

La fuerza de la organización colectiva y el trabajo en red

Equipo de Salud Laboral de UTE

**Viviana Blum
Ana de Galvagni**

Palabras clave: Salud laboral. Derechos de lxs trabajadorxs. Equipo de Salud. Sindicato.

Quiénes somos y de qué se ocupa el Equipo de Salud Laboral

La Secretaría de Asuntos Gremiales de la Unión de Trabajadores de la Educación cuenta con un Equipo de Salud Laboral que se ha encargado de abordar las dificultades de los compañeres en lo relativo a los requerimientos de licencias y atención médica laboral. El objetivo principal del espacio nace con la necesidad de organizar las demandas, defender los derechos vulnerados y acompañar a los docentes en sus problemáticas.

Somos un equipo que durante su crecimiento y consolidación en el tiempo cuenta entre 10 y 14 docentes en actividad y jubilados que aportaron y aportan sus experiencias y saberes desde los recorridos transitados por cada uno ya que pertenecen a diferentes áreas y modalidades. Una de las principales tareas que desarrollamos consiste en asesorar sobre derechos de los trabajadores a quienes transitan una enfermedad que amerite el uso de alguna licencia.

El Equipo cuenta con una médica quien asesora en la evaluación de los diagnósticos y orienta sobre los requisitos de las certificaciones y estudios que acrediten la patología padecida por el/la docente que realiza la consulta.

Desde este espacio, los reclamos y las injusticias planteadas por nuestros compañeres y compartidas por el Equipo al sindicato, fueron el punto de partida para luchar en la concreción de acciones reparatorias concretas y nuevas normativas en la regulación de las condiciones laborales. Entendemos que los cambios logrados o por lograr solo se pudieron o pueden alcanzar a través de la construcción de un colectivo, hombro a hombro con cada docente.

La premisa en el Equipo es el asesoramiento a todo docente que se acerque, transmitiendo el espíritu de la UTE de defensa de los derechos de todos los trabajadores, es decir que la atención no es exclusivamente para afiliados, sino para todo compañero o compañera que la necesite.

Esta política resultó valiosa, ya que después de ser escuchados en su consulta, muchos deciden afiliarse; debido al compromiso de los actores que lo conformamos y la difusión que se produjo, el espacio llegó a conocimiento de otros sindicatos colegas quienes nos derivan consultas de sus propios afiliados.

Breve reseña histórica

En el año 2012 en el cotidiano del asesoramiento comenzamos a notar que si bien las consultas eran muy variadas, había una característica común: manifestaban la “necesidad de ser escuchados”, lo que motivó que extendiéramos la invitación a participar de este espacio a otros compañeros.

Poco a poco, entre acuerdos y desacuerdos, fuimos construyendo un grupo de trabajo sólido, comprometido y de gran afecto. Como Equipo, empezamos a encontrar momentos de reunión para socializar demandas y dudas de sus integrantes y aportar colectivamente ideas creativas; la investigación sobre distintas temáticas y normativas sirvió para resolver no solo la problemática individual sino el logro de derechos colectivos.

El grupo logró transitar 8 años aprendiendo de manera continua y permanente, siempre en un marco de respeto y gran solidaridad. Construir entre todos respuestas para intentar resolver las numerosas y graves situaciones que atraviesan nuestros compañeros en relación con las condiciones y medioambiente de trabajo, solo puede concretarse en el marco de una propuesta político-sindical que se centre en la defensa de un trabajo docente digno y con buenas condiciones laborales.

Derecho a ser escuchados

Desde el inicio del trabajo de este Equipo se pudo observar un aumento progresivo de las consultas que busca la solución de los problemas existentes y la concientización sobre derechos en salud laboral, de allí que en la actualidad se brinda atención de lunes a viernes de 16 a 20 hs.

Las temáticas de las consultas son muy variadas: oscilan entre las graves desatenciones del servicio de reconocimiento médico, los casos de aptos psicofísicos denegados sin fundamento sustentable, la injustificación de licencias por errores administrativos, los pasos a seguir con relación a los accidentes de trabajo, la necesidad de la construcción de parámetros adecuados para el tratamiento de enfermedades profesionales, entre otras.

