

TU RESPETO
TU DERECHO

CONSUMO
RESPONSABLE

TU CUIDADO

Lineamientos sobre Derechos y Acceso
de adolescentes al sistema de salud

TU ELECCIÓN

NUESTRO DERECHO



Programa Nacional de Salud
Integral en la Adolescencia



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Lineamientos sobre Derechos y
Acceso de los y las adolescentes
al sistema de salud



Este material fue realizado con el apoyo de UNFPA Argentina.

Autora: Dra. Sonia Ariza Navarrete

Colaboradoras: Lic. Nina Zamberlin, Dra. Eugenia Soubies, Dra. Andrea Franck, Lic. María Rosner, Lic. Ma. Inés Pérez (PNSIA)

Revisión final: Dr. Juan Carlos Escobar

Las ilustraciones fueron realizadas por el Colectivo OnAire, como producto de la Jornada realizada con adolescentes y jóvenes, sobre Derechos y Acceso, realizada en septiembre de 2015

Edición y Diseño: Agustina de La Puente y María Eugenia de León

Año 2015

PRÓLOGO

La salud es un derecho humano. En Argentina es reconocido como tal con jerarquía constitucional desde la reforma de 1994. El art. 75 inc. 22 incorpora instrumentos internacionales de derechos humanos que contienen específicamente el derecho a la salud.

En la práctica se constatan numerosas barreras de acceso de la población adolescente al sistema de salud fundadas, entre otras, en el desconocimiento por parte de los equipos de los marcos jurídicos y legales que garantizan este derecho al acceso.

¿Puede ir un/a joven solo/a a la consulta? ¿Me pueden demandar por atender a un/a adolescente sin sus padres? ¿Hay una edad mínima para poder recibir métodos anticonceptivos? ¿Qué situaciones son de denuncia obligatoria? Estas y otras inquietudes surgen diariamente en la consulta con adolescentes y jóvenes. Preguntas que muchas veces se basan en mitos o temores infundados que terminan alejando a esta población de los servicios de salud.

En ese sentido, desde el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) venimos trabajando hace varios años en un proceso de capacitación con los equipos de salud para incorporar en su práctica cotidiana los marcos normativos. Estas instancias abarcaron diferentes niveles en la organización del sistema: desde decisores políticos y autoridades sanitarias, hasta equipos del primer nivel de atención; en prácticamente todas las jurisdicciones del país.

Como fruto del intercambio con estos diferentes actores, encontramos la necesidad de generar un documento en donde se hallen contenidos tanto el marco normativo como su aplicación a través de ejemplos prácticos.

Es así como presentamos estos Lineamientos, confiados en que serán de gran utilidad para los equipos de salud, ya que de esta manera podrán brindar mayor seguridad, confianza y respaldo en el momento de la atención.

En Argentina contamos con un frondoso marco jurídico que garantiza el ejercicio del derecho a la salud de esta población. Por eso, nos parece fundamental que los equipos puedan conocer y reflexionar acerca de este material porque confiamos que el trabajo cotidiano basado en una perspectiva de derechos terminará impactando en una mayor y mejor atención de adolescentes y jóvenes.

Dr. Juan Carlos Escobar

Coordinador

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia

AUTORIDADES

PRESIDENTE DE LA NACIÓN

Ing. Mauricio Macri

MINISTRO DE SALUD

Dr. Jorge Lemus

**SECRETARIO DE PROMOCIÓN, PROGRAMAS SANITARIOS
Y SALUD COMUNITARIA**

Dr. Néstor Pérez Baliño

SUBSECRETARIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Dra. Dora Teresa Delia Vilar de Saráchaga

DIRECTORA NACIONAL DE MATERNIDAD, INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Dra. Emilce Vera Benitez

**COORDINADOR DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL EN LA
ADOLESCENCIA**

Dr. Juan Carlos Escobar

CAPÍTULO 1: Nociones básicas del derecho	8
1.1 Conceptos y definiciones. Adolescencia, juventud, salud integral	
1.2 Estructura del ordenamiento jurídico. Mecanismos judiciales de garantía del respeto de la jerarquía normativa	
1.3 Principios generales del ordenamiento jurídico. Legalidad, reserva, igualdad y no discriminación	
CAPÍTULO 2: Paradigma de protección integral de derechos	16
2.1 Antecedentes del modelo de protección. Diferencias con el paradigma tutelar	
2.2 Características del modelo de protección de derechos	
2.3 Principios rectores. Interpretación constitucional de las normas relacionadas con niñez y adolescencia	
2.3.1 Autonomía progresiva	
2.3.2 Participación directa	
2.3.3 Interés superior del niño. El interés superior del niño frente al desacuerdo en la toma de decisiones	
2.3.4 Igualdad y no discriminación	
2.4 Resignificación de la relación entre progenitores y otras personas responsables de NNyA	
2.4.1 La responsabilidad parental	
2.4.2 La parentalidad adolescente	
2.5 Marco normativo nacional sobre derechos de NNyA	
CAPÍTULO 3: Derechos relacionados con la atención de la salud	32
3.1 Derecho a la salud	
3.2 Derecho a la privacidad	
3.3 Derecho a la confidencialidad. La obligación de guardar el secreto profesional. Comunicación de información sobre NNyA y secreto profesional	
3.4 Derecho a la disposición sobre el propio cuerpo	
3.5 Derecho a la participación directa	
3.5.1 Capacidad y competencia	
3.5.2 Consentimiento informado	
3.5.3 Deber de entrega de información sanitaria: transparencia activa	
3.5.4 Participación directa en la toma de decisiones sanitarias	
3.5.5 Acompañamiento en la toma de decisiones. Responsabilidad parental y comunitaria	
3.5.6 Situaciones en las que se requiere acompañamiento	
CAPÍTULO 4: Situaciones particulares	48
4.1 Salud sexual y reproductiva	
4.2 Aborto legal	
4.3 Anticoncepción de emergencia	
4.4 Anticonceptivos de larga duración (Implante subdérmico y DIU)	
4.5 Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Testeo, prevención y tratamiento	
4.6 Conductas autolesivas	
4.7 Consumo problemático de sustancias	
4.8 Violencia hacia NNyA	
4.8.1 Violencia sexual	

NO ALA
VIOLENCIA

MALTRATO

ACOS

TU RESPETO
MI DERECHO
MI RESPETO
TU DERECHO
NUESTRO
DERECHO

Salud+
Adi+Salud

Ministerio de Salud | Presidencia de la Nación

SI TE QUIERE
NO TE PEGA



CAPÍTULO 1

NOCIONES BÁSICAS DEL DERECHO

1-1 CONCEPTOS Y DEFINICIONES

1.1.1 Adolescencia:

De acuerdo con el Comité de Derechos del Niño, la adolescencia es “un período caracterizado por rápidos cambios físicos, cognoscitivos y sociales, incluida la madurez sexual y reproductiva; la adquisición gradual de la capacidad para asumir comportamientos y funciones de adultos, que implican nuevas obligaciones y exigen nuevos conocimientos teóricos y prácticos”.¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y los 19 años²; por su parte, para el Código Civil Argentino (Ley N° 26.994 de 2014) la adolescencia abarca desde los 13 hasta los 18 años (art. 26). La adolescencia, tal como define la OMS, se divide en dos momentos: temprana³, desde los 10 hasta los 14 años y tardía⁴, desde los 15 hasta los 19 años.

El desarrollo de la autonomía es un proceso que se inicia a temprana edad y no guarda relación directa con la edad ni con los tiempos transcurridos sino con las características individuales, contextuales y sociales. Es por ello que el acompañamiento de las familias (en su enorme diversidad), la comunidad (compuesta por referentes de confianza de los/as adolescentes como amigas/os, vecinas/os, parientes, etc.) y el Estado debe adecuar-se a las necesidades, capacidades y deseos de cada adolescente.

En este sentido, la adolescencia es una etapa con enorme potencialidad de “cambios positivos inspirados por la importante capacidad de los adolescentes para aprender rápidamente, experimentar nuevas y diversas situaciones, desarrollar y utilizar el pensamiento crítico y familiarizarse con la libertad, ser creativos y socializar”.⁵ Es decir los/as adolescentes son considerados actores estratégicos para el desarrollo de la sociedad.

1 ONU (2003) Comité de los Derechos del Niño. Observación General N°12. “Medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño (arts. 4 y 42, párrafo 6 del art. 44)”. Ginebra: CRC/CG/2003/5.

2 May, A. R., Kahn, J. H., y Cronholm, B. (1971) “La salud mental de los adolescentes y los jóvenes: informe sobre una conferencia técnica”. Estocolmo: OMS; Donas, S. (1992) “Marco epidemiológico conceptual de la Salud Integral del Adolescente”. OPS - OMS. Página 3.

3 OMS (1978) y UNICEF (2002).

4 *Ibidem*.

5 ONU (2003) Comité de los Derechos del Niño. Observación General N°4. “La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño”. Ginebra: CRC/CG/2003/4.

1.1.2 Juventud:

Generalmente se aplica este concepto a personas desde los 15 hasta los 24 años, no se trata de una noción etaria ya que no tiene un marco temporal fijo. La definición de la OMS hace hincapié en que este concepto no se define o caracteriza por procesos biológicos sino principalmente por procesos psicosociales, que determinan la adopción de estilos de vida que se dirigen a la consolidación de condiciones económicas y sociales autosuficientes.

Es un imperativo que las sociedades, el Estado y la comunidad acompañe en el desarrollo de la autonomía ya que como escribe Dina Krauskopf "...el riesgo para el progreso de las sociedades es su no inclusión en el desarrollo y el ejercicio ciudadano".⁶

1.1.3 Salud integral en la adolescencia:

La salud integral es "el completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad" (OMS, 1948). Es por ello que la interdisciplinariedad y la articulación entre los distintos niveles de atención de la salud de esta población son indispensables.

La adolescencia se ha caracterizado como una etapa de la vida sana. Epidemiológicamente el índice de muertes, enfermedades y padecimientos crónicos es bajo.⁷ Sin embargo, junto con la infancia, es el período más importante para consolidar y garantizar la salud adulta. La formación, promoción y prevención de afectaciones, es fundamental durante la adolescencia para garantizar la configuración de rutinas y hábitos de cuidado de la salud durante el resto de la vida.⁸ Los cambios físicos, sociales y psíquicos que atraviesan los/as adolescentes sumado al contexto particular en el que viven generan situaciones singulares que deben ser abordadas de una manera específica.

El enfoque contextual o social es fundamental para el abordaje de la salud adolescente. Se deben tener en cuenta los procesos sociales, históricos y culturales a la hora de evaluar los factores de riesgo propios de las condiciones y características de cada adolescente (determinantes sociales y de género de la salud) para generar estrategias de promoción, prevención y recuperación de afectaciones de la salud, en conjunto con la familia, la red de confianza (comunidad y amistades), las instituciones del Estado y la sociedad civil, de acuerdo con la voluntad de cada adolescente.

1-2 ESTRUCTURA DEL ORDENAMIENTO JURÍDICO

Los derechos de niñas, niños y adolescentes (en adelante NNA) se encuentran enmarcados por un sistema normativo denominado ordenamiento jurídico. Este es un sistema ya que se

6 Krauskopf, D. (2011) "Enfoques y dimensiones para el desarrollo de indicadores de juventud orientados a su inclusión social y calidad de vida". Chile: Revista Última Década, Centro de Estudios Sociales. Volúmen 19, Revista 34. Páginas 51-70.

7 Green, L. W. y Horton D. (1982) "Adolescent health: Issues and challenges". En: Coates, T. J., Petersen A.C. y Perry CH. (Eds.) (2013) "Promoting adolescent health: A dialog on research and practice". New York - London: Academic Press Inc. Páginas 23-43.

8 Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., Ezeh, A. C. y Patton, G. C. (2012) "Adolescence: a foundation for future health". Gran Bretaña: The Lancet. Volúmen 379, N° 9826. Páginas 1630-1640.

trata de un conjunto de normas ordenadas jerárquica y funcionalmente en una estructura dinámica. Para explicar esta relación entre las normas, generalmente se usa la figura de la “pirámide”. Esta figura muestra que existe en la parte superior una norma en una posición privilegiada, la norma de máxima jerarquía y las demás se ubican de forma descendente en la figura indicando qué normas deben seguir los mandatos de las que se ubican en los escalones superiores. Al mismo tiempo, la pirámide representa el aumento en la cantidad de normas a medida que decrece su nivel de jerarquía y por tanto se acercan a la base.



1. Es la parte más alta de la figura, donde se ubica la norma de mayor jerarquía: la Constitución Nacional. En la Argentina se incluyen los Tratados de Derechos Humanos que se han ratificado e incorporado mediante un procedimiento especial (art. 75.22). Las normas constitucionales deben ser respetadas de manera inexcusable por todas las demás del ordenamiento jurídico. En el caso de los derechos de NNyA, la norma de mayor jerarquía es la Convención de los Derechos del Niño.

En el ámbito nacional todas las autoridades y ciudadanos están obligados por las normas constitucionales. La máxima autoridad judicial encargada de la interpretación de las normas constitucionales y convencionales⁹ es la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Esta debe tener en cuenta los pronunciamientos de las cortes internacionales de derechos humanos y de los órganos de aplicación de los tratados internacionales en su tarea.¹⁰

⁹ Se llama convencionales a todas las normas de las convenciones y tratados de derechos humanos.

¹⁰ En el ámbito internacional, los derechos de NNyA han sido abordados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, el Comité de Seguimiento de la Aplicación de la Convención de los Derechos del Niño, el Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), el Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales, entre otros.

2. Representa las normas dictadas por el Congreso de la Nación. Estas “leyes federales o nacionales”, rigen en todo el país y deben ser respetadas por las que se ubican en los escalones inferiores. Es el caso de la Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de 2005 o la Ley N° 26.150 de creación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral de 2006 (Ver 2.5).

3. Muestra la posición de las constituciones provinciales. La Argentina tiene un sistema federal, por ello cada provincia se da sus propias normas en las materias que no fueron delegadas al Estado Nacional. Las materias que sí lo están se regulan por el Congreso de la Nación y sus mandatos deben ser respetados en todo el país, ya que representan las decisiones tomadas en conjunto por representantes de todas las provincias (senadores/as y diputados/as) y sirven para fijar los estándares asegurando que todas las personas puedan contar con un mínimo común de derechos y prestaciones en la Argentina. Las constituciones provinciales deben respetar en primer lugar los mandatos de la Constitución Nacional.

4. Indica la posición de las leyes provinciales, es decir las normas emitidas por las legislaturas provinciales. Estas leyes deben respetar los mandatos de las constituciones provinciales, las leyes federales y principalmente de la Constitución Nacional. En la mayoría de las provincias existen leyes locales de protección de la infancia y la adolescencia, leyes de salud sexual y reproductiva, de protección de derechos de pacientes, etc., que deben aplicarse a NNYA respetando las normas y principios constitucionales y convencionales, es decir, aquellos que se derivan de las convenciones y tratados internacionales de derechos humanos.

5. Se encuentran las normas individuales: sentencias judiciales, que se consideran ley para las partes involucradas en el proceso judicial; las resoluciones administrativas (por ejemplo, de los ministerios como los protocolos sanitarios de atención de víctimas de violencia sexual, interrupción legal del embarazo, etc.), entre otras.

1.2.1 Mecanismos judiciales de garantía del respeto de la jerarquía normativa:

Estas características del ordenamiento jurídico implican que todas las normas deben ajustarse en primer lugar a la Constitución Nacional y a las normas de derecho internacional de los Derechos Humanos suscritas por la Argentina. En el campo de la salud, eso quiere decir que todas las normas que rigen la prestación y garantía de los servicios de salud para las personas en todo el país, deben ser constitucionales (seguir los mandatos de la Constitución) y convencionales (seguir las normas establecidas en los tratados, pactos y convenciones de Derechos Humanos incorporadas a las Constitución Nacional).

Para ello el poder judicial ejerce:

- **Control de constitucionalidad** de las normas, teniendo la función de resguardar la coherencia del orden jurídico interno. Esto implica que todas las normas puedan ser

cumplidas y no se contradigan entre sí, dado que todas deben seguir los mandatos de la Constitución. De no ser así, esas normas no deben ser obedecidas por ser inconstitucionales.¹¹

• **Control de convencionalidad**, se realiza para verificar que las normas se ajustan a los mandatos de las normas internacionales de derechos humanos. Además de asegurar el cumplimiento de los compromisos que han tomado los países para garantizar un estándar, universal o regional, de protección de los derechos humanos para todas las personas que se encuentran en su territorio y así evitar la responsabilidad internacional del Estado.¹²

1-3 PRINCIPIOS GENERALES DEL ORDENAMIENTO JURÍDICO

Además de las normas jurídicas representadas en la pirámide, el ordenamiento jurídico tiene otro tipo de instrumentos normativos: **los principios**. Se trata de directivas de carácter general que se aplican como estándares para el uso del derecho. Sus principales funciones son: (i) guiar la interpretación y aplicación de las normas jurídicas, (ii) indicar la forma en la que las personas (o sujetos de derecho) deben actuar frente a situaciones que no están reguladas expresamente en las normas o sobre las que hay duda y, además, (iii) se configuran como objetivos generales que deben satisfacer, tanto el ordenamiento jurídico en general, como las normas en particular. Algunos principios relevantes para la atención de la salud de NNyA son:

1.3.1 Legalidad:

Este principio está consagrado en los arts. 17 y 19 de la Constitución Nacional y se aplica a todas las materias del Derecho: penal, administrativo, laboral, tributario, etc. Este principio dice en términos generales, que todas las conductas son legales y pueden realizarse libremente a menos que las normas jurídicas dispongan lo contrario. Solo las normas jurídicas pueden indicar cuáles son las conductas prohibidas y cuáles son sus consecuencias y no la voluntad de las autoridades que ejercen funciones públicas. Es el principio fundamental del Estado de Derecho moderno. En la atención de la salud, implica por ejemplo, que si las normas no tienen requisitos o exigencias expresas, el personal sanitario no puede imponerlos. Así, solicitar acompañamiento de una persona adulta para que un/a adolescente acceda a un método anticonceptivo, resulta violatorio del principio de legalidad, es ilegal, dado que ninguna norma exige expresamente este requisito.

