la legislación vigente.

ART. 37.- Las normas referidas al régimen de prestaciones de salud del seguro serán de aplicación para las entidades mutuales que adhieran al régimen de la presente ley.

CAPITULO VII

De la jurisdicción, infracciones y penalidades

ART. 38.- La ANSSAL y los agentes del seguro estarán sometidos exclusivamente a la jurisdicción federal, pudiendo optar por la correspondiente justicia ordinaria cuando fueren actoras. El sometimiento de los agentes del seguro a la justicia ordinaria estará limitado a su actuación como sujeto de derecho en los términos dispuestos en la Ley de Obras Sociales.

ART. 39.- La ANSSAL y los agentes del seguro estarán exentos del pago de tasas y contribuciones nacionales y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. El Poder Ejecutivo nacional gestionará una exención similar de los gobiernos provinciales.

ART. 40.- A instancia de la ANSSAL, previo traslado por diez (10) días hábiles al agente del seguro cuestionado, la Secretaría de Salud de la nación podrá requerir al Poder Ejecutivo Nacional la

intervención de la entidad cuando se produzcan en ella acciones u omisiones que por su carácter o magnitud impidan o alteren su funcionamiento en cuanto a las prescripciones de la presente ley. Al mismo tiempo la ANSSAL deberá disponer los mecanismos sumarios que permitan la continuidad y normalización de las prestaciones de salud.

ART. 41.- Será reprimido con prisión de un mes a seis años el obligado que dentro de los quince (15) días corridos de intimado formalmente no depositare los importes previstos en los incisos b), d) y e) del artículo 19 de la Ley de Obras Sociales, destinados al Fondo Solidario de Redistribución.

Cuando se tratare de personas jurídicas, sociedades, asociaciones y otras entidades de derecho privado, fallidos o incapaces, la pena corresponderá a los directores, gerentes o representantes responsables de la omisión.

Los órganos de recaudación establecidos en la presente ley y los agentes del seguro deberán formular la denuncia correspondiente o asumir el carácter de parte querellante en las causas penales que se sustancien con motivo de lo dispuesto en este artículo.

La justicia federal será competente para conocer sobre los delitos previstos en el presente artículo.

ART. 42.- Se considera infracción:

- a) La violación de las disposiciones de la presente ley y su reglamentación, las normas que establezcan la Secretaría de Salud de la Nación, la ANSSAL y las contenidas en los estatutos de los agentes del seguro;
- b) La violación por parte de los prestadores de las condiciones contenidas en las contrataciones de los servicios;
- c) La negativa de un ataque del seguro a proporcionar la documentación informativa y demás elementos de juicio que la ANSSAL o los síndicos requieran en el ejercicio de sus funciones, derechos y atribuciones;
- d) El incumplimiento de las directivas impartidas por las autoridades de aplicación;
- e) La no presentación en tiempo y forma de los programas, presupuestos, balances y memorias generales y copia de los contratos celebrados, a que hace referencia el artículo 18 de la presente ley.

ART. 43.- Las infracciones previstas en el artículo anterior acarrearán las siguientes sanciones:

- a) Apercibimiento;
- b) Multa desde una (1) vez el monto del haber mínimo de jubilación ordinaria del régimen nacional de jubilaciones y pensiones para Trabajadores en relación de dependencia, vigente al momento de hacerse efectiva la multa, y hasta cien (100) veces, dicho monto.
La multa se aplicará por cada incumplimiento comprobado a los agentes del seguro;
- c) Suspensión de hasta un año a cancelación de la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores.

Para la aplicación de cada una de las sanciones y su graduación se tendrán en cuenta la gravedad y reiteración de las infracciones.

ART. 44.- El juzgamiento de las infracciones previstas en el artículo anterior se hará conforme al procedimiento que establezca la ANSSAL que deberá asegurar el derecho de defensa y el debido proceso.

La suspensión o cancelación de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores que se menciona en el artículo anterior tendrá efecto para todos los agentes del seguro.

ART. 45.- Sólo serán recurridas las sanciones previstas en los incisos b) y c) del artículo 43 de la presente ley, dentro de los diez (10) días hábiles de notificadas, fehacientemente y en domicilio legal del agente del seguro o del prestador.

Será irrecurrible la sanción de multa que no exceda de cuatro (4) veces el monto mínimo fijado en el inciso b) de dicho artículo.

Será competente para conocer el recurso la Cámara Federal que corresponda de acuerdo con el domicilio del recurrente.

El recurso se deducirá ante la Secretaría de Salud de la Nación con la expresión de su fundamento. Interpuesto el recurso las actuaciones se elevarán inmediatamente al tribunal correspondiente, pudiendo en el mismo acto, la Secretaría de Salud de la Nación, contestar los agravios del recurrente.

ART. 46.- La ANSSAL podrá delegar en las jurisdicciones que hayan adherido al seguro la sustanciación de los procedimientos a que den lugar las infracciones previstas en el artículo 42 de la presente ley y otorgarles su representación en la tramitación de los recursos judiciales que se interpongan contra las sanciones que aplique.

ART. 47.- El cobro judicial de los aportes, contribuciones, recargos, intereses y actualización adeudados al Fondo Solidario de Redistribución y de las multas establecidas por la presente ley, se hará por la vía de ejecución fiscal prevista en el Código de Procedimientos Civil y Comercial de la Nación, sirviendo de suficiente título ejecutivo el certificado de deuda expedido por el presidente de la ANSSAL. Las acciones para el cobro de los créditos indicados en el párrafo anterior, prescribirán a los diez (10) años.

CAPITULO VIII

De la participación de las Provincias

ART. 48.- Las jurisdicciones que adhieran al Sistema administrarán el seguro dentro de su ámbito, a cuyo efecto celebrarán los respectivos convenios con la Secretaría de Salud de la Nación.

La adhesión de las distintas jurisdicciones implicará la articulación de sus planes y programas con lo que la autoridad de aplicación establezca, y el cumplimiento de las normas técnicas y administrativas del seguro, sin perjuicio de la adecuación que se requiera para su utilización local.

ART. 49.- La adhesión al Sistema Nacional del Seguro de Salud implicará para las distintas jurisdicciones:

a) incorporar en su ámbito, en las condiciones que se hayan determinado según lo previsto en el inciso b) del artículo 5 de la presente ley, a los trabajadores autónomos del régimen nacional con residencia permanente en la jurisdicción que no sean beneficiarios de otros agentes del seguro, y a los pertenecientes a los regímenes de su respectivo ámbito, si los hubiere;

b) Incorporar en su ámbito a las personas indicadas en el inciso c) del artículo 5 de la presente ley, a cuyo efecto recibirán apoyo financiero del Tesoro nacional a través del Fondo Solidario de Redistribución por un monto igual al que la provincia aporte a esta finalidad.

Este apoyo financiero se hará efectivo con los recursos de la cuenta especial a que hace referencia el inciso b) del artículo 21 de la presente ley, en forma mensual, en función de la población que se estime cubrir y con sujeción a las demás condiciones que se establezcan en los respectivos convenios;

c) Administrar sobre la base de las normas generales del sistema, el Registro de Prestadores para la provincia, a cuyo fin establecerá las normas particulares y complementarias que resulten menester.

d) Aplicar en su ámbito las normas de acreditación y categorización para profesionales y establecimientos de salud que serán requisito para la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores;

e) Participar en el Fondo Solidario de Redistribución a través del organismo que se determine, efectuando las contribuciones previstas en el inciso j) del artículo 22 de la presente ley y recibiendo los apoyos financieros referidos en el artículo 24 de esta ley;

f) Establecer y coordinar dentro de su ámbito una subcomisión de la Comisión Permanente de Concertación sujeta a la aprobación de ésta, con representantes de los agentes del seguro y de los prestadores propuestos por sus organizaciones representativas mayoritarias

g) Suministrar la información que le sea requerida por la ANSSAL en relación con la administración y desarrollo en su ámbito del Sistema Nacional del Seguro de Salud;

h) Ejercer las demás facultades, atribuciones a funciones que se le deleguen según el convenio de adhesión y cumplir con las obligaciones que le imponga el mismo.

ART. 50.- Las jurisdicciones que asuman la administración del Sistema Nacional del Seguro de Salud en su respectivo ámbito determinarán el organismo a cuyo cargo estarán dichas funciones.

CAPITULO IX

Disposiciones transitorias

ART. 51.- Las autoridades de la ANSSAL asumirán sus funciones en un plazo máximo e improrrogable de noventa (90) días corridos a partir de la promulgación de la presente ley, lapso dentro del cual el

Poder Ejecutivo reglamentará el artículo 10. Mientras tanto, las funciones y atribuciones previstas para la ANSSAL serán asumidas por el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS).

ART. 52.- Los directores que a partir de la sanción de esta ley sean designados para integrar el directorio de la ANSSAL cesarán automáticamente el día 10 de diciembre de 1989. Podrán ser designados nuevamente por el plazo y en las demás condiciones establecidas en los artículos 10 y 11 de la presente.

ART. 53.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTINUEVE DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO.- Juan Carlos Pugliese.- Victor H. Martínez.- Carlos A. Bravo.- Antonio J. Macris.

Ministerio de Salud y Acción Social SALUD PUBLICA Resolución 625/97

Apruébanse el Programa de Cobertura HIV/SIDA de las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y las que padecen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o las enfermedades intercurrentes, y el Programa de Prevención del SIDA previsto en la Ley 24.455 y su Decreto Reglamentario Nº 580/95. Bs. As., 19/9/97

VISTO las Leyes 24.455 y 24.754, los Decretos Nros. 1426/96 y 342/97 y el expediente Nº 20022097/97-6 del registro de este Ministerio, y

CONSIDERANDO:

Que la Ley 24.455 dispone la incorporación como prestaciones obligatorias para todas las obras sociales del sistema nacional incluidas en la Ley 23.660, beneficiarias del fondo de redistribución de la Ley 23.661, la cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y las que padecen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o las enfermedades intercurrentes.

Que el Decreto Nº 580 del 12 de octubre de 1995, reglamentario de la Ley 24.455, dispone en su artículo 39 la intervención del MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL en la elaboración de los programas destinados a cubrir las contingencias previstas en el artículo 1º de la citada ley; los cuales han sido acordados con la ADMINISTRACION NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD (ANSSAL) para que, por su intermedio, se disponga la cobertura de todos los niveles mencionados en el programa de la obra social con las estructuras asistenciales que la ANSSAL financia y supervisa.

Que la Ley 24.754 establece que las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico-asistencial, las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales, conforme a lo establecido por la Ley 24.455 y su respectiva reglamentación.

Que en el mismo sentido corresponde establecer el PROGRAMA DE COBERTURA BASICA como prestación obligatoria a cumplimentar por las entidades antes mencionadas, para el tratamiento de las personas infectadas por alguno de los retrovirus humanos y las que padecen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o las enfermedades intercurrentes, así como para su prevención.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente se adopta en ejercicio de las atribuciones conferidas por la "Ley de Ministerios - T.O. 1992".

Por ello.

EL MINISTRO DE SALUD Y ACCION SOCIAL RESUELVE:

Artículo 1º — Apruébase el Programa de Cobertura HIV/SIDA de las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y las que padecen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o las enfermedades intercurrentes, previsto en la Ley 24.455 y su Decreto Reglamentario Nº 580 del 12 de octubre de 1995, que como Anexo I forma parte integrante de la presente.

Art. 2º — Apruébase el Programa de Prevención del SIDA, previsto en la Ley 24.455 y su antes mencionado Decreto Reglamentario, que como Anexo II forma parte integrante de la presente.

Art. 3º — Los programas a que se refieren los artículos precedentes deberán ser cumplimentados por todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud incluidas en la Ley 23.660, beneficiarias del fondo de redistribución de la Ley 23.661, y por las empresas y/o entidades prestadoras de servicios de medicina prepaga.

Art. 4º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.—
Alberto Mazza.

ANEXO I

COBERTURA HIV/SIDA EN OBRAS SOCIALES

El Programa de Cobertura HIV/SIDA para Obras Sociales, deberá considerar:

- una toma a cargo global e integral
- desde la promoción y prevención hasta la alta complejidad
- asegurando la continuidad de las acciones
- en un sistema escalonado de complejidad creciente
- teniendo en cuenta las características específicas de la población cubierta
- basado en principios éticos y de respeto a los derechos humanos

Deberá comprender:

1.— Cobertura Médico - Asistencial Farmacológica. Pudiendo considerar las siguientes modalidades alternativas:

- 1.1. Médicos Generalistas
- 1.2. Médicos Especialistas
- 1.3. Hospitalización Clásica
- 1.4. Hospital de Día
- 1.5. Hospitalización a Domicilio
- 1.6. Cuidados Paliativos

2. Cobertura Psicológica

3. Prevención

4. Evaluación

Dadas las características en particular de la patología y los avances en el conocimiento y toma a cargo, deberá considerarse la evaluación que acompañe los procesos; a los fines de ajustar y actualizar acciones.

MEDICOS GENERALISTAS

El médico generalista, como puerta de entrada al sistema (PMO), Resolución Nº 247/96, Ministerio de Salud y Acción Social, es un valioso recurso en la toma a cargo del HIV/SIDA. Deberá tener capacidades para:

- detección precoz
- cobertura asistencial de primer nivel
- remisión a complejidad
- funciones de prevención y tratamiento
- enfoque integral: conocimiento de la familia, la comunidad, la inserción del paciente en su medio, detección de situaciones de riesgo, etc.

El médico generalista deberá recibir formación continua considerando:

- formación médica propiamente dicha
- formación en salud pública
- relación con los niveles de complejidad y urgencias.

MEDICOS ESPECIALISTAS

En las modalidades de:

- servicios ambulatorios especializados
- internación

HOSPITAL CLASICO

Deberá considerar dos modalidades:

- consulta ambulatoria de seguimiento
- internación en fase aguda de patología concomitante o asociada a infecciones oportunistas o relacionada a la infección por el virus HIV. Superada la fase aguda deberá recurrir a las otras modalidades de atención.

HOSPITALES DE DIA

A las formas tradicionales de hospitalización se le han sumado el desarrollo de otras modalidades relacionadas a factores tales como las características específicas de la enfermedad, su complejidad los costos de la hospitalización clásica, la saturación de los hospitales, el aumento de los casos, la duración de la enfermedad, los costos, la evolución de los conocimientos, la calidad de vida de los enfermos.

En numerosas situaciones esta puede ser la fórmula mejor adaptada, permitiendo a los pacientes retornar a domicilio, no separarse de sus familias ni de su medio ambiente cotidiano, beneficiándose de servicios especializados.

HOSPITALIZACION A DOMICILIO

La hospitalización a domicilio es una prolongación en el domicilio del paciente de los cuidados hospitalarios.

Esta modalidad, en los casos de ser posible, ofrece ventajas tales como:

- permite al paciente recibir tratamiento en su medio habitual
- sobre un plan médico, debe permitir un seguimiento de calidad, comprendiendo posibilidades que ofrece habitualmente una hospitalización clásica
- el enfermo está a cargo de un equipo y seguido por su médico habitual
- su costo es inferior a la hospitalización clásica
- incide sobre la calidad de vida del paciente

La hospitalización a domicilio, además de los servicios médicos y de enfermería, deberá ser apoyada cuando las condiciones lo justifiquen, por los servicios necesarios para la vida cotidiana del paciente.

CUIDADOS PALIATIVOS

En cualquiera de las modalidades de atención mencionadas, deberán ser otorgados cuidados paliativos, de acuerdo a criterio de factibilidad y oportunidad.

2.— COBERTURA PSICOLOGICA

Las OBRAS SOCIALES deberán asegurar:

* ENTREVISTA INICIAL, PRE-SEROLOGICA

*ENTREGA DEL RESULTADO

*PROPUESTA DE ATENCION PSICOLOGICA AL AFILIADO Y A SU ENTORNO

· Cuando un afiliado realiza la serología de HIV, si resultara positiva, el impacto emocional muchas veces resulta anterior al físico. Por lo tanto es difícil generalizar en relación a los aspectos psicológicos, pues será una reacción original e individual de acuerdo a sus propias características y a su historia.

No obstante, se pueden contemplar los siguientes aspectos:

* Momento de realizar la serología: Instrumentando una entrevista psicológica individual.

* Momento de la entrega del resultado: Realizada por un médico y un psicólogo. Lo que requerirá tener trabajada la integración del Equipo de Salud, a fin de llegar a mantener una unidad de criterio, imprescindible para brindar información y seguridad en el vínculo que entable con el afiliado.

Ofreciendo al afiliado y a su entorno un lugar de escuchas y un posible tratamiento psicológico si lo desea.

Con respecto a los afiliados que necesiten internación:

* Aquellos que requieran internación, por sobre todo en la primera experiencia, ofrecer entrevistas psicológicas. La propuesta debe ser realizada por el médico tratante, ya que la demanda inicial de atención es médica, aflorando a posteriori en forma latente o manifiesta la demanda psicológica.

Recordando que solo se puede intervenir siempre y cuando el afiliado así lo requiera.

· Es menester, la relación y comunicación entre el médico y el psicólogo, a los fines de diferenciar diagnóstico, desde lo orgánico psicológico, lo psiquiátrico y lo neurológico.

· Si el Servicio de internación lo requiere, también se puede instrumentar reuniones grupales, con las características de técnicas grupales de reflexión.

Deberá contemplarse la prestación psicológica en cada una de las modalidades de atención ya mencionadas, en la cobertura médico-asistencial farmacológica.

ANEXO II

PREVENCIÓN DE HIV/SIDA EN OBRAS SOCIALES

La Ley 24.455, en su artículo 1º, inciso c), establece que todas las Obras Sociales del Sistema Nacional incluidas en la Ley 23.660, beneficiarias del fondo de redistribución de la Ley 23.661, deberán incorporar como prestaciones obligatorias, la cobertura para los Programas de Prevención del SIDA.

La prevención del HIV/SIDA deberá inscribirse en el contexto de un Sistema Integral, a la vez sanitario y social, en un marco global de salud pública.

Sus acciones se ubicarán en la continuidad y permanencia, asegurando la solidaridad, la no discriminación, el respeto por la dignidad de las personas y los derechos individuales.

Definir una Política de Prevención implicará como objetivo el reducir los riesgos de contaminación del HIV/SIDA por:

- vía sexual (heterosexual, homosexual, bisexual)
- transmisión madre-hijo
- usuarios de drogas intravenosas
- transmisión por sangre, hemoderivados, trasplantes y procedimientos invasivos
- exposición ocupacional al HIV/ SIDA

Se establecerá:

1.— Una Política de Prevención General dirigida a su población beneficiaria, ajustada por las características propias de la misma.

2.— Políticas Específicas para grupos más vulnerables, por situaciones de mayor riesgo, tales como:

- pobreza
- bajos niveles educativos
- difícil acceso a los servicios de salud

- condición de género: mujeres
- abandono
- drogadependencia
- trabajadores golondrina, etc.

Una Política de Prevención deberá asegurar la promoción de la salud, y consta de:

1.— Información dirigida al:

- conocimiento de la infección por HIV/SIDA
- dimensión del problema
- mecanismos de transmisión
- formas para evitar el contagio

2.— Educación para la salud, basada en un aprendizaje del dialogo, la participación y la responsabilidad individual y colectiva, definiendo una metodología adaptada a las poblaciones a cubrir.

