



**EL CONSENTIMIENTO
INFORMADO Y LA AUTONOMÍA DE
LA VOLUNTAD.
CUESTIONES AMPARADAS POR
LA LEY N° 26.529**

NOMBRE Y APELLIDO: Piñeiro, Jorge José

LEGAJO: ABG05849

CARRERA: Abogacía

RESUMEN

El consentimiento informado, es un proceso mediante el cual el paciente no sólo presta su consentimiento a los fines de someterse a determinado tratamiento médico, una vez informado sobre las causas y consecuencias del tratamiento en cuestión, sino que va más allá y hace referencia al derecho de autodeterminación de la persona con respecto a su vida y su cuerpo, afirmando que al momento de la aceptación, el paciente se encuentre libre de intromisiones ilegítimas que coarten su libertad de decisión.

En este sentido, en el ordenamiento jurídico argentino, se sancionó en el año 2009 la Ley N° 26.529 de “Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud” que regula en su articulado la temática del consentimiento informado. En este sentido, el presente trabajo tiene como eje el análisis de aquellas formas en las que el paciente presta su consentimiento al momento de someterse a cierta práctica médica y si tal consentimiento tiene como principal fundamento la autonomía de la voluntad que debe regir todas las decisiones de la vida de una persona, teniendo como pilares, al transparencia, información exacta, precisa, veraz y el pleno conocimiento del tratamiento al que se está sometiendo el paciente.

PALABRAS CLAVE: CONSENTIMIENTO INFORMADO – BIOÉTICA –
PACIENTE – LEY N° 26.529 – AUTONOMIA DE LA VOLUNTAD

ABSTRACT

Informed consent is a process in which the patient not only gives his consent for the purpose of undergoing certain medical treatment, once informed about the causes and consequences of the treatment in question, but goes further and makes reference to the right of self-determination of the person with respect to his life and body, stating that at the time of acceptance, the patient is free of illegitimate interference that restrict their freedom of decision.

In this sense, in the Argentine legal system, the Law No. 26,529 of "Rights of the patient in relation to health professionals and institutions" was passed in 2009, which regulates the subject of informed consent in its articles.

In this sense, the present work has as axis, the analysis of those ways in which the patient gives consent at the moment of submitting to a certain medical practice and if such consent has as its main foundation the autonomy of the will that should govern all the decisions of the life of a person, having as pillars, transparency, accurate, truthful information and full knowledge of the treatment to which the patient is being subjected.

KEY WORDS: INFORMED CONSENT - BIOETHICS - PATIENT - LAW N° 26,529, - AUTONOMY OF THE WILL

INDICE

INTRODUCCION.....	5
CAPÍTULO I: ANTECEDENTES Y ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA.....	11
Introducción	
1.1. Antecedentes históricos.....	12
1.2. El sistema de salud en Argentina.....	15
1.3. Legislación vinculada a la salud en la Provincia de Córdoba.....	18
1.4. Regulación del ejercicio de la medicina.....	19
Conclusiones parciales	
CAPITULO II: CONCEPTOS CLAVE. ANÁLISIS.....	22
Introducción	
2.1. Consentimiento informado.....	23
2.1.1. Modos de administración del consentimiento informado.....	24
2.1.2. Tipos de formularios.....	26
2.2. Autonomía de la voluntad.....	28
2.3. El derecho – deber de información.....	30
2.4. El paciente como sujetos de derecho frente a las prácticas médicas.....	31
2.5. Momento para la implementación del consentimiento informado.....	39
Conclusiones parciales	
CAPITULO III: AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO. DESGLOSE DE LA LEY N° 26.529.....	42
Introducción	
3.1. Perspectiva Bioética.....	43
3.2. Excepciones a la obtención del Consentimiento Informado.....	46
3.3. Directivas anticipadas.....	49
3.4. Daños que derivan de la omisión de información o falta de comprensión de la misma....	51
3.5. Funciones de la responsabilidad civil.....	52
3.6. El daño y la antijuridicidad.....	53
3.7. Análisis casuística.....	56
3.7.1. Casos vinculados al consentimiento informado.....	56

3.7.2. Negativa en un menor de recibir vacunación.....	57
3.7.3. Omisión de información.....	58
3.7.4. Omisión de información sobre los daños.....	60
Conclusiones parciales	
CONCLUSIONES FINALES.....	63
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	67

INTRODUCCION

En las últimas décadas, la medicina y su actividad profesional han tenido mucha incidencia en el plano jurídico como en otros ámbitos, debido a los avances tecnológicos en el desarrollo de fármacos y tratamientos, que generan una mayor demanda de los profesionales del área de la salud y como consecuencia en los pacientes como sujetos de derechos. Además, la medicina es una profesión, en la cual muchas veces, un actuar diligente y/o hacendoso marca la delgada línea entre la vida y la muerte.

En este sentido, la relación médico-paciente siempre estuvo signada por la desigualdad de conocimientos e información que distinguen a unos de otros. Por tal motivo, es que se hace absolutamente necesario que ante cualquier tipo de tratamiento médico, sea el galeno quien brinde la mayor cantidad de información, precisa y clara con la finalidad de que el paciente pueda tomar una decisión razonada y consciente.

En el presente trabajo de investigación, el problema de investigación se presenta de la siguiente manera: ¿el consentimiento frente a prácticas médicas es realmente informado, respetando la autonomía de la voluntad del paciente?. En este sentido, se buscará analizar de manera crítica la Ley Nacional de derechos del paciente N° 26.529 y su protección jurídica ante la cosificación del paciente por parte de los profesionales y equipos de salud.

Se parte de la hipótesis que en la práctica los pacientes no son muchas veces debidamente informados de manera verbal y/o escrita por los profesionales y equipos de salud y por tal motivo su voluntad se ve viciada, al no contar con las herramientas necesarias para tomar una decisión consciente. Asimismo tampoco se cumple con la presentación de los tipos de formularios correspondientes; de acuerdo al caso, diagnóstico, tratamiento y características del paciente, siendo innegable que en la

realidad, y desde un análisis netamente empírico, el consentimiento muchas veces se transforma en un mero formulario escrito elaborado para prevenir demandas pero que de ningún modo satisface la necesidad de comunicación.

Si bien los fundamentos de la Ley 26.529 definen el derecho con respecto al consentimiento y su práctica, en realidad en muchos casos queda en duda o poco claro qué sucede con estos principios fundamentales y la autonomía de la voluntad del paciente o sus representantes legales.