De acuerdo con este principio, las normas jurídicas deben interpretarse de tal forma que se restrinjan en la menor medida posible los derechos y libertades. Es por ello que todas las normas que limitan el ejercicio de derechos deben ser interpretadas de forma restringida es decir de forma que la menor cantidad de personas vean limitado su derecho. Y las que otorgan derechos deben ser interpretadas de forma amplia, es decir, de forma

11 Alexy, R. (2008) "Ponderación, control de constitucionalidad y representación". Buenos Aires: La Ley.

12 Hitters, J. C. (2009) "Constitutional control and conventional control. Comparison criteria established by the Inter-American Court of Human Rights". Chile: Centro de Estudios Constitucionales de Chile, Universidad de Talca. Año 7, N° 2. Páginas 109-128.

que el derecho sea lo más extenso posible y cubra a la mayor cantidad de personas. Este principio de interpretación de las normas resulta fundamental cuando se trata de aplicar normas generales al caso de NNyA. Un ejemplo es el derecho a consentir una práctica médica (art. 5 Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente), en el cual el principio de legalidad obliga a interpretar las normas que regulan el consentimiento de forma que la mayor cantidad de NNyA puedan consentir de manera autónoma las prácticas con la orientación y acompañamiento adecuados, como se verá en los próximos capítulos.

1.3.2 Reserva:

Se considera un principio derivado del principio de legalidad que se expresa en la máxima “Todo lo que no está prohibido por la ley, está permitido”.¹³ Quiere decir que solo la ley puede crear restricciones a la libertad de las personas y lo debe hacer de forma explícita (expresa, clara y limitada). Las consecuencias más importantes de la aplicación de este principio son:

(i) Las restricciones a la libertad y a los derechos solo las puede hacer el poder legislativo. Por su parte, el poder ejecutivo solo puede tomar medidas tendientes a hacer cumplir las leyes vigentes.

(ii) Todas las consecuencias y cargas que se deriven de una conducta deben estar previstas previamente en las normas. Es decir, todos los requisitos para acceder a un servicio de salud, las sanciones por incumplir una norma, etc., deben estar determinados en la ley previamente.

1.3.3 Igualdad y no discriminación:

Este principio se establece en el art. 16 de la Constitución Nacional e implica que todas las personas que habiten el suelo argentino son iguales ante la ley. En el caso de NNyA este principio garantiza que se respeten los mismos derechos que tienen todas las personas; además, implica que para garantizar su efectivo cumplimiento se desarrollen mecanismos especiales para su ejercicio y para la protección de sus derechos. Se trata entonces de un principio que tiene dos caras: la primera, igualdad formal, implica que no se pueden hacer distinciones arbitrarias para generar desventajas o restringir derechos a las personas en virtud de sus características individuales o de su pertenencia a un grupo. Resultaría violatorio de la igualdad formal, negar una prestación sanitaria a una persona, en virtud únicamente de su origen nacional, étnico o de su edad. La segunda cara, es la llamada igualdad de oportunidades, que exige ya no tratar “a todas las personas por igual”, sino “tratarlas de forma que se garanticen en igual medida sus derechos”. En este sentido, no se respeta la igualdad cuando se desconocen las necesidades y características individuales de las personas. Para seguir con el ejemplo: la igualdad formal exige atender la salud de todas las personas sin importar su origen nacional o étnico o su edad, y la igualdad de oportunidades, exige además, tener en

¹³ El art. 19 de la Constitución Nacional dice: “Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están solo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”.

cuenta que una persona que no habla el castellano como su idioma originario puede requerir traducción, mayor explicación y/o un lenguaje más sencillo en la consulta, y si se trata de un/a NNyA, además se debe tener en cuenta esta circunstancia para asegurar que reciba una atención que garantice en igual medida sus derechos.

En consecuencia, resulta ilegal y violatorio de las convenciones de derechos humanos hacer distinciones o negar la atención de la salud a NNyA, así como no tener en cuenta sus capacidades y condiciones particulares para adaptar la consulta y el tratamiento.



CONSUMO
RESPONSABLE
INFORMACIÓN
CONTENCIÓN
NUESTRO
DERECHO

Salud+
Añadi Salud

Ministerio de Salud | Presidencia de la Nación

CAPÍTULO 2

PARADIGMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE DERECHOS

2-1 ANTECEDENTES DEL MODELO DE PROTECCIÓN - DIFERENCIAS CON EL PARADIGMA TUTELAR

Hasta 1990 en Argentina rigió el “paradigma tutelar” para el abordaje de la infancia y la adolescencia. Este caracterizó a NNyA como inferiores respecto de las personas adultas ya que se les consideraba “incapaces” de hacerse cargo de sus propios asuntos.¹ Se ordenaba que las personas “capaces” tomaran decisiones en su nombre, ya fueran sus progenitores o el Estado. El NNyA quedaba relevado de participar en sus asuntos, era “sustituida su voluntad” para protegerle supuestamente en su propio beneficio. Bajo este modelo, el consentimiento informado para la atención y los tratamientos médicos lo daban directamente sus representantes, sin consideración de la voluntad o la opinión del llamado, en aquel entonces, menor.

Con la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño en 1990, y su posterior incorporación a la Constitución Nacional en 1994, la Argentina adquiere el compromiso de modificar completamente el abordaje de toda su legislación e incorporar el nuevo “paradigma de la protección de derechos” que se basa en el enfoque de derechos humanos. Este modelo impone el reconocimiento de NNyA como sujetos plenos de derechos, se reconocen como ciudadanos/as con los mismos derechos que todas las demás personas, e impone deberes especiales a progenitores, al Estado y a la comunidad, para la garantía de los derechos de esta población. Esto quiere decir que no se enfoca en actuar sobre los individuos sino frente a la situación en que se encuentran, para facilitar su desarrollo autónomo y habilitarles de manera directa el ejercicio de sus derechos.

Las personas adultas ya no pueden tomar decisiones por los/as adolescentes, sino que deben apoyarles para que puedan tomar sus propias decisiones, dándoles la información necesaria de manera que puedan comprenderla, teniendo en cuenta el grado de desarrollo de sus habilidades y ayudándoles a ver o formular alternativas de acción y a decidir, teniendo en cuenta su propio contexto.

2-2 CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS

NNyA son sujetos de Derechos por tanto se les considera “titulares de derechos” y de acuerdo con sus capacidades pueden ejercerlos autónomamente. Se abandona el concepto rígido de “incapacidad” para centrarse en las capacidades y competencias que tienen NNyA y la asistencia que necesitan para ejercer sus derechos.

¹ Este modelo se representaba en la Ley N° 10.903 de Patronato de Menores.

- ***Rol de acompañamiento de adultos responsables.*** La red de confianza de NNyA está conformada idealmente por sus progenitores (responsabilidad parental) y su grupo familiar inmediato pero no de forma exclusiva y/o excluyente. Puede conformarse por otras personas de confianza o por autoridades designadas para asistir a NNyA en la toma de decisiones que les permitan ejercer sus derechos, desarrollar su plan de vida y completar su formación. Lo importante es que todos/as los NNyA cuenten con el acompañamiento necesario para poder tomar decisiones informadas por sí mismos/as, en la medida de sus capacidades. Por ejemplo, en el caso de que un/a adolescente quiera acompañarse de un familiar (tíos/as, abuelos/as, etc.) o una persona adulta de su comunidad para la toma de decisiones sanitarias puede hacerlo.
- ***El Estado es garante del cumplimiento y protección de los derechos de NNyA.*** Todos los derechos reconocidos, y aquellos que se reconozcan en el futuro, deben incluir a NNyA desarrollando provisiones especiales para garantizar que puedan ejercer sus derechos de acuerdo con su grado de madurez y capacidad de discernimiento (autonomía progresiva).² El Estado, en todos sus niveles, debe disponer mecanismos especiales para proteger sus derechos, evitar daños, restituir situaciones de vulneración y sancionar a quienes obstruyan o dificulten el ejercicio de sus derechos, especialmente de sus derechos humanos. Es por ello que desde la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño en 1990 se han venido desarrollando distintas instancias de protección de los derechos de NNyA, especialmente desde 2005 con la Ley Nacional N° 26.061.
- ***La comunidad es fuente de apoyo en el desarrollo autónomo y pleno de NNyA.*** Es deber de toda la comunidad acompañar el proceso de formación de NNyA y actuar frente a la vulneración de sus derechos. Es por ello que se han creado tanto a nivel provincial como nacional organismos públicos encargados de la protección y restitución de derechos de NNyA ante los cuales profesionales de la salud, docentes, autoridades y la comunidad en general puede comunicar estas situaciones para que el Estado active los mecanismos correspondientes para evitar la lesión de derechos, el daño o su agravamiento.³

Es importante tener en cuenta la diferencia entre comunicación y denuncia. La denuncia es un acto jurídico por medio del cual se informa a las autoridades policiales o judiciales sobre la existencia de un delito. La comunicación administrativa es un acto jurídico por el cual se pone en conocimiento de las autoridades administrativas una situación sobre la que tiene competencia. La comunicación en los casos que interesan en este manual, sirve para integrar equipos de intervención interinstitucional para abordar de forma integral la atención de la salud de los/as NNyA en las esferas físicas, psíquicas y sociales, especialmente las últimas.

2 En este caso, las provisiones especiales podrían ser: medidas específicas para garantizar los derechos de NNyA a través de autoridades locales de protección de derechos y/o adecuación de turnos, espacios de atención, entre otros.

3 El Ministerio de Desarrollo Social de la Nación cuenta con un recursero interactivo, disponible en su página web, en el que se pueden consultar los datos de la autoridad local encargada de proteger los derechos de NNyA. Disponible en: <http://www.desarrollosocial.gob.ar/mapa#?cat=cfm>

Los/as profesionales de la salud están en la obligación de acompañar a NNyA para que desarrollen progresivamente su autonomía, entregándoles toda la información relacionada con su salud, respetando sus derechos tales como la confidencialidad, privacidad y atención de su salud, con o sin acompañamiento de personas adultas. De la misma forma es central que ante la vulneración de derechos de NNyA, activen articulaciones institucionales (dentro del sistema de salud, como interconsultas y derivaciones) e interinstitucionales (a otros organismos del Estado e incluso de la sociedad civil), siempre informándole al NNyA, explicándole la importancia de la protección de sus derechos, y respetando su decisión en el marco de la protección de su interés superior.

2-3 PRINCIPIOS RECTORES - INTERPRETACIÓN CONSTITUCIONAL DE LAS NORMAS RELACIONADAS CON NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Los principios, en el marco de un sistema jurídico basado en el reconocimiento de derechos, “son derechos que permiten ejercer otros derechos y resolver conflictos entre derechos igualmente reconocidos”.⁴ La Convención de los Derechos del Niño estableció cuatro principios rectores, que deben ser respetados y deben guiar la interpretación de todas las normas relacionadas con NNyA en todos los niveles: internacional, nacional, provincial, municipal e individual, tanto de profesionales de la salud como de todas las personas de la comunidad. Estos principios son:

2.3.1 Autonomía progresiva:

Este principio es el reconocimiento jurídico de que la niñez y la adolescencia son períodos de la vida de las personas en que se está consolidando de manera progresiva su capacidad de discernimiento. Es decir, la habilidad para comprender información, aplicarla a una situación particular para poder definir alternativas de actuación y, finalmente, tomar decisiones. Esta capacidad se desarrolla de manera diferente en cada persona dependiendo del contexto en el que habita, los recursos con los que cuenta (materiales, intelectuales y sociales) y sus características individuales. Por ejemplo, una persona a los 10 años puede tener la capacidad para comprender la importancia de tomar una medicación para recuperar la salud, pero no para consentir una relación sexual o para realizar una elección vocacional definitiva.

Este reconocimiento, implica un cambio en el eje del abordaje de la “capacidad” como concepto habilitante para el ejercicio de derechos. La aplicación del principio de autonomía progresiva de NNyA obliga a partir de la base de que todas las personas son capaces y pueden ejercer sus derechos de forma directa, pero algunas requieren un acompañamiento (asistencia) adecuado a su capacidad de discernimiento individual.

Esto se establece en el art. 5 de la CDN, en el cual se impone tanto al Estado como a quienes tienen roles de responsabilidad frente a NNyA el deber de ejercer “en consonan-

4 Cillero Bruñol, M. (1997) “Infancia, autonomía y derechos: una cuestión de principios.” Uruguay: Revista Infancia, Boletín del Instituto Interamericano del Niño - OEA N°234. Páginas 1-13. Disponible en: www.iin.oea.org/infancia_autonomia_derechos.pdf

cia con la evolución de sus facultades, [las responsabilidades de] dirección y orientación apropiadas para que el niño [niña o adolescente] ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención”.

El ejercicio de la autonomía es progresivo e individual y no puede ser limitado arbitrariamente por la ley.

Por ello no se deben aplicar límites etarios fijos para el ejercicio de derechos o el acceso a beneficios, ya que ello no se ajusta a la realidad de todos/as los/as NNYA y por tanto resulta arbitrario. Se debe entender entonces que, las edades fijadas en las normas son indicativas y que pueden/deben realizarse excepciones cuando las características del caso concreto lo requieran

Por ejemplo: la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable, establece el acceso a la anticoncepción de adolescentes sin acompañamiento a partir de los 14 años, sin embargo, el Código Civil (art. 26) indica que la regla para la disposición sobre el propio cuerpo es la autonomía progresiva y presume que está consolidada, para este tipo de prestaciones, desde los 13 años. Se debe aplicar la norma que reconoce más derechos y de ser el caso incluso ampliar su interpretación.

Si se acerca al servicio un/a adolescente de 12 años solicitando preservativos porque ha iniciado su vida sexual, no podría negarse el suministro o solicitarle que se acompañara por una persona adulta. Esta conducta sería arbitraria e ilegal. Por supuesto, que debe entregarse el método anticonceptivo en la consulta en el marco de una consejería para que el/la adolescente acceda a información necesaria para ejercer su sexualidad de forma segura pero sobre todo para evaluar si está bajo una situación de violencia sexual.

El Estado debe garantizar la existencia de mecanismos que apoyen tanto a progenitores, redes de confianza, profesionales de la salud, como a la comunidad en general, para que puedan acompañar y aportar en el proceso de consolidación de la capacidad de discernimiento de NNYA. En el caso de profesionales de la salud, es clave permitir a los/as NNYA ser el centro de los procesos de promoción, prevención y recuperación de su salud. **El respeto de la autonomía impone la obligación de atender las consultas de toda persona menor de 18 años, con o sin acompañamiento, siempre que se presenten de forma voluntaria al servicio.** En el caso de NNYA de cualquier edad, que se presente sin acompañamiento de adultos al servicio de salud, para solicitar vacunación, por ejemplo, después de alguna charla informativa en la escuela o en un centro barrial, se debe proceder inmediatamente y en todos los casos a brindar la prestación, informándole previamente sobre todos los aspectos relacionados con la vacunación.

2.3.2 Participación directa:

Se establece en los arts. 12 y 13 de la CDN:

“Artículo 12. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño”.

“Artículo 13.1. El niño tendrá derecho a la libertad de expresión; ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o impresas, en forma artística o por cualquier otro medio elegido por el niño. 2. El ejercicio de tal derecho podrá estar sujeto a ciertas restricciones, que serán únicamente las que la ley prevea y sean necesarias: a) Para el respeto de los derechos o la reputación de los demás; o b) Para la protección de la seguridad nacional o el orden público o para proteger la salud o la moral públicas”.

Se debe garantizar que NNyA puedan participar directamente y de forma significativa en sus asuntos y que se termine con la vieja práctica de la “sustitución de la voluntad” derivada de la intervención exclusiva de los/as representantes, en los procesos de toma de decisiones que involucren NNyA.

Es por ello que la Comisión de los Derechos del Niño de Naciones Unidas en su Observación General N° 14 (2013) establece claramente que la intervención de:

“Los padres, tutores u otras personas legalmente responsables del niño de acuerdo con su autonomía progresiva, deben transformar de dirección y orientación en recordatorios y consejos y, más adelante, en un intercambio en pie de igualdad. Del mismo modo, a medida que el niño madura, sus opiniones deberán tener cada vez más peso en la evaluación de su interés superior. Los bebés y los niños muy pequeños tienen los mismos derechos que los demás niños a que se atienda a su interés superior, aunque no puedan expresar sus opiniones ni representarse a sí mismos de la misma manera que los niños mayores.”

Además de la flexibilización de los límites por edad para el ejercicio de derechos, de acuerdo con la Convención de los Derechos del Niño, se deben desarrollar mecanismos para permitir que todos/as los/as NNyA participen de forma significativa, de acuerdo con su autonomía progresiva. Para garantizar la participación efectiva de NNyA se debe asegurar: que cuenten con la información necesaria para tomar decisiones, que tengan el acompañamiento que necesitan para el proceso de toma de decisiones. La necesidad de este acompañamiento decrece de acuerdo con el aumento del grado de autonomía del/a NNyA. Es por ello que en la infancia se requerirá un mayor acompañamiento y en la adolescencia tardía se puede prescindir completamente de este para la toma de decisiones.

2.3.3 Interés Superior del Niño:

Aunque esta noción ha sido usada copiosamente por diversas legislaciones del mundo desde el siglo pasado, su interpretación en el marco de la Convención de los Derechos del Niño (art. 3), adquiere un nuevo significado, pasando de ser aquello que “los/as adultos/as” identificaban como la decisión o el mejor interés de un/a NNyA, a integrarse primordialmente por la voluntad de la titular del derecho y por las alternativas que mejor protejan y garanticen el ejercicio de sus derechos. Es decir, el interés superior del niño es el cumplimiento pleno y efectivo de sus derechos⁵, tal y como lo define el art. 3 de la Ley Nacional N° 26.061, es la “máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley”.