Una política integral y global de la salud pública para prevenir la infección por HIV/SIDA, deberá apoyarse en la articulación de la prevención con el tratamiento. El médico generalista, responsable de la asistencia básica, otorgada en el primer nivel de atención y puerta de entrada al Sistema (Programa Médico Obligatorio. Resolución Nº 247/96. Ministerio de Salud y Acción Social), deberá convertirse en el nexo entre prevención y tratamiento. El mismo asume funciones de prevención y asistenciales en el HIV/SIDA.

Entre las primeras figuran:

- educación para la salud
- información sobre HIV/SIDA y los mecanismos para evitar el contagio
- detección temprana voluntaria

El Médico Generalista será nexo y articulador con los Agentes de Prevención tales como:

- agentes sanitarios
- maestros
- líderes comunales
- promotores
- jóvenes
- organizaciones
- equipos móviles de información y de prevención

Las Obras Sociales asegurarán:

- la formación de sus recursos humanos de prevención (médicos, profesionales de las ciencias sociales, psicólogos, trabajadores sociales, agentes sanitarios, personal administrativo, agentes comunitarios, líderes, jóvenes, etc.)
- la producción de materiales de información y educación en HIV/SIDA (para su población beneficiaria en general, jóvenes, mujeres, personas en situaciones de mayor riesgo, etc.).
- su difusión (medios masivos de comunicación, campañas, talleres, agentes sanitarios, consultorios de médicos generalistas, centros de salud, centros comunitarios, organizaciones barriales, etc.)

La planificación de las acciones de prevención deberán apoyarse en los datos epidemiológicos y en investigaciones específicas de su población objeto, que aporten información referida a aspectos demográficos, socio-económicos, educativos, culturales, situaciones de riesgo y otros necesarios para la comprensión de la distribución de la epidemia en su población beneficiaria.

Las intervenciones en prevención, su desarrollo e impacto, deberán ser monitoreadas y evaluadas en forma continua y sistemática. Esto permitirá su ajuste, replicabilidad, profundización o corrección.

MEDICINA PREPAGA Ley 24.754

Establécese que las empresas o entidades que presten dichos servicios deberán cubrir, como mínimo, determinadas "prestaciones obligatorias " dispuestas por las obras sociales.

Sancionada : Noviembre 28 de 1996. Promulgada de Hecho : Diciembre 23 de 1996.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc.. sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1º- A partir del plazo de 90 días de promulgada la presente ley , las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo , en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas "prestaciones obligatorias " dispuestas por obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23.660,23.661 y 24. 455, y sus respectivas reglamentaciones.

ARTICULO 2º- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SECCIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES , A LOS VEINTIOCHO DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS.

ALBERTO R. PIERRI- CARLOS F. RUCKAUF - Esther H. Pereyra Arandía de Perez Pardo - Edgardo Piuzzi.

Secretaría de Programas de Salud. SALUD PUBLICA

Resolución 105/97 Apruébase la "Norma de SIDA en Perinatología".

Bs. As.. 24/9/97

VISTA las Ley Nacional de SIDA N° 23.798, Decreto Reglamentario N° 1244/91 y el Decreto N° 1269/92: y CONSIDERANDO:

Que la transmisión vertical (madre - hijo), es hoy el modo dominante de adquisición de la infección por VIH en los niños, desde la madre infectado al feto, vía transplacentaria, al recién nacido, durante el parto, y al lactante por la leche materna.

Que es necesario ofrecer la información más reciente sobre el virus de la inmunodeficiencia humana en cuanto a su relación con las actividades de los Programas de Salud Materno Infantiles, formulando recomendaciones sobre como utilizar eficazmente esa información en los servicios de salud.

Que contar con una normativa posibilita la programación local de actividades y la organización adecuada de los recursos, haciendo posible la unificación de pautas de atención perinatal en base a conocimiento científico y avances tecnológicos actualizados.

Que en el marco de las Políticas Sustantivas de Salud aprobadas por Decreto N° 1269/92, y de las Comisiones Redactoras de las Propuestas Normativas Perinatales, el programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS, conjuntamente con la Dirección de Salud Materno Infantil, han elaborado la Norma de "SIDA en Perinatología.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Por ello, EL SECRETARIO DE PROGRAMAS DE SALUD

RESUELVE:

Artículo 1° — Apruébese la -NORMA DE SIDA EN PERINATOLOGIA" que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

Art. 2° — Incorpórase la -NORMA DE SIDA EN PERINATOLOGIA", al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Art. 3° — Publíquese a través de la Secretaría de Programas de Salud, la Norma aprobada por el Artículo 3°, a fin de asegurar la máxima difusión y aplicación de la misma en el marco de dicho Programa Nacional.

Art. 4° — Agradécese a los Profesionales invitados, participantes del Grupo de Trabajo Redactor, la importante colaboración brindada a este MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL.

Art. 5° — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.- Victor H. Martinez.

NORMA DE SIDA EN PERINATOLOGIA. INTRODUCCION

La transmisión vertical es el modo dominante de adquisición de la infección por VIH en los niños. La transmisión madre a hijo puede ocurrir in útero, intra parto o por la lactancia materna y la tasa de la misma depende de las características de la población, en Europa Occidental la tasa es de 3 6,4 %, en Africa oscila entre 35-40 %, en EE.UU. entre 25-30 %.

El protocolo de estudio 076 realizado en EE.UU. y Francia demostró la utilidad del uso de zidovudina (AZT) para prevenir la transmisión vertical del VIH.

La tasa de transmisión pasó del 25 % sin tratamiento al 8% con la administración de AZT durante el embarazo, parto y al RN durante las primeras 6 semanas. El AZT fue bien tolerado y los efectos colaterales a corto plazo fueron raros y reversibles. A partir de esta demostración cobra relevancia el diagnóstico prenatal de la infección por VIH,

Por lo tanto, se recomienda ofrecer serología universal y voluntaria para VIH como parte del control prenatal de rutina a todas las embarazadas en la primera consulta prenatal y a las puérperas que no controlaron su embarazo, previo al alta.

La Ley 23.798 y su Decreto Reglamentario. N° 1244/91 exigen el consentimiento Informado y escrito de la paciente o de sus padres, tutor o encargado si es menor de edad, para efectuar serología para VIH.

La solicitud de serología para VIH permitirá, además de evaluar el estado serológico de las pacientes, informar a la embarazada sobre riesgos de la enfermedad, planificar estrategias de prevención de transmisión vertical e iniciar la profilaxis en las madres positivas y sus recién nacidos.

La serología se realizará por un método de tamizaje.

La prueba negativa no requiere otras pruebas. En pacientes con riesgo, esta se repetirá cada tres meses, si es positiva deberá corroborarse con una prueba confirmatoria. En caso de un resultado positivo confirmado se ofrecerá extender el estudio a sus pareja/s sexual/es e hijos. Las pruebas indeterminadas requieren una consulta con Infectología.

Debe garantizarse el asesoramiento, en un ámbito de privacidad, sobre el significado del estudio del VIH. Analizando con la paciente las conductas de riesgo de infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) y su modo de prevención. .

Se analizará la implicancia del resultado de la prueba serológica, sea este positivo o negativo.

Este asesoramiento estará incluido en la primera consulta prenatal, en la cual se planificará la entrevista para informar el resultado a la persona estudiada, asegurando confidencialidad, apoyo psicológico e información.

PREVENCION DE LA TRANSMISION VERTICAL EN LA EMBARAZADA VIH POSITIVA

El objetivo de estas recomendaciones es reducir la transmisión del VIH de la madre al hijo (transmisión vertical).

RECOMENDACIONES

Antes de iniciar el tratamiento informar a la paciente en forma clara y sencilla, sobre:

- los riesgos de transmisión a la descendencia,
- los resultados obtenidos a partir de la administración de AZT y las cuestiones aun en estudio con respecto al tratamiento, consignando en la historia clínica tanto su aceptación como su negativa.

El tratamiento a instituir deberá comenzar en cualquier momento del embarazo posterior a las 14 semanas, y aun en trabajo de parto. El mismo requiere un seguimiento hematológico mensual. Este se interrumpe en caso de:

- descenso de la hemoglobina por debajo de 7.5 mg/dl
- descenso plaquetario por debajo de 50.000 /mm³
- o alteraciones gastrointestinales severas.

La dosis de AZT a utilizar durante el embarazo será de 500 mg. /día, administrada por vía oral y subdividida cada 6 u 8 horas, hasta el momento del parto. Al iniciarse el trabajo de parto, o en la inducción a la anestesia en el caso de intervención quirúrgica tanto en el caso de haber seguido el esquema con AZT como cualquier otro esquema antirretroviral, o sin tratamiento previo, se efectuará AZT endovenoso. La dosis será de 2 mg/Kg. peso en la primera hora como dosis de ataque y de 1 mg/Kg. en las horas subsiguientes como dosis de mantenimiento hasta finalizado el parto.

La vía del parto debe ser elegida de acuerdo a las condiciones obstétricas de la paciente. Actualmente los estudios no han demostrado diferencias estadísticas significativas entre la cesárea y el parto por vía vaginal respecto a la transmisión vertical.

Se aconseja evitar la amniocentesis, la amniotomía precoz y el monitoreo fetal invasivo.

En el período postparto, debe evitarse la lactancia materna y proceder a la inhibición de la misma, asegurando al recién nacido alternativas alimentarias adecuadas.

Las madres que reciben solo AZT para la prevención de la transmisión vertical no deben continuar con esta medicación en el postparto y serán derivadas a un centro de referencia de su zona para su reevaluación y seguimiento.

Si la embarazada recibía tratamiento antirretroviral previo al embarazo, deberá continuarlo de acuerdo a las indicaciones de su médico tratante (ver manejo clínico).

MANEJO PERINATAL DEL HIJO DE MADRE VIH+

Aproximadamente una de cada cuatro madres VIH+ van a transmitir la infección en el período prenatal salvo que se efectúen intervenciones destinadas a interrumpir la transmisión. Estas incluyen el adecuado manejo perinatal, además del tratamiento antirretroviral.

En el manejo clínico de estos niños debe tenerse en cuenta que presentan un mayor riesgo de exposición a otras infecciones maternas como toxoplasmosis, hepatitis B, sífilis, citomegalovirus y Chagas. Además un número importante de madres infectadas consumen drogas y los niños pueden haberse expuesto intraútero. Por lo tanto es aconsejable la atención del parto en un Centro que cuente con Servicios de Obstetricia y Neonatología.

RECOMENDACIONES

La atención del parto y la recepción del RN, deben efectuarse con las técnicas de barrera recomendadas en el capítulo V de bioseguridad de la Propuesta Normativa Perinatal Tomo N° 1.

Es importante bañar meticulosamente al bebé para quitarle todos los restos de sangre y secreciones maternas. Las maniobras de aspiración y resucitación no deben ser intempestivas, para evitar laceraciones que puedan ser puertas de entrada del virus.

El tratamiento antirretroviral se inicia entre las 8 y las 12 hs. de vida con AZT jarabe, con una dosis de 2 mg/Kg./dosis cada 6 hs. por 6 semanas. Si no puede ser administrado por vía oral, se dará endovenoso a 1,3 mg/Kg. /dosis cada 6 hs. hasta que la vía oral pueda ser usada. Se solicitará hemograma al nacer y cada 2 semanas mientras dure el tratamiento con AZT.

Este se suspenderá

- con hemoglobina menor a 8 mg./dl,
- neutrófilos totales menores a 750 por ml. y
- plaquetas menores a 50.000 por ml.

Los niños expuestos intraútero a sífilis, Chagas, toxoplasmosis, rubéola, hepatitis B o aquellos con síntomas e infección intrauterina serán evaluados según normas para descartar la transmisión vertical de estas infecciones.

A partir de la 7a. semana. se suspenderá el AZT. se reevaluará al recién nacido, se comenzará con profilaxis para *F'neumocystis Cannii* (Trimetoprima - sulfametoxazol, TMS, 5 mg kg./día una ;dosis diaria 3 veces por semana) y se enviará al Centro de Referencia de su zona para diagnóstico de infección, por VIH, quien indicara los procedimientos adecuados a realizar.

Se monitoreará el crecimiento y se administrara el esquema rutinario de vacunas excepto la vacuna oral para la polio que será sustituida por la Salk. Si el niño tiene peso adecuado al nacer y está asintomático, se administrara BCG.

En el lactante, el test de ELISA solo tiene valor diagnóstico a partir de los 18 meses de vida.

MANEJO CLINICO DE LA EMBARAZADA VIH POSITIVA

El manejo clínico de la embarazada VIH+ tiene como objetivo:

- Prevenir la transmisión vertical.
- Demorar la progresión al estado sintomático.

- Prevenir las infecciones oportunistas.
- Tratar las complicaciones de la inmunodeficiencia.

El tratamiento depende del estado de enfermedad en que se encuentra la paciente, definido en base a la clínica y a los estudios de laboratorio según las siguientes categorías:

1. Enfermedad inicial: corresponde a la infección aguda de la clasificación del CDC de 1987. Abarca el período entre el momento de la infección y la seroconversión que puede acompañarse o no de manifestaciones clínicas. Se deberá sospechar la infección por VIH ante el antecedente de exposición y la existencia de un cuadro similar mononucleosis infecciosa con reacción de Paul Bunnell negativa o una hepatitis anictérica con marcadores negativos para otros virus o una esofagitis candidiásica o una estomatitis inexplicada, si bien la mayoría son asintomáticos. Tener en cuenta el tiempo requerido para la positivización de la serología (período ventana): en caso de resultar negativa se deberá repetir a los 3 meses del presunto contacto.

2. Enfermedad temprana: incluye el período de portación asintomática y a la linfadenopatía persistente generalizada.

3. Enfermedad moderada: comprende a los complejos relacionados con el SIDA y las enfermedades menores no marcadoras tales como:

- Herpes Zoster monometamérico en los últimos cinco años.
- Candidiasis oral o vaginal de más de un mes de duración o recurrente.
- Leucoplasia oral vellosa.
- Alteraciones dermatológicas: molusco contagioso, dermatitis seborreica.
- Púrpura trombocitopénica idiopática.
- Úlceras mucosas inespecíficas.
- Infecciones bacterianas recurrentes (sinusitis, bronquitis), excepto neumonía.
- Angiomatosis bacilar.
- Neuropatía periférica

4. Enfermedad avanzada: comprende a las infecciones oportunistas mayores, la demencia o la encefalopatía subaguda. Los tumores y el síndrome de adelgazamiento. Las enfermedades marcadoras de sida son:

- Candidiasis Esotagica o Pulmonar
- Enf de Chagas del SNC y/o Miocarditis Aguda
- Retinitis por Citomegalovirus (CMV)
- Coccidioidomicosis Diseminada
- Criptococosis Extrapulmonar
- Cryptosporidiasis

Encefalopatía por VIH
Síndrome de Desgaste
Herpes Simplex Generalizado
Histoplasmosis Generalizada
Infecciones Bacterianas Múltiples (P)
Isosporidiasis
Sarcoma de Kaposi
Linfoma Primario de Cerebro
Micobacteriosis Atípica
Linfoma de Alta malignidad
Neumonía por Pneumocistis Carinii
Septicemia Recidivante por Salmonelosis
Toxoplasmosis Cerebral
Tuberculosis Diseminada o Extrapulmonar
Neumonía Intersticial Linfoidea
Enfermedad Diseminada por CMV
Neumonía Bacteriana a Repetición 1(P)
Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva
Tuberculosis Pulmonar
Cáncer Cuello Invasivo
Retardo Madurativo (P)

1 (P) Solamente para pacientes pediátricos.

Si la paciente se encuentra en los estadios 1, 3 o 4, es conveniente la interconsulta con el Servicio de Infectología de Referencia, porque puede ser necesario un esquema terapéutico combinado.

En la tabla N° 1 se detallan las recomendaciones para el seguimiento y su frecuencia de acuerdo al estadio de infección.

Los siguientes contenidos se agregaran al control habitual:

Tabla 1: Seguimiento de pacientes VIH positivas embarazadas

	INICIAL	2° Trimestres	3° Trimestre
Examen Clínico	*	*	*
Examen Ginecológico	*		

Laboratorio General	* (1)	*	*
Serología	* (2)		VDRL y hepatitis B
Inmunología	* (3)		
Rx. Tórax	* (4)		
PPD	*		

1. Los estudios mínimos necesarios son: hemograma con recuento de plaquetas, hepatograma on albuminemia, urocultivo. En caso de recibir AZT debe realizarse un hemograma mensual.

2. Estudios recomendados Sífilis (VDRL), Hepatitis B (Hbs Ag), Toxoplasmosis (par serológico preferentemente en el primer trimestre) y Chagas (según normas).

3. CE4 y Carga Viral: en aquellos lugares donde esta disponible se recomienda su realización.

4. Solamente a las sintomáticas respiratorias con protección plomada abdominal.

RECOMENDACIONES

1. Dado que la evolución obstétrica de las pacientes VIH positivas es similar a la de aquellos embarazos de pacientes no infectadas, el control obstétrico se hará de acuerdo a las normas, manteniendo comunicación con el Centro de Referencia de su arca.

2. Se realizara una completa anamnesis, interrogando sobre conductas de riesgo. La historia clínica perinatal debe completarse, interrogando sobre sus embarazos y partos previos, aparición en ellos de complicaciones infecciosas, de los resultados perinatales y de la evolución de sus hijos, ofreciendo la evaluación serológica de los mismos.

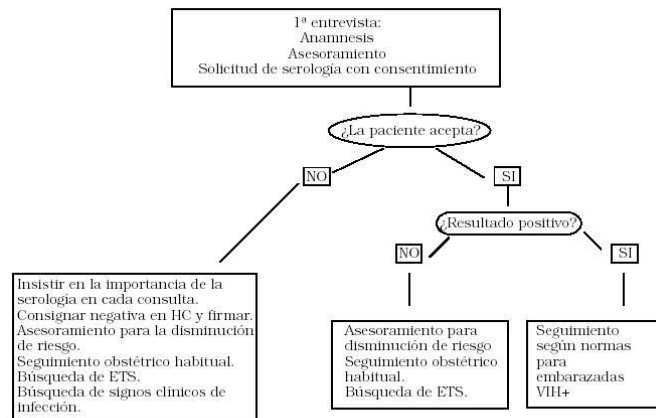
3. Corresponde efectuar un examen físico completo, prestando especial atención a aquellos síntomas y signos que pueden asociarse con el VIH (por ejemplo: diarrea persistente, linfadenopatías, descenso o escaso aumento ponderal, lesiones vulvares, lesiones bucales o gingivales - candidiasis o leucoplasia vellosa-, patología pulmonar. trastornos hematológicos), recordando que algunos de ellos pueden inducir a confusión por asociarse con relativa frecuencia a embarazos normales (anorexia, cansancio, cefaleas).

4. Se debe asesorar a la paciente para que concurra inmediatamente ante la aparición de nuevos síntomas (Patología respiratoria, diarrea, fiebre persistente, etc.).

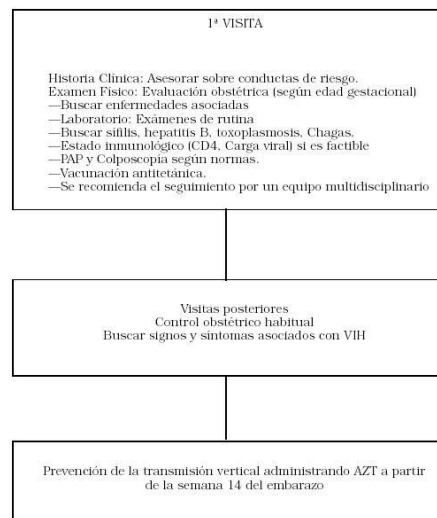
5. Esta indicada la vacuna antitetánica.