El ordenamiento jurídico Argentino contempla en su Carta Magna el derecho a la salud; incluyendo los tratados con jerarquía constitucional. En base a este derecho, que se crean un cumulo de normas protectorias entre las cuales se desprende, la Ley nacional de Derechos del Paciente 26.529 dando protección integral como sujeto de derecho, el Código Civil y Comercial que incluye la responsabilidad médica, dentro de la teoría de la responsabilidad civil y también la Ley 17.136 que regula el ejercicio de la medicina.

La jurisprudencia en la Argentina, no siempre ha considerado los derechos de los pacientes de ser informados de manera explícita de los tratamientos y/o intervenciones médicas; esto surgió en los años cincuenta con el derecho a la autodeterminación, las investigaciones científicas con seres humanos, en el 2009 la Ley 26.529 que expone los derechos de autonomía del paciente frente a los servicios de salud. El derecho a la salud e incluso a la vida de las personas, resulta bastante uniforme en su jurisprudencia pero no todas las personas respecto al rechazo de ciertos tratamientos o medicamentos; en los que la Ley deja resolver caso por caso; además de la complejidad de abordar los límites (Aldao, Clérico y Ronconi, 2013)

Tanto el derecho a la Salud como el de la Medicina, tienen al paciente como especial sujeto de derechos, y su concepción trata de un ser humano en relación a su

salud, que como tal es jurídico y sanitario. El estatus jurídico del paciente es un sistema de normas respecto a una determinada condición que deben ser siempre entendidas y enmarcadas en el Estado de Derecho y respeto de los derechos humanos básicos. En todos los casos deben ser aplicados con la finalidad protectora de determinados valores jurídicos y, además enmarcados en principios y garantías generales de derechos. El riesgo es la cosificación, el tener al paciente como a un mero objeto de un acto médico, mientras que los derechos de los pacientes y el marco general de la salud exigen tomar a cada paciente como individuo cuya salud se trate como un fin, de manera humanista.

El ejercicio de los derechos del paciente implican la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica que se rigen por la Ley Nacional N° 26.529 denominada de los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. En pos de proteger la autonomía de la voluntad de los pacientes, es que existe el consentimiento informado. Además la Constitución Nacional en el artículo 19 aclara que ningún habitante de la nación será obligado a hacer lo que no mande la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe.

Cualquier referente de la salud y las personas que intervengan, son responsables del tratamiento de los datos personales y están obligados al secreto profesional respecto a los mismos: como así también el legal respeto del consentimiento informado. En este sentido, la Ley N° 26.529 en su artículo 5, entiende por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en el caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente información clara, precisa y adecuada con respecto a: estado de salud, procedimiento propuesto y objetivos, beneficios esperados, riesgos,

molestias y efectos adversos previsibles, alternativas procedimentales y consecuencias previsibles de la no realización de los procedimientos propuestos o de las alternativas.

Para una adecuada comprensión de la temática planteada, el presente trabajo se organiza en tres capítulos.

En el primer capítulo además de un breve recorrido histórico relacionado con el consentimiento informado y la evolución de su importancia, se realiza una exposición de cómo funciona el sistema de salud en la Argentina, haciendo hincapié en la legislación vinculada a la salud en la Provincia de Córdoba. Así como también, un breve análisis de la regulación existente en materia médica. Este capítulo introduce al lector en la historia de la empresa médica en Argentina para poder comprender la relación de médico y paciente que ha signado las creencias sobre el consentimiento informado, a lo largo de los años.

En el segundo capítulo se analizan en profundidad ciertos conceptos que resultan clave al momento de comprender la temática elegida, como ser el de consentimiento informado, los distintos tipos de formularios que existen, la bioética, la concepción del paciente como verdadero sujeto de derechos.

En cuanto al tercer capítulo, estará compuesto por el desglose de la Ley N° 26.529, más precisamente las cuestiones relativas a los daños derivados de la falta de información o la no comprensión de los alcances de los tratamientos médicos, la responsabilidad civil de los médicos, las excepciones al consentimiento informado, entre otras cuestiones que serán analizadas y puestas en estudio a los fines de poder comprender si realmente el paciente a la hora de prestar su consentimiento lo está haciendo con pleno conocimiento del actuar que está llevando a cabo y si el médico comprende con exactitud la necesidad e importancia de brindar la mayor cantidad de

información posible a una persona que, por carecer de estudios en medicina, le es absolutamente ajeno el tema en cuestión.

Finalmente, se expresarán las conclusiones arribadas del análisis del consentimiento informado y su valor como instrumento jurídico desde la perspectiva médica y del/los paciente/s.

En relación con el problema de investigación planteado, el mismo se desglosa en los siguientes objetivos. Como objetivo general, se busca analizar si realmente la información que se le brinda al paciente sobre un tratamiento médico resulta suficiente, clara, transparente, a los fines de que se pueda actuar con verdadera voluntad y tenga plena capacidad de decisión sobre su cuerpo.

Por su parte, los objetivos específicos son: exponer las características con las que cuenta el sistema de salud en Argentina, explicar ciertos conceptos que resultan necesario para poder comprender la temática elegida, exponer las formas en las que el consentimiento informado fue evolucionando en Argentina, tanto a nivel nacional como provincial, analizar los derechos que se encuentran protegidos o desprotegidos en la actual Ley N° 26.529.

Desde la perspectiva metodológica, y luego de la revisión de la bibliografía que en el presente trabajo es de gran relevancia, se prosigue a elegir el tipo de estudio que será base en el trabajo. Siguiendo la clasificación de Dankhe (Hernández Sampieri, Fernandez Collado y Baptista Lucio, 2006) se establece un tipo de investigación descriptivo. El mismo se utiliza para fundamentar las investigaciones, las cuales proporcionan información del tema a desarrollar. Como su nombre mismo lo indica “describe” determinado fenómeno o situación. Se eligió este método porque el fin del presente trabajo es analizar el respeto de los derechos de los pueblos

originarios, por sobre todo el derecho de propiedad; así como también detallar en qué se basa su reclamo, qué leyes deben cumplirse y cuál es la base de su reclamo.

Se realizó entonces un análisis descriptivo-analítico, que se encuadra en los diseños de tipo cualitativo (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2006). Desde esta modalidad de investigación, se manifiesta el uso de las fuentes “primarias”, las cuales hacen referencia al material informativo que se sustrae directamente de fallos, sentencias, legislación, y demás; como así también, la utilización de la Ley N° 26.529 y el estudio pormenorizado del instrumento legal sobre el consentimiento informado. Además se toman como referencia contextual las Leyes N° 17.136, 24.240, 26.061, Código Civil, Comercial de la Nación y Derechos a la Vida y a la Salud. Estas temáticas, serán sometidas a análisis; evaluando los diversos aspectos, dimensiones o condiciones. Se aborda a partir de un ordenamiento jurídico de referencia y se analizan los supuestos de su funcionamiento junto a las dificultades que presenta su regulación.