La Comisión de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, en su Observación General N°14 (2013) “Sobre el derecho del niño a que su Interés Superior sea una consideración primordial (art. 3, párrafo 1 de la CDN)” establece que:

“El objetivo del concepto de interés superior del niño es garantizar el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos reconocidos por la Convención y el desarrollo holístico del niño. El Comité ya ha señalado [Observación General N° 13 (2011)] que lo que a juicio de un adulto es el interés superior del niño no puede primar sobre la obligación de respetar todos los derechos del niño enunciados en la Convención”.

Este interés superior del niño se considera un derecho individual de NNyA, un principio de interpretación y aplicación de las normas jurídicas y una norma de procedimiento, “se puede afirmar que el principio [del interés superior del niño] puede ser concebido como un límite al paternalismo estatal [y familiar] y que puede orientar hacia soluciones no - autoritarias en aquellas situaciones difíciles en las que el conflicto entre derechos del niño exige utilizar una regla compleja para la construcción de una decisión que proteja efectivamente los derechos amenazados o vulnerados”.⁶ Esto quiere decir, que en los casos en los que por ejemplo, los/as adolescentes soliciten una práctica con la que quienes ejercen labores de cuidado no están de acuerdo, como puede ser la interrupción de un embarazo o la colocación de una vacuna, su solicitud deberá ser aceptada por los servicios de salud siempre que se garantice que se trata de una decisión informada y beneficiosa para quien la solicita.

La configuración del interés superior del niño, en aspectos relacionados con la salud se debe dar a través de un proceso en el que participan los/as NNyA, sus acompañantes (si es el caso) y, el equipo de salud que este interviniendo, para garantizar que las personas participantes:

- Cuenten con la información necesaria para tomar decisiones.
- Comprendan la información, especialmente los/as NNyA.

5 Cillero Bruñol, M. (1997). Op. Cit.

6 Ibidem.

- Identifiquen los derechos en juego y como pueden ser afectados por cada una de las alternativas.
- Escuchen y garanticen la participación significativa del/a NNyA.

El Interés Superior del Niño frente al desacuerdo en la toma de decisiones

El Interés Superior del Niño cobra especial relevancia, cuando se presentan desacuerdos entre la opinión del NNyA y quienes acompañan el proceso de toma de decisiones. Guía la resolución de conflictos hacia la opción que garantice de la mejor manera el ejercicio de los derechos de NNyA. Se deben tener en cuenta:

- La opinión del/a NNyA. “El hecho de que el niño sea muy pequeño o se encuentre en una situación vulnerable (por ejemplo, los niños con discapacidad, los pertenecientes a grupos minoritarios y los migrantes) no le priva del derecho a expresar su opinión, ni reduce la importancia que debe concederse a sus opiniones al determinar el interés superior”. (Observación General N°14, Comité de los Derechos del Niño).
- Identidad y proyecto de vida del/a NNyA. Este aspecto incluye “características como el sexo, la orientación sexual, el origen nacional, la religión y las creencias, la identidad cultural y la personalidad. Aunque los niños y los jóvenes comparten las necesidades universales básicas, la expresión de esas necesidades depende de una amplia gama de aspectos personales, físicos, sociales y culturales, incluida la evolución de sus facultades”. (Observación General N°14, Comité de los Derechos del Niño).
- Mantenimiento y respeto de sus relaciones. Se debe respetar la voluntad del/a NNyA en la determinación de las personas de su confianza o su familia que le acompañarán en la toma de decisiones sanitarias. “El término ‘familia’ debe interpretarse en un sentido amplio que incluya a los padres biológicos, adoptivos o de acogida o, en su caso, a los miembros de la familia ampliada o la comunidad, según establezca la costumbre local (art. 5 CDN)”. (Observación General N°14, Comité de los Derechos del Niño).
- Cuidado, protección y seguridad del/a NNyA. Se debe plantear el caso en relación con los derechos que están en juego y la forma en que las distintas alternativas de respuesta disponibles pueden afectarlos. El Interés Superior del Niño debe ponderar por la satisfacción y garantía más amplia de sus derechos.
- Situación de vulnerabilidad. Se deben tener en cuenta los diferentes tipos y grados de vulnerabilidad de cada NNyA. Para conocer estas situaciones es muy importante escuchar a NNyA y a las personas de su confianza que sean convocadas para acompañarle.

- Equilibrio entre los derechos e intereses en juego. Se deben buscar alternativas y tomar decisiones que garanticen el mayor respeto de los derechos de NNyA, especialmente sus derechos a la salud y educación por ser considerados indispensables para la consolidación de su autonomía. (Observación General N°14, Comité de los Derechos del Niño).

Adicionalmente, el principio del Interés Superior del Niño sirve como guía de interpretación de todas las normas del ordenamiento jurídico: se debe tomar la interpretación de las normas que garantice mayor alcance o protección de los derechos de NNyA y, por tanto, la que restrinja en la menor medida posible el ejercicio de derechos.

Un ejemplo es el acceso a la anticoncepción de adolescentes. En relación a esto, se deben interpretar las normas de forma que todas las personas que soliciten anticoncepción, con o sin acompañamiento y sin importar su edad, puedan recibir consejería e insumos (interpretación amplia del derecho). Ahora bien, si se trata de adolescentes muy jóvenes es importante que a la vez se trate de proteger derechos que puedan estar en riesgo, ya que podría tratarse de casos de violencia sexual.

Otro caso son las internaciones involuntarias por afectaciones a la salud mental que tal como refiere la Ley N° 26.657, deber ser el último recurso terapéutico y se deben utilizar para las situaciones de riesgo inminente y cierto para la vida del/a NNyA o de una tercera persona (interpretación estricta de la restricción de derechos). En este ejemplo la restricción debe aplicarse a casos excepcionales, ya que utilizar este tipo de internación en situaciones menos graves, representa una vulneración de los derechos de NNyA.

2.3.4 Igualdad y no discriminación:

En relación con NNyA este principio implica la obligación de tomar medidas especiales para garantizar la igualdad de oportunidades y para remover estructuras de poder que impidan que NNyA puedan ejercer sus derechos. Se trata de un deber activo por parte del Estado, de la familia y la sociedad en general de desarrollar mecanismos flexibles y amplios que permitan y acompañen el desarrollo integral de NNyA para que consoliden su autonomía progresivamente.

La Convención de los Derechos del Niño, prohíbe especialmente la discriminación por motivo de "color de piel, origen nacional, religión, discapacidad, condición económica, sexo-género, identidad de género y orientación sexual". Preocupa especialmente a la Comisión de los Derechos del Niño, la discriminación basada en el género por su extensión y consecuencias. Esta da lugar a una amplia gama de fenómenos y prácticas discriminatorias que tienen un impacto profundo en la salud de NNyA. Es por ello que "debe prestarse atención a las distintas necesidades de los/as niños/as y al impacto de las normas y valores sociales relacionados con el género en la salud y el desarrollo de los/as niños/as. Igualmente, hay que prestar atención a las prácticas y normas de

comportamiento nocivas basadas en el género que están arraigadas en las tradiciones y costumbres y minan el derecho de las niñas y los niños a la salud”.⁷

2.4 RESIGNIFICACIÓN DE LA RELACIÓN DE PROGENITORES Y OTRAS PERSONAS RESPONSABLES DE NNYA: LA RESPONSABILIDAD PARENTAL Y LA PARENTALIDAD ADOLESCENTE

2.4.1 La responsabilidad parental:

El cambio de paradigma sobre NNYA supuso un cambio radical en el abordaje de todas las interacciones con esta población. Se exige una mirada que otorgue centralidad a la voluntad, a los planes y proyectos de vida de NNYA, que se irán formando de acuerdo con la evolución de su capacidad para discernir. Por ello, el rol que tienen quienes rodean a NNYA es de acompañamiento y guía para consolidar sus capacidades individuales y para llevar adelante las decisiones que tomen sobre sus propios asuntos con la información adecuada.

Como es lógico, este cambio supone un giro radical en la relación entre progenitores e hijos/as. La “patria potestad”, como se denominaba en el viejo modelo, es abandonada por completo, y se reemplaza por la “responsabilidad parental” (art. 638 Código Civil).⁸ El cambio de denominación da cuenta de que no se trata más de un poder otorgado a los progenitores sobre sus hijos/as, sino de un conjunto de responsabilidades que deben asumir para acompañarles y guiarles garantizando que puedan completar su proceso de maduración y consolidación de habilidades. Esto les permitirá ejercer sus derechos de forma completamente independiente cuando estén preparados/as.

Se trata entonces de acompañar y no de sustituir la voluntad de NNYA, por ello, se amplía también la red de personas que pueden intervenir o asumir estas responsabilidades: en principio se asignan a progenitores, pero puede participar alternativamente la familia extendida, personas de confianza, la comunidad y las instituciones (de protección de derechos de NNYA), quienes también pueden acompañar a NNYA en la toma de decisiones y en el ejercicio de sus derechos cuando estos/as así lo soliciten.

El nuevo modelo exige la prohibición absoluta de las actuaciones que lesionen o impidan el ejercicio de los derechos de NNYA. La responsabilidad parental no puede ser usada en contra del Interés Superior del Niño, que, como se dijo, no es otra cosa que el respeto de sus derechos dentro del marco de los principios de participación directa, autonomía progresiva y no discriminación. En este sentido, el art. 646 del Código Civil vigente, establece dentro de las responsabilidades parentales:

7 ONU (2013) Comité de los Derechos del Niño. Observación General N°15. “Sobre el derecho del Niño al disfrute del más alto nivel posible de salud. (art. 4)”. Ginebra: CRC/C/CG/15. Párrafo 9.

8 Art. 638. Responsabilidad Parental. Concepto. La responsabilidad parental es el conjunto de deberes y derechos que corresponden a los progenitores sobre la persona y bienes del hijo, para su protección, desarrollo y formación integral mientras sea menor de edad y no se haya emancipado.

“Artículo 646. Enumeración. Son deberes de los progenitores:

- a. cuidar del hijo, convivir con él, prestarle alimentos y educarlo;*
- b. considerar las necesidades específicas del hijo según sus características psicofísicas, aptitudes y desarrollo madurativo;*
- c. respetar el derecho del niño y adolescente a ser oído y a participar en su proceso educativo, así como en todo lo referente a sus derechos personalísimos;*
- d. prestar orientación y dirección al hijo para el ejercicio y efectividad de sus derechos;*
- e. respetar y facilitar el derecho del hijo a mantener relaciones personales con abuelos, otros parientes o personas con las cuales tenga un vínculo afectivo;*
- f. representarlo y administrar el patrimonio del hijo”.*

En la atención de la salud de NNyA es central el rol de progenitores y otras personas adultas que ejerzan roles de cuidado. Tal y como lo ha reconocido el Comité de los Derechos del Niño (Observación General N°15, 2013): “Los padres⁹ son la fuente más importante de diagnóstico y atención primaria precoces en el caso de los niños de corta edad, y el factor protector más importante contra las conductas de alto riesgo entre los adolescentes, como el consumo de sustancias y las relaciones sexuales de riesgo”. Por ello, siempre se debe alentar la participación de todas las personas que el/la NNyA quiera convocar en la atención y cuidado de su salud.

La responsabilidad parental es una institución dinámica, que va cambiando en función de la consolidación de la autonomía (características psicofísicas, aptitudes y desarrollo madurativo) de NNyA de forma progresiva. Es decir, a mayor autonomía (capacidad de discernimiento) de NNyA menor es la responsabilidad de acompañamiento y dirección que tendrán quienes le estén acompañando en el ejercicio de sus derechos. Como es evidente los/as niños/as de muy corta edad no tienen todavía las aptitudes para tomar decisiones por su propia cuenta o de comprender la información compleja que se requiere para tal fin, por ello necesitan mayor participación de quienes ejerzan la responsabilidad de su cuidado. Esta intervención debe estar basada en la protección y garantía de los derechos de NNyA, asimismo se debe respetar su derecho a la participación directa, por ello una vez que niñas y niños pueden comunicarse, es necesario que reciban información sobre el procedimiento que se realizará y se les pida autorización para proceder, por ejemplo, a tocarles, inyectarles, etc.

Para ayudar en la determinación del grado de consolidación de su autonomía, las normas establecen edades en las cuales se presume que no se requiere acompañamiento, pero, como se dijo, se trata de indicaciones y no de límites rígidos para el acceso a derechos. Por ejemplo: el Código Civil establece, en su art. 26, que la regla general para el consentimiento informado para prácticas relacionadas con la salud es: NNyA deben autorizar

⁹ El Comité recuerda que la Convención de los Derechos del Niño se refiere a “padres”, pero: “Aunque en el art. 24, párrafo 2.f no se alude expresamente a cuidadores distintos de los padres, el Comité entiende que toda mención de los padres también se refiere a ellos”. Observación General N°15 (2013). Párrafo 78.

directamente, de acuerdo con su autonomía progresiva, todas las prácticas sanitarias. Adicionalmente, indica algunas pautas para guiar a progenitores, profesionales de la salud y/o demás acompañantes en la determinación de esta circunstancia:

- A partir de los 16 años todas las personas pueden consentir de manera autónoma, sin acompañamiento, todas las prácticas sanitarias.
- A partir de los 13 años podrán consentir de manera autónoma, sin acompañamiento, todas las prácticas sanitarias que no pongan en riesgo grave su salud o su vida.
- Se requiere acompañamiento hasta los 16 años para las prácticas que pongan en riesgo grave la salud o la vida de NNyA, a menos que se trate de prácticas de urgencia y no se pudiera obtener el consentimiento de forma inmediata (regla que se sigue con cualquier adulto/a).

Como se puede ver las normas proveen indicaciones etarias que deben ser tomadas como presunciones respecto de la autonomía de las personas a determinadas edades, pero que deben estar sujetas a excepciones en el caso de que una persona tenga capacidad de discernimiento antes de esa edad. Nunca se pueden exigir requisitos adicionales después de la edad establecida en la ley.

Ejemplo: Un joven de 12 años se acerca al servicio en compañía de su madre, durante el momento de la consulta individual (en donde se le ha pedido a la madre que espere afuera del consultorio), le comenta a la profesional que está “viendo” a un chico de su misma edad y por eso le pregunta sobre relaciones seguras. La profesional debe darle la información requerida y toda la que considere pertinente, de forma neutra sin juzgar, asegurándose de que sea comprendida. Es importante remarcar que si quiere empezar su vida sexual que lo haga de forma voluntaria y segura. Se debe proporcionar preservativos e información con la posibilidad de profundizar en una consejería posterior. De igual forma debe preguntarle si quiere compartir algo de lo dicho en la consulta con su madre o con algún referente de confianza dado que por su edad puede estar expuesto a violencias. En nuestro ejemplo, el chico se niega, explicándole que la madre no lo comprendería. La profesional podría aclarar que queda a disposición para acompañarlo a hablar con su familia o algún otro referente de confianza. El adolescente expresa que volverá para hablar sobre esa posibilidad en la próxima consulta. Al finalizar la madre le pregunta a la profesional detalles de lo conversado con el joven al descubrir los preservativos que le ha dado. La profesional de la salud le dice a la madre que lo hablado en la consulta es privado y que no puede revelar información dada en la consulta por su obligación de guardar el secreto profesional. Esto podría acarrear consecuencias profesionales y sanciones de distinta naturaleza, no obstante puede aclararle a la madre que en el caso de detectar alguna situación de riesgo grave para la vida buscará la estrategia para comunicárselo.

También es necesario recordar que la responsabilidad parental no puede ejercerse en contra de los derechos de NNyA, por tanto la vulneración de la confidencialidad de las consultas, especialmente las relacionadas con la sexualidad, no puede ser solicitado por progenitores u otras personas responsables del cuidado de NNyA. Sin embargo, la profesional, puede explicarle a la madre que el acceso a preservativos no ha mostrado una relación de causalidad con el inicio de las relaciones sexuales.

2.4.2 La parentalidad adolescente:

En la Argentina no existen datos precisos sobre la parentalidad adolescente, se conoce el número de adolescentes que atraviesan un parto en el sistema público de salud (aproximadamente el 16% del total de mujeres que paren por año según Estadísticas Vitales), pero no hay información sobre las características del ejercicio de las maternidades/paternidades en la adolescencia. Sin embargo, en los servicios de salud es común atender consultas de niños y niñas cuyas madres y padres son adolescentes. Una situación frecuente es la duda que les surge a los equipos de salud que brindan la atención pos parto acerca de cuan responsables son los/as adolescentes sobre su o sus hijos/as. Hasta el 2014 no existía un régimen específico que reconociera la autonomía progresiva de progenitores adolescentes, esto cambió con la emisión del nuevo Código Civil, en cuyo art. 644 se establece:

“Artículo 644. Progenitores Adolescentes. Los progenitores adolescentes, estén o no casados, ejercen la responsabilidad parental de sus hijos pudiendo decidir y realizar por sí mismos las tareas necesarias para su cuidado, educación y salud. Las personas que ejercen la responsabilidad parental de un progenitor adolescente que tenga un hijo bajo su cuidado pueden oponerse a la realización de actos que resulten perjudiciales para el niño; también pueden intervenir cuando el progenitor omite realizar las acciones necesarias para preservar su adecuado desarrollo. El consentimiento del progenitor adolescente debe integrarse con el asentimiento de cualquiera de sus propios progenitores si se trata de actos trascendentes para la vida del niño, como la decisión libre e informada de su adopción, intervenciones quirúrgicas que ponen en peligro su vida, u otros actos que pueden lesionar gravemente sus derechos. En caso de conflicto, el juez debe decidir a través del procedimiento más breve previsto por la ley local. La plena capacidad de uno de los progenitores no modifica este régimen”.

En primer lugar esta norma establece por regla general que los/as progenitores/as adolescentes son responsables por sus hijas e hijos, sin importar si están o no casados. Las madres y padres adolescentes podrán tomar decisiones en las mismas condiciones que las personas adultas, en todos los casos que tengan que ver con el cuidado, la educación y la salud de sus hijos e hijas. Esta regla general contempla la ilegalidad del requerimiento de que personas adultas autoricen el alta después de una internación o nacimiento.