6. El tratamiento antirretroviral combinado: Su indicación deberá ser analizada con un profesional con experiencia en tratamiento antirretroviral de acuerdo a las Normas vigentes.

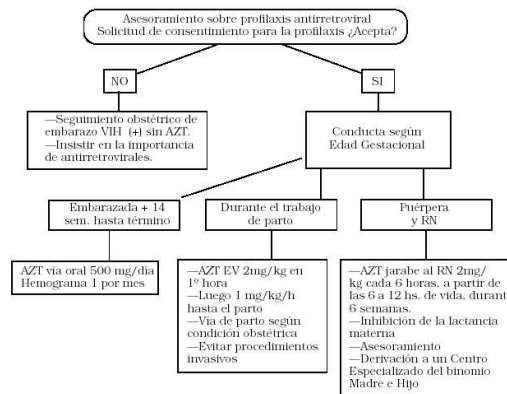
“El enfoque de derechos en salud y la respuesta al VIH y SIDA en la Argentina”



MANEJO CLINICO DE LA EMBARAZADA VIH+

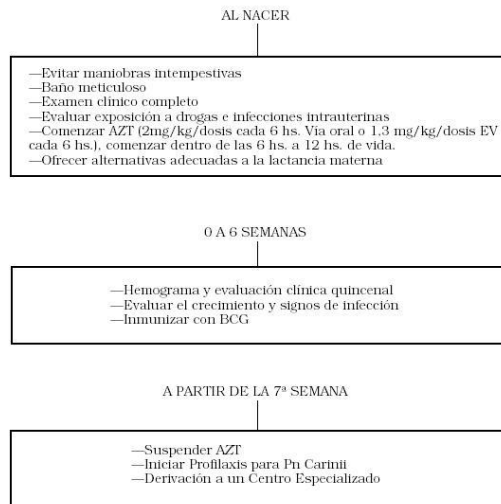


PREVENCIÓN TRANSMISIÓN VERTICAL EN PACIENTES VIH(+)



SEGUIMIENTO DEL HIJO DE MADRE HIV(+)

“El enfoque de derechos en salud y la respuesta al VIH y SIDA en la Argentina”



Ley 25.543 Establécese la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana, a toda mujer embarazada. Consentimiento expreso y previamente informado. Cobertura. Establecimientos asistenciales. Autoridad de aplicación.

Sancionada: Noviembre 27 de 2001. Promulgada de Hecho: Enero 7 de 2002.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1º — Establécese la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana, a toda mujer embarazada como parte del cuidado prenatal normal.

ARTICULO 2º — Los establecimientos médico- asistenciales públicos, de la seguridad social y las entidades de medicina prepaga deberán reconocer en su cobertura el test diagnóstico.

ARTICULO 3º — Se requerirá el consentimiento expreso y previamente informado de las embarazadas para realizar el test diagnóstico. Tanto el consentimiento como la negativa de la paciente a realizarse el test diagnóstico, deberá figurar por escrito con firma de la paciente y del médico tratante.

ARTICULO 4º — El consentimiento previamente informado tratará sobre los distintos aspectos del test diagnóstico, la posibilidad o no de desarrollar la enfermedad, y en caso de ser positivo las implicancias de la aplicación del tratamiento y de la no aplicación del mismo tanto para la madre como para el hijo por nacer. El profesional y el establecimiento serán solidariamente responsables de la confidencialidad del procedimiento, así como también de la calidad de la información que reciba la embarazada a fin de otorgar su consentimiento con un cabal conocimiento del análisis que se le ofrece, y la garantía de la provisión de los medicamentos utilizados de acuerdo a los protocolos vigentes.

ARTICULO 5º — Los establecimientos asistenciales deberán contar con un equipo interdisciplinario para contener y asesorar a las pacientes y a su entorno familiar durante el embarazo, parto y puerperio en caso que el test diagnóstico resultare positivo.

ARTICULO 6º — El Ministerio de Salud de la Nación y los organismos de salud que correspondan en cada jurisdicción son la autoridad de aplicación de la presente ley.

ARTICULO 7º — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A OS
VEINTISIETE DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL UNO.

— REGISTRADA BAJO EL N° 25.543 —

RAFAEL PASCUAL. — MARIO A. LOSADA. — Roberto C. Marafioti. — Juan C. Oyarzún.

Ley 25.673 Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud. Objetivos.

Sancionada: Octubre 30 de 2002. Promulgada de Hecho: Noviembre 21 de 2002.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc.
sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1° — Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.

ARTICULO 2° — Serán objetivos de este programa:

- a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- b) Disminuir la morbilidad materno-infantil;
- c) Prevenir embarazos no deseados;
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes;
- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de vih/sida y patologías genital y mamarias;
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

ARTICULO 3° —El programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna.

ARTICULO 4° — La presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad. En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849).

ARTICULO 5° — El Ministerio de Salud en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente tendrán a su cargo la capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para:

- a) Mejorar la satisfacción de la demanda por parte de los efectores y agentes de salud;
- b) Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa;
- c) Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa;
- d) Detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario.

ARTICULO 6° — La transformación del modelo de atención se implementará reforzando la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable. A dichos fines se deberá:

- a) Establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario. Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación;
- b) A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT.

Aceptándose además las prácticas denominadas ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía, requeridas formalmente como método de

planificación familiar y/o anticoncepción; (*Párrafo incorporado por art. 8° de la [Ley N° 26.130](#) B.O. 29/8/2006*)

c) Efectuar controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido.

ARTICULO 7° — Las prestaciones mencionadas en el artículo anterior serán incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador nacional de prácticas médicas y en el nomenclador farmacológico.

Los servicios de salud del sistema público, de la seguridad social de salud y de los sistemas privados las incorporarán a sus coberturas, en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones.

ARTICULO 8° — Se deberá realizar la difusión periódica del presente programa.

ARTICULO 9° — Las instituciones educativas públicas de gestión privada confesionales o no, darán cumplimiento a la presente norma en el marco de sus convicciones.

ARTICULO 10. — Las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, podrán con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6°, inciso b), de la presente ley.

ARTICULO 11. — La autoridad de aplicación deberá:

a) Realizar la implementación, seguimiento y evaluación del programa;

b) Suscribir convenios con las provincias y con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para que cada una organice el programa en sus respectivas jurisdicciones para lo cual percibirán las partidas del Tesoro nacional previstas en el presupuesto. El no cumplimiento del mismo cancelará las transferencias acordadas. En el marco del Consejo Federal de Salud, se establecerán las alícuotas que correspondan a cada provincia y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTICULO 12. — El gasto que demande el cumplimiento del programa para el sector público se imputará a la jurisdicción 80 - Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, del Presupuesto General de la Administración Nacional.

ARTICULO 13. — Se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a las disposiciones de la presente ley.

ARTICULO 14. — Comuníquese al Poder Ejecutivo. DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS TREINTA DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL DOS.

— REGISTRADA BAJO EL N° 25.673 —

EDUARDO CAMAÑO. — JUAN C. MAQUEDA. — Eduardo Rollano. — Juan C. Oyarzún.

Decreto 1282/2003 Reglaméntase la Ley N° 25.673.

Bs. As., 23/5/2003

VISTO el Expediente N° 2002-4994/03-7 del registro del MINISTERIO DE SALUD y la Ley N° 25.673 sobre Salud Sexual y Procreación Responsable, y

CONSIDERANDO:

Que dicha norma legal crea el PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD.

Que la Ley N° 25 673 importa el cumplimiento de los derechos consagrados en Tratados Internacionales, con rango constitucional, reconocido por la reforma de la Carta Magna de 1994, como la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer; y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros.

Que el artículo 75, inc. 23) de nuestra CONSTITUCION NACIONAL, señala la necesidad de promover e implementar medidas de acción positiva a fin de garantizar el pleno goce y ejercicio de los derechos y libertades fundamentales reconocidos por la misma y los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, antes mencionados.

Que la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) define el derecho a la planificación familiar como "un modo de pensar y vivir adoptado voluntariamente por individuos y parejas, que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad, con el objeto de promover la salud y el bienestar de la familia y contribuir así en forma eficaz al desarrollo del país."

Que lo expuesto precedentemente implica el derecho de todas las personas a tener fácil acceso a la información, educación y servicios vinculados a su salud y comportamiento reproductivo.

Que la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

Que estadísticamente se ha demostrado que, entre otros, en los estratos más vulnerables de la sociedad, ciertos grupos de mujeres y varones, ignoran la forma de utilización de los métodos anticonceptivos más eficaces y adecuados, mientras que otros se encuentran imposibilitados económicamente de acceder a ellos.

Que en consecuencia, es necesario ofrecer a toda la población el acceso a: la información y consejería en materia de sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el HIV/SIDA y patología genital y mamaria; así como también la prevención del aborto.

Que la ley que por el presente se reglamenta no importa sustituir a los padres en el asesoramiento y en la educación sexual de sus hijos menores de edad sino todo lo contrario, el propósito es el de orientar y sugerir acompañando a los progenitores en el ejercicio de la patria potestad, procurando respetar y crear un ambiente de confianza y empatía en las consultas médicas cuando ello fuera posible.

Que nuestro ordenamiento jurídico, principalmente a partir de la reforma Constitucional del año 1994, incorporó a través del art. 75, inc.) 22 la CONVENCION INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, y con esa orientación, ésta ley persigue brindar a la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, siendo aspectos sobre los que, de ninguna manera, nuestros adolescentes pueden desconocer y/ o permanecer ajenos.

Que, concretamente, la presente ley reconoce a los padres, justamente, la importantísima misión paterna de orientar, sugerir y acompañar a sus hijos en el conocimiento de aspectos, enfermedades de transmisión sexual, como ser el SIDA y/o patologías genitales y mamarias, entre otros, para que en un marco de responsabilidad y autonomía, valorando al menor como sujeto de derecho, mujeres y hombres estén en condiciones de elegir su Plan de Vida.

Que la Ley Nº 25.673 y la presente reglamentación se encuentran en un todo de acuerdo con lo prescripto por el artículo 921 del CODIGO CIVIL, que otorga discernimiento a los menores de CATORCE (14) años y esta es la regla utilizada por los médicos pediatras y generalistas en la atención médica.

Que en concordancia con la CONVENCION INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, se entiende por interés superior del mismo, el ser beneficiarios, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evaluación de sus facultades.

Que el temperamento propiciado guarda coherencia con el adoptado por prestigiosos profesionales y servicios especializados con amplia experiencia en la materia, que en la práctica asisten a los adolescentes, sin perjuicio de favorecer fomentar la participación de la familia, privilegiando el no desatenderlos.

Que en ese orden de ideas, las políticas sanitarias nacionales, están orientadas a fortalecer la estrategia de atención primaria de la salud, y a garantizar a la población el acceso a la información sobre los métodos de anticoncepción autorizados, así como el conocimiento de su uso eficaz, a efectos de su libre elección, sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de Derechos Humanos y en ese contexto a facilitar el acceso a dichos métodos e insumos.

Que, en el marco de la formulación participativa de normas, la presente reglamentación ha sido consensuada con amplios sectores de la población de los ámbitos académicos y científicos, así como de las organizaciones de la sociedad civil comprometidas con la temática, las jurisdicciones locales y acordado por el COMITE DE CRISIS DEL SECTOR SALUD y su continuador, el CONSEJO CONSULTIVO DEL SECTOR SALUD.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS del MINISTERIO DE SALUD ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se dicta de conformidad con las facultades emergentes del artículo 99, inciso 2º) de la CONSTITUCION NACIONAL.

Por ello,

EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA

DECRETA:

Artículo 1º — Apruébase la Reglamentación de la Ley Nº 25.673 que como anexo I forma parte integrante del presente Decreto.

Art. 2º — La Reglamentación que se aprueba por el artículo precedente entrará en vigencia a partir del día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 3º — Facúltese al MINISTERIO DE SALUD para dictar las normas complementarias interpretativas y aclaratorias que fueren menester para la aplicación de la Reglamentación que se aprueba por el presente Decreto.

Art. 4º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional de Registro Oficial y archívese.
— DUHALDE. — Alfredo N. Atanasof. — Ginés M. González García.

ANEXO I REGLAMENTACION DE LA LEY Nº 25.673

ARTICULO 1º- El MINISTERIO DE SALUD será la autoridad de aplicación de la Ley Nº 25.673 y de la presente reglamentación.

ARTICULO 2º.- A los fines de alcanzar los objetivos descriptos en la Ley que se reglamenta el MINISTERIO DE SALUD deberá orientar y asesorar técnicamente a los Programas Provinciales que adhieran al Programa Nacional, quienes serán los principales responsables de las actividades a desarrollar en cada jurisdicción. Dicho acompañamiento y asesoría técnica deberán centrarse en actividades de información, orientación sobre métodos y elementos anticonceptivos y la entrega de éstos, así como el monitoreo y la evaluación.

Asimismo, se deberán implementar acciones que tendientes a ampliar y perfeccionar la red asistencial a fin de mejorar la satisfacción de la demanda.

La ejecución de las actividades deberá realizarse con un enfoque preventivo y de riesgo, a fin de disminuir las complicaciones que alteren el bienestar de los destinatarios del Programa, en coordinación con otras acciones de salud orientadas a tutelar a sus beneficiarios y familias.

Las acciones deberán ser ejecutadas desde una visión tanto individual como comunitaria.

ARTICULO 3º.- SIN REGLAMENTAR.

ARTICULO 4º.- A los efectos de la satisfacción del interés superior del niño, considéreselo al mismo beneficiario, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evolución de sus facultades.

En las consultas se propiciará un clima de confianza y empatía, procurando la asistencia de un adulto de referencia, en particular en los casos de los adolescentes menores de CATORCE (14) años.

Las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad.

En todos los casos y cuando corresponda, por indicación del profesional interviniente, se prescribirán preferentemente métodos de barrera, en particular el uso de preservativo, a los fines de prevenir infecciones de transmisión sexual y VIH/ SIDA. En casos excepcionales, y cuando el profesional así lo considere, podrá prescribir, además, otros métodos de los autorizados por la ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT) debiendo asistir las personas menores de CATORCE (14) años, con sus padres o un adulto responsable.

ARTICULO 5º.- Los organismos involucrados deberán proyectar un plan de acción conjunta para el desarrollo de las actividades previstas en la ley, el que deberá ser aprobado por las máximas autoridades de cada organismo.

ARTICULO 6º.- En todos los casos, el método y/o elemento anticonceptivo prescripto, una vez que la persona ha sido suficientemente informada sobre sus características, riesgos y eventuales

consecuencias, será el elegido con el consentimiento del interesado, en un todo de acuerdo con sus convicciones y creencias y en ejercicio de su derecho personalísimo vinculado a la disposición del propio cuerpo en las relaciones clínicas, derecho que es innato, vitalicio, privado e intransferible, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 4º del presente, sobre las personas menores de edad.

Entiéndase por métodos naturales, los vinculados a la abstinencia periódica, los cuales deberán ser especialmente informados.

La ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA (ANMAT) deberá comunicar al MINISTERIO DE SALUD cada SEIS (6) meses la aprobación y baja de los métodos y productos anticonceptivos que reúnan el carácter de reversibles, no abortivos y transitorios.

ARTICULO 7º.- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, en el plazo de DIEZ (10) días contados a partir de la publicación del presente Decreto, deberá elevar para aprobación por Resolución del MINISTERIO DE SALUD, una propuesta de modificación de la Resolución Ministerial Nº 201/02 que incorpore las previsiones de la Ley Nº 25.673 y de esta Reglamentación.

ARTICULO 8º.- Los Ministerios de SALUD, de EDUCACION, CIENCIA Y TECNOLOGIA y de DESARROLLO SOCIAL deberán realizar campañas de comunicación masivas al menos UNA (1) vez al año, para la difusión periódica del Programa.

ARTICULO 9º.- El MINISTERIO DE EDUCACION, CIENCIA Y TECNOLOGIA adoptará los recaudos necesarios a fin de dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 9º de la Ley Nº 25.673.

ARTICULO 10.- Se respetará el derecho de los objetores de conciencia a ser exceptuados de su participación en el PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE previa fundamentación, y lo que se enmarcará en la reglamentación del ejercicio profesional de cada jurisdicción.

Los objetores de conciencia lo serán tanto en la actividad pública institucional como en la privada.

Los centros de salud privados deberán garantizar la atención y la implementación del Programa, pudiendo derivar a la población a otros Centros asistenciales, cuando por razones confesionales, en base a sus fines institucionales y/o convicciones de sus titulares, optaren por ser exceptuados del cumplimiento del artículo 6, inciso b) de la ley que se reglamenta, a cuyo fin deberán efectuar la presentación pertinente por ante las autoridades sanitarias locales, de conformidad a lo indicado en el primer párrafo de este artículo cuando corresponda.

ARTICULO 11.- SIN REGLAMENTAR.

ARTICULO 12.- SIN REGLAMENTAR.

ARTICULO 13.- SIN REGLAMENTAR.

ARTICULO 14.- SIN REGLAMENTAR.

LEY DE PROTECCION INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. Ley 26.061

Disposiciones generales. Objeto. Principios, Derechos y Garantías. Sistema de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Organos Administrativos de Protección de Derechos. Financiamiento. Disposiciones complementarias.

Sancionada: Septiembre 28 de 2005 Promulgada de Hecho: Octubre 21 de 2005

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, sancionan con fuerza de Ley:

TITULO I DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1° — OBJETO. Esta ley tiene por objeto la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la República Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte.

Los derechos aquí reconocidos están asegurados por su máxima exigibilidad y sustentados en el principio del interés superior del niño.

La omisión en la observancia de los deberes que por la presente corresponden a los órganos gubernamentales del Estado habilita a todo ciudadano a interponer las acciones administrativas y judiciales a fin de restaurar el ejercicio y goce de tales derechos, a través de medidas expeditas y eficaces.

ARTICULO 2° — APLICACION OBLIGATORIA. La Convención sobre los Derechos del Niño es de aplicación obligatoria en las condiciones de su vigencia, en todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que se adopte respecto de las personas hasta los dieciocho años de edad. Las niñas, niños o adolescentes tienen derecho a ser oídos y atendidos cualquiera sea la forma en que se manifiesten, en todos los ámbitos.

Los derechos y las garantías de los sujetos de esta ley son de orden público, irrenunciables, interdependientes, indivisibles e intransigibles.

ARTICULO 3° — INTERES SUPERIOR. A los efectos de la presente ley se entiende por interés superior de la niña, niño y adolescente la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley.

Debiéndose respetar:

- a) Su condición de sujeto de derecho;
- b) El derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y que su opinión sea tomada en cuenta;
- c) El respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural;
- d) Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales;

e) El equilibrio entre los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes y las exigencias del bien común;

f) Su centro de vida. Se entiende por centro de vida el lugar donde las niñas, niños y adolescentes hubiesen transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia.

Este principio rige en materia de patria potestad, pautas a las que se ajustarán el ejercicio de la misma, filiación, restitución del niño, la niña o el adolescente, adopción, emancipación y toda circunstancia vinculada a las anteriores cualquiera sea el ámbito donde deba desempeñarse.

Cuando exista conflicto entre los derechos e intereses de las niñas, niños y adolescentes frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos, prevalecerán los primeros.