Se considera que con el correr del tiempo y la evolución de la medicina en lo que parece una carrera por lograr mayores avances científicos, se perdió la importancia que el paciente tenía como sujeto especial de derechos. Es por eso necesario estudiar en profundidad la temática desde la incorporación de los tratados internacionales con jerarquía constitucional a la Carta Magna de la República Argentina, hasta la fecha, con lo dispuesto en leyes relativamente nuevas como la Ley N° 26.529 sancionada en el año 2009.

**CAPÍTULO I: ANTECEDENTES Y
ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD
EN ARGENTINA**

Introducción

En el presente capítulo, se describirán las características del sistema de salud en Argentina y la ley de regulación del ejercicio de la medicina. En este sentido, se considera a los sistemas de salud como los recursos que una sociedad dedica a la protección y mejoramiento de salud de las personas y abarca todas las actividades cuya finalidad sea proveer, restablecer y/o atender la salud; articulados en tres componentes: la gestión, el financiamiento y la atención.

El sistema de salud en Argentina es complejo y tiene una división según las jurisdicciones y gobiernos (Nacional, Provincial y Municipal). Si bien entre la nación y las provincias tienen como fundamento la Constitución Nacional las superposiciones y desarticulaciones de las leyes, resoluciones y programas no necesariamente están coordinados entre sí (Echegoyemberry y Castiglia, 2017).

1.1. Antecedentes históricos

Luego de la Segunda Guerra Mundial, donde bien es sabido que se llevaron a cabo una serie de “experimentos”, en manos de médicos nazis, que se saltaron todo tipo de pautas médicas y éticas, sin tener en cuenta que las personas que usaban para esos tratamientos eran seres humanos y llegando a considerarlos verdaderos objetos de estudio y análisis, el mundo de la medicina comenzó a mostrar su preocupación y a debatir la cuestión de los derechos de las personas a ser tratados médicamente de manera consciente e informada.

En tiempos pasados, reinaba una concepción paternalista en donde el médico era aquella persona dotada de sabiduría, siendo fuente de verdad y bondad; mientras que el paciente enfermo era una persona que no tenía otra facultad que la de aceptar de manera pasiva e incuestionable los preceptos y órdenes del médico.

Es en este contexto en donde los médicos nazis realizaron sobre seres humanos aberraciones con supuesto carácter científico. Por ello, una vez finalizada la guerra, se firmó un tratado entre los gobiernos vencedores de la misma donde se dejó plasmada la idea de que los seres humanos deberes y obligaciones de carácter internacional que se encuentran por encima de su deber de obediencia al Estado, con el objetivo de justificar sus comportamientos. Por tanto, nadie puede apoyarse en la obediencia debida a su Estado, cuando este haya sobrepasado todos los límites de su competencia.

En este sentido, la concepción de sujeto pasivo, a las órdenes de un médico, fue mutando con el objetivo de considerar al paciente como una persona con plenos derechos que debían ser respetados y con autonomía para dirigir y decidir sobre su cuerpo, su vida y su salud.

Precisamente es en una ciudad alemana, en el año 1947 donde se redacta el Código de Nuremberg, a cargo de la Asociación Médica Mundial. En el mismo, se consagra el principio del consentimiento informado, como aquel que debía regir toda investigación humana, reconociéndose por primera vez el derecho a la autodeterminación.

Posteriormente, la Asamblea General de las Naciones Unidas, en el año 1948, presenta la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la cual considera que la libertad, la justicia y la paz tienen como fundamento el reconocimiento de la dignidad y la igualdad de los derechos de todos los seres humanos, estableciendo en su artículo primero que: “Todos los seres racionales nacen libres e iguales en dignidad y derechos, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente unos con otros”.

Dieciséis años más tarde, con el dictado de la Declaración de Helsinki se sentaron los principios éticos a los fines de realizar investigaciones con seres

humanos, afirmando que el deber del médico debe centrarse en velar por la salud de las personas.

En este sentido, cada individuo debe recibir informaciones adecuadas acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona.

Continuando con la línea temporal que hace a los diversos instrumentos que coadyuvaron al fortalecimiento de la noción de consentimiento informado, se encuentra la Declaración de Lisboa sobre los Derechos de los Pacientes (Asociación Médica Mundial, 1981).

Si bien dicha declaración no contenía la fuerza bioética que adquiriría con el paso del tiempo, en la misma se podía leer: “c) Después de haber sido adecuadamente informado sobre el tratamiento, el paciente tiene derecho a aceptarlo o rechazarlo”, como que “e) El paciente tiene derecho a morir con dignidad.”

Con las modificaciones introducidas en el año 2005, en la Declaración se observa: “Derecho a la autodeterminación. El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación a su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión. El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia. El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones. El paciente debe entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento”.

La jurisprudencia norteamericana ha definido dos modelos clínicos de aplicación del consentimiento informado, modelo del acto único y modelo del proceso. En el primer caso se refiere a la entrega una hoja de información que el paciente debe firmar antes de realizarse un procedimiento diagnóstico o terapéutico, sin que haya mediado una entrevista con su médico. En el segundo modelo, el formulario no es más que un resumen de una conversación entre médico-paciente y el resultado natural de la decisión adoptada por el propio paciente en interacción el profesional de la salud.

Es entonces un complemento de la entrevista médica que viene a ser el resguardo de los derechos de los pacientes y prueba fehaciente de lo realizado como parte de la entrevista médica. De este modo se considera que el formulario no puede reemplazar la información verbal o escrita provista por el profesional de la salud, lo que pone en cuestionamiento al menos su obligatoriedad.

Las situaciones reguladas legalmente, son los casos de trasplantes o investigación con sujetos humanos, pero quedan otros casos en los que no se conoce si el paciente ha sido informado completa y verazmente, que haya comprendido esa información y, a partir de ello, haya podido llevar adelante un proceso de toma de decisión (Highton y Wierzba, 1991).

Por último, con la aparición de las legislaciones en materia de Derechos del Paciente, puede decirse que se ha culminado con el descubrimiento de la necesidad de brindar un consentimiento informado y el derecho humano individual a la autodeterminación

1.2. El sistema de salud en Argentina

En la Constitución Nacional se plantea como condición necesaria e ineludible, aunque no suficiente, garantizar la salud y la accesibilidad a la misma. Para esto, se necesitan políticas públicas capaces de suprimir las barreras y garantizar una mayor y

mejor democracia junto al desempeño de los sistemas de salud (Echegoyemberry y Castiglia, 2017).