Ahora bien, reconociendo que en la adolescencia muchas personas aún requieren acompañamiento para la toma de decisiones complejas, se contemplan tres casos en los que

quienes detentan responsabilidades de cuidado sobre progenitores adolescentes tienen la posibilidad de intervenir:

- Cuando advierten que su hijo/a ha tomado una decisión que puede afectar los derechos de sus nietos/as. No se trata de una decisión con la que no acuerdan, sino una que pueda dañar y afectar los derechos del/a niño/a. Por ejemplo, cuando el padre o madre adolescente decide no modificar la dieta de su hijo/a que ha sido diagnosticado con enfermedad celíaca.
- Ante la omisión de acciones necesarias para preservar el adecuado desarrollo de sus nietos/as. No se trata de acciones que serían recomendables o deseables, sino de aquellas acciones necesarias para el adecuado desarrollo del/a niño/a. Como por ejemplo, la escolarización o la vacunación obligatoria.
- Cuando se trate de decisiones trascendentes para la vida de un/a niño/a. La norma presenta como ejemplos la adopción e intervenciones quirúrgicas que pongan en peligro su vida. En este caso la decisión se tomará de forma conjunta con los/as adolescentes, en ningún caso se les podrá excluir del proceso de toma de decisiones.

2-5 MARCO NORMATIVO NACIONAL SOBRE DERECHOS DE NNyA

De acuerdo con la estructura que se ha descrito, las principales normas a consultar sobre NNyA a nivel nacional son:

- **Convención de los Derechos del Niño.**

Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

- **Ley N° 26.061 de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes.** Esta ley presenta el marco general de aplicación local de la Convención de los Derechos del Niño y establece tanto los derechos de NNyA, como las obligaciones que corresponden al Estado para su protección.

Disponible en:

<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>

- **Ley N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable.** Establece el derecho de adolescentes a recibir información sobre reproducción y sexualidad, así como a la anticoncepción transitoria.

Disponible en:

<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/texact.htm>

- **Ley N° 26.150 de Educación Sexual Integral.** Establece la obligación de incorporar de forma transversal contenidos sobre sexualidad y reproducción en todos los niveles educativos. Desarrolla el derecho a la información y consejería en materia de sexualidad y reproducción de NNyA.

Disponible en:

<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm>

- **Ley N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales.** Contiene las obligaciones relacionadas con la garantía del derecho de mujeres, niñas y adolescentes a vivir una vida libre de violencia. Establece los tipos de violencia posibles y dentro de ellos, la violencia institucional (que puede ser ejercida dentro del sistema de salud), la violencia obstétrica que la pueden sufrir las mujeres y adolescentes durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Disponible en:

<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm> y en <http://tuley.gov.ar/completa.php?id=46>

- **Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado.** Establece la satisfacción prioritaria de los derechos de NNyA (art. 2 inc. a) sin ningún tipo de menoscabo o discriminación.

Disponible en:

<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

- **Ley N° 26.586 para la Educación sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas.**

Disponible en:

<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/162292/norma.htm>

- **Ley N° 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica.** Establece el derecho a la anticoncepción permanente.

Disponible en:

<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/115000-119999/119260/norma.htm>

- **Ley N° 25.929 de Parto Respetado.** Establece los derechos de las mujeres, niñas y adolescentes en relación el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto.

Disponible en:

<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>

- **Ley N° 26.618 de Matrimonio Igualitario.** Esta ley permite a todas las personas contraer matrimonio con personas de el mismo o diferente sexo.

Disponible en:

<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/165000-169999/169608/norma.htm>

- **Ley N° 26.657 de Salud Mental.** Esta ley se expresa sobre las intervenciones y las internaciones realizadas en contra de la voluntad de todos/as los/as pacientes, incluyendo NNyA.

Disponible en:

<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

- **Ley N° 26.743 de Identidad de Género.** Esta ley reconoce el derecho de toda persona a identificarse y ser identificada con el género auto - percibido, sin más requisito que la expresión de su voluntad. En el caso de NNyA deben acompañarse para la toma de la decisión. De la misma forma establece el derecho a recibir tratamiento médico para ajustar su corporalidad a su identidad.

Disponible en:

<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>

- **Ley N° 27.130 de Prevención del Suicidio.** Propone el abordaje coordinado, interdisciplinario e interinstitucional de la problemática del suicidio, priorizando la atención de NNyA.

- **Ley N° 29.994, Código Civil y Comercial de la Nación.** Especialmente el Libro Primero Título I y Libro Segundo Títulos del IV al VII.

- **Ley N° 27.0044, Convención sobre los Derechos de Discapacidad.**

Disponible en:

<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/239860/norma.htm>

<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

TU CUIDADO TU DERECHO

TENES DERECHO

A
SABER
Y A
ELEGIR

NO IMPORTA
TU EDAD



TU CUIDADO
MI DERECHO
MI CUIDADO
TU DERECHO
NUESTRO
DERECHO



Ministerio de Salud | Presidencia de la Nación

libertad



Tu cuerpo = tu elección



CAPÍTULO 3

DERECHOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Los derechos humanos reconocidos en la Constitución Nacional desde 1994, son indivisibles e interdependientes, tal y como lo reconoce la Convención de los Derechos del Niño (Preámbulo). La indivisibilidad se refiere a que los derechos no pueden ser fragmentados en su ejercicio, garantía o protección. Es decir, en materia de salud no se puede garantizar la salud física sin garantizar la mental y social, o el tratamiento de la enfermedad y no su prevención. Se deben tomar medidas para alcanzar la satisfacción plena de todos los aspectos relacionados con la salud integral. Por su parte, la interdependencia tiene que ver con el reconocimiento de que los derechos no se garantizan insularmente. Están relacionados de forma tal, que cualquier vulneración indefectiblemente lesiona un conjunto, más o menos amplio, de derechos. Por ejemplo, el acceso a la anticoncepción por parte de NNyA no solamente se vincula al derecho a la salud, sino también a los derechos a la vida, dignidad, acceso a la información, libertad, educación, integridad personal etc.

A continuación se describirán las principales características de los derechos que deben ser garantizados especialmente durante la atención sanitaria de NNyA:

3-1 DERECHO A LA SALUD

El derecho a la salud de NNyA se encuentra reconocido en la Convención de los Derechos del Niño (art. 24), y es tomado por la Ley N° 26.061 en su art. 14, según el cual el Estado está obligado a promover, proteger y garantizar la salud de NNyA de forma prioritaria e integral. La integralidad se refiere a la atención de las tres esferas de la salud como entidad biopsicosocial, en su interrelación con los otros derechos humanos que aseguran el completo bienestar de las personas. Es por ello que se debe brindar una atención no solo interdisciplinaria sino también interinstitucional, que conecte la salud con la satisfacción de otros derechos como la educación, la vivienda, el medio ambiente sano, el acceso a los beneficios de la ciencia y la tecnología, a la información, libertad de pensamiento y expresión. Este artículo también establece, que es deber del Estado garantizar el acceso a acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud. Por supuesto, dentro del marco del respeto de los principios generales de autonomía progresiva, participación directa, interés superior del niño y no discriminación.

El derecho a la atención prioritaria de la salud de NNyA (art. 2.a, Ley N° 26.529), implica que nunca se puede negar la atención en función de la edad del paciente o por concurrir sin el acompañamiento de una persona mayor de edad.

La garantía de la salud integral de NNyA, implica la toma de todas las medidas necesarias para garantizar el más alto nivel posible de “bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” (OMS, 1948), es por ello que se deben tomar en consideración los distintos factores individuales y sociales de los cuales se derivan las condiciones para su garantía.

Tanto el sistema de salud, como los/as profesionales de la salud en particular, tienen la obligación específica de velar por el acceso a la atención prioritaria de la salud de NNyA, esto implica de acuerdo con la Observación General N°15 de 2013, del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas:

- Desarrollar servicios de atención enfocados en adolescentes, principalmente en la atención primaria de la salud, que no rechacen o expulsen a NNyA que se acerquen a los servicios, incluso si estos vienen fuera de los horarios fijados de atención, sin acompañamiento, sin los exámenes diagnósticos completos, etc.
- Realizar acciones sanitarias en el nivel individual, familiar y comunitario para promover, prevenir y recuperar la salud de NNyA.
- Diseñar estrategias de atención flexibles para garantizar la accesibilidad de los servicios tanto en términos de accesibilidad física (cercanía de los servicios, desarrollar horarios de atención flexibles, con atención a demanda, en espacios amigables, etc.), económica (que no suponga un gasto ni en desplazamiento, ni en insumos, etc.) y cultural (que no sea expulsiva y se adapte a las preferencias y necesidades de los/as adolescentes; que utilice lenguaje apropiado para la vinculación con adolescentes, permita privacidad, y respete la confidencialidad de la atención).
- Articular con otros sectores, como educación, desarrollo social y justicia, para garantizar la integralidad.
- Generar protocolos o normas de actuación para situaciones de alta incidencia, así como mecanismos de derivación y seguimiento de casos dentro del sistema de salud.

3-2 DERECHO A LA PRIVACIDAD

El derecho a la privacidad se reconoce en el art. 16 de la Convención de los Derechos del Niño:

“Artículo 16.

1. Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación.

2. El niño tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques”.

De la misma forma la Ley N° 26.529 en su art. 4.c establece que:

“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 N° 25.326”.

En relación con el derecho de NNyA, la Ley N° 26.061 en su art. 10 sobre el derecho a la privacidad, establece el derecho a la vida privada y a la intimidad familiar, en los mismos términos que para el resto de las personas.

*“Artículo 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”.*

El derecho a la privacidad en materia sanitaria, se refleja en dos sentidos: en la privacidad que se debe respetar en el momento de la consulta y en la protección de la información que es conocida en el marco de la consulta.

El primer sentido se relaciona con la obligación de los servicios de salud de contar con espacios físicos adecuados para la atención. Solamente las personas autorizadas por el/la paciente pueden estar presentes durante la consulta. El derecho a la privacidad es también reconocido en la Observación General N° 4 del Comité de los Derechos del Niño (2003), donde afirma que los/as adolescentes tienen derecho a “recibir asesoramiento fuera de la presencia de los padres o de otras personas, tienen derecho a la intimidad y pueden solicitar servicios confidenciales, e incluso tratamiento confidencial” (Párrafo 11).

El segundo sentido, tiene que ver con la protección de la información que es conocida en el marco de la consulta y que pertenece a la vida privada de las personas y por tanto no puede ser dada a conocer sin la autorización del/a titular del derecho, en este caso NNyA. Por regla general, toda la información que se transmite al/la profesional de la salud en la consulta es privada y su comunicación a otras personas, incluso del equipo de salud debe contar con el consentimiento informado expreso de la persona titular del derecho. Este aspecto del derecho a la privacidad como protección de los datos relacionados con la vida privada de las personas, está íntimamente ligado al derecho a la confidencialidad y al secreto profesional.

TODO/A NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE QUE SE PRESENTE AL SERVICIO DE SALUD SIN ACOMPAÑAMIENTO DEBE SER ATENDIDO/A.

En caso de requerir acompañamiento se le debe preguntar si cuenta con alguna persona de confianza que pueda ser convocada y esta persona se convocará sin

que ello retrase la atención requerida. La necesidad de acompañamiento para el consentimiento informado de una práctica médica no implica que la/s persona/s convocadas deban estar presentes durante la consulta. Todos/as los/as NNYA, tienen derecho a estar solos/as durante al menos una parte de la consulta.

3-3 DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD Y OBLIGACIÓN DE GUARDAR EL SECRETO PROFESIONAL

El derecho a la confidencialidad de NNYA en materia de información sanitaria, se deriva del art. 16 de la Convención de los Derechos del Niño y se desarrolla en el art. 2.d de la Ley N° 26.529 que establece:

“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”.

Se trata del derecho a la conservación en secreto de la información relacionada con el estado de salud y cualquier otra situación revelada en el marco de la consulta médica. Este derecho es reconocido de forma prioritaria para la atención de adolescentes, ya que se entiende que es fundamental para garantizar la demanda de servicios de salud, especialmente de salud sexual y reproductiva, como ha dejado claro el Comité de los Derechos del Niño en su Observación General N° 4 (2003).¹

La inviolabilidad de la confidencialidad de NNYA, se desarrolla en la Observación General N°15 (2013) del mismo comité, en la que se establece que:

“De conformidad con la evolución de sus capacidades, los niños deben tener acceso a terapia y asesoramiento confidenciales, sin necesidad del consentimiento de su padres o su custodia legal cuando los profesionales que examinen el caso determinen que ello redunde en el interés superior del niño. Los Estados deben aclarar los procedimientos legislativos para la designación de los cuidadores adecuados que se encarguen de los niños sin padres o representantes legales y puedan dar su consentimiento en representación del niño o ayudarlo a dar su consentimiento en función de la edad y la madurez del niño. Los Estados deben estudiar la posibilidad de permitir que los niños accedan a someterse a determinados tratamientos e intervenciones médicos sin el permiso de un progenitor,

¹ “Al objeto de promover la salud y el desarrollo de las adolescentes, se alienta asimismo a los Estados Partes a respetar estrictamente el derecho a la intimidad y la confidencialidad incluso en lo que hace al asesoramiento y las consultas sobre cuestiones de salud (art. 16). Los trabajadores de la salud tienen obligación de asegurar la confidencialidad de la información médica relativa a las adolescentes, teniendo en cuenta principios básicos de la Convención. Esa información solo puede divulgarse con consentimiento del adolescente o sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de los adultos.” Observación General N°4 (2003). Párrafo 11.

cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad”.

Existen aspectos de la atención de la salud en donde la confidencialidad ha mostrado especial relevancia, es el caso de la atención de la salud sexual y reproductiva, en donde la mayoría de las veces los/as adolescentes acuden al servicio sin compañía debido a que no tienen la confianza o las condiciones para tratar estos temas con sus progenitores y la sola idea de involucrarles en este aspecto de su vida les resulta intimidatorio. Aunque es deseable que las familias se involucren en todos los aspectos de la prevención, promoción y atención de la salud de sus integrantes, es necesario respetar cabalmente el derecho personalísimo de NNyA a la privacidad, a la atención de la salud y a la disposición sobre el propio cuerpo y brindarles atención sin la intervención de terceras personas que no sean convocadas por el/la propio/a titular del derecho. En los casos que debido al grado de autonomía progresiva del NNyA que se requiera acompañamiento, se debe pedir su consentimiento para la intervención de persona/s de su confianza, idealmente quienes detentan la responsabilidad parental, pero también puede/n ser otra/s persona/s. Se debe acordar con el/la NNyA la forma en que participará la persona elegida y asegurar su propia participación en todos los aspectos de su atención.

3.3.1 La obligación de guardar secreto profesional:

Con el fin de garantizar la confidencialidad de los/as pacientes los/as profesionales de la salud tienen el deber ético y jurídico de guardar el “secreto profesional”. El Código de Ética de la Confederación Médica de la República Argentina (1955) lo regula en el capítulo VIII arts. 66 a 73 donde define el secreto profesional.

“Artículo 66. El secreto profesional es un deber que nace de la esencia misma de la profesión. El interés público, la seguridad de los enfermos, la honra de las familias, la respetabilidad del profesional y la dignidad del arte exigen el secreto. Los profesionales del arte de curar tienen el deber de conservar como secreto todo cuanto vean, oigan o descubran en el ejercicio de la profesional, por el hecho de su ministerio, y que no debe ser divulgado”.

En el art. 11 de la Ley Nacional N° 11.137 de Ejercicio de la Medicina y Odontología, se establece que:

“Todo aquello que llegase a conocimiento de las personas cuya actividad se reglamenta en la presente ley, con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer, salvo los casos que otras leyes así lo determinen”.

Adicionalmente el Código Penal en su art. 156 establece como un delito la violación del secreto profesional en los siguientes términos:

“Artículo 156. Será reprimido con multa de pesos mil quinientos a pesos no-

venta mil e inhabilitación especial, en su caso, por seis meses a tres años, el que teniendo noticia, por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño, lo revelare sin justa causa”.

Como lo indica la norma, el secreto profesional es un resguardo concedido para garantizar que la relación de confianza entre profesionales de la salud (en general, todo el equipo de atención) y los/as pacientes no pueda verse afectada por el temor a que información privada, sea conocida incluso por una sola persona, sin su consentimiento expreso. Existen distintos niveles de revelación de la información que son protegidos por este deber. La revelación de la información a una persona, incluyendo los progenitores, familiares y allegados del paciente, se considera una violación de la confidencialidad y del secreto profesional que constituye una falta ante la ley y acarrea responsabilidad para quien la comete. De igual forma la revelación, sin consentimiento del/a paciente, de su información sanitaria a un grupo de personas, incluso si son profesionales de la salud y tienen un interés académico, científico o terapéutico, se considera vulneración del secreto profesional.

La causa justa para la revelación de un secreto únicamente puede ser:

- Evitar un peligro inminente (cierto) para sí o para un tercero. Por ejemplo, la detección de una enfermedad altamente contagiosa (Hantavirus no así el VIH), la amenaza de suicidio u homicidio.
- La orden de una autoridad judicial competente.
- En caso de urgencia cuando no se pueda contar con la autorización del/a paciente y se deba pedir autorización para obrar a un representante. En los casos anteriores la revelación se debe hacer únicamente a las personas que tienen un interés cierto en dicha información y en la medida en que la revelación pueda evitar un daño efectivamente. De lo contrario se considera superflua la revelación y puede dar lugar a responsabilidad.