A partir del año 2012 se comenzaron a sistematizar las consultas con el fin de realizar un análisis y evaluar los modos de resolución de los problemas. Así decidimos confeccionar un registro de los docentes que se atienden mediante la implementación de una ficha para volcar los datos significativos, lo que permitiría la producción de datos duros para optimizar la tarea. A través de los años esa ficha fue sufriendo diferentes ajustes, con la incorporación de aportes a partir de la experiencia del Equipo.

En cuanto a la metodología de trabajo consideramos más adecuada la atención de a pares, esto nos permite mejorar la escucha y la búsqueda de soluciones adecuadas; tenemos incorporada la confidencialidad de datos y motivos de consulta, de manera de ofrecer un “espacio cuidado”.

El registro permitió crear una base de datos fiel a la realidad de los compañeros en las escuelas y resultó muy valioso a la hora de exigir al gobierno el cuidado de sus

trabajadores y la protección de sus derechos. Contar con información precisa nos permitió fundamentar nuestras demandas. Ante las mismas, el gobierno fue variando la modalidad de responder a las denuncias que se realizaban. Hace 8 años, la Dirección de Medicina Laboral sostenía reuniones periódicas con nosotros, en las cuales exigíamos soluciones referidas a las condiciones laborales y a veces acordábamos acciones y miradas en defensa de los trabajadores docentes.

Nuestros reclamos permanentes a través de los años fueron protocolizados conformando la normativa de la DGAMT. En los últimos años, en coincidencia con el periodo presidencial de Mauricio Macri, la actitud fue más rígida y autoritaria: hubo mayor arbitrariedad en la resolución de los conflictos, incluso se llegó a cerrar los canales de comunicación y a denegar posibilidades de acuerdos.

Derecho a estar informado

El asesoramiento eficiente es prioridad de nuestro sindicato, motivo por el cual el Equipo transitó una formación continua y permanente. Tomamos como eje prioritario la prevención y hacer conocer nuestros derechos sosteniendo dos premisas claras y concretas:

- El trabajo no enferma; son las condiciones de trabajo las que enferman.
- La salud en el trabajo es un derecho.

En tal sentido se generaron múltiples propuestas: impresión de publicaciones sobre información en salud laboral, capacitación, jornadas y charlas en las que se socializan procedimientos y normativas actualizadas.

La Ley 26.529 (véase anexo) es una de las tantas leyes fundamentales en el asesoramiento que se brinda, ya que ofrece la posibilidad de solicitar la historia clínica del docente a Medicina Laboral, legajo donde constan patologías preexistentes y justificaciones de no aptos o aptos laborales.

Algunos logros de la construcción colectiva

La experiencia acumulada en los años de trabajo asentó la convicción sobre la importancia del cambio de paradigma. Acompañados por el trabajo continuo y permanente de les delegades sindicales pudimos abordar la prevención primaria, socializando información clara que ayude a evitar situaciones riesgosas y a valorar el cuidado de todos y todas en el trabajo.

En cuanto a la prevención secundaria, actuamos tratando de resolver la problemática ya instalada; y con relación a la prevención terciaria, acompañamos a les docentes en la reparación del conflicto, para reducir las consecuencias ya instaladas, revisando nuestras prácticas, potenciando un pensamiento de alternativas reflexivas.

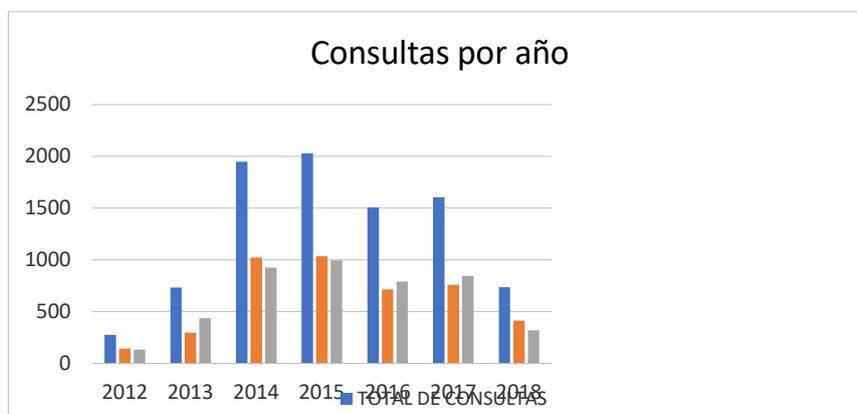
Analizando el aporte de este Equipo al colectivo, destacamos:

- La mayor cantidad de consultas hablan de la confianza de les compañeres en el sindicato en relación con la defensa de nuestros derechos.
- A partir de acciones colectivas sobre Medicina Laboral logramos la concreción de:
 - ampliación de las sedes de atención de Medicina Laboral en los barrios (CEMET),
 - protocolos sobre aptos,
 - protocolos sobre licencias maternales,

- revisión de no aptos por enfermedades con cuadros reversibles,
- devolución de haberes descontados por licencias rechazadas,
- la aplicación de la Ley 3.333 a docentes, en casos donde ésta fue rechazada.

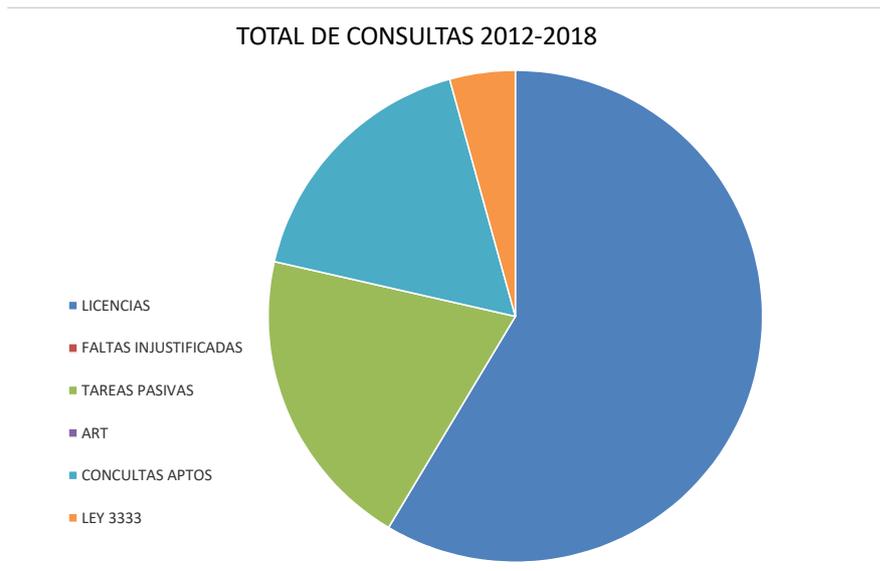
Consultas realizadas y registradas:

AÑO	TOTAL DE CONSULTAS	CONSULTAS SALUD	CONSULTAS INSTITUCIONAL
2012	277	142	135
2013	734	298	436
2014	1948	1024	924
2015	2030	1034	996
2016	1505	715	790
2017	1606	760	846
2018	735	414	321
TOTAL	8835	4387	4448



Porcentaje de consultas en salud

TOTAL DE CONSULTAS 2012-2018	
LICENCIAS	41%
FALTAS INJUSTIFICADAS	17.5%
TAREAS PASIVAS	14%
ART	12.5%
CONSULTAS APTOS	12%
LEY 3333	3%



Las numerosas consultas sobre enfermedades relacionadas con el aparato fonador (disfonía, edemas, esbozos nodulares hiatus, etc.) nos orientaron en cuanto a dedicar atención y tiempo en el análisis de las estrategias sobre la socialización de la importancia del cuidado foniátrico de una de las únicas enfermedades reconocidas como profesionales por la ART (Aseguradora de Riesgos del Trabajo).

Pero ¿por qué no prestamos atención a nuestras disfonías hasta que ya no podemos emitir sonido?

¿Se considera mejor maestro/a a aquel/lla que va a trabajar a pesar de estar atravesando una problemática de salud?

O en realidad ¿se ha naturalizado que es parte del quehacer docente padecer disfonía?

La disfonía en los docentes es una de las dos enfermedades reconocidas como profesionales en la Ley de Riesgos del Trabajo, siendo la otra la Hepatitis A.

Como consecuencia de esta campaña de difusión y la lectura de las estadísticas, aumentaron las consultas sobre este tema en particular, así como las denuncias y la convicción de la defensa del derecho a ser consideradas enfermedades profesionales.