Cada una de las veintitrés provincias retiene su autonomía y responsabilidad constitucional para ejercer las funciones de rectoría, financiamiento y prestación de los servicios de salud. A su vez, la seguridad social se ha desarrollado históricamente en forma desintegrada, con un centenar de entidades (Del Cerro, 2008).

El Ministerio de Salud de la Nación es la autoridad sanitaria nacional y el organismo encargado de generar las políticas respectivas para el sector. El subsector público encuentra como referente al hospital público, al que asisten quienes carecen de cobertura, además de haberse convertido en prestador de las obras sociales, con el propósito de gestionar recursos y obtener el pago de los servicios que brindan a sus beneficiarios que, en número creciente, se atienden en esos establecimientos. Es así que la llamada autogestión hospitalaria permitió continuar el cobro de los servicios que el hospital brinda a los beneficiarios de las obras sociales; como así perseguir el pago de parte de aquellos usuarios que pueden afrontarlo, brindando atención gratuita sólo a las personas sin recursos, previa evaluación que realizan los servicios sociales de esos establecimientos (Del Cerro, 2008).

En Argentina coexisten sub-sectores de manera desarticulada y fragmentada: el público, la seguridad social y el privado; como ocurren en la mayoría de los países de América Latina. (Echegoyemberry y Castiglia, 2017). El Subsector de la Seguridad Social, integrado por las obras sociales las que, desde que se reguló el sistema con el dictado de la Ley 18.610/1970 y demás normas concordantes, son las que proveen cobertura médico-asistencial a los trabajadores bajo relación de dependencia.

El Subsector Privado produjo la aparición de las denominadas empresas prestatarias de servicios de medicina prepaga, que conforman el subsistema privado.

Es de mencionar que con el dictado del marco regulatorio respectivo, constituido por la Ley N° 26.682, y los decretos 1991/11 1993/11, pudieron superarse algunos de los problemas frecuentes que motivan quejas por parte de los afiliados.

En cuanto a la participación ciudadana, es la reforma constitucional, ocurrida en 1994, la que brinda mecanismos para permitir que toda persona pueda intentar la defensa de sus derechos frente a todo acto u omisión de autoridades públicas o de particulares. La misma norma, ello es, el artículo 43 de la CN, reconoce legitimación procesal al Defensor del Pueblo de la Nación, como así a las organizaciones intermedias u organizaciones no gubernamentales - ONGs (Del Cerro, 2008).

El país presenta una fragmentación en tres niveles: i) de cobertura, dado que no toda la población tiene acceso a prestaciones y beneficios de salud similares; ii) regulatoria, puesto que las capacidades de rectoría y regulación están repartidas en 24 jurisdicciones y los diversos subsectores; y iii) territorial, debido a las marcadas diferencias de desarrollo económico entre las diversas regiones de la nación.

La autoridad sanitaria nacional —por los recursos que gestiona y debido a la estructura federal del país—, tiene limitada capacidad para influir en los poderes provinciales a la hora de imponer innovaciones legislativas nacionales que deriven en modificaciones estructurales. La única vía para generar tales modificaciones es a través de consensos muy amplios. Esto se ha intentado a través de planes federales de salud y fortaleciendo el papel del Consejo Federal de Salud (COFESA).

En este sentido, entre los 12 objetivos nacionales en el área de la salud se destacan la cobertura universal de salud, el desarrollo de una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias y la creación de un sistema de acreditación de la calidad (OMS, 2017).

1.3. Legislación vinculada a la salud en la provincia de Córdoba

Las cuestiones relacionadas con la salud estuvieron ausentes en los textos constitucionales vigentes en la Provincia de Córdoba durante el siglo XIX, ya que la salud era considerada como una razón que justificaba la restricción de derechos, bajo el poder de la policía que competía esencialmente en las provincias.

Recién en la Constitución de 1923 aparece una breve referencia a la salud pública, y en la sanción de 1987, de vigencia actual, se consagra a la salud como derecho personal, social y deber personal.

Esta última, ha sido modificada en 2001 para adoptar una Legislatura unicameral (Alvarez y Guiñazú como se citó en Clérico, Ronconi y Aldao, 2013).

El texto constitucional cordobés reconoce en el artículo 19, el derecho a la vida de todas las personas desde la concepción, así como también a la integridad psicofísica y moral y la seguridad personal.

Por su parte, en el art. 38 inc. 9 impone a cada persona al deber de cuidar su salud como bien social y a las personas con discapacidad les reconoce el derecho a obtener la protección integral del Estado que comprende la promoción, asistencia, rehabilitación, educación, e inserción de la vida social (Alvarez y Guiñazú, como se citó en Clérico, Ronconi y Aldao, 2013).

En los tribunales provinciales, entre los años 2003/2012, se advierte que la litigiosidad se presenta en un segmento de obras sociales, medicina prepaga, cajas profesionales y mutuales, a las que se les reclama que cubran prestaciones no contempladas. Les sigue una serie de acciones colectivas planteadas por asociaciones, medidas legislativas, administrativas y prácticas llevadas por el Estado provincial con el objetivo de proteger la salud reproductiva.

Así es como la escasa litigiosidad en el sector público no parece referir a una eficaz prestación de salud, sino a las dificultades de grupos más desventajados de hacer escuchar sus derechos (Alvarez y Guiñazú, como se citó en Clérico, Ronconi y Aldao, 2013).

La Resolución 1752/2002 del Ministerio de Salud de Córdoba, establece un manual de procedimiento para la implementación del consentimiento informado en los hospitales (2002). En este sentido se declara obligatorio el uso de ciertos Formularios denominados "Pacientes Adultos", menores de edad, pacientes incompetentes y denegación de permiso.

Refiere que el uso es obligatorio en todo acto médico de riesgo a practicarse en los hospitales públicos, siendo los responsables directos de su ejecución y cumplimiento, los Directores de cada hospital, juntamente con los profesionales intervinientes en el acto médico.

1.4. Regulación del ejercicio de la medicina

En el desarrollo de la actividad médico-asistencial, los profesionales tienden a converger en la responsabilidad profesional y la praxis médica. La conducta médica también es punible cuando se determina la inobservancia de las obligaciones y de las prohibiciones enunciadas de manera taxativa en la Ley N° 17.132 que regula el ejercicio de la profesión, y que son determinantes a la hora de evaluar la acción médica (Gilardi y Lapichino, 2003).

La Ley N° 17.132 referida a normas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración dispone en su artículo 19 inciso 3 que:

Están obligados a respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativa de suicidio o de delitos. En las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo salvo cuando la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán conformidad del representante de incapaz".

Otras legislaciones introducen el concepto de Consentimiento Informado como la Ley N° 24.193 de Trasplantes de Órganos, la Ley N° 11.044 de Provincia de Buenos Aires, para la Investigación en Sujetos Humanos, la y Disposición ANMAT 5330/97 de Buenas Prácticas de Farmacología en Investigación Clínica.