3.3.2 Comunicación de información sobre NNyA y secreto profesional:

Es muy importante tener en claro que:

- En todos los casos se debe contar con la autorización del/la NNyA para la intervención de otras personas en la consulta, de acuerdo con su capacidad de discernimiento.
- En todos los casos se debe contar con la autorización del/la NNyA para la revelación de información sobre la consulta a otras personas, incluyendo progenitores y otros miembros del equipo de salud.
- Todas las personas, incluyendo NNyA, tienen derecho a designar a la/s persona/s de su confianza que las acompañarán para la toma de decisiones sanitarias. Idealmente serán quienes detentan la responsabilidad parental, pero pueden desig-

narse otras personas de confianza. Esta aclaración toma especial importancia tratándose de temas relacionados con la salud sexual y reproductiva. Tal como lo ha señalado el Relator Especial de las Naciones Unidas, Anand Grover², solicitar “el consentimiento de sus padres para adquirir determinados métodos anticonceptivos, infringe el derecho de las niñas a tomar decisiones libres y bien fundadas en lo que respecta a su salud sexual y reproductiva”, y señala que ello responde a “nociones discriminatorias del papel de la mujer en la familia y en la sociedad”.

- En los casos en que NNyA se nieguen a permitir la participación de sus progenitores o quienes ejercen tareas de cuidado, se debe escuchar y tener en cuenta su opinión para diseñar estrategias de acompañamiento eficaces. Muchas veces NNyA no saben cómo comunicarse con su familia y el/la profesional puede ayudar, ser un vínculo entre adolescentes y sus familias para facilitar la comunicación de diferentes cuestiones. El caso más frecuente es la comunicación sobre un embarazo en la adolescencia. Algunas veces las adolescentes creen que sus padres “las van matar” cuando se enteren de la noticia, y aunque se debe tomar en serio esta afirmación, en muchos casos con el apoyo del equipo de salud las familias pueden llegar a aceptar mejor la situación y acompañarla sea cual fuera la decisión que tome sobre la continuación o no del mismo.

3-4 DERECHO A LA DISPOSICIÓN SOBRE EL PROPIO CUERPO

Este derecho se deriva de los derechos constitucionales a la vida, a la integridad psicofísica, el derecho a la salud, el derecho a la autonomía personal y el derecho a la intimidad (art. 75.22 CN). Como afirma Marta Lamas “dado que la existencia de los seres humanos es corporal, el derecho a tomar decisiones sobre el propio cuerpo se perfila como un derecho básico... al hablar de «cuerpo» no solo hay que considerar a los procesos orgánicos y mentales conscientes, sino también reconocer los procesos inconscientes”.³ Se trata de un derecho personalísimo y por tanto no puede ser ejercido por otra persona en nombre del NNyA. Como se ha venido diciendo, aún en los casos de NNyA muy pequeños/as la disposición sobre el propio cuerpo es individual. En los casos en que se debe tomar decisiones que serán irreversibles sobre el cuerpo de NNyA siempre se deberá seguir el procedimiento que garantice el respeto del interés superior del niño y su participación significativa de acuerdo con su grado de desarrollo madurativo.

Este derecho, en materia sanitaria implica la potestad de NNyA no solo para consentir a todas las prestaciones sanitarias (consultas, tratamiento y prácticas), sino también para disponer de su cuerpo para el desarrollo de sus planes y proyectos de vida. Es

² Grover, A. (2011) “Informe especial: El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Sobre el impacto de las leyes penales y otras restricciones jurídicas al acceso a la salud y los derechos sexuales y reproductivos)”. Ginebra: Asamblea de Naciones Unidas. Doc. A/66/254.

³ Lamas, M. (2007) “Algunas notas sobre el derecho a decidir sobre el propio cuerpo”. En: Astelarra, J. (Coord.) (2007) “Género y cohesión social”. Madrid: Fundación Carolina CeALCI.

por eso que se relaciona estrechamente con el derecho a disfrutar de la sexualidad, la reproducción y no reproducción, la recreación, al desarrollo de un oficio, entre otros.

3-5 DERECHO A LA PARTICIPACIÓN DIRECTA

La atención sanitaria de adolescentes bajo el paradigma de protección integral de derechos, supone un desafío para los/as profesionales de la salud y del derecho que deben ejercer su labor dentro de marcos mucho más flexibles y difusos que los que proporcionaba el viejo modelo tutelar. A su vez, tienen la ventaja de contar con los/as adolescentes como sujetos participantes y en ejercicio de sus derechos, por tanto pueden contar con aliados/as de primera mano para la protección de la salud de la adolescencia: sus propios titulares.

3.5.1 Capacidad y competencia:

La capacidad, en términos generales, es la aptitud de la persona para ser titular de derechos, adquirir obligaciones y ejercer dichos derechos por sí misma. El reconocimiento de la capacidad guarda relación con el respeto de la dignidad y libertad personal y por ello sus eventuales limitaciones solo pueden ser establecidas legalmente y restringidas a la protección de un derecho o interés.⁴ La regla general en la Argentina es el reconocimiento de capacidad jurídica a todas las personas (arts. 22 y 23 Código Civil), por ello se prefiere hablar de modalidades de ejercicio y no de restricciones de la capacidad. Tradicionalmente el concepto se ha dividido en dos:

*3.5.1.1 Capacidad de derecho o competencia*⁵: se refiere a la aptitud de la persona a ser titular de derechos y ejercerlos por sí misma, especialmente los llamados derechos personalísimos, que son inherentes a las personas y que no pueden ser ejercidos por otras. Estos derechos son aquellos que están unidos a la persona de forma absoluta y están descriptos en los arts. 51 a 71 del Código Civil bajo el nombre de “actos y derechos personalísimos” incluyen: el derecho a la vida, salud, integridad corporal, dignidad, imagen, entre otros. Todas las personas sin distinción tienen capacidad de derecho, “todos los niños y las niñas, incluidos aquellos con discapacidad, tienen una capacidad jurídica en evolución, que al nacer, comienza con la capacidad plena de titularidad de derechos y en la edad adulta se amplía hasta abarcar la capacidad plena de obrar. Los niños y las niñas con discapacidad tienen el derecho a que se les reconozca su capacidad, en la misma medida que a otros niños y niñas de la misma edad, y a que se les proporcionen los apoyos apropiados a su edad y a su discapacidad para ejercer su capacidad jurídica en evolución”.⁶

4 Caramelo, G. et. al. (2015) “Código Civil y Comercial de la Nación Comentado”. Buenos Aires: Ediciones Infojus. 1° Edición. Tomo I, Título Preliminar y Libro I.

5 Esta denominación proviene del concepto bioético de competencia que se relaciona con la capacidad de tomar de decisiones en el marco del respeto de la dignidad individual.

6 International Disability Alliance (IDA) “Principios para la implementación del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)”. Principio 7. Disponible en: <http://www.internationaldisabilityalliance.org/representation/legal-capacity-working-group>

3.5.1.2 Capacidad de ejercicio: se refiere a la aptitud jurídica de una persona para realizar determinados actos y negocios concretos por sí o por medio de otras personas. Esta capacidad de ejercicio puede ser limitada por la ley ya que se establece no solo en beneficio de la propia persona sino del “orden público”; así, por ejemplo, el Código Civil dispone como excepción a la regla de la capacidad, incapacidades en relación a la celebración de algunos contratos, la disposición de bienes, relaciones sucesorias, entre otras. Las restricciones al ejercicio de la capacidad de NNyA son también excepcionales y deben respetar la regla general de la autonomía progresiva. La restricción de la capacidad para ciertos actos no implica una restricción total o extendida a otros derechos.

Todo/a adolescente debe ejercer personalmente sus derechos en el marco de la atención de la salud, teniendo en cuenta sus habilidades individuales (desarrollo madurativo, capacidad de discernimiento, etc.), para tomar medidas que le permitan el pleno ejercicio de sus derechos. Entonces la representación o participación de personas adultas en el proceso de atención de la salud, solo es necesaria cuando el/la adolescente así lo solicite o cuando requiera orientación y dirección para la toma de decisiones en materia del cuidado de su salud.

3.5.2 Consentimiento informado:

Es un proceso mediante el cual se obtiene la autorización de una persona para la realización de una práctica sanitaria sobre su cuerpo. El equipo de salud debe brindar toda la información necesaria (clara, actualizada, completa y adecuada a las necesidades de cada persona) para que pueda tomar una decisión sobre las prácticas sanitarias.

La obligación de tomar el consentimiento informado previo a la realización de prácticas médicas está establecida en el art. 5 de la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente:

“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 y precisa 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 previsibles; 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 las alternativas especificadas”.

El consentimiento informado, por regla general puede ser verbal, y solo requiere hacerse por escrito en los casos descriptos en el art. 7 de la Ley de Derechos del Paciente: “a) internación; b) intervención quirúrgica; c) procedimientos invasivos, sean ellos diagnósticos o terapéuticos; d) procedimientos que implican riesgos y e) revocación”. Ello no obsta para que se registre en la historia clínica especialmente lo relativo al cumplimiento del

deber de información adecuada y de toma en consideración de la opinión de NNYA⁷, incluso en los casos en que el consentimiento es dado oralmente.

3.5.3 Deber de entrega de información sanitaria: transparencia activa:

El deber de entregar información comprende: los aspectos médicos (procedimientos, riesgos, cuidados posteriores, etc.), no médicos (marco legal, apoyo interinstitucional, servicios sociales, etc.), así como la garantía de que la información sea comprendida por la/s persona/s interesada/s. Se debe entregar toda la información disponible y pertinente al caso concreto, aunque no haya sido solicitada expresamente por el/la NNYA.

El propósito de la entrega de la información es facilitar la toma de una decisión por parte de la persona sobre la cual se realizará una práctica sanitaria. Por ello, es fundamental que la información sea entregada de manera neutra, para que le permita comprender las opciones disponibles y tomar una decisión de acuerdo con sus convicciones y necesidades individuales.

En el caso de NNYA este proceso de consentimiento informado resulta especialmente importante, porque se trata, no solo de una garantía de sus derechos sino de una oportunidad para el ejercicio de la autonomía progresiva y la formación de ciudadanos/as plenos. Es responsabilidad del/a profesional diseñar una estrategia que permita a NNYA tomar las decisiones de manera informada. Para ello se podrá, simplificar el lenguaje, adecuar la forma y el tiempo empleado en la explicación de toda la información pertinente; fomentar el acompañamiento de personas de confianza con o sin responsabilidades de cuidado, como progenitores, familiares, amigos/as. La intención de convocar terceras personas en el proceso de toma de decisiones sanitarias es facilitar el ejercicio de la autonomía de cada NNYA y el ejercicio del derecho a la disposición sobre su propio cuerpo, así como integrar estructuras de contención más allá del/a profesional y el equipo de salud, siempre que así se requiera y el/la NNYA consienta en ello.

3.5.4 Participación directa en la toma de decisiones sanitarias:

Todas las personas deben ejercer por sí mismas todos sus derechos personalísimos. En el caso de NNYA, de acuerdo con sus características propias y no solo por su edad, pueden requerir la orientación y dirección de personas adultas. Sin embargo, siempre deben intervenir centralmente en los procesos de prevención, atención y cuidado de su salud, de acuerdo con los principios de participación directa, autonomía progresiva, igualdad y no discriminación e interés superior del niño.

El Código Civil en su art. 26, establece criterios indicativos para este fin:

- A partir de los 16 años, las personas están en condiciones de tomar todas las decisiones sanitarias autónomamente. Es el caso de la autorización para una ci-

7 Caramelo, G. (2012) "Los niños y el consentimiento informado para la práctica de tratamientos médicos y ensayos clínicos". Buenos Aires: Ediciones Infojus. Año I N°1. Página 73.

rugía, tratamiento para el cáncer, etc. Por supuesto que es muy importante que todas las personas, sin importar su edad, cuenten con un sistema de contención y apoyo para que puedan atravesar procesos de tratamiento y recuperación de la salud, es por ello que siempre se debe consultar al/a adolescente y con su autorización convocar a personas de su confianza para que le asistan.

- A partir de los 13 años, en general, las personas tienen consolidadas sus capacidades/habilidades necesarias para tomar decisiones, en aquellos aspectos del cuidado de su salud que no comprometen su vida para las que no se requiere acompañamiento. Este es el caso de la colocación de un DIU, la extracción de una pieza dental, la práctica de una interrupción legal del embarazo, el alta hospitalaria después de una internación, toma de exámenes de laboratorio, entre muchas otras.

- Antes de los 13 años de edad, es necesario que cada profesional en cada caso particular observe las capacidades de ese/a NNyA y asegure su participación significativa para determinar en conjunto qué tipo de acompañamiento requiere y cuál es la mejor alternativa terapéutica o de atención en el caso concreto.

“El ejercicio de este derecho-garantía [a participar directamente] no puede estar condicionado ni a pisos mínimos etarios ni a la presencia de cierto grado de madurez en el niño: todo niño o niña tiene derecho a ser oído”.⁸ Es importante preguntar incluso a niños pequeños si quieren que la persona que los acompaña ingrese a la consulta, y si la respuesta es negativa, darles un espacio para que expresen sus motivos. Muchas veces las situaciones de maltrato o abuso se pueden detectar de esta forma o se pueden activar mecanismos de interconsulta cuando se presente rechazo hacia el adulto que acompaña. Asimismo es necesario explicarle a todo/a NNyA, de forma que pueda comprender cuales son las alternativas terapéuticas y las consecuencias de cada una de ellas, escuchar su opinión y valorarla, de acuerdo con su grado de madurez y discernimiento, para la toma de una decisión en conjunto con la/s personas/s que acompañen en el proceso de atención de la salud.

3.5.5 Acompañamiento en la toma de decisiones. Responsabilidad parental y comunitaria:

La tarea de los/as adultos en la atención de la salud de NNyA es el acompañamiento en el ejercicio autónomo de sus derechos, incluyendo el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y el cuidado de su salud, por tanto en ningún momento de la vida de las personas es aceptable suplir su voluntad, basados únicamente en su edad. Si existen otros motivos para que el/la NNyA no pueda expresarse directamente y participar en la decisión, piénsese en un bebé de pocos meses o un adolescente en estado de coma, las decisiones se deben tomar aplicando el principio del interés superior del niño, que no es otra cosa que seguir la alternativa que garantice en mayor medida la protección de sus derechos. En el caso de adolescentes entre 13 y 16 años que deban someterse a prácticas que pueden

⁸ Ibidem.

poner en peligro su vida, como una cirugía mayor, siempre debe garantizarse su derecho a participar significativamente en las decisiones y a que su opinión sea tenida en cuenta centralmente para determinar el curso de acción que más garantice sus derechos (interés superior del niño). En principio en estos casos participarán las personas que ejercen responsabilidad de cuidado, pero deberá ser atendida su solicitud de acompañarse por otra/s persona/s de su confianza o incluso de una autoridad o un/a abogado/a del/a niño/a, en caso de no contar con nadie que pueda asistirle para tomar decisiones sobre su salud.

La/s persona/s que acompañen al adolescente deberán:

- Escuchar y respetar las opiniones de NNyA valorando su punto de vista y deseos en la toma de decisiones.
- Respetar el rol de acompañantes y guías para la formación de sujetos autónomos y no sustituir la voluntad de NNyA.
- Abstenerse de tomar o sugerir alternativas que puedan causar daño o limitar el acceso o ejercicio de derechos. Es conocido el caso resuelto en la justicia de la Ciudad de Buenos Aires⁹ en el que un grupo de padres y madres solicitaron que se limitara el acceso de sus hijos/as a información sobre salud reproductiva. La justicia negó tal solicitud y reafirmó que en ejercicio de la responsabilidad parental (llamada patria potestad en ese momento) no está permitido tomar decisiones que impidan el ejercicio de derechos como el derecho a la educación, que incluye la educación sexual, al acceso a información, a la salud, etc.

Ejemplo: Una adolescente de 14 años acude a un servicio de salud sin acompañamiento y solicita una práctica que no compromete su salud, como un test de VIH. En esta situación el equipo de salud debe brindar la atención requerida, dejando constancia del consentimiento dado por la adolescente, y de la circunstancia de que no se presentó con acompañamiento.

Es necesario que también se le pregunte acerca de la posibilidad de convocar a una persona de su confianza, idealmente sus progenitores, para que la asista en la devolución del diagnóstico y las siguientes consultas.

De no consentir a ello, se debe respetar su derecho a la privacidad. En este caso es importante que el/la profesional indague los motivos y posibles vulneraciones de derechos que pueda estar sufriendo la adolescente y le ofrezca la comunicación con servicios de protección y restitución de derechos. Si el profesional observa que existe una vulneración, deberá ampliar la consulta para desarrollar estrategias de abordaje del caso que atiendan a la situación y las razones de la adolescente, sin desproteger sus derechos. Si no se lograra un acuerdo, y la vulneración de derechos fuera grave, por ejemplo se detecta que la adolescente es víctima de violencia o explotación sexual, se deberá comunicar a las autoridades de protección de

⁹ Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de Buenos Aires (14/10/2003) "Liga de amas de casa, consumidores y usuarios de la República Argentina y otros c/Ciudad de Buenos Aires". L.L. 2004-B, 413.

derechos para que tomen conocimiento del caso. Se debe propender a la creación de una relación de confianza que permita la atención continuada en el tiempo a través de la escucha activa y el respeto de las opiniones y deseos de la adolescente.

3.5.6 Situaciones en las que se requiere acompañamiento:

- En general, antes de los 13 años se considera que las personas requieren algún tipo de asistencia para la toma de decisiones sanitarias, de igual forma que las personas entre 13 y 16 años, cuando se trate de intervenciones que supongan un riesgo grave para la salud o la vida. No se está hablando de representación ni de sustitución, sino de asistencia: NNyA hasta los 16 años otorgan el consentimiento asistidos/as por su representante, en muchos casos.¹⁰
- En los casos en que un/a NNyA no pueda expresar su voluntad, ya sea porque se encuentra inconsciente o porque todavía no es capaz de expresarse, y se requiere una intervención urgente o necesaria para mantener o recuperar la salud (de lo contrario se debe esperar para obtener el consentimiento con la participación directa del NNyA); es necesario que se adopte una decisión por quienes ejercen responsabilidades de cuidado o acompañan a NNyA, con la guía del equipo médico o profesional tratante. Para adoptar decisiones sin la intervención directa de NNyA se debe usar el criterio del interés superior del niño para elegir la alternativa que más garantice el ejercicio actual y futuro de sus derechos.