ARTICULO 4° — POLITICAS PUBLICAS. Las políticas públicas de la niñez y adolescencia se elaborarán de acuerdo a las siguientes pautas:

a) Fortalecimiento del rol de la familia en la efectivización de los derechos de las niñas, niños y adolescentes;

b) Descentralización de los organismos de aplicación y de los planes y programas específicos de las distintas políticas de protección de derechos, a fin de garantizar mayor autonomía, agilidad y eficacia;

c) Gestión asociada de los organismos de gobierno en sus distintos niveles en coordinación con la sociedad civil, con capacitación y fiscalización permanente;

d) Promoción de redes intersectoriales locales;

e) Propiciar la constitución de organizaciones y organismos para la defensa y protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

ARTICULO 5° — RESPONSABILIDAD GUBERNAMENTAL. Los Organismos del Estado tienen la responsabilidad indelegable de establecer, controlar y garantizar el cumplimiento de las políticas públicas con carácter federal.

En la formulación y ejecución de políticas públicas y su prestación, es prioritario para los Organismos del Estado mantener siempre presente el interés superior de las personas sujetos de esta ley y la asignación privilegiada de los recursos públicos que las garanticen.

Toda acción u omisión que se oponga a este principio constituye un acto contrario a los derechos fundamentales de las niñas, niños y adolescentes.

Las políticas públicas de los Organismos del Estado deben garantizar con absoluta prioridad el ejercicio de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

La prioridad absoluta implica:

1.- Protección y auxilio en cualquier circunstancia;

2.- Prioridad en la exigibilidad de la protección jurídica cuando sus derechos colisionen con los intereses de los adultos, de las personas jurídicas privadas o públicas;

3.- Preferencia en la atención, formulación y ejecución de las políticas públicas;

4.- Asignación privilegiada e intangibilidad de los recursos públicos que las garantice;

5.- Preferencia de atención en los servicios esenciales.

ARTICULO 6° — PARTICIPACION COMUNITARIA. La Comunidad, por motivos de solidaridad y en ejercicio de la democracia participativa, debe y tiene derecho a ser parte activa en el logro de la vigencia plena y efectiva de los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes.

ARTICULO 7° — RESPONSABILIDAD FAMILIAR. La familia es responsable en forma prioritaria de asegurar a las niñas, niños y adolescentes el disfrute pleno y el efectivo ejercicio de sus derechos y garantías.

El padre y la madre tienen responsabilidades y obligaciones comunes e iguales en lo que respecta al cuidado, desarrollo y educación integral de sus hijos.

Los Organismos del Estado deben asegurar políticas, programas y asistencia apropiados para que la familia pueda asumir adecuadamente esta responsabilidad, y para que los padres asuman, en igualdad de condiciones, sus responsabilidades y obligaciones.

TITULO II PRINCIPIOS, DERECHOS Y GARANTIAS

ARTICULO 8° — DERECHO A LA VIDA. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la vida, a su disfrute, protección y a la obtención de una buena calidad de vida.

ARTICULO 9° — DERECHO A LA DIGNIDAD Y A LA INTEGRIDAD PERSONAL. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la dignidad como sujetos de derechos y de personas en desarrollo; a no ser sometidos a trato violento, discriminatorio, vejatorio, humillante, intimidatorio; a no ser sometidos a ninguna forma de explotación económica, torturas, abusos o negligencias, explotación sexual, secuestros o tráfico para cualquier fin o en cualquier forma o condición cruel o degradante.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a su integridad física, sexual, psíquica y moral.

La persona que tome conocimiento de malos tratos, o de situaciones que atenten contra la integridad psíquica, física, sexual o moral de un niño, niña o adolescente, o cualquier otra violación a sus derechos, debe comunicar a la autoridad local de aplicación de la presente ley.

Los Organismos del Estado deben garantizar programas gratuitos de asistencia y atención integral que promuevan la recuperación de todas las niñas, niños y adolescentes.

ARTICULO 10. — DERECHO A LA VIDA PRIVADA E INTIMIDAD FAMILIAR. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la vida privada e intimidad de y en la vida familiar.

Estos derechos no pueden ser objeto de injerencias arbitrarias o ilegales.

ARTICULO 11. — DERECHO A LA IDENTIDAD. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a un nombre, a una nacionalidad, a su lengua de origen, al conocimiento de quiénes son sus padres, a la preservación de sus relaciones familiares de conformidad con la ley, a la cultura de su lugar de origen y a preservar su identidad e idiosincrasia, salvo la excepción prevista en los artículos 327 y 328 del Código Civil.

Los Organismos del Estado deben facilitar y colaborar en la búsqueda, localización u obtención de información, de los padres u otros familiares de las niñas, niños y adolescentes facilitándoles el encuentro o reencuentro familiar. Tienen derecho a conocer a sus padres biológicos, y a crecer y desarrollarse en su familia de origen, a mantener en forma regular y permanente el vínculo personal y directo con sus padres, aun cuando éstos estuvieran separados o divorciados, o pesara sobre cualquiera de ellos denuncia penal o sentencia, salvo que dicho vínculo, amenazare o violare alguno de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que consagra la ley.

En toda situación de institucionalización de los padres, los Organismos del Estado deben garantizar a las niñas, niños y adolescentes el vínculo y el contacto directo y permanente con aquéllos, siempre que no contraríe el interés superior del niño.

Sólo en los casos en que ello sea imposible y en forma excepcional tendrán derecho a vivir, ser criados y desarrollarse en un grupo familiar alternativo o a tener una familia adoptiva, de conformidad con la ley.

ARTICULO 12. — GARANTIA ESTATAL DE IDENTIFICACION. INSCRIPCION EN EL REGISTRO DEL ESTADO Y CAPACIDAD DE LAS PERSONAS. Los Organismos del Estado deben garantizar procedimientos sencillos y rápidos para que los recién nacidos sean identificados en forma gratuita, obligatoria, oportuna e inmediatamente después de su nacimiento, estableciendo el vínculo filial con la madre, conforme al procedimiento previsto en la Ley N° 24.540.

Ante la falta de documento que acredite la identidad de la madre o del padre, los Organismos del Estado deberán arbitrar los medios necesarios para la obtención de la identificación obligatoria consignada en el párrafo anterior, circunstancia que deberá ser tenida especialmente en cuenta por la reglamentación de esta ley.

Debe facilitar la adopción de medidas específicas para la inscripción gratuita en el Registro del Estado y Capacidad de las Personas, de todos aquellos adolescentes y madres, que no hayan sido inscriptos oportunamente.

ARTICULO 13. — DERECHO A LA DOCUMENTACION. Las niñas, niños, adolescentes y madres indocumentadas, tienen derecho a obtener los documentos públicos que comprueben su identidad, de conformidad con la normativa vigente y en los términos que establece el procedimiento previsto en la Ley N° 24.540.

ARTICULO 14. — DERECHO A LA SALUD. Los Organismos del Estado deben garantizar:

a) El acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad;

b) Programas de asistencia integral, rehabilitación e integración;

c) Programas de atención, orientación y asistencia dirigidos a su familia;

d) Campañas permanentes de difusión y promoción de sus derechos dirigidas a la comunidad a través de los medios de comunicación social.

Toda institución de salud deberá atender prioritariamente a las niñas, niños y adolescentes y mujeres embarazadas.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.

ARTICULO 15. — DERECHO A LA EDUCACION. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la educación pública y gratuita, atendiendo a su desarrollo integral, su preparación para el ejercicio de la ciudadanía, su formación para la convivencia democrática y el trabajo, respetando su identidad cultural y lengua de origen, su libertad de creación y el desarrollo máximo de sus competencias individuales; fortaleciendo los valores de solidaridad, respeto por los derechos humanos, tolerancia, identidad cultural y conservación del ambiente.

Tienen derecho al acceso y permanencia en un establecimiento educativo cercano a su residencia. En el caso de carecer de documentación que acredite su identidad, se los deberá inscribir provisoriamente, debiendo los Organismos del Estado arbitrar los medios destinados a la entrega urgente de este documento.

Por ninguna causa se podrá restringir el acceso a la educación debiendo entregar la certificación o diploma correspondiente.

Las niñas, niños y adolescentes con capacidades especiales tienen todos los derechos y garantías consagrados y reconocidos por esta ley, además de los inherentes a su condición específica.

Los Organismos del Estado, la familia y la sociedad deben asegurarles el pleno desarrollo de su personalidad hasta el máximo de sus potencialidades, así como el goce de una vida plena y digna.

ARTICULO 16. — GRATUIDAD DE LA EDUCACION. La educación pública será gratuita en todos los servicios estatales, niveles y regímenes especiales, de conformidad con lo establecido en el ordenamiento jurídico vigente.

ARTICULO 17. — PROHIBICION DE DISCRIMINAR POR ESTADO DE EMBARAZO, MATERNIDAD Y PATERNIDAD. Prohíbese a las instituciones educativas públicas y privadas imponer por causa de embarazo, maternidad o paternidad, medidas correctivas o sanciones disciplinarias a las niñas, niños y adolescentes.

Los Organismos del Estado deben desarrollar un sistema conducente a permitir la continuidad y la finalización de los estudios de las niñas, niños y adolescentes.

La mujer privada de su libertad será especialmente asistida durante el embarazo y el parto, y se le proveerán los medios materiales para la crianza adecuada de su hijo mientras éste permanezca en el medio carcelario, facilitándose la comunicación con su familia a efectos de propiciar su integración a ella.

ARTICULO 18. — MEDIDAS DE PROTECCION DE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD. Las medidas que conforman la protección integral se extenderán a la madre y al padre durante el embarazo, el parto y al período de lactancia, garantizando condiciones dignas y equitativas para el adecuado desarrollo de su embarazo y la crianza de su hijo.

ARTICULO 19. — DERECHO A LA LIBERTAD. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la libertad.

Este derecho comprende:

a) Tener sus propias ideas, creencias o culto religioso según el desarrollo de sus facultades y con las limitaciones y garantías consagradas por el ordenamiento jurídico y ejercerlo bajo la orientación de sus padres, tutores, representantes legales o encargados de los mismos;

b) Expresar su opinión en los ámbitos de su vida cotidiana, especialmente en la familia, la comunidad y la escuela;

c) Expresar su opinión como usuarios de todos los servicios públicos y, con las limitaciones de la ley, en todos los procesos judiciales y administrativos que puedan afectar sus derechos.

Las personas sujetos de esta ley tienen derecho a su libertad personal, sin más límites que los establecidos en el ordenamiento jurídico vigente. No pueden ser privados de ella ilegal o arbitrariamente.

La privación de libertad personal, entendida como ubicación de la niña, niño o adolescente en un lugar de donde no pueda salir por su propia voluntad, debe realizarse de conformidad con la normativa vigente.

ARTICULO 20. — DERECHO AL DEPORTE Y JUEGO RECREATIVO. Los Organismos del Estado con la activa participación de la sociedad, deben establecer programas que garanticen el derecho de todas las niñas, niños y adolescentes a la recreación, esparcimiento, juegos recreativos y deportes, debiendo asegurar programas específicos para aquellos con capacidades especiales.

ARTICULO 21. — DERECHO AL MEDIO AMBIENTE. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, así como a la preservación y disfrute del paisaje.

ARTICULO 22. — DERECHO A LA DIGNIDAD. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a ser respetados en su dignidad, reputación y propia imagen.

Se prohíbe exponer, difundir o divulgar datos, informaciones o imágenes que permitan identificar, directa o indirectamente a los sujetos de esta ley, a través de cualquier medio de comunicación o publicación en contra de su voluntad y la de sus padres, representantes legales o responsables, cuando se lesionen su dignidad o la reputación de las niñas, niños y adolescentes o que constituyan injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada o intimidad familiar.

ARTICULO 23. — DERECHO DE LIBRE ASOCIACION. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho de asociarse libremente con otras personas, con fines sociales, culturales, deportivos, recreativos, religiosos, políticos, laborales o de cualquier otra índole, siempre que sean de carácter lícito y de conformidad a la legislación vigente. Este derecho comprende, especialmente, el derecho a:

- a) Formar parte de asociaciones, inclusive de sus órganos directivos;
- b) Promover y constituir asociaciones conformadas exclusivamente por niñas, niños, adolescentes o ambos, de conformidad con la ley.

ARTICULO 24. — DERECHO A OPINAR Y A SER OIDO. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a:

- a) Participar y expresar libremente su opinión en los asuntos que les conciernan y en aquellos que tengan interés;
- b) Que sus opiniones sean tenidas en cuenta conforme a su madurez y desarrollo.

Este derecho se extiende a todos los ámbitos en que se desenvuelven las niñas, niños y adolescentes; entre ellos, al ámbito estatal, familiar, comunitario, social, escolar, científico, cultural, deportivo y recreativo.

ARTICULO 25. — DERECHO AL TRABAJO DE LOS ADOLESCENTES. Los Organismos del Estado deben garantizar el derecho de las personas adolescentes a la educación y reconocer su derecho a trabajar con las restricciones que imponen la legislación vigente y los convenios internacionales sobre erradicación del trabajo infantil, debiendo ejercer la inspección del trabajo contra la explotación laboral de las niñas, niños y adolescentes.

Este derecho podrá limitarse solamente cuando la actividad laboral importe riesgo, peligro para el desarrollo, la salud física, mental o emocional de los adolescentes.

Los Organismos del Estado, la sociedad y en particular las organizaciones sindicales coordinarán sus esfuerzos para erradicar el trabajo infantil y limitar toda forma de trabajo legalmente autorizada cuando impidan o afecten su proceso evolutivo.

ARTICULO 26. — DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a obtener los beneficios de la seguridad social.

Los Organismos del Estado deberán establecer políticas y programas de inclusión para las niñas, niños y adolescentes, que consideren los recursos y la situación de los mismos y de las personas que sean responsables de su mantenimiento.

ARTICULO 27. — GARANTIAS MINIMAS DE PROCEDIMIENTO. GARANTIAS EN LOS PROCEDIMIENTOS JUDICIALES O ADMINISTRATIVOS. Los Organismos del Estado deberán garantizar a las niñas, niños y adolescentes en cualquier procedimiento judicial o administrativo que los afecte, además de todos aquellos derechos contemplados en la Constitución Nacional, la Convención sobre los Derechos del Niño, en los tratados internacionales ratificados por la Nación Argentina y en las leyes que en su consecuencia se dicten, los siguientes derechos y garantías:

- a) A ser oído ante la autoridad competente cada vez que así lo solicite la niña, niño o adolescente;
- b) A que su opinión sea tomada primordialmente en cuenta al momento de arribar a una decisión que lo afecte;
- c) A ser asistido por un letrado preferentemente especializado en niñez y adolescencia desde el inicio del procedimiento judicial o administrativo que lo incluya. En caso de carecer de recursos económicos el Estado deberá asignarle de oficio un letrado que lo patrocine;
- d) A participar activamente en todo el procedimiento;
- e) A recurrir ante el superior frente a cualquier decisión que lo afecte.

ARTICULO 28. — PRINCIPIO DE IGUALDAD Y NO DISCRIMINACION. Las disposiciones de esta ley se aplicarán por igual a todos las niñas, niños y adolescentes, sin discriminación alguna fundada en motivos raciales, de sexo, color, edad, idioma, religión, creencias, opinión política, cultura, posición económica, origen social o étnico, capacidades especiales, salud, apariencia física o impedimento físico, de salud, el nacimiento o cualquier otra condición del niño o de sus padres o de sus representantes legales.

ARTICULO 29. — PRINCIPIO DE EFECTIVIDAD. Los Organismos del Estado deberán adoptar todas las medidas administrativas, legislativas, judiciales y de otra índole, para garantizar el efectivo cumplimiento de los derechos y garantías reconocidos en esta ley.

ARTICULO 30. — DEBER DE COMUNICAR. Los miembros de los establecimientos educativos y de salud, públicos o privados y todo agente o funcionario público que tuviere conocimiento de la vulneración de derechos de las niñas, niños o adolescentes, deberá comunicar dicha circunstancia ante la autoridad administrativa de protección de derechos en el ámbito local, bajo apercibimiento de incurrir en responsabilidad por dicha omisión.

ARTICULO 31. — DEBER DEL FUNCIONARIO DE RECEPCIONAR DENUNCIAS. El agente público que sea requerido para recibir una denuncia de vulneración de derechos de los sujetos protegidos por esta ley, ya sea por la misma niña, niño o adolescente, o por cualquier otra persona, se encuentra obligado a recibir y tramitar tal denuncia en forma gratuita, a fin de garantizar el respeto, la prevención y la reparación del daño sufrido, bajo apercibimiento de considerarlo incurso en la figura de grave incumplimiento de los Deberes del Funcionario Público.

TITULO III SISTEMA DE PROTECCION INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

ARTICULO 32. — CONFORMACION. El Sistema de Protección Integral de Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes está conformado por todos aquellos organismos, entidades y servicios que diseñan, planifican, coordinan, orientan, ejecutan y supervisan las políticas públicas, de gestión estatal o privadas, en el ámbito nacional, provincial y municipal, destinados a la promoción, prevención, asistencia, protección, resguardo y restablecimiento de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, y establece los medios a través de los cuales se asegura el efectivo goce de los derechos y garantías reconocidos en la Constitución Nacional, la Convención sobre los Derechos del Niño, demás tratados de derechos humanos ratificados por el Estado argentino y el ordenamiento jurídico nacional.

La Política de Protección Integral de Derechos de las niñas, niños y adolescentes debe ser implementada mediante una concertación articulada de acciones de la Nación, las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los Municipios.

Para el logro de sus objetivos, el Sistema de Protección Integral de Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes debe contar con los siguientes medios:

- a) Políticas, planes y programas de protección de derechos;
- b) Organismos administrativos y judiciales de protección de derechos;
- c) Recursos económicos;
- d) Procedimientos;
- e) Medidas de protección de derechos;
- f) Medidas de protección excepcional de derechos.

ARTICULO 33. — MEDIDAS DE PROTECCION INTEGRAL DE DERECHOS. Son aquéllas emanadas del órgano administrativo competente local ante la amenaza o violación de los derechos o garantías de uno o varias niñas, niños o adolescentes individualmente considerados, con el objeto de preservarlos, restituirlos o reparar sus consecuencias.

La amenaza o violación a que se refiere este artículo puede provenir de la acción u omisión del Estado, la Sociedad, los particulares, los padres, la familia, representantes legales, o responsables, o de la propia conducta de la niña, niño o adolescente.

La falta de recursos materiales de los padres, de la familia, de los representantes legales o responsables de las niñas, niños y adolescentes, sea circunstancial, transitoria o permanente, no autoriza la separación de su familia nuclear, ampliada o con quienes mantenga lazos afectivos, ni su institucionalización.

ARTICULO 34. — FINALIDAD. Las medidas de protección de derechos tienen como finalidad la preservación o restitución a las niñas, niños o adolescentes, del disfrute, goce y ejercicio de sus derechos vulnerados y la reparación de sus consecuencias.

ARTICULO 35. — APLICACION. Se aplicarán prioritariamente aquellas medidas de protección de derechos que tengan por finalidad la preservación y el fortalecimiento de los vínculos familiares con relación a las niñas, niños y adolescentes. Cuando la amenaza o violación de derechos sea consecuencia de necesidades básicas insatisfechas, carencias o dificultades materiales, económicas, laborales o de vivienda, las medidas de protección son los programas dirigidos a brindar ayuda y apoyo incluso económico, con miras al mantenimiento y fortalecimiento de los vínculos familiares.

ARTICULO 36. — PROHIBICION. En ningún caso las medidas a que se refiere el artículo 33 de esta ley podrán consistir en privación de la libertad conforme lo establecido en el artículo 19.