Entre las responsabilidades médicas, se destacan para este trabajo el anunciar o prometer la curación fijando plazos; anunciar o prometer la conservación de la salud; prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos secretos o misteriosos; anunciar procedimientos, técnicas o terapéuticas ajenas a la enseñanza que se imparte en las facultades de Ciencias Médicas reconocidas del país; anunciar agentes terapéuticos de efecto infalible; y anunciar o aplicar agentes terapéuticos inocuos atribuyéndoles acción efectiva (Gilardi y Lapichino, 2003).

Desde hace algunos años han comenzado a promoverse en los servicios de salud de la República Argentina, la implementación de formularios de consentimiento informado que los pacientes deben firmar antes de realizarse un procedimiento de carácter invasivo, dando su autorización por escrito para llevarlo adelante, intentando reflejar legalmente la cumplimentación de este derecho.

Pero debe dejarse en claro que el ejercicio de este derecho de las personas, no es lo mismo que su implementación práctica a través de un formulario (Highton y Wierzba, 1991).

En el consentimiento informado el médico debe ser lo más explícito posible, hablando con lenguaje claro y comprensible y además debe intentar optimizar la competencia del paciente para comprender y tomar sus decisiones. En todos los casos la información será aportada en forma verbal y podrá estar apoyada por una hoja escrita de información. La aplicación de estas hojas en forma sistemática deberá previamente haber contado con una evaluación de legibilidad, sin la cual la calidad de dicha hoja al menos puede ponerse en cuestionamiento. Esto significa que haya sido probada con personas ajenas a los servicios de salud (Lorda, y Concheiro Carro, 1993).

Conclusiones parciales

Como conclusión de este capítulo, se considera la necesidad de políticas públicas capaces de suprimir las barreras y garantizar una mayor y mejor democracia junto al desempeño de los sistemas de salud.

Se advierte que a pesar de la marcada evolución que sufrió en los últimos años el sistema de salud y la visión del paciente no ya como un ser pasivo sino como un verdadero sujeto de derechos, hace plausible la normativización de ciertas cuestiones que se reflejan en la práctica y que tienen como principal objetivo la protección y respeto de los derechos del paciente, sobre todo a la vida, dignidad, autodeterminación.

CAPÍTULO II: CONCEPTOS CLAVE.

ANÁLISIS

Introducción

A continuación se presentarán aquellas definiciones que resultan relevantes a la hora de comprender luego el desarrollo del tercer capítulo y el análisis de la ley en cuestión.

Además se abordarán, las características de la hoja de información al paciente, tanto en procedimientos diagnósticos o terapéuticos que sean invasivos y que signifiquen un riesgo mayor al mínimo, los dos modelos de consentimiento y los momentos de implementación.

2.1. Consentimiento informado

Según el diccionario manual jurídico de Garrone (2006, p. 211), se entiende por consentimiento: “a la adhesión de uno a la voluntad de otro. Concurso mutuo de la voluntad de las partes sobre un hecho que aprueban con pleno conocimiento. El consentimiento puede ser expreso o tácito, es expreso manifiesto por palabras o signos; y tácito el que se infiere de los hechos”.

Por su parte, y en virtud de la Ley N° 26.529, el consentimiento informado se define en el artículo 5 como:

“...la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y 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...” (Carranza Torres, L. R., 2013 p.248).

Además en los artículos 6 y 8 se trata la obligatoriedad del consentimiento informado, y en el artículo 7 las formas; ya sea la verbal o por escrito si se trata de: “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 (Carranza Torres, 2013).

Desde una perspectiva ética, clínica y jurídica, el consentimiento informado tiene por objetivos: reconocer y respetar el derecho de autonomía de los pacientes promover la participación del paciente en su proceso de atención en salud y sus responsabilidades, y optimizar la relación equipo médico-paciente con la adecuada comunicación de la información (Vera Carrasco, 2016).

En cuanto a las funciones del consentimiento informado, se busca promover la autonomía de los individuos, fomentar la racionalidad en la toma de decisiones médicas, proteger a los enfermos y a los sujetos de experimentación, evitar el fraude y la coacción, alentar al auto evaluación y auto examen de los profesionales de la salud, disminuir recelos y aliviar temores, introducir en la medicina una mentalidad más probabilística y con mayor capacidad de hacer frente a la incertidumbre. De este modo se defiende legalmente al paciente, al profesional y a la institución (Vera Carrasco, 2016).

2.1.1. Modos de administración del consentimiento informado

Cuando los procedimientos son electivos, se debería entregar el consentimiento con anterioridad al día de la intervención. El paciente tiene la potestad

de establecer una segunda consulta con otro profesional antes de firmar su autorización.

Esta autorización no debe ser inmediata, sino luego de 72 horas de reflexión sobre el documento. Es aconsejable entregar una copia al paciente y preferible que la firme con el testigo. En cualquier momento la persona afectada puede revocar libremente su consentimiento (Vera Carrasco, 2016).

A la hora de sugerir una propuesta en cuanto a definir el momento de entregar información, una buena alternativa a considerar es la que queda establecida por la demanda de información de parte del paciente y al mismo tiempo por la necesidad de que el médico le proporcione aclaraciones relevantes para su diagnóstico, procedimiento (exámenes) o tratamiento.

Cuando el contacto es cotidiano (ya sea por hospitalización o por un tratamiento ambulatorio cotidiano), es deseable que la entrega de información sea diaria y quede registrada en la historia clínica como un elemento más a considerar en dicho documento (Vera Carrasco, 2016).

El proceso del consentimiento informado se debe realizar ante cada intervención que suponga la acción directa del personal de salud sobre los pacientes, ya sea de un procedimiento, como de un tratamiento, o una intervención de mayor magnitud como una cirugía. La entrega de información toma un tiempo.

La urgencia por despachar luego al enfermo provoca, muchas veces, que el proceso del consentimiento informado se transforme en un acto con dos interlocutores que no se implican en absoluto, donde la firma de un formulario se transforma en el fin fundamental (Vera Carrasco, 2016).

Con respecto a quién debe entregar la información al paciente, es el profesional de salud que va ejecutar los procedimientos el que debe entregar la

información y conseguir el consentimiento. Debe ofrecer una información de buena calidad. El médico tiene que comunicarse con sus pacientes de la forma más sencilla y clara posible, posibilitando así la competencia de los pacientes o familiares para decidir (Vera Carrasco, 2016).