Ejemplo: Para las intervenciones quirúrgicas con modificaciones corporales permanentes, como la de reasignación sexual, que no se consideran necesarias en la etapa neonatal para mantener la salud, se debería esperar para obtener el consentimiento directo de NNyA. Por ejemplo, en el caso de neonatos intersexuales¹¹, es deseable que no se realicen cirugías de readaptación corporal en los primeros años de vida, y se espere a que el/la NN decida su propia identidad de género y si quiere someterse a tales intervenciones.¹² En 2013, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y la Familia resolvió el caso de una niña transexual de 6 años a quien reconoció la habilidad para participar significativamente en la elección de su identidad sexual.¹³ Esto muestra que mucho antes de la adolescencia, niños y niñas pueden estar en condiciones de ser parte relevante en las decisiones sobre su propia vida, si cuentan con el apoyo y asistencia de personas adultas.

10 Caramelo, G. (2012) "Los niños y el consentimiento informado para la práctica de tratamientos médicos y ensayos clínicos". Buenos Aires: Ediciones Infojus. Año I N°1. Página 73.

11 "La intersexualidad no es una enfermedad, sino una condición de no conformidad física con criterios culturalmente definidos de normalidad corporal", en: Cabral, M. (2003) "Pensar la intersexualidad, hoy". En: Maffia, D. (Comp.) (2003) "Sexualidades Migrantes. Género y Transgénero". Buenos Aires: Feminaria Editora. Página 121.

12 En igual sentido véase las recomendaciones realizadas por la Sociedad Intersexual de Norteamérica (Intersex Society of North America, ISNA) en www.isna.org

13 Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (2013) "Resolución N° 1589/2013".

- La internación involuntaria de NNyA por causa de crisis de salud mental, solo procede en casos en que exista un riesgo cierto e inminente de daño a sí mismo o a un tercero (arts. 20 y siguientes de la Ley N° 26.657 de Salud Mental) que debe ser acreditado por dictamen de un equipo interdisciplinario y debe ser ratificado por un/a juez/a. Es decir, que el equipo que indica la internación involuntaria debe presentar un dictamen acerca de la necesidad de esa medida ante un/a juez/a, quien deberá ratificar o acordar con tal medida para que pueda ser sostenida contra la voluntad del/a adolescente. Este tipo de internación es de carácter excepcional, ya que constituye una limitación grave de los derechos de las personas, por ello solo se justifica ante la gravedad e inminencia del riesgo y la ausencia de otras alternativas menos lesivas de derechos. En los casos en que se cuente con personas en ejercicio de responsabilidad parental o de cuidado sobre NNyA, estas deberán participar en el proceso de toma de decisiones sobre la internación, pero su voluntad no sufre la de NNyA y por tanto en caso de que sea involuntaria deberá someterse al control de legalidad y razonabilidad judicial. Este tipo de internación requiere un control periódico para garantizar que sea por el menor tiempo posible.¹⁴
- Si bien la discapacidad en sí misma no implica la necesidad de asistencia para el ejercicio de derechos, en los casos de NNyA con discapacidad que la requieran para el ejercicio del derecho a la salud, se debe asegurar que, de acuerdo con su tipo y grado de discapacidad, tengan disponibles los apoyos adecuados para que puedan participar de forma significativa en las decisiones relacionadas con la atención de su salud, de acuerdo con el marco constitucional de protección de los derechos de las personas con discapacidad.¹⁵

La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad entiende a la discapacidad como el resultado de la interacción entre las personas y las barreras del entorno que obstaculizan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás. Por ello se exige pasar del modelo médico rehabilitador al modelo social en el cual la discapacidad es vista de forma integral (en sus componentes socio-económico-sanitarios) poniendo la responsabilidad de la accesibilidad en el entorno, lo que permite el reconocimiento de la capacidad jurídica de todas las personas.¹⁶ Los servicios de salud y los/as profesionales deben asumir este nuevo paradigma que considera que las limitaciones que padecen las personas con discapacidad en su relación con el mundo “no son ni naturales, ni inevitables, ni tolerables, sino el producto de una construcción social y de relaciones de poder que constituyen una violación de su dignidad intrínseca”.¹⁷ Es por ello que el Estado y la sociedad tienen la responsabilidad de acabar

14 Corte Suprema de Justicia de la Nación (19/02/2008) “R., M. J. s/ Insania”. Consid. 10.

15 UNICEF (2013) “Estado mundial de la infancia. Derechos de niños, niñas y adolescentes con discapacidad”.

16 Tribunal de Familia N° 1 de Mar del Plata (09/08/2011) “S. T. s/Inhabilitación”. Expte. N° 14813. Consid. 1.

17 Cuenca Gómez, P. (2010) “La igualdad en la capacidad jurídica de las personas con discapacidad: algunas implicaciones del art. 12 de la CDPD en el ordenamiento jurídico español”. CABA: Presentado en el 1° Congreso Internacional sobre Discapacidad y Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.articulo12.org.ar>

con esta exclusión garantizando el pleno respeto de la igual dignidad de las personas con discapacidad. En este sentido, es muy importante que los/as profesionales de la salud se aseguren conocer y tomar en cuenta la voluntad de NNyA con discapacidad, ya que es probable que presenten, con mayor intensidad que otros grupos de NNyA, dificultades derivadas de su socialización que les impiden o dificulta expresar su opinión, ya que durante mucho tiempo y en distintos contextos se les ha excluido de este derecho.

De igual forma se debe garantizar que la participación de las personas con responsabilidades de cuidado no sustituya la voluntad de NNyA con discapacidad, sino que les apoye para tomar una decisión y poder llevarla adelante. La cobertura y garantía de los derechos de NNyA con discapacidad en el marco de la atención sanitaria, se debe regir por los mismos principios: interés superior del niño, autonomía progresiva, participación directa e igualdad y no discriminación. Se recomienda poner fin a la institucionalización de los/as niños/as con discapacidad, acompañada de la promoción y el aumento de los esfuerzos sanitarios en favor de la atención basada en la familia y la rehabilitación basada en la comunidad.

CAPÍTULO 4

SITUACIONES PARTICULARES

Se desarrollará a continuación una guía con pautas de actuación frente a diferentes situaciones que se presentan cotidianamente en los servicios de salud:

4-1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud sexual constituye “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedades, disfunciones o dolencias. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, sin coacción, discriminación ni violencia”.¹

Tanto los tratados de Derechos Humanos como la normativa nacional mencionada en este documento, fundamenta la centralidad de la atención de la salud sexual y reproductiva de NNyA. Tal como afirmó el Comité de los Derechos del Niño, Observación General N° 15 (2013):

“Todos los programas y políticas que afecten a la salud del niño deben fundarse en un enfoque amplio inspirado en la igualdad de género que garantice la plena participación política de la mujer; su empoderamiento social y económico; el reconocimiento de la igualdad de derechos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva; y la igualdad en el acceso a la información, la educación, la justicia y la seguridad, incluida la eliminación de todas las formas de violencia sexual y basada en el género”.

En relación con la atención de la salud sexual y reproductiva de NNyA, en la Argentina contamos con estándares constitucionales que obligan al sistema de salud a prestar especial atención a la provisión efectiva de estos servicios. Así lo han reconocido diferentes comités internacionales de derechos humanos:

“Entre las libertades, de importancia creciente a medida que aumentan la capacidad y la madurez, cabe mencionar el derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo, incluida la libertad sexual y reproductiva para adoptar decisiones responsables” Comité de Derechos del Niño, Observación General N° 15 (2013).

¹ MESECVI (2014) “Declaración sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos”. Uruguay: Undécima Reunión del Comité de Expertas/os. OEA/Ser.L/II.7.10. MESECVI/CEVI/DEC.4/14.

Reconociendo la importancia de la salud sexual y reproductiva y la necesidad de tomar medidas para aumentar el acceso de NNyA a dichos servicios, el Comité recomendó a los Estados:

“Permitir que los niños accedan a someterse a determinados tratamientos e intervenciones médicos sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad”. Comité de Derechos del Niño, Observación General N° 15 (2013).

Esta recomendación ha sido receptada en nuestro ordenamiento jurídico local en disposiciones como el art. 26 del Código Civil que indica como regla general para el acceso a estos servicios la autonomía progresiva, es decir la madurez y capacidad de discernimiento de cada NNyA. Recordando que un indicador central de esa autonomía es el hecho de que la persona haya tomado las decisiones y acciones necesarias para llegar al servicio de salud y pueda articular su consulta o solicitud de insumos, atención o prestaciones, el acompañamiento en esos casos es deseable pero no necesario para brindar la atención y entregar los insumos solicitados. Ya desde el año 2000 la justicia de la Ciudad de Buenos Aires había reconocido que una muestra suficiente de madurez es acercarse al servicio de salud a solicitar, por ejemplo, insumos anticonceptivos.²

En el mismo sentido tal y como lo recomienda el citado Comité en su Observación General N° 15 (2013):

“En vista de las altas tasas mundiales de embarazo en la adolescencia y de los consiguientes riesgos de morbilidad y mortalidad, los Estados han de velar por que los sistemas y servicios sanitarios puedan atender las necesidades de los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva, incluso mediante servicios de planificación familiar y aborto en condiciones de seguridad. Los Estados deben procurar que las niñas puedan tomar decisiones autónomas y fundamentadas sobre su salud reproductiva. Debe prohibirse la discriminación de las adolescentes que se quedan embarazadas, como cuando se las expulsa de la escuela, y deben ofrecerse oportunidades de educación permanente”.

Por último, no puede dejar de mencionarse la importancia de la aplicación de un enfoque de género en la atención de la salud sexual y reproductiva de NNyA, que reconozca el impacto diferenciado entre varones y mujeres de la atención oportuna y de calidad de la salud. No solo la feminización de la infección del VIH, la morbimortalidad materna y el

² Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de Buenos Aires (27/09/2000) “Liga de amas de casa, usuarios y consumidores de la República Argentina y otros c/Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires s/Acción declarativa de inconstitucionalidad”. Expte. N° 480/2000; Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de Buenos Aires (14/10/2003) “Liga de amas de casa, consumidores y usuarios de la República Argentina y otros c/Ciudad de Buenos Aires”. L.L. 2004-B, 413.

aborto inseguro afectan de forma exclusiva a las mujeres, sino que la falta de compromiso y participación de los varones en las prácticas sexuales seguras y la anticoncepción, aumenta la brecha de género y dificultan el abordaje de la violencia de género desde un esquema igualitario. Por ello es necesario que se “[t]enga en cuenta que es fundamental la participación de los niños varones y los hombres para planificar y garantizar condiciones sanas en el embarazo y el parto, los Estados deben incorporar oportunidades de educación, sensibilización y diálogo dirigidas a los niños y los hombres en los servicios de salud sexual, reproductiva e infantil”. Comité de Derechos del Niño, Observación General N° 15 (2013).

La atención de la salud sexual y reproductiva no puede reducirse a la anticoncepción y la atención del embarazo y el parto, por el contrario:

“Los servicios de planificación familiar, que deben situarse en el marco general de los servicios de salud sexual y reproductiva, han de comprender la educación en materia de sexualidad, incluido el asesoramiento. (...) Debe prestarse atención a garantizar a las mujeres casadas y solteras y a los adolescentes varones el acceso confidencial y universal a los bienes y servicios. Los Estados deben velar por que no se prive a los adolescentes de ninguna información o servicios en materia de salud sexual y reproductiva”. Comité de Derechos del Niño, Observación General N° 15 (2013).

4-2 ABORTO LEGAL

Las normas vigentes sobre aborto legal en la Argentina incluyen el derecho de niñas y adolescentes al acceso a la interrupción legal del embarazo. Sin embargo, el acceso ha sido históricamente muy limitado y se han presentado múltiples barreras en todas las provincias.³ Fue por ello que la Corte Suprema de Justicia de la Nación se pronunció en su fallo “F., A.L s/ Medida autosatisfactiva (13/03/2012)”, en el caso de una adolescente víctima de una violación en la provincia de Chubut, que fue obligada por el sistema de salud local a solicitar autorización judicial para acceder a un aborto legal, debido al desconocimiento del marco legal de protección de este derecho por parte de los efectores provinciales en ese momento. La Corte se pronunció aclarando los estándares constitucionales de protección del derecho al aborto legal en la Argentina y señaló que:

- No corresponde pedir autorización judicial para realizar ningún aborto.
- Solo un profesional de la salud debe intervenir, no se requiere solicitar interconsultas o dictámenes adicionales.
- No corresponde pedir denuncia ni prueba o determinación judicial de la violación, solo se requiere la declaración jurada de la situación de violencia sexual.

³ Ramón Michel, A. (2011) “El fenómeno de inaccesibilidad del aborto no punible”. En: Bergallo, P. (Comp) (2013) “Aborto y Justicia Reproductiva”. Buenos Aires: Editores del Puerto.

- Los abortos deben realizarse de forma rápida, accesible y segura.
- Quienes ejerzan objeción de conciencia no pueden imponer derivaciones o demoras que comprometan la atención.

Sobre esta práctica el Ministerio de Salud de la Nación en su Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (2015)⁴ estableció que se debe respetar, en todos los casos, en primer lugar el derecho de las niñas y adolescentes a participar de forma significativa en la atención y en las decisiones relacionadas con la práctica de los abortos legales. Reconoce, además, que en los casos en los que se requiera acompañamiento de personas con responsabilidades de cuidado, antes de los 13 años generalmente, estas no podrán suplir la voluntad de la niña o adolescente sino que deberán participar del proceso de toma de decisiones respetando a la niña o adolescente como centro de su propia vida y de las decisiones que competen a su salud.

Todas las niñas menores de 13 años embarazadas podrán solicitar la interrupción legal de su embarazo ya que el derecho penal los considera como producto de una violación y, por tanto, se deben realizar de inmediato. Aunque las niñas y adolescentes pueden empezar su actividad sexual consentida antes de esa edad, a los efectos del régimen de legalidad de aborto, dichos embarazos se encuadran dentro del inciso 2 del art. 86. Sin embargo, el/a profesional, no deberá denunciar el hecho cuando no se trate de una violación ya que estaría vulnerando derechos humanos básicos como el ejercicio de la autonomía, libertad, dignidad, sexualidad, placer, etc.

En caso de detectar un embarazo de una niña o adolescente en el marco de una consulta, es muy importante:

- Entregarle toda la información disponible sobre las alternativas, tanto para la continuación del embarazo, como para la terminación del mismo de forma clara, completa, actualizada y neutral. Asegurándose mediante preguntas de chequeo y otras estrategias de que la niña o adolescente haya comprendido. Esta información incluye los aspectos médicos, legales y operativos de las prácticas. En el caso de la terminación del embarazo, por ejemplo, se debe informar: los casos de aborto legal (art. 86 del Código Penal: peligro para la vida o la salud y en caso de violencia sexual), las técnicas (quirúrgica o medicamentosa) acercando la información suficiente para que la adolescente tome una decisión. No es necesario enseñarles fotos, videos, sonidos o detalles técnicos que no son necesarios para ese fin. Por el contrario, estas prácticas son ilegales y se han considerados tratos crueles y degradantes.⁵ En el caso de la continuación del embarazo se debe brindar la información tanto sobre los controles y cuidados durante el embarazo, los riesgos asociados al mismo y los

4 Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf>

5 ONU (2013) Consejo de Derechos Humanos. "Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez". Ginebra: A/HRC/22/53.

servicios que pueden ayudarla en el tránsito a la maternidad (trabajo social, salud mental, desarrollo social, etc.).

- Realizar la consulta en el marco de la escucha activa, que es una forma de interacción con las adolescentes que le permite al/a profesional “leer” a través de las gestos, silencios, palabras, etc. signos que puedan indicar que se trata de un caso de los descriptos en el art. 86 del Código Penal.
- Respetar y acatar las decisiones de las adolescentes y respetar la centralidad de las opiniones de las niñas menores de 13 años que requieran asistencia, tal como se ha venido indicando.
- En los casos en que se requiere acompañamiento y se presente un conflicto entre la decisión de la niña (menor de 13 años) y la opinión de su/s progenitor/es: de no ser posible el acuerdo o en caso de negativa injustificada de quienes la asistan en el proceso de toma de decisiones respecto a la práctica de un aborto legal, se debe proceder de acuerdo a lo establecido en el art. 26 del Código Civil (Ley N° 26.994), que indica que “el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico”. Es decir, que la decisión en el caso debe centrarse en la opinión y participación de la niña o adolescente, tomando la opinión médica como elemento para la determinación del interés superior del niño, que será aquella alternativa que mejor garantice el ejercicio y respeto de sus derechos.
- Para la práctica de un aborto legal se requiere la firma de un consentimiento informado. A partir de los 13 años las adolescentes pueden firmarlo de forma autónoma. Antes de los 13 años se debe propender el acompañamiento en la firma del consentimiento informado, de sus progenitores o cualquier persona que ejerza responsabilidades de cuidado y sea convocada por la niña o adolescente. En caso de que no cuente con ninguna persona de confianza será necesario comunicar a las autoridades de protección de derechos de NNyA para que junto con la niña diseñen una estrategia para acompañar la atención sanitaria y la restitución de sus derechos.
- En los casos de aborto legal por peligro para la salud integral de la niña o adolescente, se deberá consignar en la historia clínica el riesgo detectado, ya sea a la salud en su esfera física, psíquica o social. Para la constatación de la causal basta la afirmación de un/a profesional de la salud. No se requiere una especialidad determinada, pueden certificar la causal trabajadores/as sociales, psicólogos/as, psiquiatras, generalistas, ginecólogos/as, y cualquier otra especialidad de la salud. Las interconsultas solo se ordenarán con el consentimiento de la niña o adolescente cuando sean necesarias para la atención integral de su salud.
- En los casos de aborto legal por violencia sexual: se incluyen niñas menores de 13 años en todos los casos, y niñas y adolescentes de cualquier edad víctimas de violen-

cia sexual. Se deberá solicitar la firma de una declaración jurada en la que se afirme que el embarazo que se solicita interrumpir es el producto de una relación no consentida. No se requiere que la adolescente describa las circunstancias del hecho o identifique al autor del mismo. En estos casos se debe informar a la niña/adolescente y a quienes la asistan la posibilidad de denunciar el hecho para sancionar a la persona responsable⁶, así como de asesorarse por instituciones públicas y de la sociedad civil para la atención y restitución de los derechos vulnerados.