ARTICULO 37. — MEDIDAS DE PROTECCION. Comprobada la amenaza o violación de derechos, deben adoptarse, entre otras, las siguientes medidas:

- a) Aquellas tendientes a que las niñas, niños o adolescentes permanezcan conviviendo con su grupo familiar;
- b) Solicitud de becas de estudio o para jardines maternas o de infantes, e inclusión y permanencia en programas de apoyo escolar;
- c) Asistencia integral a la embarazada;
- d) Inclusión de la niña, niño, adolescente y la familia en programas destinados al fortalecimiento y apoyo familiar;
- e) Cuidado de la niña, niño y adolescente en su propio hogar, orientando y apoyando a los padres, representantes legales o responsables en el cumplimiento de sus obligaciones, juntamente con el seguimiento temporal de la familia y de la niña, niño o adolescente a través de un programa;
- f) Tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico de la niña, niño o adolescente o de alguno de sus padres, responsables legales o representantes;
- g) Asistencia económica.

La presente enunciación no es taxativa.

ARTICULO 38. — EXTINCIÓN. Las medidas de protección pueden ser sustituidas, modificadas o revocadas en cualquier momento por acto de la autoridad competente que las haya dispuesto y cuando las circunstancias que las causaron varíen o cesen.

ARTICULO 39. — MEDIDAS EXCEPCIONALES. Son aquellas que se adoptan cuando las niñas, niños y adolescentes estuvieran temporal o permanentemente privados de su medio familiar o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio.

Tienen como objetivo la conservación o recuperación por parte del sujeto del ejercicio y goce de sus derechos vulnerados y la reparación de sus consecuencias.

Estas medidas son limitadas en el tiempo y sólo se pueden prolongar mientras persistan las causas que les dieron origen.

ARTICULO 40. — PROCEDENCIA DE LAS MEDIDAS EXCEPCIONALES. Sólo serán procedentes cuando, previamente, se hayan cumplimentado debidamente las medidas dispuestas en el artículo 33.

Declarada procedente esta excepción, será la autoridad local de aplicación quien decida y establezca el procedimiento a seguir, acto que deberá estar jurídicamente fundado, debiendo notificar fehacientemente dentro del plazo de VEINTICUATRO (24) horas, la medida adoptada a la autoridad judicial competente en materia de familia de cada jurisdicción.

El funcionario que no dé efectivo cumplimiento a esta disposición, será pasible de las sanciones previstas en el Capítulo IV del Código Penal de la Nación.

La autoridad competente de cada jurisdicción, en protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes dentro del plazo de SETENTA Y DOS (72) horas de notificado, con citación y audiencia de los representantes legales, deberá resolver la legalidad de la medida; resuelta ésta, la autoridad judicial competente deberá derivar el caso a la autoridad local competente de aplicación para que ésta implemente las medidas pertinentes.

ARTICULO 41. — APLICACION. Las medidas establecidas en el artículo 39, se aplicarán conforme a los siguientes criterios:

a) Permanencia temporal en ámbitos familiares considerados alternativos. Las medidas consisten en la búsqueda e individualización de personas vinculadas a ellos, a través de líneas de parentesco por consanguinidad o por afinidad, o con otros miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según costumbre local, en todos los casos teniendo en cuenta la opinión de las niñas, niños y adolescentes;

b) Sólo en forma excepcional, subsidiaria y por el más breve lapso posible puede recurrirse a una forma convivencial alternativa a la de su grupo familiar, debiéndose propiciar, a través de mecanismos rápidos y ágiles, el regreso de las niñas, niños y adolescentes a su grupo o medio familiar

y comunitario. Al considerar las soluciones se prestará especial atención a la continuidad en la educación de las niñas, niños y adolescentes, y a su origen étnico, religioso, cultural y lingüístico. Estas medidas deberán ser supervisadas por el organismo administrativo local competente y judicial interviniente;

c) Las medidas se implementarán bajo formas de intervención no sustitutivas del grupo familiar de origen, con el objeto de preservar la identidad familiar de las niñas, niños y adolescentes;

d) Las medidas de protección excepcional que se tomen con relación a grupos de hermanos deben preservar la convivencia de los mismos;

e) En ningún caso, las medidas de protección excepcionales pueden consistir en privación de la libertad;

f) No podrá ser fundamento para la aplicación de una medida excepcional, la falta de recursos económicos, físicos, de políticas o programas del organismo administrativo.

TITULO IV ORGANOS ADMINISTRATIVOS DE PROTECCION DE DERECHOS

ARTICULO 42. — SISTEMA DE PROTECCION INTEGRAL. NIVELES. El sistema de protección integral se conforma por los siguientes niveles:

a) NACIONAL: Es el organismo especializado en materia de derechos de infancia y adolescencia en el ámbito del Poder Ejecutivo nacional;

b) FEDERAL: Es el órgano de articulación y concertación, para el diseño, planificación y efectivización de políticas públicas en todo el ámbito del territorio de la República Argentina;

c) PROVINCIAL: Es el órgano de planificación y ejecución de las políticas de la niñez, cuya forma y jerarquía, determinará cada provincia y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, respetando las respectivas autonomías así como las instituciones preexistentes.

Las provincias podrán celebrar convenios dentro del marco jurídico vigente para municipios y comunas en las jurisdicciones provinciales, como asimismo implementar un organismo de seguimiento de programas de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes en coordinación articulada con las organizaciones no gubernamentales de niñez, adolescencia y familia.

CAPITULO I SECRETARIA NACIONAL DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA

ARTICULO 43. — SECRETARIA NACIONAL. Créase en el ámbito del Poder Ejecutivo nacional, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, organismo especializado en materia de derechos de infancia y adolescencia, la que funcionará con representación interministerial y de las organizaciones de la sociedad civil.

La misma será presidida por un Secretario de Estado designado por el Poder Ejecutivo nacional.

ARTICULO 44. — FUNCIONES. Son funciones de la Secretaría:

- a) Garantizar el funcionamiento del Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia y establecer en forma conjunta, la modalidad de coordinación entre ambos organismos con el fin de establecer y articular políticas públicas integrales;
- b) Elaborar con la participación del Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia, un Plan Nacional de Acción como política de derechos para el área específica, de acuerdo a los principios jurídicos establecidos en esta ley;
- c) Ejercer la representación necesaria ante todos los organismos oficiales de asesoramiento y contralor en materia de medios de comunicación;
- d) Ejercer la representación del Estado nacional en las áreas de su competencia;
- e) Participar en forma conjunta con el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia en la celebración y ejecución de los instrumentos de carácter internacional que la Nación suscriba o a los cuales adhiera, cuando éstos afecten o se refieran a la materia de su competencia;
- f) Realizar los informes previstos en el artículo 44 de la Convención sobre los Derechos del Niño, y ejercer la representación del Estado nacional en su presentación, constituyéndose en depositario de las recomendaciones que se efectúen;
- g) Promover el desarrollo de investigaciones en materia de niñez, adolescencia y familia;
- h) Diseñar normas generales de funcionamiento y principios rectores que deberán cumplir las instituciones públicas o privadas de asistencia y protección de derechos de los sujetos de esta ley;
- i) Apoyar a las organizaciones no gubernamentales en la definición de sus objetivos institucionales hacia la promoción del ejercicio de derechos de las niñas, niños y adolescentes, y la prevención de su institucionalización;
- j) Promover políticas activas de promoción y defensa de los derechos de las niñas, niños, adolescentes y sus familias;
- k) Coordinar acciones consensuadas con los Poderes del Estado, organismos gubernamentales y organizaciones no gubernamentales, fomentando la participación activa de las niñas, niños y adolescentes;
- l) Propiciar acciones de asistencia técnica y capacitación a organismos provinciales y municipales y agentes comunitarios participantes en servicios de atención directa o en el desarrollo de los procesos de transformación institucional;
- m) Gestionar juntamente con el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia, la obtención de recursos financieros nacionales e internacionales para la efectivización de las políticas públicas de niñez, adolescencia y familia;
- n) Efectivizar juntamente con el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia la transferencia de los fondos a los Estados Provinciales para la financiación de dichas políticas;

- o) Organizar un sistema de información único y descentralizado que incluya indicadores para el monitoreo, evaluación y control de las políticas y programas de niñez, adolescencia y familia;
- p) Fortalecer el reconocimiento en la sociedad de niñas, niños y adolescentes como sujetos activos de derechos;
- q) Impulsar mecanismos descentralizados para la ejecución de programas y proyectos que garanticen el ejercicio de los derechos de las niñas, niños, adolescentes y sus familias;
- r) Asignar juntamente con el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia los recursos públicos para la formulación y ejecución de las políticas previstas en el Plan Nacional de Acción;
- s) Establecer en coordinación con el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas públicas destinadas a la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

CAPITULO II CONSEJO FEDERAL DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA

ARTICULO 45. — Créase el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia, el que estará integrado por quien ejerza la titularidad de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, quien lo presidirá y por los representantes de los Organos de Protección de Derechos de Niñez, Adolescencia y Familia existentes o a crearse en cada una de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia dictará su propio Reglamento de funcionamiento, el cual deberá ser aprobado en la primera reunión.

ARTICULO 46. — FUNCIONES. El Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia tendrá funciones deliberativas, consultivas, de formulación de propuestas y de políticas de concertación, cuyo alcance y contenido se fijará en el acta constitutiva.

Tendrá las siguientes funciones:

- a) Concertar y efectivizar políticas de protección integral de los derechos de las niñas, niños, adolescentes y sus familias;
- b) Participar en la elaboración en coordinación con la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia de un Plan Nacional de Acción como política de derechos para el área específica, de acuerdo a los principios jurídicos establecidos en la presente ley;
- c) Proponer e impulsar reformas legislativas e institucionales destinadas a la concreción de los principios establecidos en la Convención sobre los Derechos del Niño;
- d) Fomentar espacios de participación activa de los organismos de la sociedad civil de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, reconocidas por su especialidad e idoneidad en la materia, favoreciendo su conformación en redes comunitarias;

e) Promover la supervisión y control de las instituciones privadas de asistencia y protección de derechos;

f) Gestionar en forma conjunta y coordinada con la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia la obtención de recursos financieros nacionales e internacionales para la efectivización de las políticas públicas de niñez, adolescencia y familia;

g) Efectivizar juntamente con la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia la transferencia de los fondos a los Estados Provinciales para la financiación de dichas políticas;

h) Gestionar la distribución de los fondos presupuestariamente asignados para la formulación y ejecución de las políticas previstas en el Plan Nacional de Acción;

i) Promover en coordinación con la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas públicas destinadas a la protección integral de los derechos de las niñas; niños y adolescentes.

CAPITULO III DEFENSOR DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

ARTICULO 47. — CREACION. Créase la figura del Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, quien tendrá a su cargo velar por la protección y promoción de sus derechos consagrados en la Constitución Nacional, la Convención sobre los Derechos del Niño y las leyes nacionales.

ARTICULO 48. — CONTROL. La defensa de los derechos de las niñas, niños y adolescentes ante las instituciones públicas y privadas y la supervisión y auditoría de la aplicación del sistema de protección integral se realizará en dos niveles:

a) Nacional: a través del Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes;

b) Provincial: respetando la autonomía de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, así como las instituciones preexistentes.

Las legislaturas podrán designar defensores en cada una de las jurisdicciones, cuya financiación y funciones serán determinadas por los respectivos cuerpos legislativos.

ARTICULO 49. — DESIGNACION. El Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes será propuesto, designado y removido por el Congreso Nacional, quien designará una comisión bicameral que estará integrada por diez miembros, cinco de cada Cámara respetando la proporción en la representación política, quienes tendrán a su cargo la evaluación de la designación que se llevará a cabo mediante un concurso público de antecedentes y oposición. Las decisiones de esta Comisión se adoptarán por el voto de las dos terceras partes de sus miembros.

El Defensor deberá ser designado dentro de los NOVENTA (90) días de sancionada esta ley y asumirá sus funciones ante el Honorable Senado de la Nación, prestando juramento de desempeñar fielmente su cargo.

ARTICULO 50. — REQUISITOS PARA SU ELECCION. El Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, deberá reunir los siguientes requisitos:

- a) Ser Argentino;
- b) Haber cumplido TREINTA (30) años de edad;
- c) Acreditar idoneidad y especialización en la defensa y protección activa de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y familia.

ARTICULO 51. — DURACION EN EL CARGO. El Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes durará en sus funciones CINCO (5) años, pudiendo ser reelegido por una sola vez.

ARTICULO 52. — INCOMPATIBILIDAD. El cargo de Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes es incompatible con el desempeño de cualquier otra actividad pública, comercial o profesional a excepción de la docencia, estándole vedada, asimismo, la actividad política partidaria.

Dentro de los DIEZ (10) días siguientes a su nombramiento y antes de tomar posesión del cargo, el Defensor debe cesar en toda situación de incompatibilidad que pudiere afectarlo, bajo apercibimiento de remoción del cargo.

Son de aplicación al Defensor, en lo pertinente, las normas en materia de recusación y excusación previstas en el Código Procesal Civil y Comercial de la Nación.

ARTICULO 53. — DE LA REMUNERACION. El Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes percibirá la remuneración que establezca el Congreso de la Nación, por resolución de los presidentes de ambas Cámaras.

ARTICULO 54. — PRESUPUESTO. El Poder Ejecutivo nacional destinará una partida presupuestaria para solventar los gastos del funcionamiento administrativo del Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

ARTICULO 55. — FUNCIONES.

Son sus funciones:

- a) Promover las acciones para la protección de los intereses difusos o colectivos relativos a las niñas, niños y adolescentes;
- b) Interponer acciones para la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes en cualquier juicio, instancia o tribunal;
- c) Velar por el efectivo respeto a los derechos y garantías legales asegurados a las niñas, niños y adolescentes, promoviendo las medidas judiciales y extrajudiciales del caso. Para ello puede tomar las declaraciones del reclamante, entenderse directamente con la persona o autoridad reclamada y efectuar recomendaciones con miras a la mejoría de los servicios públicos y privados de atención de las niñas, niños y adolescentes, determinando un plazo razonable para su perfecta adecuación;

d) Incoar acciones con miras a la aplicación de las sanciones por infracciones cometidas contra las normas de protección de las niñas, niños y adolescentes, sin perjuicio de la responsabilidad civil y penal del infractor, cuando correspondiera;

e) Supervisar las entidades públicas y privadas que se dediquen a la atención de las niñas, niños o adolescentes, sea albergándolos en forma transitoria o permanente, sea desarrollando programas de atención a los mismos, debiendo denunciar ante las autoridades competentes cualquier irregularidad que amenace o vulnere los derechos de todas las niñas, los niños o los adolescentes;

f) Requerir para el desempeño de sus funciones el auxilio de la fuerza pública, de los servicios médicos-asistenciales y educativos, sean públicos o privados;

g) Proporcionar asesoramiento de cualquier índole a las niñas, niños y adolescentes y a sus familias, a través de una organización adecuada;

h) Asesorar a las niñas, niños, adolescentes y a sus familias acerca de los recursos públicos, privados y comunitarios, donde puedan recurrir para la solución de su problemática;

i) Intervenir en la instancia de asesoramiento de mediación o conciliación;

j) Recibir todo tipo de reclamo formulado por los niños, niñas o adolescentes o cualquier denuncia que se efectúe con relación a las niñas, niños y adolescentes, ya sea personalmente o mediante un servicio telefónico gratuito y permanente debiéndose dar curso de inmediato al requerimiento de que se trate.

ARTICULO 56. — INFORME ANUAL. El Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes deberá dar cuenta anualmente al Congreso de la Nación, de la labor realizada en un informe que presentará antes del 31 de mayo de cada año.

Dentro de los SESENTA (60) días de iniciadas las sesiones ordinarias de cada año, el Defensor deberá rendir dicho informe en forma, verbal ante la Comisión Bicameral a que se refiere el artículo 49.

Cuando la gravedad o urgencia de los hechos lo aconsejen podrá presentar un informe especial. Los informes anuales y especiales serán publicados en el Boletín Oficial, en los Diarios de Sesiones y en Internet.

El Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes en forma personal, deberá concurrir trimestralmente en forma alternativa a las comisiones permanentes especializadas en la materia de cada una de las Cámaras del Congreso Nacional a brindar los informes que se le requieran, o en cualquier momento cuando la Comisión así lo requiera.

ARTICULO 57. — CONTENIDO DEL INFORME. El Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes deberá dar cuenta en su informe anual de las denuncias presentadas y del resultado de las investigaciones. En el informe no deberán constar los datos personales que permitan la pública

identificación de los denunciantes, como así tampoco de las niñas, niños y adolescentes involucrados.

El informe contendrá un anexo en el que se hará constar la rendición de cuentas del presupuesto del organismo en el período que corresponda.

ARTICULO 58. — GRATUIDAD. El Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes determinará en forma exclusiva los casos a que dará curso; las presentaciones serán gratuitas, quedando prohibida la participación de gestores e intermediarios.

ARTICULO 59. — CESE. CAUSALES. El Defensor de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes cesa en sus funciones por alguna de las siguientes causas:

- a) Por renuncia;
- b) Por vencimiento del plazo de su mandato;
- c) Por incapacidad sobreviniente o muerte;
- d) Por haber sido condenado mediante sentencia firme por delito doloso;
- e) Por notoria negligencia en el cumplimiento de los deberes del cargo o por haber incurrido en la

situación de incompatibilidad prevista por esta ley.

ARTICULO 60. — CESE Y FORMAS. En los supuestos previstos por los incisos a), c) y d) del artículo anterior, el cese será dispuesto por los Presidentes de ambas Cámaras. En el caso del inciso c), la incapacidad sobreviniente deberá acreditarse de modo fehaciente. En los supuestos previstos por el inciso e) del mismo artículo, el cese se decidirá por el voto de los dos tercios de los miembros presentes de la Comisión, previo debate y audiencia del interesado.

En caso de muerte del Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes se procederá a reemplazarlo en forma provisoria según el procedimiento establecido en el artículo siguiente, promoviéndose en el más breve plazo la designación del titular en la forma establecida en el artículo 56.

ARTICULO 61. — ADJUNTOS. A propuesta del Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y conforme el procedimiento establecido en el artículo 56 podrán designarse dos adjuntos que auxiliarán a aquél en el ejercicio de sus funciones, pudiendo además, reemplazarlo en caso de cese, muerte, suspensión o imposibilidad temporal, en el orden en que fuesen designados.

ARTICULO 62. — OBLIGACION DE COLABORAR. Todas las Entidades, Organismos y personas jurídicas, ya sean públicas o privadas, y las personas físicas están obligadas a prestar colaboración a los requerimientos del Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes con carácter preferente y expedito.

ARTICULO 63. — OBSTACULIZACION. Todo aquel que desobedezca u obstaculice el ejercicio de las funciones previstas en los artículos precedentes incurrirá en el delito previsto en el artículo 239 del

Código Penal. El Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes debe dar traslado de los antecedentes respectivos al Ministerio Público Fiscal para el ejercicio de las acciones pertinentes. Puede requerir la intervención de la justicia para obtener la remisión de la documentación que le hubiera sido negada por cualquier organismo, ente, persona o sus agentes.