Se ha de utilizar un lenguaje sencillo para que se entienda, ya que no pocas veces "lo técnico" resulta demasiado confuso. Si es necesario usar términos complejos por la imposibilidad de expresarlos de otra forma, siempre se recomienda explicarlos para que sean comprendidos adecuadamente (Vera Carrasco, 2016).

2.1.2. Tipos de formularios

Se describen en términos generales tres tipos de formulario, a saber: los Formularios generales, genéricos o "cortos" que se firman en la admisión de una institución (para someterse a todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos); formularios específicos o "largos" que se usan para un procedimiento en particular y especifica la información respectiva (prueba legal sólida y respetan escrupulosamente los derechos del paciente); y formularios intermedios que tienen una base general común como podría ser, la cirugía o la radiología con medio de contraste yodado.

En la actualidad los formularios generales se consideran éticamente inaceptables ya que consisten en la aceptación genérica a todo procedimiento al ser internado, no informa al paciente en absoluto y por último no tiene ninguna validez legal. Por otra parte los específicos son los que se emplean por ejemplo al ingreso a UTI; donde podrían realizarse variedad de intervenciones.

El médico dará la información durante la entrevista clínica y luego se entregará la hoja de información a los pacientes. Los médicos tienen la obligación no solo de aportar información suficiente sino de asegurarse que los pacientes comprendan lo que

se les informa y colaborar con ellos para que participen en el procedimiento de toma de decisión para finalmente firmar el consentimiento. Esto implica un cambio de concepción del modelo de razonamiento médico donde los valores, creencias, necesidades, etc., del paciente pasan a ocupar un lugar en la toma de decisiones por parte del médico.

Sin embargo, los profesionales no están obligados a dar toda la información disponible, esto estará en relación con el tipo de procedimiento y los riesgos que incluya, en cuanto a su frecuencia y gravedad. La revelación "adecuada" deberá tener en cuenta la posibilidad del propio paciente de comprender y el estado psicológico y emocional del mismo.

Un modelo para establecer cuál riesgo debe informarse podría ser la llamada "materialidad del riesgo". Esta se calcula a través del producto de "gravedad" x "incidencia" así a mayor materialidad, mayor obligación de informar (Dagi y Changing, 1994).

Teniendo en cuenta al consentimiento informado como procedimiento, se pueden mencionar: bajo o riesgo alto diagnóstico, estándar con poca restricción o de revelación adecuada; o estándar muy restrictivo o revelación completa. Por ejemplo en el caso de la cirugía los riesgos típicos y personalizados de la anestesia deben ser informados por el propio anestesista o auxiliar vinculado antes de la cirugía. Pudiendo o no firmar un consentimiento por separado para la propia anestesia. Debe asegurarse de informar los riesgos personalizados de la anestesia.

Por otra parte en los procedimientos programados la información debe darse al indicar el procedimiento a través de una hoja de información al paciente; que no reemplazará a la entrevista clínica, que será firmado ante el profesional que realiza el procedimiento o en la siguiente entrevista clínica o al ingreso para la internación. Si el

paciente no hubiera leído la hoja entregada se le ofrecerá el tiempo necesario para hacerlo para que luego firme el formulario de aceptación o rechazo al procedimiento propuesto. El profesional que hace firmar la hoja de información deberá: preguntar sobre posibles interrogantes que hubieran surgido de la lectura de la hoja de información o de la información provista, preguntar si comprendió la información y ofrecer la oportunidad de que el paciente formule preguntas, y preguntar si está de acuerdo con realizarse el procedimiento.

Según los tipos de procedimientos, si son programados se seguirá la recomendación previa por escrito toda vez que el procedimiento diagnóstico o terapéutico sea de carácter invasivo y tenga riesgos de gravedad en forma habitual o específicamente para el paciente. También en los casos en los que se realice un procedimiento que cuente con poca efectividad o que ésta sea dudosa. Se exige el consentimiento en todo procedimiento que se considere de carácter experimental y en particular si forma parte de una investigación.

En el caso de procedimientos de urgencia se podrá obviar la hoja de información, pero alguien debe autorizar el procedimiento en caso de que el paciente no pueda hacerlo, salvo en la emergencia donde deberá primar la obligación de asistencia.

2.2. Autonomía de la voluntad

La autonomía es un concepto esencial para el desarrollo del consentimiento informado, debido a que es la regulación personal de uno mismo, libre, sin interferencias externas que pretendan controlar, y sin limitaciones personales, como por ejemplo una comprensión inadecuada, que impidan hacer una elección.

En este sentido, la autonomía es la capacidad de autogobierno, una cualidad que es inherente a los seres racionales, y que les permite elegir y actuar de forma razonada, sobre la base de una apreciación personal de las futuras posibilidades evaluadas en función de su propio sistema de valores.

Según el principio de autonomía, siempre se debe respetar a la persona humana, ya que es dueña de sus propias acciones y decisiones y, por ello, no se la debe “usar”, como si fuese un mero objeto.

Hay tres requisitos que deben ser satisfechos para que exista autonomía. En primer lugar, una acción autónoma no debe ser forzada. El agente decide por sí mismo qué hacer. En segundo lugar, la noción de autonomía supone más que ser libre para decidir; implica también la posesión de opciones reales. Finalmente, para que una persona tome una decisión de manera autónoma y la decisión resultante sea efectivamente autónoma, es necesario que posea toda la información relevante. Uno ejerce autonomía en un sentido completo cuando toma decisiones informadas.

En contraposición a lo anteriormente expuesto, existe coerción, cuando el médico exagera el peligro de una enfermedad, con la finalidad de obtener el consentimiento del paciente para llevar adelante algún tipo de práctica médica. Por otro lado, la influencia indebida ocurre cuando se ofrece una recompensa excesiva, desproporcionada o inapropiada con la finalidad de conseguir el consentimiento, al igual que cuando se crean falsas expectativas o promesas sobre los resultados de un tratamiento.

2.3. El derecho deber de información

A los fines de lograr un mayor conocimiento y un beneficio en la toma de decisiones, en cuestiones médicas, el ordenamiento jurídico argentino consagra, no sólo un derecho a la información, sino también un deber de informar.

La Constitución Nacional, en su artículo 42 establece que los consumidores y usuarios tienen, en la relación de consumo, derecho a una información adecuada y veraz. Ahora bien, si bien es verdad que la relación médico – paciente no es netamente una relación de consumo, teniendo en cuenta las bases de esta protección, que es la situación de vulnerabilidad del usuario o consumidor, bien podría asemejarse a la situación en la que se encuentra el paciente frente a los conocimientos con los que cuenta un médico. He aquí una de las facetas del derecho a informar, que presupone el derecho que tiene el receptor del mensaje, a ser informado para poder decidir libremente.