De acuerdo con la regulación vigente en materia de protección de los derechos de las mujeres víctimas de violencia, es deber de los profesionales de la salud tomar medidas adecuadas con el consentimiento de la niña o adolescente para evitar que sufra nuevamente violencia. En primer lugar comunicar a las instituciones de protección de derechos, los programas locales de atención a mujeres víctimas de violencia, las defensorías del pueblo, los consejos de infancia y adolescencia, o cualquier otra autoridad local que pueda intervenir y dar seguimiento al caso.

De no encontrar otra alternativa el/la profesional de la salud tratante podrá denunciar el hecho a las autoridades de policía o judiciales locales cuando:

- Sea para prevenir una lesión inminente.
- La niña o adolescente se encuentre sola.

Es muy importante recordar que la denuncia contra la voluntad de la víctima y sin la contención adecuada puede exponerla a mayor violencia por parte del agresor. En los casos no previstos por la ley, los efectores de salud no deben hacer ninguna denuncia, ya que sería una violación a la confidencialidad propia de la relación médico-paciente (art. 2 inc. d de la Ley N°26.529) y al secreto profesional (art. 156 del Código Penal). Estas normativas establecen que el deber de confidencialidad es extensivo a toda persona que acceda a la documentación clínica, incluso a quienes actúan como aseguradores o financiadores de las prestaciones.⁷

Las obligaciones del equipo de salud en materia de atención sanitaria de víctimas de violencia sexual deben estar destinadas a promover el bienestar de su salud integral, más que a impulsar o enderezar el trámite legal de la violencia sexual, lo cual requiere de competencias jurídicas que exceden las incumbencias de las ciencias de la salud y que pueden desenfocar las buenas prácticas clínicas.⁸

⁶ Se debe explicar que la denuncia se puede hacer personalmente (acudiendo a una estación de policía, fiscalía, juzgado penal o comisaría de la mujer), por escrito (entregado en esos mismo lugares, se debe llevar dos copias) o por teléfono (para que quede registrado se deben dar todos los datos de contacto). Para más detalles: Ministerio de Salud de la Nación (2015) "Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud". Disponible en: http://www.msal.gob.ar/index.php?option=com_bes_contenido

⁷ Ibidem.

⁸ Ibidem.

4-3 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

La anticoncepción hormonal de emergencia (en adelante, AHE), es conocida como “la píldora del día después” debe ser iniciada lo antes posible después de una relación sexual no protegida. Las niñas y adolescentes tienen derecho al acceso a la anticoncepción de emergencia en igualdad de condiciones que las mujeres adultas. La simple solicitud en el servicio de salud es suficiente para que le sean proporcionados inmediatamente. Se debe recordar que se trata de prestaciones de emergencia, en el caso de la anticoncepción hormonal cualquier persona del servicio puede proporcionarla, no tiene que ser un/a profesional de la salud, siempre que cuente con la información adecuada.⁹

No existe ningún impedimento legal ni científico para impedir o retrasar el acceso inmediato de niñas o adolescentes a métodos anticonceptivos de emergencia. Todo/a NNYA podrá solicitar el método que más le convenga con la información adecuada. Se trata de prestaciones de emergencia y por tanto su entrega no puede estar sujeta a turnos previos, horarios de atención limitados, consultas extendidas. Incluso se recomienda en el caso de uso regular de anticonceptivos orales o inyectables y/o preservativos (por la alta incidencia de uso incorrecto), entregar por adelantado dosis de AHE para que las adolescentes puedan usarlas inmediatamente después de una relación de riesgo.

En el caso de las niñas o adolescentes que acuden inmediatamente después de un episodio de violencia sexual, es fundamental suministrar todo el tratamiento descrito en el “Protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual. Instructivo para equipos de salud” de 2015¹⁰ que consta de: atención a las lesiones físicas y psíquicas, anticoncepción hormonal de emergencia, profilaxis para infecciones de transmisión sexual, vacunación profiláctica (hepatitis B, antitetánica) y exámenes diagnósticos.

4-4 ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACIÓN (IMPLANTE SUBDÉRMICO Y DIU)

Aunque por algún tiempo se presentaron dudas acerca de la elegibilidad de las adolescentes y mujeres nulíparas para el uso de anticonceptivos de larga duración, desde 2012 la OMS en su documento actualizado de “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”¹¹ aclaró que la evidencia no muestra ninguna contraindicación para la colocación de métodos de larga duración. Dentro de los métodos de larga duración disponibles en la Argentina encontramos el DIU y el implante subdérmico.

El Comité de los Derechos del Niño, en 2013, recomendó específicamente ampliar la

9 Ministerio de Salud de la Nación (2007) “Anticoncepción hormonal de emergencia. Guía de procedimientos para profesionales de la salud”.

10 Ministerio de Salud de la Nación (2015) “Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud.” Disponible en: http://www.msal.gov.ar/index.php?option=com_bes_contenido

11 OMS (2009) “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”. 4ª Edición. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44710/1/9789243563886_spa.pdf

disponibilidad de los métodos anticonceptivos para NNyA sexualmente activos/as:

“Los métodos anticonceptivos a corto plazo, como los preservativos, los métodos hormonales y los anticonceptivos de emergencia, deben estar a disposición inmediata de los adolescentes sexualmente activos. También deben facilitarse métodos anticonceptivos permanentes y a largo plazo. El Comité recomienda que los Estados garanticen el acceso al aborto en condiciones de seguridad y a servicios posteriores al aborto, independientemente de si el aborto es en sí legal.” Comité de Derechos del Niño, Observación General N° 15 (2013).

Es por ello que el Ministerio de Salud de la Nación, en su Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, desde 2013 ha incorporado el implante subdérmico, como uno más de los métodos disponibles en la canasta de anticonceptivos que provee, con una estrategia de incorporación gradual y escalonada donde se priorizan las adolescentes que tuvieron un evento obstétrico para evitar la repitencia. El DIU está disponible en todos los servicios y por ser un método “a prueba de errores” de uso, es muy recomendable para las adolescentes.

Para la colocación de un método de larga duración, desde los 13 años, no se requiere asistencia para el consentimiento de ninguna persona, ya que se trata de un procedimiento sencillo que no pone en riesgo la salud de la niña o adolescente. Es necesario entregar toda la información para obtener consentimiento informado, asegurándose de aclarar que este método no protege contra las infecciones de transmisión sexual y que por tanto es necesario combinarlo con el preservativo.

4-5 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) - TESTEO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

El acceso a la información en materia de salud sexual y reproductiva es central para la prevención y el cuidado de la salud de NNyA. Tal y como lo establece la Ley N° 23.798 de Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), la primera obligación del Estado es la educación de la ciudadanía para la prevención de la infección. En este sentido, la consejería sobre sexualidad para NNyA en los servicios de salud es fundamental, para que puedan llevar una vida sexual placentera y segura. Al igual que la entrega de información e insumos necesarios para que cada adolescente pueda, de acuerdo con su orientación y preferencias sexuales, proteger su salud. La disponibilidad de preservativos con la indicación para la preparación de campos de látex para el sexo oral sin riesgo, así como la información sobre sexo seguro entre personas del mismo sexo es necesaria.

Ante la solicitud de una prueba de VIH por un/a NNyA el equipo debe dar respuesta inmediata, no solo con la prestación sino también con la consejería e información sobre prácticas sexuales seguras. De no contar con nadie que pueda acompañarle se deberá diseñar una estrategia para que el/la NNyA pueda seguir su atención en ese servicio, independientemente del resultado de la prueba y ofrecer los servicios de protección y

restitución de derechos. En estos casos el respeto de la privacidad y la confidencialidad del adolescente es central para garantizar que concurra por los resultados, reciba la información adecuada y, de ser el caso, inicie el tratamiento.

Las normas no exigen ni para la prueba de detección de VIH ni para el tratamiento de adolescentes, el acompañamiento de adulto/s responsable/s. Sin embargo, es deseable que el/la adolescente cuente con el apoyo de personas de confianza, ya que al tratarse de una condición de largo plazo que requiere un control y tratamiento continuado, es altamente recomendable atravesar ese proceso con una red de apoyo, contención familiar y comunitaria adecuada.

Frente al resultado positivo se debe asegurar que el/la NNyA entienda que:

- Debe empezar el tratamiento lo antes posible. Idealmente en el mismo servicio en el que se realizó el test, pero puede suceder que el adolescente acuda a un servicio alejado de su domicilio o prefiere atenderse en otro lugar.
- Desde hace más de 15 años el VIH se puede tratar de manera eficaz y supone un riesgo inminente para la vida
- En la Argentina, la medicación y los estudios son gratuitos en los sistemas de salud públicos y privados. Así lo garantiza la Ley N° 23.798 de Sida.
- Puede preguntar todas las dudas al profesional especializado. El tratamiento implicará distintas visitas periódicas que es importante aprovechar para despejar nuevas preguntas o inquietudes que puedan ir surgiendo. Recomendarles verificar la veracidad de la información que reciban fuera del servicio de salud. Aunque hay muchísima información sobre el VIH/Sida, esta no siempre es completa o correcta. Por eso es recomendable verificar quién la brinda y por quién está respaldada.
- Informarle que existe una línea gratuita nacional del Ministerio de Salud de la Nación a la que puede llamar y consultar de manera anónima y confidencial sobre todos los aspectos relacionados con el virus, el tratamiento, etc.: 0800-333-3444.
- Elegir personas de confianza para compartir el resultado que puedan asistirle en el proceso de atención sanitaria y fuera del servicio de salud. El equipo de salud puede ayudarlo en la determinación de qué personas de su entorno cercano pueden afrontar mejor la situación y servir de sostén eficaz.

4-6 CONDUCTAS AUTOLESIVAS

De acuerdo con los “Lineamientos para la atención de intento de suicidio de adolescentes” del Ministerio de Salud de la Nación (2011): “las conductas suicidas abarcan un amplio espectro: desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible consumación del acto. Si bien no pueden asociarse de manera lineal y consecutiva, es fundamental considerar el riesgo que cada

una de estas manifestaciones conlleva más allá de la intencionalidad supuesta.(...) En la adolescencia, los cortes o autolesiones deliberadas en el cuerpo suelen ser frecuentes y no necesariamente implican riesgo suicida".¹²

En Argentina, en los últimos veinte años, la tasa de mortalidad por suicidio creció considerablemente en los grupos más jóvenes (15 a 24 y 25 a 34 años), mientras que se redujo significativamente en los grupos de más edad (mayores de 55 años) que históricamente registraron las tasas más altas. Si bien el intento de quitarse la vida está dentro del ámbito de autonomía protegido por el art. 19 de la Constitución Nacional, ya que no afecta a terceras personas o al orden público, y es un acto de disposición sobre la propia vida y el cuerpo, se permite una intervención limitada del Estado. Esta conducta, intento de suicidio, no es constitutiva de delito y por tanto no corresponde la denuncia a las autoridades judiciales o policiales.

El intento de suicidio o la autolesión no suspenden el deber de guardar secreto profesional ni los derechos a la privacidad y confidencialidad de las consultas. Sin embargo, en el caso de adolescentes, se debe propender por conseguir su consentimiento para comunicar a las autoridades de protección y restitución de derechos de NNyA en el ámbito local, para que intervengan en el caso y tomen medidas de protección.

Solo en los casos excepcionales en los que el riesgo de violencia es elevado se deberán tomar todas las medidas para evitar daños o perjuicios, como tener el encuentro con la puerta abierta y con eventual acompañamiento y/o colaboración de otras personas (equipo de salud, acompañantes, personal de seguridad).¹³

Para la atención, siempre que el/la adolescente esté en condiciones de expresar su opinión, debe ser informado y se debe tomar su consentimiento para las prácticas requeridas. En todo momento se debe respetar su privacidad y la confidencialidad en la atención, sin embargo, es muy importante que se acuerde con el/la adolescente que se pueda convocar a una persona de su confianza para que le asista en el proceso de recuperación de la salud. Idealmente serán sus progenitores, pero si decide convocar a otra/s persona/s, su decisión debe ser respetada.

La detección de conductas suicidas se puede dar en cualquier momento de la atención. Es muy importante reaccionar ante este descubrimiento y ofrecer al/a adolescente atención. En caso de requerir derivación es importante que, de acuerdo con la evaluación del riesgo de autolesión, se acompañe al/a adolescente hasta que la derivación se concrete. Nunca se debe indicar la derivación a una institución monovalente en estos casos.¹⁴

12 Ministerio de Salud de la Nación (2011) "Lineamientos para la atención del intento de suicidio de adolescentes". Páginas 7 y 8. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ministerio/adolescencia/2012-intento-suicidio.pdf>

13 Ministerio de Salud de la Nación (2013) "Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental". Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-10_lineamientos-atencion-urgencia-salud-mental.pdf

14 La Ley N° 26657 de Salud Mental establece que los centros de atención monovalentes son desaconsejables en todos los casos y deben desaparecer paulatinamente.

Es fundamental el registro en el libro de guardia y en la historia clínica en donde conste lo actuado: diagnóstico, pronóstico, evolución, evaluación de riesgo y las razones que motivaron la estrategia. Es importante recordar que la historia clínica puede contener tanto aspectos objetivos de la atención (resultados de exámenes o pruebas diagnósticas, el relato del/a usuario/a del servicio, su/s acompañante/s, y los resultados de la anamnesis, etc), así como aspectos subjetivos relevantes. Todo lo anterior resulta especialmente relevante en caso de autolesión en NNyA, ya que permite la identificación de patrones de comportamiento y el mejor diseño de estrategias de abordaje. Adicionalmente, la consignación de datos relacionados con este tipo de autolesiones, es una obligación profesional que puede acarrear las sanciones establecidas en el art. 21 de la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente.

De acuerdo con el art. 12 de la Ley N° 27.130, en el caso de tratarse de intento de suicidio de NNyA, es obligatoria la comunicación, no denuncia, a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia o la autoridad administrativa de protección de derechos NNyA que corresponda en el ámbito local, a los efectos de solicitar medidas de protección integral de derechos que se estimen convenientes, si fueran necesarias.

4-7 CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

El consumo de sustancias "puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente -en forma ocasional o crónica- a una o más áreas de la persona, a saber: 1. su salud física o mental; 2. sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); 3. sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio); 4. sus relaciones con la ley".¹⁵ Como dice el documento "Prevención del consumo problemático de drogas" (Kornblit, A.L et al., S/D), lo que resulta especialmente problemático del consumo es el hecho de perder el control de sí mismo o incurrir en prácticas de riesgo para uno mismo o para los demás bajo los efectos de una sustancia.

En todas aquellas consultas que involucren situaciones de consumo de sustancias y no se identifique un riesgo inminente para sí o para otros, se debe guardar la confidencialidad de la consulta. Siempre se debe abrir la posibilidad de convocar a una persona adulta de confianza del/a adolescente para que acompañe su atención. Idealmente serán sus progenitores, pero puede ser cualquier referente de confianza del adolescente, especialmente cuando se identifique que el entorno familiar no constituye un ambiente seguro para el/la adolescente, en cuyo caso, con su consentimiento, se deberá informar a las autoridades locales de protección y restitución de derechos para que tomen medidas adecuadas.

Los/as adolescentes que ingresan al servicio intoxicados deben hacerlo por la guardia en donde se atenderá en primera instancia su estabilización respetando en todo momento la

¹⁵ Kornblit, A.L et al. (S/D) "Prevención del consumo problemático de Drogas". Disponible en: http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf

dignidad y el buen trato.¹⁶ Una vez que se haya superado la intoxicación, se realizará una evaluación de riesgo para diseñar una estrategia de intervención y consejería guardando la confidencialidad y privacidad de la consulta. Es muy importante empezar por desnaturalizar el consumo episódico excesivo y ayudarles a dimensionar los riesgos que conlleva esta práctica, sin juzgar o poner en riesgo la continuidad de la atención.¹⁷ Es fundamental establecer un vínculo de confianza y respeto entre el/la adolescente y el equipo de salud, que permita el abordaje del caso y la consulta posterior del/a adolescente si lo considera necesario.

4-8 VIOLENCIAS HACIA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

La consulta médica y la escuela son los principales puntos de detección de situaciones de violencia y abuso sobre NNyA. El maltrato puede ser psicológico, físico, sexual, o derivarse de situaciones de emergencia social. En Argentina existen muchos protocolos para la detección del maltrato infantil¹⁸ los cuales pueden ser utilizados como guía para detección y atención.

En todas las consultas, pero especialmente en aquellas en las que se identifica algún indicio de maltrato o violencia, es necesario solicitar un espacio para conversar y revisar al/a NNyA sin la presencia de la persona adulta que le acompaña. Se debe recordar en todo momento que se trata de una forma rutinaria de atención para que no se genere tensión en la consulta.

En cualquier momento de la atención sanitaria prestada al/a niño/a, puede ocurrir que se observen hechos o se recojan datos que lleven al/a profesional a plantearse la necesidad de una actuación protectora. Los indicadores de gravedad del maltrato se evalúan de acuerdo a:¹⁹

- El daño que ha sufrido y la cercanía en el tiempo del maltrato identificado.
- La posibilidad de autoprotección de NNyA, teniendo en cuenta factores de vulnerabilidad como la corta edad, limitaciones personales, falta de adultos de referencia o redes comunitarias.

La urgencia se evalúa de acuerdo a dos criterios:²⁰

- Que la salud o seguridad básicas de NNyA se encuentren seria y directamente amenazadas como consecuencia de la acción u omisión de los padres o cuidadores.

16 *Ibidem*.