ARTICULO 64. — DEBERES. Comprobada la veracidad de la denuncia o reclamo, el Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes deberá:

a) Promover y proteger los derechos de las niñas, niños y adolescentes mediante acciones y recomendaciones que efectuará ante las instancias públicas competentes, a fin de garantizar el goce y el ejercicio de los mismos;

b) Denunciar las irregularidades verificadas a los organismos pertinentes quienes tienen la obligación de comunicar al Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes el resultado de las investigaciones realizadas;

c) Formular recomendaciones o propuestas a los organismos públicos o privados respecto de cuestiones objeto de su requerimiento;

d) Informar a la opinión pública y a los denunciantes acerca del resultado de las investigaciones y acciones realizadas. A tal efecto deberá establecerse un espacio en los medios masivos de comunicación.

CAPITULO IV DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

ARTICULO 65. — OBJETO. A los fines de la presente ley se consideran organizaciones no gubernamentales de niñez y adolescencia a aquellas que, con Personería Jurídica y que en cumplimiento de su misión institucional desarrollen programas o servicios de promoción, tratamiento, protección y defensa de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

ARTICULO 66. — OBLIGACIONES. Las organizaciones no gubernamentales mencionadas en esta ley deben cumplir con los derechos y garantías reconocidos en la Constitución Nacional, la Convención sobre los Derechos del Niño, Tratados Internacionales sobre los de Derechos Humanos en los que la República Argentina sea parte, y observar los siguientes principios y obligaciones:

a) Respetar y preservar la identidad de las niñas, niños y adolescentes y ofrecerles un ambiente de respeto, dignidad y no-discriminación;

b) Respetar y preservar los vínculos familiares o de crianza de las niñas, niños y adolescentes y velar por su permanencia en el seno familiar;

c) No separar grupos de hermanos;

d) No limitar ningún derecho que no haya sido limitado por una decisión judicial;

e) Garantizar el derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y a que su opinión sea tomada en cuenta en todos los asuntos que les conciernan como sujetos de derechos;

f) Mantener constantemente informado a la niña, niño o adolescente sobre su situación legal, en caso de que exista alguna causa judicial donde se pueda tomar una decisión que afecte sus intereses, y notificarle, en forma personal y a través de su representante legal, toda novedad que se produzca en forma comprensible cada vez que la niña, el niño o el adolescente lo requiera;

g) Brindar a las niñas, niños y adolescentes atención personalizada y en pequeños grupos;

h) Ofrecer instalaciones debidamente habilitadas y controladas por la autoridad de aplicación respecto de las condiciones edilicias, salubridad, higiene, seguridad y confort;

i) Rendir cuentas en forma anual ante la autoridad de aplicación, de los gastos realizados clasificados según su naturaleza; de las actividades desarrolladas descriptas en detalle; de las actividades programadas para el siguiente ejercicio descriptas en detalle, su presupuesto, los gastos administrativos y los recursos con que será cubierto. Se dará cuenta también de las actividades programadas para el ejercicio vencido que no hubieran sido cumplidas, y las causas que motivaron este incumplimiento.

ARTICULO 67. — INCUMPLIMIENTO. En caso de incumplimiento de las obligaciones a que se hallan sujetas las organizaciones no gubernamentales de niñez y adolescencia mencionadas por esta ley, la autoridad local de aplicación promoverá ante los organismos competentes, la implementación de las medidas que correspondan.

ARTICULO 68. — REGISTRO DE LAS ORGANIZACIONES. Créase en el ámbito de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, el Registro Nacional de Organizaciones de la Sociedad Civil con personería Jurídica que desarrollen programas o servicios de asistencia, promoción, tratamiento, protección y defensa de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

Las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires podrán implementar un Sistema de Registro de las organizaciones no gubernamentales con personería jurídica con el objeto de controlar y velar en cada jurisdicción por el fiel cumplimiento de los principios que establece esta ley, con comunicación a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia con miras a la creación del Registro Nacional de estas Organizaciones.

TITULO V FINANCIAMIENTO

ARTICULO 69. — La Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia y el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia deberán en forma conjunta y coordinada garantizar la distribución justa y equitativa de las partidas presupuestarias y de todos los recursos nacionales o internacionales destinados a la efectivización de los objetivos de esta ley.

ARTICULO 70. — TRANSFERENCIAS. El Gobierno nacional acordará con los gobiernos provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la transferencia necesaria de los servicios de atención

directa y sus recursos, a las respectivas jurisdicciones en las que actualmente estén prestando servicios y se estén ejecutando.

Esta ley será aplicable a las situaciones jurídicas pendientes o en curso de ejecución.

ARTICULO 71. — TRANSITORIEDAD. En un plazo máximo de CIENTO OCHENTA (180) días corridos prorrogables por igual plazo y por única vez, el Poder Ejecutivo nacional arbitrará las medidas necesarias incluidas las afectaciones presupuestarias y edilicias, que garanticen la contención y protección de las niñas, niños y adolescentes, comprendidos dentro del marco de la Ley N° 10.903 que se deroga.

ARTICULO 72. — FONDOS. El Presupuesto General de la Nación preverá las partidas necesarias para el funcionamiento del Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia, la Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia, el Defensor de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes y todas las que correspondan para el cumplimiento de la presente ley, atendiendo lo previsto en el artículo 70.

La previsión presupuestaria en ningún caso podrá ser inferior a la mayor previsión o ejecución de ejercicios anteriores. Dispóngase la intangibilidad de los fondos destinados a la infancia, adolescencia y familia establecidos en el presupuesto nacional.

Para el ejercicio presupuestario del corriente año, el Jefe de Gabinete reasignará las partidas correspondientes.

TITULO VI DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

ARTICULO 73. — Sustitúyese el artículo 310 del Código Civil, por el siguiente:

"Artículo 310.- Si uno de los progenitores fuera privado o suspendido en el ejercicio de la patria potestad, continuará ejerciéndola el otro. En su defecto, y no dándose el caso de tutela legal por pariente consanguíneo idóneo, en orden de grado excluyente, el juez proveerá a la tutela de las personas menores de edad."

ARTICULO 74. — Modifíquese el artículo 234 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"Artículo 234: Podrá decretarse la guarda:

Inciso 1) De incapaces mayores de DIECIOCHO (18) años de edad abandonados o sin representantes legales o cuando éstos estuvieren impedidos de ejercer sus funciones;

Inciso 2) De los incapaces mayores de DIECIOCHO (18) años de edad que están en pleito con sus representantes legales, en el que se controvierta su curatela".

ARTICULO 75. — Modifíquese el artículo 236 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"Artículo 236: En los casos previstos en el artículo 234, la petición podrá ser deducida por cualquier persona, y formulada verbalmente ante el asesor de menores e incapaces, en cuyo caso se labrará acta con las menciones pertinentes, la que será remitida al juzgado que corresponda."

ARTICULO 76. — Derógase la Ley N° 10.903, los decretos nacionales: N° 1606/90 y sus modificatorias, N° 1631/96 y N° 295/01.

ARTICULO 77. — Esta ley deberá ser reglamentada en un plazo máximo de NOVENTA (90) días, contados a partir de la sanción de la presente.

ARTICULO 78. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, EL VEINTIOCHO DE SEPTIEMBRE DE DOS MIL CINCO.

— REGISTRADO BAJO EL N° 26.061 —

EDUARDO O. CAMAÑO. — DANIEL O. SCIOLI. — Eduardo D. Rollano. — Juan Estrada.

PROTECCION INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Decreto 415/2006

Apruébase la reglamentación de la Ley N° 26.061. Disposiciones transitorias.

Bs. As., 17/4/2006

VISTO el Expediente N° E-7941-2006 del Registro del MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL y la Ley N° 26.061, y

CONSIDERANDO

Que, el artículo 75, inciso 22 de la Constitución Nacional otorga a la Convención sobre los Derechos del Niño jerarquía constitucional integrando el llamado bloque de constitucionalidad federal, lo que implicó un cambio significativo en materia de políticas de protección a la infancia y adolescencia, en virtud del reconocimiento y respeto de sus derechos y garantías.

Que, en ese sentido, se promulgó la Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes con el objeto de promover acciones positivas que tiendan al aseguramiento del goce y ejercicio de los derechos reconocidos por la Constitución Nacional y los tratados internacionales.

Que, asimismo la precitada norma adopta un enfoque integral de las políticas públicas dirigidas a las niñas, niños y adolescentes y sus familias, constituyendo un instrumento legal que convierte en operativas las disposiciones contenidas en la Convención sobre los Derechos del Niño, mediante el establecimiento de procedimientos explícitos que las entidades de atención y protección públicas y privadas y los ámbitos judiciales deben respetar.

Que, por lo tanto, el PODER EJECUTIVO NACIONAL considera de gran trascendencia reglamentar la Ley Nº 26.061 a fin de otorgar una dinámica a la estructura normativa que sirva de elemento de integración conforme reglas orientadoras de acciones, y que integre y delimite la interpretación y preserve su unidad sistemática, a fin de que sea plenamente eficaz en la protección integral que el Estado Nacional debe dar a la Niñez y a la Adolescencia.

Que en ese orden de ideas, se propone regular aquellas materias estrictamente necesarias que contribuyan a la adecuada aplicación de la Ley Nº 26.061.

Que, asimismo las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires deberán disponer todas aquellas medidas u acciones que se estimen necesarias para dar cumplimiento al modelo de políticas públicas en la materia.

Que, el presente decreto no agota el imperativo emanado del artículo 77 de la Ley Nº 26.061 ni las posibilidades de reglamentar la norma.

Que el PODER EJECUTIVO NACIONAL se encuentra facultado para el dictado del presente en virtud de lo dispuesto por el artículo 99, inciso 2 de la CONSTITUCIÓN NACIONAL.

Por ello,

EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA

DECRETA:

Artículo 1º — Apruébase la reglamentación de la Ley Nº 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, la que como Anexo I, forma parte integrante del presente Decreto.

Art. 2º — Disposiciones Transitorias. Los organismos administrativos nacionales, provinciales y locales deberán revisar las normativas que regulan y/o repercuten en el acceso y/o ejercicio de derechos reconocidos a niñas, niños y adolescentes adecuándolas a los postulados contenidos en la ley objeto de reglamentación.

En el plazo de VEINTICUATRO (24) meses contado desde el dictado del presente decreto, se deberá contemplar la continuidad del acceso a las políticas y programas vigentes de quienes se encuentren en la franja etárea de los 18 a 20 años inclusive, a los efectos de garantizar una adecuada transición del régimen establecido por la derogada Ley Nº 10.903 al Sistema de Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, debiendo respetarles el pleno ejercicio de sus derechos en consonancia con las disposiciones de la Ley Nº 26.061.

Art. 3º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — KIRCHNER. — Alberto A. Fernández. — Juan C. Nadalich.

Reglamentación Ley Nº 26.061

Anexo I

ARTICULO 1: Sin reglamentar

ARTICULO 2: Sin reglamentar.

ARTICULO 3: El concepto de "centro de vida" a que refiere el inciso f) del artículo 3º se interpretará de manera armónica con la definición de "residencia habitual" de la niña, niño o adolescente contenida en los tratados internacionales ratificados por la REPUBLICA ARGENTINA en materia de sustracción y restitución internacional de personas menores de edad.

ARTICULO 4: Sin reglamentar.

ARTICULO 5: Sin reglamentar.

ARTICULO 6: Sin reglamentar.

ARTICULO 7: Se entenderá por "familia o núcleo familiar", "grupo familiar", "grupo familiar de origen", "medio familiar comunitario", y "familia ampliada", además de los progenitores, a las personas vinculadas a los niños, niñas y adolescentes, a través de líneas de parentesco por consanguinidad por afinidad, o con otros miembros de la familia ampliada. Podrá asimilarse al concepto de familia, a otros miembros de la comunidad que representen para la niña, niño o adolescente, vínculos significativos y afectivos en su historia personal como así también en su desarrollo, asistencia y protección. Los organismos del Estado y de la comunidad que presten asistencia a las niñas, niños y sus familias deberán difundir y hacer saber a todas las personas asistidas de los derechos y obligaciones emergentes de las relaciones familiares.

ARTICULO 8: Sin reglamentar.

ARTICULO 9: Se convoca a las Provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a que identifiquen, y en su caso designen a la brevedad, a fin de garantizar los derechos de los sujetos de la Ley que se reglamenta, por las vías y/o medios que determinen las respectivas legislaciones vigentes, a las autoridades locales de aplicación a las que refiere el tercer párrafo del artículo 9º de la ley. Lo dispuesto en el citado párrafo, en orden a la obligación de denunciar y/o comunicar deberá interpretarse de manera armónica con lo establecido por el artículo 72 del Código Penal.

ARTICULO 10: Sin reglamentar.

ARTICULO 11: Sin reglamentar.

ARTICULO 12: En todos los casos en que se proceda a inscribir a un niño o niña con padre desconocido, el jefe u oficial del Registro Civil deberá mantener una entrevista reservada con la madre en la que se le hará saber que es un derecho humano de la persona menor de edad conocer su identidad; que, declarar quién es el padre, le permitirá a la niña o niño ejercer el derecho a los alimentos y que esa manifestación no privará a la madre del derecho a mantener la guarda y brindar protección. A esos efectos, se deberá entregar a la madre la documentación en la cual consten estos derechos humanos del niño, pudiendo el funcionario interviniente, en su caso, solicitar la

colaboración de la autoridad administrativa local de aplicación correspondiente, para que personal especializado amplíe la información y la asesore. Asimismo se comunicará a la presentante que, en caso de que mantenga la inscripción con padre desconocido, se procederá conforme lo dispone el artículo 255 del Código Civil.

Si al momento de efectuarse los controles prenatales o de ingreso al centro de salud se detectare que la madre y/o el padre del niño por nacer carecen de documentos de identidad, el agente que tome conocimiento deberá informar a los organismos competentes a fin de garantizar el acceso a la tramitación y expedición de la documentación requerida de acuerdo a la normativa vigente. Si la indocumentación de los padres continuara al momento del parto, se consignará nombre, apellido, fecha de nacimiento, domicilio, edad, huellas dactilares y nacionalidad de los mismos, en el certificado de Constatación de Parto que expida la unidad sanitaria pertinente.

En relación con la identificación de los niños recién nacidos se estará a lo dispuesto por la Ley Nº 24.540 y su modificatoria Ley Nº 24.884.

Se propiciará la localización de oficinas del Registro Civil en todas las maternidades y establecimientos que atienden nacimientos.

ARTICULO 13: Declárese la gratuidad del otorgamiento del primer Documento Nacional de Identidad a todos los niños y niñas y adolescentes nacidos en el territorio nacional.

ARTICULO 14: En relación al derecho a la atención integral de la salud se reconoce la potestad primaria de las autoridades sanitarias Provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de diseñar los planes, programas y definir las prestaciones esenciales a otorgar a sus habitantes.

Se convoca a las autoridades establecidas en la Ley Nº 22.373 a que consensúen los programas, planes y prestaciones esenciales a los fines de garantizar el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes.

A los fines del presente artículo se entiende por "toda institución de salud" a aquellas cuyas especialidades médicas cubiertas incluyan la atención de niños, niñas, adolescentes y embarazadas.

El derecho a la atención integral de la salud del adolescente incluye el abordaje de su salud sexual y reproductiva previsto en la Ley Nº 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

ARTICULO 15: Los organismos estatales promoverán acciones para promover la reinserción escolar de los niños, niñas y adolescentes que por distintas causas hayan dejado de concurrir a la escuela.

ARTICULO 16: Sin reglamentar.

ARTICULO 17: En ningún caso la licencia por maternidad en el ámbito escolar deberá ser inferior a las licencias laborales que por idéntico motivo prevé la legislación del trabajo vigente. Se convoca a las autoridades educativas de cada jurisdicción a establecer los mecanismos para garantizar la

continuidad de los estudios de las jóvenes embarazadas, promoviendo programas de acompañamiento pedagógico para aquellas alumnas que deban ausentarse durante el periodo de maternidad.

Los niños y niñas que se encuentren alojados junto a sus madres privadas de la libertad deberán gozar de un régimen especial que garantice un adecuado desarrollo psico-físico.

ARTICULO 18: En el ámbito de la salud, se considerará período de lactancia el tiempo transcurrido durante los primeros seis meses de lactancia materna exclusiva, más su continuidad hasta los dos años.

Las normas contenidas en el presente artículo deben ser interpretadas en armonía con las previsiones de la Ley Nº 25.929 en lo que hace al parto y la Ley Nº 25.673 con relación a los cuidados puerperales.

ARTICULO 19: La privación de libertad personal adoptada de conformidad con la legislación vigente, no podrá implicar la vulneración de los demás derechos reconocidos a las niñas, niños y adolescentes, debiendo considerarse parte integrante del artículo 19º en su aplicación, las Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de la Libertad adoptadas por la Asamblea General en su Resolución 45/113 del 14 de diciembre de 1990, las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores (Reglas de Beijing) adoptadas por la Asamblea General en su Resolución 40/33 del 29 de noviembre de 1985, las Directrices de las Naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil (Directrices de RIAD) adoptadas y proclamadas por la Asamblea General en su Resolución 45/112 del 14 de diciembre de 1990 y las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las Medidas no Privativas de la Libertad (Reglas de Tokio) adoptadas por la Asamblea General en su Resolución 45/110 del 14 de diciembre de 1990.

El lugar de donde no pueda salir por su propia voluntad el niño, niña o adolescente a que refiere el último párrafo del artículo objeto de reglamentación comprende tanto a establecimientos gubernamentales como no gubernamentales.

ARTICULO 20: Sin reglamentar.

ARTICULO 21: Los organismos del Estado Nacional, en la formulación de la política ambiental, establecerán programas para educar a las niñas, niños y adolescentes en la protección, conservación, restauración y manejo sostenible y racional del ambiente y de los recursos naturales.

ARTICULO 22: Los datos e informaciones a que refiere el párrafo segundo del artículo 22 comprenden los de su grupo familiar, su vivienda, su escuela, su apodo o sobrenombre y todo otro que permitiera identificarlo directa o indirectamente.

En aquellos casos en los cuales la exposición, difusión y/o divulgación a la que se refiere el artículo objeto de reglamentación resulte manifiestamente contraria al interés superior del niño, no podrán

desarrollarse aunque medie el consentimiento de los sujetos de la ley y sus representantes legales. A tal efecto deberá tenerse en cuenta lo establecido en el artículo 3º inciso d) de la Ley Nº 26.061.

ARTICULO 23: El derecho a la libre asociación a que se refiere el artículo objeto de reglamentación, no podrá exceder el ejercicio de los derechos reconocidos a niñas, niños y adolescentes por la Ley Nº 26.061 y el resto del ordenamiento normativo vigente, en particular las prohibiciones y restricciones que emanan de la legislación laboral en relación con el trabajo de las personas menores de edad.

ARTICULO 24: Sin reglamentar.

ARTICULO 25: Las prescripciones contenidas en el artículo que se reglamenta deben interpretarse como complementarias de las contenidas en la Ley de Contrato de Trabajo Nº 20.744 y sus modificaciones, como así también con las que integran los Convenios 138 y 182 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

ARTICULO 26: Sin reglamentar.

ARTICULO 27: El derecho a la asistencia letrada previsto por el inciso c) del artículo 27 incluye el de designar un abogado que represente los intereses personales e individuales de la niña, niño o adolescente en el proceso administrativo o judicial, todo ello sin perjuicio de la representación promiscua que ejerce el Ministerio Público.

Se convoca a las Provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a que a la brevedad, a fin de garantizar los derechos de los sujetos de la Ley Nº 26.061, adopten las medidas necesarias para garantizar la existencia de servicios jurídicos que garanticen el acceso al derecho previsto en el citado inciso. A tal efecto podrán recurrir a abogados que sean agentes públicos y/o a convenios con organizaciones no gubernamentales, colegios de abogados o universidades.