Por su parte, y al decir de Lorenzetti (1997, p. 200), el deber de informar hace referencia a "una conducta impuesta a alguien a fin de que aclare a otra persona (...) aspectos que conoce y que disminuyen o pueden disminuir la capacidad de discernimiento o de previsión del otro si dichos datos no se suministran". Por lo tanto, resultaría ser un deber que recae sobre aquella persona que posee la información, en este caso el médico, cuyo principal objetivo sería el de poner en conocimiento de la otra parte, paciente, ciertos datos suficientes a los fines de evitar los daños provenientes de la inferioridad de la relación entre ambos.

Al decir de Zavalía (1984, p. 190), "la ausencia de información o su deficiencia pueden generar una aceptación viciada de error cuya consecuencia es la anulabilidad del acto". Así las cosas, se trataría de un supuesto de responsabilidad

precontractual, debido a que al momento de prestar la información y el posterior consentimiento, se estaría en la etapa formativa del negocio.

En el Derecho Anglosajón, autores como Cardozo (citado en Lorenzetti, 1997, p. 201) señalan que “toda persona siendo adulta y de fundado razonamiento tiene un derecho a determinar qué debe hacerse con su propio cuerpo”.

En suma, Lorenzetti (1997) afirma que existen diversos fundamentos para el deber de informar, a saber:

-Fundamento constitucional: derivado del respeto a la libertad y de la prohibición de avasallar la libertad de otro sin su consentimiento;

-Fundamento dogmático: partiendo de a base de que el contrato es un acto jurídico, y que por tal debe ser voluntario y que para que tal elemento exista, el mismo tiene que ser brindado con discernimiento, intención y libertad, por lo cual, la existencia de un desnivel informativo, afectaría a estos tres elementos;

-Fundamento legal: entre los que se encuentra el derecho a la información en las relaciones de consumo.

2.4. El paciente como sujeto de derechos frente a las prácticas médicas

En la mayoría de los diccionarios, se define paciente a aquella persona que sufre dolencias y malestar y, por ende, solicita asistencia médica y, está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud.

La palabra paciente es de origen latín “*patiens*” que significa “sufriente” o “sufrido” Existe una tendencia a denominarlo cliente al usuario de los servicios de salud, para enfatizar en un rol más activo.

La Ley N° 26.529, de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (2009) en el artículo 1° manifiesta que el

ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica, se rigen por dicha ley.

En el artículo 2 establece como derechos del paciente:

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 N° 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.

Asimismo, los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 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.

Se pueden agrupar diferentes tipos de pacientes, según su estado:

- **Crítico:** se caracteriza porque no goza de estabilidad en sus signos vitales y la muerte se presenta como un desenlace probable e inminente, a su vez, el paciente paliativo se caracteriza porque sus tratamientos buscan mejoría en los pacientes que padecen de enfermedades graves. Los cuidados paliativos se presentan en enfermedades como: cáncer, sida, cardiopatía, demencia, entre otras.

- **Estuporoso:** identifica al individuo que presenta disminución en la lucidez mental y agilidad mental, pérdida de la agudeza mental, cambios en la consciencia.

- **Ambulatorio:** es el individuo que sin tener que ser hospitalizado concurre a un centro de salud para recibir un determinado tratamiento, a su vez, el paciente internado u hospitalizado es aquel que debe permanecer en el establecimiento durante por lo menos una noche e incluso varios días para tratar su enfermedad con

tratamientos no ambulatorios y realizarle intervenciones quirúrgicas que demandan especiales cuidados.

- Cero: indica a la primera persona confirmada de un nuevo virus o epidemia, se puede deducir que fue el primer infectado y debido a que posee el virus de forma más pura se puede hallar una cura o antiviral a la infección dada.

- Geriátrico: debe de cumplir con ciertas características como: ser mayor de 75 años, alto riesgo de dependencia, presencia de patología mental acompañante o predominante, presencia de más de 3 síntomas geriátricos, los mismos son atendidos por profesionales especializados en geriatría debiendo en algunos casos ser trasladados a centros donde reciben cuidados especiales o ser intervenidos con tratamientos ambulatorios.

El paciente es un especial sujeto de derechos jurídico y sanitario. El reconocimiento de la persona humana como sujeto de derecho trae aparejada la posibilidad de esta de ser titular de derechos obligaciones, como aptitud general. Entre los derechos del paciente se refiere especialmente a su autonomía personal autodeterminación, que se han convertido en un tópico de creciente importancia dentro del derecho a la salud, al cual su desarrollo tanto doctrinario como legislativo y jurisprudencial influyen (Carranza Torres, 2013).

Se articula con otras áreas jurídicas ya antes mencionadas en el ejercicio de la medicina en cuanto a los derechos del paciente y a la autonomía de voluntad, información y la documentación clínica que se rige por la ley (Ley 26.529 ; Carranza Torres, 2013).

En la provincia de Buenos Aires la carta constitucional (1994) reconoce a la vida, la dignidad, el honor y la integridad psíquica y moral como derechos

fundamentales. Se complementa además con la acción de amparo como garantía, y con las previsiones que atañen a la protección de la salud (Hooft, 1999).

Asimismo, los pacientes deben reunir cuatro condiciones para que sus decisiones sean racionales y autónomas (Vera Carrasco, 2016):

1. Disponer de una información suficiente para tomar la decisión en cuestión: procurar que el enfermo adquiriera una impresión realista sobre su propio estado y una valoración adecuada de las alternativas que se le ofrecen. Se supone debe incluirse:

- Descripción de la intervención y de los objetivos que se persiguen con ella.

- Molestias y riesgos más significativos por su frecuencia o por su gravedad. No es obligatorio mencionar los riesgos muy leves, ni aquellos que no siendo graves son muy infrecuentes.

- Beneficios esperados con su grado aproximado de probabilidad.

- Alternativas factibles, si es que existen. Pudiendo excluir los tratamientos experimentales y los claramente inútiles.

- Curso espontáneo que tendría la enfermedad del paciente, y las consecuencias de dejarlo sin tratar.

- Opciones y recomendaciones del médico.

2. Comprender la información adecuadamente para paciente: por un compromiso legal y ética acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores.

Existe una dificultad de comprensión objetiva cuando las cuestiones son muy técnicas o necesitan conocimientos previos para ser entendidas, pero el buen profesional puede superar casi siempre esta dificultad, utilizando palabras e ideas

adecuadas a los conocimientos del paciente. También una dificultad subjetiva ligada a la mayor o menor capacidad de comprensión de cada paciente. En los casos en que esta dificultad subjetiva sea insuperable, el consentimiento informado será imposible. Este caso, es uno de los motivos que permiten considerar a un paciente como incapaz para decidir.