17 *Ibidem*.

18 Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (S/D) "Protocolo para la detección de situaciones de maltrato infantil desde el sistema de salud". Disponible en: http://www.unlp.edu.ar/uploads/docs/protocolo_para_la_deteccion_e_intervencion_en_situaciones_de_maltrato_infantil_desde_el_sistema_de_salud.pdf

19 *Ibidem*.

20 *Ibidem*.

- Que no exista una figura familiar o de apego que pueda hacerse cargo o proteger al menor.

Recuérdese que no toda situación de abuso grave requiere una actuación urgente o inmediata por parte del/a profesional, ya que si no se dispone de los mecanismos adecuados para la protección del NNyA se lo puede exponer a un mayor riesgo de daño, especialmente si se sospecha que el abuso proviene del entorno familiar.²¹

Tener dudas e interrogantes ante la presencia de una situación de maltrato infantil es algo normal. Lo importante es no ignorar la situación y buscar el soporte necesario para intervenir. Es obligación de los/as profesionales de la salud atender la salud integral (bio-psico-social) de NNyA, incluyendo las acciones necesarias para iniciar el proceso de restitución de los derechos vulnerados.

4.8.1 Violencia sexual:

Como lo ha reconocido el Ministerio de Salud, los casos de Abuso Sexual en NNyA, “tienen una importante dimensión cuantitativa, provocan serios daños por tratarse generalmente de situaciones que ocurren en el ámbito intrafamiliar o entorno cercano y de una manera crónica o reiterada, y por tanto requieren un abordaje médico, psico-social y jurídico particular”.²²

De acuerdo con la norma penal se distinguen tres tipos de conductas que atentan contra “la integridad sexual” de NNyA:

- La violación: acceso carnal por cualquier vía, vaginal, anal y el sexo oral (art. 119).
- El abuso sexual calificado: prácticas que, aunque no sean de penetración, son gravemente ultrajantes para la víctima, como la penetración con objetos, la obligación de masturbarse o de masturbar al agresor y otros actos sádicos (art. 119).
- El abuso sexual: que incluye actos considerados penalmente “menos” graves, como manoseos o contacto con los genitales (art. 120).

Para la configuración de cualquiera de ellos se tiene en cuenta únicamente el consentimiento de la víctima y no la forma en la que se realizan (si hay violencia verbal o física, forcejeo, lesiones, etc.), por tanto, estos delitos pueden cometerse en ámbitos regulares de NNyA como el familiar, dentro de la pareja, la escuela, la iglesia y otros grupos en donde NNyA concurren frecuentemente; de la misma forma que en eventos esporádicos, como la vía pública, el transporte público, conciertos, boliches, etc.

Como se dijo, el Código Penal considera que antes de los 13 años los/as NNyA no están, en general, en condiciones de prestar consentimiento sexual válido y por tanto, la perso-

²¹ Ibidem.

²² Ministerio de Salud de la Nación (2011) “Protocolo para la atención de personas víctimas de violencia sexual”. Página 16.

na adulta o con una diferencia importante de edad, que mantenga relaciones sexuales con una persona menor de 13 años será sancionada penalmente. Esta previsión penal no supone desconocer que NNyA pueden empezar su actividad sexual consentida antes de ese momento, en ejercicio de su autonomía, por el contrario, constituye una protección frente al abuso de posiciones de poder y autoridad, a la falta de experiencia, y a la posible manipulación de la voluntad de NNyA para acceder a conductas que no son realmente deseadas o apropiadas.

En el ámbito de la salud los/as profesionales están obligados a detectar y abordar estas situaciones de violencia sexual para evitar su continuación y atender los daños y perjuicios causados en cualquiera de las esferas de la salud de NNyA, evitando su revictimización. La primera obligación de los equipos de salud frente a la identificación de un caso de violencia sexual es la escucha activa, permitirle al/a NNyA que "cuente su historia" sin presionarle y respetando sus tiempos, puede ser en una o más visitas. Ello con el fin de determinar el tipo y formas de la violencia sexual que está sufriendo y poder diseñar una estrategia de abordaje interdisciplinario e interinstitucional. La segunda obligación de los equipos y profesionales de la salud, es entregarle toda la información necesaria, de acuerdo con su edad, grado de madurez y capacidad de discernimiento para que pueda participar significativamente en todas las decisiones necesarias para el abordaje integral de su situación. Esta información comprende los aspectos legales (posibilidad de denunciar, derecho a recibir apoyo del Estado y contención de su red de confianza), aspectos médicos (alternativas de atención de su salud bio-psico-social, en ese y otros servicios de salud, derivación a servicios especializados en este tipo de violencia, etc.), aspectos operativos (cómo se puede llevar adelante esa atención teniendo en cuenta sus condiciones particulares, el tipo de violencia que ha sufrido o sufre, cercanía del último episodio y entidad, identidad del/a agresor/a, etc.).

En caso de consulta inmediata después de un episodio de violencia sexual, especialmente de violación es necesario suministrar todas las prestaciones incluidas en el kit de respuesta inmediata: anticoncepción de emergencia, profilaxis de VIH e ITS y vacunas. Así como la atención en todas las esferas que lo requiera. Es muy importante brindar atención a todo/a NNyA que llegue al servicio en esta situación, independientemente de que esté acompañado o no, sin importar su edad, origen nacional, lugar de residencia, etc. Se considera prioritaria la atención de NNyA víctimas de violencia sexual (art.3 Ley N° 26.648).

Deber de denunciar

Como se dijo, el deber principal de los/as profesionales de la salud que se enfrentan a un caso de abuso o violencia sexual contra NNyA, es brindarle la atención sanitaria y la contención requerida, así como todos los servicios disponibles, en articulación intra e

interinstitucional, para proteger sus derechos.²³ Una vez se ha realizado esta atención, se debe ofrecer la posibilidad de realizar la denuncia de forma que NNyA puedan impulsar la acción penal y participar de forma que la investigación de los hechos pueda llegar a la sanción efectiva del/a responsable.

Sin embargo, existen casos en los que por la edad, la capacidad de discernimiento, la falta de red social o la presencia de situaciones de violencia por parte de quienes ejercen tareas de cuidado, el/la NNyA no puede realizar la denuncia. En estos casos, es muy importante comunicar esta situación a las autoridades locales competentes para que puedan acompañar a ese/a NNyA en el proceso de restablecimiento de sus derechos.

De no ser posible activar una red interinstitucional con las autoridades responsables localmente de la protección de los derechos de NNyA, el/la profesional deberá denunciar la violencia sexual sufrida por un/a NNyA (menor de 13 años) a las autoridades policiales o judiciales. En este último caso es muy importante tener en cuenta el riesgo en el que se puede dejar a la víctima por ejemplo, si convive con su agresor/a o puede recibir represalias, para diseñar mecanismos que permitan reducir o eliminar la posibilidad de sufrir más violencias. En algunos casos las profesionales pueden ordenar la internación para poder observar y proteger al/a NNyA, hasta que las autoridades competentes tomen medidas más apropiadas de protección o pueden convocar a personas de confianza de NNyA para que se hagan responsables de su cuidado y protección para evitar nuevas agresiones.

Ante la detección de una situación de violencia es obligación de los/as profesionales de la salud actuar para proteger los derechos de NNyA. En primer lugar se deben activar mecanismos sanitarios (equipos interdisciplinarios) e institucionales (autoridades de protección de derechos de NNyA) que garanticen que los/as NNyA tengan la contención adecuada. En segundo lugar, activar los mecanismos judiciales para que se investigue el hecho y se sancione a la/s persona/s responsable/s. Por tratarse de un delito de instancia privada (después de los 13 años) y que en todos los casos requiere la participación activa de la víctima, es muy importante, que NNyA víctimas de este tipo de agresiones estén debidamente fortalecidas y resguardadas para que el proceso penal realmente sea parte de la restitución de sus derechos y no una instancia de revictimización que vulnere su dignidad, usándoles como medio de prueba de la comisión de un delito y no como sujetos con derecho a una vida libre de violencia.

23 Como se dijo, es necesario contar con información acerca de las autoridades, instituciones y programas disponibles para la protección de los derechos de NNyA, de esta forma se puede cumplir con la obligación profesional de dar aviso a las autoridades pertinentes ante la detección de situaciones de maltrato, violencia, incluyendo el abuso sexual. Una herramienta en este sentido es el recursoro desarrollado por el Ministerio de Desarrollo Social. Disponible en: <http://www.desarrollosocial.gob.ar/mapa#?cat=cfm>

Referencias:

- Aguilar Cavallo, G. (2008) "El principio del interés superior del niño y la Corte Interamericana de Derechos Humanos". Chile: Centro de Estudios Constitucionales de Chile, Universidad de Talca. Estudios Constitucionales. Año 6, Nº 1.
- Alexy, R. (2008) "Ponderación, control de constitucionalidad y representación". Buenos Aires: La Ley.
- Bergallo, P. (2015) "La interrupción legal del embarazo después del fallo F. A. L. Hoja informativa Nº 1". Buenos Aires: PIAF, IPPF, FUSA.
- Brunet, I. y Pizzi, A. (2013) "La delimitación sociológica de la juventud". Chile: Revista Última Década, Centro de Estudios Sociales. Volumen 21, Revista 38.
- Cabral, M. (2003) "Pensar la intersexualidad, hoy". En: Maffía, D. (Comp.) (2003) "Sexualidades Migrantes. Género y Transgénero". Buenos Aires: Feminaria Editora.
- Caramelo, G. (2012) "Los niños y el consentimiento informado para la práctica de tratamientos médicos y ensayos clínicos". Buenos Aires: Ediciones Infojus. Año I Nº1.
- Caramelo, G. et. al. (2015) "Código Civil y Comercial de la Nación Comentado". Buenos Aires: Ediciones Infojus. 1º Edición.
- Cillero Bruñol, M. (1997) "Infancia, autonomía y derechos: una cuestión de principios." Uruguay: Revista Infancia, Boletín del Instituto Interamericano del Niño - OEA Nº 234. Disponible en: www.iin.oea.org/infancia_autonomia_derechos.pdf
- Corte Suprema de Justicia de la Nación (13/03/2012) "F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva".
- Corte Suprema de Justicia de la Nación (19/02/2008) "R., M. J. s/ Insania".
- Cuenca Gómez, P. (2010) "La igualdad en la capacidad jurídica de las personas con discapacidad: algunas implicaciones del art. 12 de la CIDPD en el ordenamiento jurídico español". CABA: Presentado en el 1º Congreso Internacional sobre Discapacidad y Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.articulo12.org.ar>
- Dávila León, O. (2004) "Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes". Chile: Revista Última Década, Centro de Estudios Sociales. Volumen 12, Revista Nº 21.
- Donas, S. (1992) "Marco epidemiológico conceptual de la Salud Integral del Adolescente". OPS - OMS.
- Green, L. W. y Horton, D. (1982) "Adolescent health: Issues and challenges". En: Coates, T. J., Petersen, A. C. y Perry, Ch. (Eds.) (2013) "Promoting adolescent health: A dialog on research and practice". New York-London: AcademicPress Inc.
- Grosman, C. P. y Herrera, M. (2006) "Un enfoque actual sobre el derecho de los adolescentes a ejercer sus derechos sexuales y reproductivos". Buenos Aires: Revista Encrucijadas, Universidad de Buenos Aires.
- Grover, A. (2011) "Informe especial: El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Sobre el impacto de las leyes penales y otras restricciones jurídicas al acceso a la salud y los derechos sexuales y reproductivos)". Ginebra: Asamblea de Naciones Unidas, Doc. A/66/254.

- Hart, R. H. (1992) "Children's Participation: from tokenism to citizenship". Florence, Italy: International Child Development Centre, Unicef, Innocent Essays N° 4.
- Hitters, J. C. (2009) "Constitutional control and conventional control. Comparison criteria established by the Inter-American Court of Human Rights". Chile: Centro de Estudios Constitucionales de Chile, Universidad de Talca. Año 7, N° 2.
- INDEC y Ministerio de Salud de la Nación (2013) "Encuesta Nacional de Salud Sexual (ENSSyR)". Disponible en: www.indec.mecon.ar/ftp/cuadros/sociedad/enssy_r_2013.pdf
- International Disability Alliance (IDA) "Principios para la implementación del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)". Disponible en: <http://www.internationaldisabilityalliance.org/representation/legal-capacity-working-group>
- Kornblit, A. L et al. (S/D) "Prevención del consumo problemático de Drogas". Disponible en: http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf
- Krauskopf, D. (2011) "Enfoques y dimensiones para el desarrollo de indicadores de juventud orientados a su inclusión social y calidad de vida". Chile: Revista Última Década, Centro de Estudios Sociales. Volumen 19, Revista 34.
- Lamas, M. (2007) "Algunas notas sobre el derecho a decidir sobre el propio cuerpo". En: Astelarra, J. (Coord.) (2007) "Género y cohesión social". Madrid: Fundación Carolina CeALCI.
- May, A. R., Kahn, J. H. y Cronholm, B. (1971) "La salud mental de los adolescentes y los jóvenes: informe sobre una conferencia técnica". Estocolmo: OMS.
- MESECVI (2014) "Declaración sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas, Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos". Uruguay: Undécima Reunión del Comité de Expertas/os.OEA/Ser.L/II.7.10. MESECVI/CEVI/DEC.4/14.
- Ministerio de Educación de la Nación (2010) "Prevención del consumo problemático de drogas desde el lugar del adulto". Disponible en: <http://portal.educacion.gov.ar/primaria/files/2010/04/cuadernillo-para-primer-a-web.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación (2007) "Anticoncepción hormonal de emergencia. Guía de procedimientos para profesionales de la salud".
- Ministerio de Salud de la Nación (2009) "Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud". Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/b02/pdf/Guia-Pract-MAC-completa.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación (2011) "Lineamientos para la atención del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes". Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2012-10-31_lineamientos-atencion-alcohol.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación (2011) "Lineamientos para la atención del intento de suicidio de adolescentes". Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ministerio/adolescencia/2012-intento-suicidio.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2011) "Protocolo para la atención de personas víctimas de violencia sexual".

Ministerio de Salud de la Nación (2013) "Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental". Disponible en: www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-10_lineamientos-atencion-urgencia-salud-mental.pdf.

Ministerio de Salud de la Nación (2015) "Protocolo de atención de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo". Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2015) "Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud". Disponible en http://www.msal.gov.ar/index.php?option=com_bes_contenido

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (S/D) "Protocolo para la detección de situaciones de maltrato infantil desde el sistema de salud". Disponible en: http://www.unlp.edu.ar/uploads/docs/protocolo_para_la_deteccion_e_intervencion_en_situaciones_de_maltrato_infantil_desde_el_sistema_de_salud.pdf

OMS (1878) "Declaración de Alma Ata".

OMS (1948) "Constitución de la organización Mundial de la Salud".

OMS (2009) "Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos". 4ª Edición. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44710/1/9789243563886_spa.pdf

OMS (2012) "Anticoncepción de emergencia". Nota descriptiva N° 244. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>

ONU (2003) Comité de los Derechos Del Niño. Observación General N° 4. "La Salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño". Ginebra: CRC/GC/2003/4.

ONU (2003) Comité de los Derechos del Niño. Observación General N° 12. "Medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño (arts 4 y 42, párrafo 6 del art. 44)". Ginebra: CRC/GC/2003/5.

ONU (2013) Comité de los Derechos del Niño. Observación General N° 14. "Sobre el Derecho del Niño a que su Interés Superior sea una consideración primordial (art. 3, párrafo 1)". Ginebra: CRC/C/GC/14.

ONU (2013) Comité de los Derechos del Niño. Observación General N° 15. "Sobre el Derecho del Niño al disfrute del más alto nivel posible de salud. (art. 4)". Ginebra: CRC/C/GC/15.

ONU (2013) Consejo de Derechos Humanos. "Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez". Ginebra: A/HRC/22/53.

Ramón Michel, A. (2011) "El fenómeno de inaccesibilidad del aborto no punible". En: Bergallo, P. (Comp.) (2013) "Aborto y Justicia Reproductiva". Buenos Aires: Editores del Puerto.

- Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., Ezeh, A. C., y Patton, G.C. (2012) "Adolescence: a foundation for future health". Gran Bretaña: The Lancet. Volumen 379, N° 9826.
- Secretaría de Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (2013) "Interés Superior del Niño". Buenos Aires: Corte Suprema de Justicia de la Nación, 1° Edición.
- Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (2013) "Resolución N° 1589/2013".
- Sociedad Intersexual de Norteamérica (IntersexSociety of North America, ISNA) (1993) "Recomendaciones". Disponible en: www.isna.org
- Tribunal de Familia N° 1 Mar del Plata (09/08/2011) "S.T. s/Inhabilitación". Expte. N° 14813.
- Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de Buenos Aires (14/10/2003) "Liga de amas de casa, consumidores y usuarios de la República Argentina y otros c/ Ciudad de Buenos Aires". L.L. 2004-B, 413.
- Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de Buenos Aires (27/09/2000) "Liga de amas de casa, consumidores y usuarios de la República Argentina y otros c/ Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires s/ Acción declarativa de inconstitucionalidad". Expte. N° 480/2000.
- UNICEF (2002) "Adolescencia: una etapa fundamental".
- UNICEF (2013) "Estado mundial de la infancia. Derechos de niños, niñas y adolescentes con discapacidad".
- Villa Sepúlveda, M. E. (2011) "Del concepto de juventud al de juventudes y al de lo juvenil". Colombia: Universidad de Antioquia, Revista Educación y Pedagogía. Volumen 23, N° 60.

TU RESPETO
MI DERECHO
MI RESPETO
TU DERECHO
NUESTRO
DERECHO

CONSUMO
RESPONSABLE
INFORMACIÓN
CONTENCIÓN
NUESTRO
DERECHO

TU CUIDADO
MI DERECHO
MI CUIDADO
TU DERECHO
NUESTRO
DERECHO

TU ELECCIÓN
TU DERECHO
MI ELECCIÓN
MI DERECHO
NUESTRO
DERECHO