Cambio de paradigma

Como trabajadores de la educación entendemos que la disfonía si bien es encuadrada como enfermedad profesional, nuestra mirada debe ser desde la prevención, ya que no es una herramienta que se puede reponer. Así, posicionamos nuestro reclamo desde las condiciones laborales, exigiendo lugares adecuados, seguros y confortables tanto para docentes como para alumnxs; con políticas públicas que realicen una detección temprana del daño, brinden un adecuado tratamiento y reeducación vocal para que la afección no se torne irreversible.

El trabajo es parte central para nuestra identidad y conforma subjetividades. Nunca es neutro para la salud física y mental de todo/a trabajador/a. Puede, según su

organización y entorno, obstaculizar o promover situaciones saludables. En esta sintonía, como trabajadores de la Educación, es indispensable establecer estrategias hacia la construcción de procesos colectivos y participativos, para hacer visible lo invisible y jerarquizar la promoción de nuestra salud.

Generamos espacios para pensar iniciativas y propuestas que mejoren la vida en nuestras escuelas, agudizando la mirada en la responsabilidad social, privilegiando al docente, las familias, el trabajo institucional y el territorio. Tratamos desde todos los sectores del sindicato de destacar sinergias para facilitar, impulsar y acompañar al colectivo docente, con el fin de buscar estrategias que se basen en la prevención y la promoción de espacios saludables.

A modo de conclusión

La construcción de la mirada de la escuela pública se encuentra ligada a los procesos culturales y sociopolíticos históricos que la atraviesan, así como la construcción identitaria y subjetiva de los docentes que trabajan en ella. Ese proceso complejo sufrió cambios transformadores hasta podernos visibilizar como trabajadores.

En ocasiones, miradas opuestas se formalizan en los significados escolares... “la escuela pública... libera, iguala, socializa los saberes ... educa al soberano, redime al oprimido... construye los sueños y las utopías... edifica lo público... construye la igualdad...”; y otra mirada, “la escuela es una oportunidad... una ventaja comparativa... nos diferencia y nos califica... para la lucha competitiva” (Gentili, 2011). Por eso, no nos iguala, nos diferencia.

Entre estos supuestos la sociedad atribuye a la docente o el docente conductas esperables de su rol como tal. El docente es parte de esa sociedad configurando su hacer y su sentir; entre estas miradas opuestas, trata de reconocer su trabajo y realizarse como persona, proceso muy complejo cuando la realidad se presenta tan perversa.

No es de extrañar que algunas de las problemáticas más consultadas por este Equipo y en coincidencia con la Encuesta Nacional de CTERA, sean por sufrimiento psicológico y enfermedades psiquiátricas.

Como Equipo en construcción permanente desde sus saberes, también se generaron algunas respuestas a numerosos interrogantes, lo que nos permite crecer y fortalecernos como un espacio sindical de referencia.

Algunas preguntas que ayudan en el recorrido a abrir la mirada para pensar juntos:

¿La pasión y el compromiso desvían la defensa de algunos derechos?

¿Somos conscientes y nos atrevemos a reflexionar sobre nuestros malestares y nuestras prácticas?

¿Cómo se hace para generar en la actividad diaria el momento para reflexionar: para qué mi tarea?

¿Le otorgamos el valor adecuado a la construcción de redes que sostienen a la comunidad educativa?

Acompañar procesos y luchar por la defensa de los derechos de los/las trabajadores y de los niños y las niñas que asisten a nuestras escuelas es en sí mismo un gran

desafío que entrelaza lo ya instituido con lo instituyente, y tensa lo deseable con lo posible. Tenemos muy en claro que la lucha colectiva y la mirada en los otros es el camino.

Referencias bibliográficas

Revista *RSalud*, MAAB S.A., octubre 2012, Nº 3.

Formación sindical para delegados 2010-2011-UTE, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

Gentili, Pablo (2011). *Pedagogía de la igualdad. Ensayos contra la educación excluyente*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores-CLACSO.

Relevamiento de las fichas del Equipo de Salud.

Revista Encuesta Nacional de Salud y Condiciones de Trabajo de las/os Trabajadoras/es de la Educación de la Argentina, CTERA, Miércoles, 18 septiembre 2019.