ARTICULO 28: Sin reglamentar.

ARTICULO 29: El principio de efectividad debe observar el respeto por el reparto de competencias entre la Nación, las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTICULO 30: Se convoca a las Provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a que, identifiquen y en su caso designen, a la brevedad, a fin de garantizar los derechos de los sujetos de la Ley Nº 26.061, por las vías y/o medios que determinen las respectivas legislaciones vigentes, a las autoridades administrativas de protección de derechos en el ámbito local a los fines establecidos en el artículo 30.

El deber de comunicación previsto en el artículo objeto de reglamentación comprende tanto a situaciones de derechos de niñas, niños o adolescentes que se encuentren vulnerados como a aquellas en que los mismos se hallen amenazados.

ARTICULO 31: El deber de recepcionar denuncias comprende el conocimiento de situaciones de derechos amenazados y vulnerados. En caso de que el objeto de la denuncia no resulte de su

competencia, el funcionario público deberá canalizar la misma mediante su tramitación ante la autoridad administrativa de protección de derechos en el ámbito local.

ARTICULO 32: Sin reglamentar.

ARTICULO 33: Se convoca a las Provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a que identifiquen y en su caso designen a la brevedad, a fin de garantizar los derechos de los sujetos de la Ley Nº 26.061, por las vías y/o medios que determinen las respectivas legislaciones vigentes, a las autoridades administrativas de protección de derechos en el ámbito local a los fines establecidos en el artículo 33 que se reglamenta.

ARTICULO 34: Sin reglamentar.

ARTICULO 35: Sin reglamentar.

ARTICULO 36: Sin reglamentar.

ARTICULO 37: Sin reglamentar.

ARTICULO 38: Sin reglamentar.

ARTICULO 39: Se entenderá que el interés superior del niño exige su separación o no permanencia en el medio familiar cuando medien circunstancias graves que amenacen o causen perjuicio a la salud física o mental de la niña, niño o adolescente y/o cuando el mismo fuere víctima de abuso o maltrato por parte de sus padres o convivientes y no resultare posible o procedente la exclusión del hogar de aquella persona que causare el daño.

El plazo a que se refiere el párrafo tercero del artículo 39 que se reglamenta en ningún caso podrá exceder los noventa (90) días de duración y deberá quedar claramente consignado al adoptarse la medida excepcional.

En aquellos casos en que persistan las causas que dieron origen a la medida excepcional y se resolviera prorrogarla, deberá fijarse un nuevo plazo de duración, mediante acto fundado, el que deberá ser notificado a todas las partes.

ARTICULO 40: De resultar necesario recurrir al empleo de la fuerza pública para el cumplimiento de la medida excepcional, la autoridad administrativa requerirá a la autoridad judicial competente las órdenes respectivas en el mismo acto previsto en el párrafo cuarto del artículo 40 de la ley.

ARTICULO 41: Sin reglamentar.

ARTICULO 42: Sin reglamentar.

ARTICULO 43: Sin reglamentar.

ARTICULO 44: Sin reglamentar.

ARTICULO 45: A fin de conformar el órgano establecido en el artículo 45 con una completa representación federal, las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires deberán proveer lo necesario para, en el término de CIENTO OCHENTA (180) días desde el dictado del presente Decreto,

identificar y en su caso establecer, por las vías y/o medios que determinen las respectivas legislaciones vigentes, a los Organos de Protección de Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia que tendrán representación en el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia. Durante ese mismo lapso, el PODER EJECUTIVO NACIONAL, brindará a las jurisdicciones que así lo requieran la asistencia técnica necesaria a fin de facilitar la creación y/o la reforma de las instituciones de infancia, de conformidad a los lineamientos establecidos por la ley.

ARTICULO 46: Sin reglamentar.

ARTICULO 47: Sin reglamentar.

ARTICULO 48: Sin reglamentar.

ARTICULO 49: Sin reglamentar.

ARTICULO 50: Sin reglamentar.

ARTICULO 51: Sin reglamentar.

ARTICULO 52: Sin reglamentar.

ARTICULO 53: Sin reglamentar.

ARTICULO 54: Sin reglamentar.

ARTICULO 55: Sin reglamentar.

ARTICULO 56: Sin reglamentar.

ARTICULO 57: Sin reglamentar.

ARTICULO 58: Sin reglamentar.

ARTICULO 59: Sin reglamentar.

ARTICULO 60: Sin reglamentar.

ARTICULO 61: Sin reglamentar.

ARTICULO 62: Sin reglamentar.

ARTICULO 63: Sin reglamentar.

ARTICULO 64: Sin reglamentar.

ARTICULO 65: Sin reglamentar.

ARTICULO 66: Sin reglamentar.

ARTICULO 67: Sin reglamentar.

ARTICULO 68: Sin reglamentar.

ARTICULO 69: Sin reglamentar.

ARTICULO 70: Sin reglamentar.

ARTICULO 71: Sin reglamentar.

ARTICULO 72: Sin reglamentar.

Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sancionada: Octubre 21 de 2009 Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc.
sancionan con fuerza de Ley:

DERECHOS DEL PACIENTE, HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTICULO 1º — Ambito de aplicación. El ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica, se rige por la presente ley.

Capítulo I

DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACION CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE
LA SALUD

ARTICULO 2º — Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;

b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;

c) Intimidad. Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así

como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley Nº 25.326;

d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;

e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente. *(Inciso sustituido por art. 1° de la [Ley N° 26.742](#) B.O. 24/5/2012)*

f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

g) Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Capítulo II

DE LA INFORMACION SANITARIA

ARTICULO 3º — Definición. A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.

ARTICULO 4º — Autorización. La información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

Capítulo III

DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTICULO 5º — Definición. Entiéndese por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsible;

- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;
- g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable;
- h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

(Artículo sustituido por art. 2° de la [Ley N° 26.742](#) B.O. 24/5/2012)

ARTICULO 6º — Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijan por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido.

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

(Artículo sustituido por art. 3° de la [Ley N° 26.742](#) B.O. 24/5/2012)

ARTICULO 7º — Instrumentación. El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito:

- a) Internación;
- b) Intervención quirúrgica;
- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos;
- d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley;
- e) Revocación.
- f) En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5° deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes del acto. *(Inciso incorporado por art. 4° de la [Ley N° 26.742](#) B.O. 24/5/2012)*

ARTICULO 8º — Exposición con fines académicos. Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición.

ARTICULO 9º — Excepciones al consentimiento informado. El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos:

- a) Cuando mediare grave peligro para la salud pública;
- b) Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

Las excepciones establecidas en el presente artículo se acreditarán de conformidad a lo que establezca la reglamentación, las que deberán ser interpretadas con carácter restrictivo.

ARTICULO 10. — Revocabilidad. La decisión del paciente, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal

manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica.

Las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193 podrán revocar su anterior decisión con los requisitos y en el orden de prelación allí establecido.

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

(Artículo sustituido por art. 5° de la [Ley N° 26.742](#) B.O. 24/5/2012)

ARTICULO 11. — Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.

(Artículo sustituido por art. 6° de la [Ley N° 26.742](#) B.O. 24/5/2012)

Artículo 11 bis: Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de la misma. *(Artículo incorporado por art. 7° de la [Ley N° 26.742](#) B.O. 24/5/2012)*

Capítulo IV

DE LA HISTORIA CLINICA

ARTICULO 12. — Definición y alcance. A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

ARTICULO 13. — Historia clínica informatizada. El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que

aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad.

La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

ARTICULO 14. — Titularidad. El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

ARTICULO 15. — Asientos. Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se debe asentar:

- a) La fecha de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos del paciente, si los hubiere;
- f) En el caso de las historias clínicas odontológicas, éstas deben contener registros odontológicos que permitan la identificación del paciente;
- g) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e), f) y g) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

Para el caso del inciso f) debe confeccionarse el registro odontológico, integrante de la historia clínica, en el que se deben individualizar las piezas dentales del paciente en forma estandarizada, según el sistema dígito dos o binario, conforme al sistema de marcación y colores que establezca la reglamentación.

(Artículo sustituido por art. 1° de la [Ley N° 26.812](#) B.O. 21/1/2013)

ARTICULO 16. — Integridad. Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

ARTICULO 17. — Unicidad. La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una "clave uniforme", la que deberá ser comunicada al mismo.

ARTICULO 18. — Inviolabilidad. Depositarios. La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual se establecen en el Libro II, Sección III, del Título XV del Código Civil, "Del depósito", y normas concordantes.

La obligación impuesta en el párrafo precedente debe regir durante el plazo mínimo de DIEZ (10) años de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual. Dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica y vencido el mismo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

ARTICULO 19. — Legitimación. Establécese que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica:

- a) El paciente y su representante legal;
- b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación y los herederos forzosos, en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla;
- c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.

A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter de copia de resguardo, revistiendo dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo podrán entregarse, cuando corresponda, copias certificadas por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico, dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester.

ARTICULO 20. — Negativa. Acción. Todo sujeto legitimado en los términos del artículo 19 de la presente ley, frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de "habeas data" a fin de asegurar el acceso y obtención de aquélla. A dicha acción se le imprimirá el modo de proceso que en cada jurisdicción resulte más apto y rápido. En jurisdicción nacional, esta acción quedará exenta de gastos de justicia.

ARTICULO 21. — Sanciones. Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo pasibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 —Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas— y, en las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones de similar tenor que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas.

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 22. — Autoridad de aplicación nacional y local. Es autoridad de aplicación de la presente ley en la jurisdicción nacional, el Ministerio de Salud de la Nación, y en cada una de las jurisdicciones provinciales y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la máxima autoridad sanitaria local.

Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a adherir a la presente ley en lo que es materia del régimen de sanciones y del beneficio de gratuidad en materia de acceso a la justicia.

ARTICULO 23. — Vigencia. La presente ley es de orden público, y entrará en vigencia a partir de los NOVENTA (90) días de la fecha de su publicación.

ARTICULO 24. — Reglamentación. El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los NOVENTA (90) días contados a partir de su publicación.

ARTICULO 25. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTIUN DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL NUEVE.

— REGISTRADA BAJO EL Nº 26.529 —

JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

MEDICINA PREPAGA Ley 26.682 Marco Regulatorio de Medicina Prepaga.

Sancionada: Mayo 4 de 2011 Promulgada: Mayo 16 de 2011

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

MARCO REGULATORIO DE MEDICINA PREPAGA

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1º — *Objeto.* La presente ley tiene por objeto establecer el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS) contemplados en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661.

Quedan también incluidas en la presente ley las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones cuyo objeto total o parcial consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa. En todas aquellas actividades que resulten ajenas a dicho objeto continuarán rigiéndose por los respectivos regímenes que las regulan.

(Artículo sustituido por art. 1º del [Decreto N° 1991/2011](#) B.O. 01/12/2011. Vigencia: a partir de su publicación en el Boletín Oficial)

ARTICULO 2º — *Definición.* A los efectos de la presente ley se consideran Empresas de Medicina Prepaga a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopten cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa.

ARTICULO 3º — *Limitaciones.* No pueden desempeñarse como titulares, fundadores, directores, administradores, miembros de los consejos de vigilancia, síndicos, liquidadores o gerentes de las entidades comprendidas en esta ley:

- 1) Los afectados por las inhabilidades e incompatibilidades establecidas por el artículo 264 de la ley 19.550;
- 2) Los inhabilitados judicialmente para ejercer cargos públicos;
- 3) Quienes por sentencia firme hubieran sido declarados responsables de irregularidades en el gobierno o administración de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley.

CAPITULO II DE LA AUTORIDAD DE APLICACION

ARTICULO 4º — *Autoridad de Aplicación.* Es Autoridad de Aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación. En lo que respecta a la relación de consumo y a la defensa de la competencia serán autoridades de aplicación las establecidas en las leyes 24.240 y 25.156 y sus modificatorias, según corresponda.

ARTICULO 5º — *Objetivos y Funciones.* Son objetivos y funciones de la Autoridad de Aplicación:

a) Fiscalizar el cumplimiento de la presente ley y sus reglamentaciones en coordinación con las autoridades sanitarias de cada jurisdicción;

b) Crear y mantener actualizado el Registro Nacional de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley y el Padrón Nacional de Usuarios, al solo efecto de ser utilizado por el sistema público de salud, en lo referente a la aplicación de la presente ley, no debiendo en ningún caso contener datos que puedan afectar el derecho a la intimidad;

c) Determinar las condiciones técnicas, de solvencia financiera, de capacidad de gestión, y prestacional, así como los recaudos formales exigibles a las entidades para su inscripción en el Registro previsto en el inciso anterior, garantizando la libre competencia y el acceso al mercado, de modo de no generar perjuicios para el interés económico general;

d) Fiscalizar el cumplimiento, por parte de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, de las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y de cualquier otra que se hubiere incorporado al contrato suscripto;

e) Otorgar la autorización para funcionar a los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, evaluando las características de los programas de salud, los antecedentes y responsabilidad de los solicitantes o miembros del órgano de administración y los requisitos previstos en el inciso c);

f) Autorizar y fiscalizar los modelos de contratos que celebren los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley y los usuarios en todas las modalidades de contratación y planes, en los términos del artículo 8º de la presente ley;

g) Autorizar en los términos de la presente ley y revisar los valores de las cuotas y sus modificaciones que propusieren los sujetos comprendidos en su artículo 1º;

h) Fiscalizar el pago de las prestaciones realizadas y facturadas por Hospitales Públicos u otros efectores del sector público nacional, provincial o municipal, de acuerdo a los valores establecidos por la normativa vigente;

i) Implementar los mecanismos necesarios en cada jurisdicción, para garantizar la disponibilidad de información actualizada y necesaria para que las personas puedan consultar y decidir sobre las

entidades inscriptas en el Registro, sus condiciones y planes de los servicios brindados por cada una de ellas, como así también sobre aspectos referidos a su efectivo cumplimiento;

j) Disponer de los mecanismos necesarios en cada jurisdicción para recibir los reclamos efectuados por usuarios y prestadores del sistema, referidos a condiciones de atención, funcionamiento de los servicios e incumplimientos;

k) Establecer un sistema de categorización y acreditación de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley así como los establecimientos y prestadores propios o contratados evaluando estructuras, procedimientos y resultados;

l) Requerir periódicamente con carácter de declaración jurada a los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley informes demográficos, epidemiológicos, prestacionales y económico-financieros, sin perjuicio de lo establecido por la ley 19.550;

m) Transferir en caso de quiebra, cierre o cesación de actividades de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley la cobertura de salud con sus afiliados a otros prestadores inscriptos en el Registro que cuenten con similar modalidad de cobertura de salud y cuota. La transferencia se acordará en el marco del Consejo Permanente de Concertación definido en el artículo 27 de la presente ley y se realizará respetando criterios de distribución proporcional según cálculo actuarial, debiendo contar con el consentimiento del usuario.

ARTICULO 6º — Comisión Permanente. Créase como órgano de articulación de las funciones fijadas en la presente ley una Comisión Permanente que estará constituida por tres (3) representantes del Ministerio de Salud y tres (3) del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

CAPITULO III DE LAS PRESTACIONES

ARTICULO 7º — Obligación. Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley deben cubrir, como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial, el Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la ley 24.901 y sus modificatorias.

Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley sólo pueden ofrecer planes de coberturas parciales en:

- a) Servicios odontológicos exclusivamente;
- b) Servicios de emergencias médicas y traslados sanitarios de personas;
- c) Aquellos que desarrollen su actividad en una única y determinada localidad, con un padrón de usuarios inferior a cinco mil.

La Autoridad de Aplicación podrá proponer nuevos planes de coberturas parciales a propuesta de la Comisión Permanente prevista en el artículo 6º de la presente ley.

Todos los planes de cobertura parcial deben adecuarse a lo establecido por la Autoridad de Aplicación.

En todos los planes de cobertura médicoasistencial y en los de cobertura parcial, la información a los usuarios debe explicitar fehacientemente las prestaciones que cubre y las que no están incluidas.

En todos los casos la prescripción de medicamentos debe realizarse conforme la ley 25.649.

CAPITULO IV DE LOS CONTRATOS

ARTICULO 8º — *Modelos*. Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley sólo pueden utilizar modelos de contratos previamente autorizados por la Autoridad de Aplicación.

ARTICULO 9º — *Rescisión*. Los usuarios pueden rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a la otra parte con treinta (30) días de anticipación. Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley sólo pueden rescindir el contrato con el usuario cuando incurra, como mínimo, en la falta de pago de tres (3) cuotas consecutivas o cuando el usuario haya falseado la declaración jurada. En caso de falta de pago, transcurrido el término impago establecido y previo a la rescisión, los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley deben comunicar en forma fehaciente al usuario la constitución en mora intimando a la regularización dentro del término de diez (10) días.

ARTICULO 10. — *Carencias y Declaración Jurada*. Los contratos entre los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley y los usuarios no pueden incluir períodos de carencia o espera para todas aquellas prestaciones que se encuentran incluidas en el Programa Médico Obligatorio. Las otras modalidades prestacionales y los tiempos previstos en el contrato como período de carencia deben estar suficientemente explicitados en el contrato y aprobados por la Autoridad de Aplicación. Las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario y no pueden ser criterio del rechazo de admisión de los usuarios. La Autoridad de Aplicación autorizará valores diferenciales debidamente justificados para la admisión de usuarios que presenten enfermedades preexistentes, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

ARTICULO 11. — *Admisión Adversa*. La edad no puede ser tomada como criterio de rechazo de admisión.

ARTICULO 12. — *Personas Mayores de 65 Años*. En el caso de las personas mayores de sesenta y cinco (65) años, la Autoridad de Aplicación debe definir los porcentajes de aumento de costos según riesgo para los distintos rangos etarios.

A los usuarios mayores a sesenta y cinco (65) años que tengan una antigüedad mayor a diez (10) años en uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, no se les puede aplicar el aumento en razón de su edad.

ARTICULO 13. — *Fallecimiento del Titular.* El fallecimiento del titular no implica la caducidad de los derechos de su grupo familiar integrantes del contrato.

ARTICULO 14. — *Cobertura del Grupo Familiar.*

a) Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún (21) años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, los hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco (25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún (21) años, los hijos del cónyuge, los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso;

b) La persona que conviva con el afiliado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo y sus hijos, según la acreditación que determine la reglamentación.

Las prestaciones no serán limitadas en ningún caso por enfermedades preexistentes ni por períodos de carencia ni pueden dar lugar a cuotas diferenciadas.

ARTICULO 15. — *Contratación Corporativa.* El usuario adherido por contratación grupal o corporativa que hubiese cesado su relación laboral o vínculo con la empresa que realizó el contrato con uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley tiene derecho a la continuidad con su antigüedad reconocida en alguno de los planes de uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, si lo solicita en el plazo de sesenta (60) días desde el cese de su relación laboral o vínculo con la empresa o entidad corporativa en la que se desempeñaba. El sujeto comprendido en el artículo 1º de la presente ley debe mantener la prestación del Plan hasta el vencimiento del plazo de sesenta (60) días.

ARTICULO 16. — *Contratos Vigentes.* La entrada en vigor de la presente no puede generar ningún tipo de menoscabo a la situación de los usuarios con contratos vigentes.

ARTICULO 17. — *Cuotas de Planes.* La Autoridad de Aplicación fiscalizará y garantizará la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales.

La Autoridad de Aplicación autorizará el aumento de las cuotas cuando el mismo esté fundado en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos.

Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley pueden establecer precios diferenciales para los planes prestacionales, al momento de su contratación, según franjas etarias con una variación máxima de tres (3) veces entre el precio de la primera y la última franja etaria.

CAPITULO V DE LOS PRESTADORES

ARTICULO 18. — *Aranceles.* La Autoridad de Aplicación debe fijar los aranceles mínimos obligatorios que aseguren el desempeño eficiente de los prestadores públicos y privados. La falta de cumplimiento de aranceles o la mora en el pago a los prestadores hace pasibles, a los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley de las sanciones previstas en el artículo 24 de la presente.

ARTICULO 19. — *Modelos de Contrato.* Los modelos de contratos entre los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley y los prestadores deben adecuarse a los modelos que establezca la Autoridad de Aplicación.

CAPITULO VI DE LAS OBLIGACIONES

ARTICULO 20. — *Hospitales Públicos.* Aunque no mediare convenio previo, los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley deben abonar al hospital público u otros efectores del sector público nacional, provincial o municipal, y las de la Seguridad Social, las prestaciones efectuadas y facturadas, de acuerdo a los valores establecidos por la Superintendencia de Servicios de Salud para los Agentes del Seguro de Salud.

Las mismas deben contar con la correspondiente validación de acuerdo a lo establecido en la reglamentación.

Quedan expresamente exceptuadas de autorización o validación previa, las situaciones de urgencia o emergencia de salud de los usuarios, en que se procederá a la atención del paciente, teniendo un plazo de tres (3) días para su validación posterior.

En caso de rechazo controvertido de una prestación efectuada por un hospital público u otro efector, puede requerirse la intervención de la Autoridad de Aplicación.

ARTICULO 21. — *Capital Mínimo.* Las Empresas de Medicina Prepaga que actúen como entidades de cobertura para la atención de la salud deben constituir y mantener un Capital Mínimo, que es fijado por la Autoridad de Aplicación.

Los Agentes de Seguro de Salud a que se refiere el artículo 1º de la presente ley se rigen, en este aspecto, por las resoluciones que emanen de la Autoridad de Aplicación.

ARTICULO 22. — *Información Patrimonial y Contable.* Los Agentes del Seguro de Salud que comercialicen planes de adhesión voluntaria o planes superadores o complementarios por mayores servicios deben llevar un sistema diferenciado de información patrimonial y contable de registros con fines de fiscalización y control de las contribuciones, aportes y recursos de otra naturaleza previstos por las leyes 23.660 y 23.661.

ARTICULO 23. — *Planes de Adhesión y Fondo Solidario de Redistribución.* Por los planes de adhesión voluntaria o planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud no se realizarán aportes al Fondo Solidario de

Redistribución ni se recibirán reintegros ni otro tipo de aportes por parte de la Administración de Programas Especiales.

CAPITULO VII DE LAS SANCIONES

ARTICULO 24. — *Sanciones.* Toda infracción a la presente ley será sancionada por la Autoridad de Aplicación conforme a lo siguiente:

- a) Apercibimiento;
- b) Multa cuyo valor mínimo es equivalente al valor de tres cuotas que comercialice el infractor y el valor máximo no podrá superar el treinta por ciento (30%) de la facturación del ejercicio anterior;
- c) Cancelación de la inscripción en el Registro. Esta sanción sólo puede ser aplicada, en caso de gravedad extrema y reincidencia.

A los fines de la sustanciación del sumario será aplicable la ley 19.549 de procedimientos administrativos.

Toda sanción puede ser apelada ante la Cámara Nacional de Apelaciones, en lo Contencioso Administrativo Federal. El recurso deberá interponerse y fundarse dentro del plazo de diez (10) días hábiles de notificada ante la autoridad que dictó la resolución, quien remitirá las actuaciones al tribunal competente sin más trámite.

Sin perjuicio de la sanción que se imponga, el sujeto obligado debe brindar la prestación requerida con carácter urgente.

CAPITULO VIII DEL FINANCIAMIENTO

ARTICULO 25. — *Recursos.* Los recursos del Ministerio de Salud con relación a la presente ley, están constituidos por:

- a) Una matrícula anual abonada por cada entidad, cuyo monto será fijado por la reglamentación;
- b) Las multas abonadas por los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley a la Autoridad de Aplicación;
- c) Las donaciones, legados y subsidios que reciba;
- d) Todo otro ingreso compatible con su naturaleza y fines.

CAPITULO IX DISPOSICIONES ESPECIALES

ARTICULO 26. — *Derecho de los Usuarios.* Sin perjuicio de los que establezcan las demás normas de aplicación, los usuarios gozan de los siguientes derechos:

- a) Derecho a las prestaciones de emergencia: los usuarios tienen derecho, en caso de duda, a recibir las prestaciones de emergencia, correspondiendo en forma posterior resolver si se encuentran cubiertas por el plan contratado;
- b) Derecho a la equivalencia: los usuarios tienen derecho a una adecuada equivalencia de la calidad de los servicios contratados durante toda la relación contractual.

ARTICULO 27. — Créase como órgano consultivo un Consejo Permanente de Concertación, integrado ad-honorem por representantes del Ministerio de Salud, de la Autoridad de Aplicación de la ley 24.240, de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, de los usuarios y de las entidades representativas de los prestadores en el ámbito nacional o provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El Ministerio de Salud dictará el reglamento de funcionamiento del citado consejo.

ARTICULO 28. — *Orden Público.* La presente ley es de orden público, rige en todo el territorio nacional y entrará en vigencia a partir de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTICULO 29. — *Reglamentación.* El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los ciento veinte (120) días a partir de su publicación.

ARTICULO 30. — Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley tendrán un plazo de ciento ochenta (180) días a partir de la publicación de la presente para la adaptación al presente marco normativo.

ARTICULO 31. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, EL DIA CUATRO DE MAYO DEL AÑO DOS MIL ONCE.

— REGISTRADO BAJO EL Nº 26.682 —

JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

Ministerio de Salud SALUD PUBLICA

Resolución 1340/2013 Recomendaciones para la implementación de Test rápidos en el diagnóstico de VIH y otras ITS.

Bs. As., 27/8/2013

VISTO, el expediente N° 1-2002-8692/13-2 del Registro del MINISTERIO DE SALUD, y

CONSIDERANDO:

Que nuestro país ha sancionado la Ley N° 26.529 de los derechos del paciente, que tiende a garantizar entre otros derechos el derecho a una asistencia integral y digna de la salud.

Que a través del artículo 75 inc. 22 de la CONSTITUCION NACIONAL, la REPUBLICA ARGENTINA ha incorporado dentro de su plexo constitucional el derecho a la salud a través de disposiciones tales como los artículos 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 16 de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 23 incisos 3 y 4, 24, 25, 26, 27, 32 y 39 de la Convención sobre los Derechos del Niño, 10 h), 11.1 e) y f), 11.2, 12, 14 b) y c), y 16 e) de la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y 5 e.iv) de la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial.

Que a su vez la REPUBLICA ARGENTINA ha depositado el documentado de ratificación del Protocolo de San Salvador el 23 de octubre de 2003 y con ello se ha obligado a garantizar a toda persona el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

Que las últimas estimaciones informan que en nuestro país viven 130.000 personas con VIH de las cuales el 40% desconocen su serología. Las cifras de diagnósticos tardíos, obtenidas de las notificaciones, reportan un 25,3 de diagnósticos tardíos en el año 2010, correspondiendo un 29,5% a varones y un 17,3% a mujeres.

Que en función de ello nace la necesidad de crear alternativas para facilitar el acceso al diagnóstico del VIH y otras ITS atendiendo al principio constitucional del derecho a la salud;

Que ONUSIDA/OMS propone como estrategia 2011-2015 “Llegar a 0”. La misma incluye entre sus objetivos reducir a la mitad la transmisión sexual y acabar con la transmisión vertical del VIH.

Que la estrategia “Tratamiento 2.0” promovida por OPS/OMS incluye como uno de sus pilares fundamentales el acceso oportuno al diagnóstico debido al impacto, en términos individuales y comunitarios, en la disminución de la morbimortalidad y la transmisión del VIH.

Que las recomendaciones internacionales establecen que la información sobre la tasa de infección por el VIH en pacientes con tuberculosis es esencial para responder al compromiso de prestar atención y apoyo integral a la infección por el VIH y al SIDA, incluido el tratamiento antirretroviral (ARV), en los pacientes con tuberculosis y seropositivos para el VIH y por ello que la prueba de detección del VIH que es el punto de acceso al tratamiento ARV.

Que el acceso al diagnóstico oportuno es un factor determinante para la mejor respuesta al tratamiento de la infección por VIH, resultando en una mejoría en la supervivencia del paciente; y que el tratamiento antirretroviral con el objetivo de lograr carga viral indetectable, disminuye la transmisión del virus.

Que es necesario crear alternativas para la ampliación del acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras ITS en concordancia con los principios de universalidad, equidad e integridad en el acceso a la salud integral de las personas.

Que el conocimiento del estado serológico de las personas infectadas por el VIH y otras ITS es fundamental para el cuidado de su salud y para la prevención de nuevas infecciones.

Que la implementación del test rápido colabora en el proceso de descentralización necesario para brindar una mejor respuesta a la epidemia de VIH/SIDA, ya que no requiere de tecnología pesada o de alta complejidad y por ello puede ser realizado en espacios del primer nivel de atención e incluso en espacios comunitarios.

Que la utilización de test rápidos para VIH y otras ITS es una oportunidad para mejorar el acceso, con gran rendimiento en cuanto a su costo/efectividad y menores oportunidades perdidas.

“El enfoque de derechos en salud y la respuesta al VIH y SIDA en la Argentina”

Que la expansión del acceso a las pruebas diagnósticas mejora el acceso universal a la prevención y atención del VIH y otras ITS.

Que la estrategia 2.0, promovida por OPS/OMS, plantea el acceso oportuno al diagnóstico y tiene impacto en términos individuales y comunitarios por disminuir la morbimortalidad y la transmisión del VIH.

Que la utilización de test rápidos cuenta con una amplia experiencia en los hospitales públicos del país, donde están siendo utilizados en parturientas sin controles prenatales, en caso de accidentes ocupacionales y en situaciones de violencia sexual, entre otros.

Que la importancia del diagnóstico oportuno de los individuos con la finalidad de comenzar tempranamente el seguimiento y/o tratamiento que posibilite una mejor calidad de vida;

Que el conocimiento del diagnóstico de VIH y otras ITS por parte de la persona infectada, es fundamental para su mejor protección y adopción de prácticas de cuidado, y para el control de la infección y la diseminación del virus;

Que la SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS, la SECRETARIA DE PROMOCIÓN Y PROGRAMAS SANITARIOS avalan la aprobación de los algoritmos para la realización del diagnóstico de VIH.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS han tomado la intervención de su competencia;

Que la presente se dicta de acuerdo a las facultades conferidas por el Art. 23 Ter. Inc. 12 y 37 de la Ley de Ministerios T.O. Dto. 438/92 y sus modificatorias.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD RESUELVE:

Artículo 1° — Apruébanse las RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACION DE TEST RAPIDOS EN EL DIAGNOSTICO DE VIH Y OTRAS ITS, de acuerdo al ANEXO I que forma parte integrante de la presente resolución.

Art. 2° — Promuévase el uso del test rápido para el diagnóstico de la infección de VIH y otras ITS conforme lo dispuesto en el ANEXO I de esta resolución y según los algoritmos vigentes.

Art. 3° — Establécese que todos los reactivos utilizados para el diagnóstico de la infección de VIH deben ser oportunamente aprobados por la ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT), dependiente de este Ministerio.

Art. 4° — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional de Registro Oficial. Cumplido, archívese. — Juan L. Manzur.

ANEXO I RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACION DE TEST RAPIDOS EN EL DIAGNOSTICO DE VIH Y OTRAS ITS

En los últimos años, los tests rápidos (TR) han ganado importancia en el diagnóstico de la infección por VIH y otras ITS. En el caso de los TR para VIH, su sensibilidad y especificidad es comparable con las pruebas convencionales basadas en EIE y western blot. Estos ensayos están basados en técnicas de inmunodot, aglutinación, inmunocromatografía. Dichos test pueden ser utilizados en sangre entera, suero o plasma, mostrando igual sensibilidad y especificidad en cualquiera de los tres tipos de muestras. La mayoría de estos TR pueden ser realizados dentro de los 30 minutos.

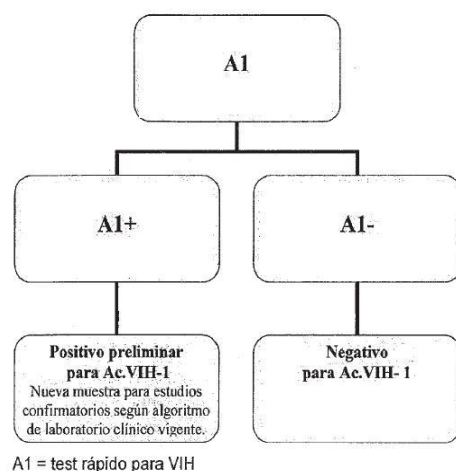
Sobre el proceso diagnóstico

- Se deben utilizar tests rápidos validados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).
- Las instituciones que utilicen test rápidos deberán desarrollar los procesos de capacitación a los equipos de salud, necesarios y pertinentes para la correcta implementación de la técnica rápida a ser utilizada, conforme las recomendaciones, que oportunamente emita el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Dirección de Sida, ETS y Hepatitis Virales.
- Los equipos de salud que utilicen test rápidos deberán desarrollar los controles de calidad del proceso diagnóstico conforme las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación a través de la Dirección de Sida, ETS y Hepatitis Virales, debiendo estar bajo la supervisión de un profesional bioquímico todo el proceso de capacitación, monitoreo y control de calidad.

- Las muestras deberán ser recolectadas de acuerdo con las instrucciones del fabricante del Kit diagnóstico.
- La persona que se realiza el test deberá recibir asesoramiento pre y post test conforme las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación a través de la Dirección de Sida, ETS y Hepatitis Virales, debiendo firmar el correspondiente consentimiento informado.
- El test rápido deberá realizarse en el marco y de manera integrada al circuito diagnóstico y asistencial local de modo tal de garantizar, en caso de ser necesario, la solicitud de turnos, extracción de sangre, traslado de la muestra y la derivación a médico tratante para realizar la confirmación diagnóstica de acuerdo al algoritmo vigente al momento. Es necesario tener previamente armado los sistemas de derivación pertinentes.

Sobre la realización del Test Rápido. El tamizaje debe ser realizado con tests rápidos capaces de detectar anticuerpos anti-HIV 1, incluyendo el grupo O y anticuerpos anti-HIV 2.

ALGORITMO 1. TAMIZAJE CON UNICO TEST RAPIDO



La muestra con resultado NEGATIVO en TR será definida como “MUESTRA NEGATIVA PARA VIH”.

Se emitirá un informe con el resultado que incluya la siguiente información: “En caso de identificar alguna situación de riesgo durante al menos los 30 días anteriores al momento de realización de la prueba, o persistencia de sospecha de infección por VIH, un nuevo test deberá ser realizado después

“El enfoque de derechos en salud y la respuesta al VIH y SIDA en la Argentina”

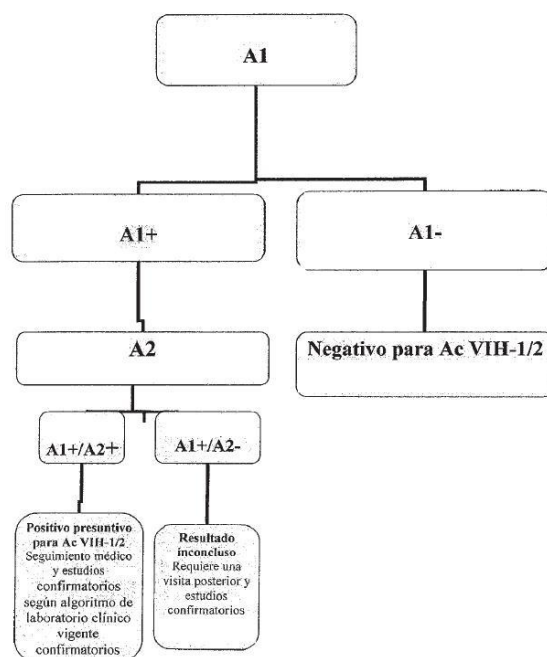
de pasados 30 días de la fecha de realización del tests”.

La muestra con resultado POSITIVO será definida como “MUESTRA POSITIVA PRELIMINAR PARA VIH” y se procederá a la recolección de una nueva muestra con punción venosa para la realización de la confirmación diagnóstica de acuerdo al algoritmo vigente”.

Se emitirá un informe con el resultado, “MUESTRA POSITIVA PRELIMINAR PARA VIH “, destacando su carácter preliminar e indicando la realización de nuevos estudios.

En el caso de que el resultado sea inválido, es necesario repetir el test con el mismo Kit diagnóstico, si fuera posible con un lote distinto al utilizado inicialmente. De persistir el resultado invalido se deberá recolectar una nueva muestra con punción venosa y someterla a los procedimientos de tamizaje convencionales. En este caso no se emite informe con los resultados.

ALGORITMO 2. TAMIZAJE CON DOS TESTS RAPIDOS COMBINADOS EN SERIE



A1 = test rápido para VIH – A2 = test rápido para VIH de marca distinta a A1

La muestra con resultado NEGATIVO en Test Rápido será definida como “MUESTRA NEGATIVA PARA VIH”

El informe de resultado deberá incluir, además del resultado, la siguiente información “En caso de identificar alguna situación de riesgo durante al menos los 30 días anteriores al momento de realización de la prueba, o persistencia de sospecha de infección por VIH, un nuevo test deberá ser realizado después de pasados 30 días de la fecha de realización del tests”.

La muestra con resultado POSITIVO en el Test Rápido 1 deberá ser sometida al Test Rápido 2. Las muestras con resultados POSITIVO para 1 y 2 tendrá un resultado definido como “MUESTRA POSITIVA PRESUNTIVA PARA VIH” y se procederá a la recolección de una nueva muestra con punción venosa para la confirmación del diagnóstico conjuntamente con la derivación al médico tratante.

Se emitirá un informe con el resultado que informando “MUESTRA POSITIVA PRESUNTIVA PARA VIH”, la necesidad de confirmación del resultado. Paralelamente se debe realizar la derivación al médico tratante.

Las muestras con resultados discordantes entre TR1 y TR2 no tendrán resultado definido. En ese caso será necesaria la recolección de una nueva muestra con punción venosa y sometida a los procedimientos diagnósticos confirmatorios. En este caso no se emite informe con los resultados.

En el caso de que el resultado de TR1 y/o TR2 sea inválido, es necesario repetir el test con el mismo Kit diagnóstico, si fuera posible con un lote distinto al utilizado inicialmente. De persistir el resultado invalido se deberá recolectar una nueva muestra con punción venosa y someterla a los procedimientos de tamizaje convencionales. En este caso no se emite informe con los resultados.

Sobre el informe del resultado

En el informe de resultados realizado por un test rápido deberá constar:

1. Lugar y fecha de la realización del estudio
2. La interpretación final del resultado que podrá ser: “MUESTRA POSITIVA PRELIMINAR PARA VIH” o “MUESTRA NEGATIVA PARA VIH”, “MUESTRA POSITIVA PRESUNTIVA PARA VIH” o “MUESTRA NEGATIVA PARA VIH”.
3. El informe deberá estar en consonancia con las normativas vigentes al respecto.