Trabajo sano y seguro, CTERA SRT, noviembre 2014.

Anexo

SALUD PUBLICA

Ley 26.529

Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

Sancionada: Octubre 21 de 2009

Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009

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

DERECHOS DEL PACIENTE, HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTICULO 1º — Ambito de aplicación. El ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica, se rige por la presente ley.

Capítulo I

DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACION CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD

ARTICULO 2º — Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

- a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;
- b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;
- c) Intimidad. Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley Nº 25.326;
- d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;
- e) Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley Nº 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud;
- f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.
- g) Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Capítulo II

DE LA INFORMACION SANITARIA

ARTICULO 3º — Definición. A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.

ARTICULO 4º — Autorización. La información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

Capítulo III

DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTICULO 5º — Definición. Entiéndese por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos 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 los alternativos especificados.

ARTICULO 6º — Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijan por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

ARTICULO 7º — Instrumentación. El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito:

- a) Internación;
- b) Intervención quirúrgica;
- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos;
- d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley;
- e) Revocación.

ARTICULO 8º — Exposición con fines académicos. Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición.

ARTICULO 9º — Excepciones al consentimiento informado. El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos:

- a) Cuando mediare grave peligro para la salud pública;
- b) Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

Las excepciones establecidas en el presente artículo se acreditarán de conformidad a lo que establezca la reglamentación, las que deberán ser interpretadas con carácter restrictivo.

ARTICULO 10. — Revocabilidad. La decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimientos de los riesgos previsibles que la misma implica.

En los casos en que el paciente o su representante legal revoquen el rechazo dado a tratamientos indicados, el profesional actuante sólo acatará tal decisión si se mantienen las condiciones de salud del paciente que en su

oportunidad aconsejaron dicho tratamiento. La decisión debidamente fundada del profesional actuante se asentará en la historia clínica.

ARTICULO 11. — Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

Capítulo IV DE LA HISTORIA CLINICA

ARTICULO 12. — Definición y alcance. A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

ARTICULO 13. — Historia clínica informatizada. El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad.

La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

ARTICULO 14. — Titularidad. El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

ARTICULO 15. — Asientos. Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se deberá asentar:

- a) La fecha de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;
- f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e) y f) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

ARTICULO 16. — Integridad. Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

ARTICULO 17. — Unicidad. La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una "clave uniforme", la que deberá ser comunicada al mismo.

ARTICULO 18. — Inviolabilidad. Depositarios. La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los

depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual se establecen en el Libro II, Sección III, del Título XV del Código Civil, "Del depósito", y normas concordantes.

La obligación impuesta en el párrafo precedente debe regir durante el plazo mínimo de DIEZ (10) años de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual. Dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica y vencido el mismo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

ARTICULO 19. — Legitimación. Establécese que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica:

- a) El paciente y su representante legal;
- b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación y los herederos forzosos, en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla;
- c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.

A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter de copia de resguardo, revistiendo dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo podrán entregarse, cuando corresponda, copias certificadas por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico, dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester.

ARTICULO 20. — Negativa. Acción. Todo sujeto legitimado en los términos del artículo 19 de la presente ley, frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de "habeas data" a fin de asegurar el acceso y obtención de aquélla. A dicha acción se le imprimirá el modo de proceso que en cada jurisdicción resulte más apto y rápido. En jurisdicción nacional, esta acción quedará exenta de gastos de justicia.

ARTICULO 21. — Sanciones. Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo pasibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 —Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas— y, en las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones de similar tenor que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas.

Capítulo V

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 22. — Autoridad de aplicación nacional y local. Es autoridad de aplicación de la presente ley en la jurisdicción nacional, el Ministerio de Salud de la Nación, y en cada una de las jurisdicciones provinciales y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la máxima autoridad sanitaria local.

Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a adherir a la presente ley en lo que es materia del régimen de sanciones y del beneficio de gratuidad en materia de acceso a la justicia.

ARTICULO 23. — Vigencia. La presente ley es de orden público, y entrará en vigencia a partir de los NOVENTA (90) días de la fecha de su publicación.

ARTICULO 24. — Reglamentación. El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los NOVENTA (90) días contados a partir de su publicación.

ARTICULO 25. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTIUN DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL NUEVE.