En general, se consideran "incompetentes" a aquellas personas que no tienen la capacidad de entender la información que se les suministra porque se encuentran en un estado físico o psíquico (estado de inconsciencia) que no le permite hacerse cargo de la situación (estado definido por el médico tratante); a los incapacitados judiciales, y a los menores inmaduros. Técnicamente, una persona sólo puede ser declarada incompetente por un tribunal de justicia.

3. Encontrarse libre para decidir de acuerdo con sus propios valores y sin ninguna coerción. De este modo ejerce su autodeterminación al autorizar cualquier intervención médica para sí mismo, en forma de medidas preventivas, de tratamiento, de rehabilitación o de participación en una investigación.

Aunque parezca obvio lo anteriormente señalado, cada situación particular durante el desarrollo de la relación médico-paciente puede verse viciada por algunas limitantes a la voluntariedad. En este sentido, pueden existir tres formas de influir en la decisión de las personas: la persuasión, la manipulación y la coacción.

- Persuasión: el paciente es sometido a un procedimiento sin darle la oportunidad de que efectúe ningún tipo de elección. La persuasión es el uso de argumentos razonables con la intención de inducir en otra persona la aceptación de una determinada opción. No pretende anular la autonomía del paciente. Es éticamente aceptable, siempre que la argumentación sea leal y no esté sesgada por intereses ajenos al paciente.

- Manipulación: el médico le presenta la información de tal manera que lo empuja a tomar una decisión determinada. La manipulación incluye todo intento de modificar la decisión de los pacientes o de las personas por medios no puramente persuasivos, aunque sin llegar a la amenaza ni a la restricción física. Existe una manipulación puramente informacional, que consiste en falsear, desfigurar u ocultar ciertos hechos. También puede existir una manipulación psicológica de los procesos mentales indirectamente relacionados con la comprensión (el tono de voz, los gestos, las reacciones emocionales, etc.) Otra forma de manipulación es la que se ejerce sobre las opciones disponibles, modificando selectivamente sus características o su atractivo. En general, toda manipulación es inaceptable.

- Coacción: el paciente está amenazado de forma explícita o implícita, con consecuencias no deseadas y evitables si accede a sus requerimientos. La coacción es el uso de amenazas o ejecución de daños para influir en alguien. Los daños pueden ser físicos, psíquicos, económicos, legales o de cualquier tipo. Éticamente, la coacción es siempre inaceptable cuando se ejerce sobre un paciente capaz de decidir por sí mismo.

4. Capacidad para decidir: aceptar o rechazar un procedimiento propuesto, o sea de otorgar o no el consentimiento informado. La competencia se define como "la capacidad para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores. Existe capacidad para decidir cuándo se posee un conjunto de aptitudes, entre los que pueden señalarse las siguientes:

- Aptitud para darse cuenta de la propia situación y de las expectativas razonables.

- Aptitud para comprender la información relevante.

- Aptitud para deliberar sobre las opciones que se ofrecen, de acuerdo con los objetivos personales y los valores propios. Esta aptitud es la que permite que las decisiones sean auténticas.

- Capacidad para comunicarse, verbalmente o no, con el personal de salud.

- Para que una decisión tenga relevancia jurídica y sea considerada como voluntaria deben existir tres elementos internos: discernimiento, intención y libertad y un elemento externo: la exteriorización de la voluntad. En algunos casos cuando el paciente no es capaz de comprender los componentes y opciones que les son presentados, sus familiares o representantes designados por una corte pueden servir para tomar decisiones por el paciente (Vera Carrasco, 2016).

Sobre el contenido de la información hay bastante acuerdo. En general es comúnmente aceptada la entrega de información que redunde en que el paciente entienda su situación de salud y esté dispuesto a tomar una decisión. Para que esto sea posible, al menos, debe entregarse la siguiente información:

- Sobre qué se está pidiendo consentimiento (qué es lo que se va a hacer)

- Para qué se va a hacer el procedimiento o tratamiento (objetivos claros)

- Qué se espera obtener como resultado (beneficios esperados)

- Cuáles pueden ser los riesgos que se corre (riesgos más frecuentes y más graves)

- Qué alternativas existen a lo que se está proponiendo (alternativas disponibles)

- Qué ocurriría (clínicamente) si el paciente decide no acceder a lo que se le ofrece (riesgos de no tratarse o aceptar un procedimiento)

- Qué hacer si se necesita más información (a quien preguntar, dónde y cómo, información completa y continuada)

- Qué hacer si cambia de idea frente al consentimiento otorgado o rechazado (revocabilidad)

En cuanto a la Información sobre los riesgos es necesario que los pacientes conozcan los siguientes acerca los mismos:

- Riesgos insignificantes pero de común ocurrencia: deben ser informados.
- Riesgos y de escasa ocurrencia: no es necesario que sean informados.
- Riesgos de gravedad y común ocurrencia: deben ser detalladamente informados.
- Riesgos graves de escasa ocurrencia: deben ser informados.

Con toda esta información el paciente debe ser capaz de tomar una decisión que responda a sus necesidades e intereses, a sus valores, a sus criterios de bien, con respeto a sus temores y esperanzas. Es deseable que el consentimiento informado se obtenga en un ambiente adecuado, tanto para el médico que entrega la información como para el paciente o los familiares que la reciben. Idealmente se debe disponer de una sala de consulta donde sea posible conversar con tranquilidad, sin interrupciones y en un ambiente que asegure la confidencialidad (Vera Carrasco, 2016).

2.5. Momento para la implementación del consentimiento informado

Otro planteo importante es cuándo es necesario realizar un formulario de CI es decir implementar una hoja de información al paciente: “La implementación de formularios se llevará a cabo en aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos que sean invasivos y que signifiquen un riesgo mayor al mínimo, propio del procedimiento, o personalizado” (Highton y Wierzba, 1991, p.76).

Existen dos modelos o puntos de vista que conceptualizan a la relación médico paciente y por ende al momento de la toma de decisión por parte del paciente: toma de

decisión por parte del paciente en un solo momento llamada modelo instantáneo o del acto único, y otro criterio establece que la relación entre médico y paciente es un proceso dentro del cual la toma de decisión es un elemento continuo o proceso.

Este segundo modelo, se basa en que se considera excepcional que el cuidado, atención o curación de un paciente se defina en una única decisión. Las estrategias de tratamiento se desarrollan a través del tiempo a medida que aparece la información adicional que va surgiendo de los estudios diagnósticos y las terapias realizadas. El paciente como todos necesita de un tiempo para elaborar la información que ha ido recibiendo en el proceso de relación y luego poder dar una respuesta o tomar una decisión.

El médico por su parte va elaborando un diagnóstico con elementos y datos que se van agregando. Hay una relación de intercambio, de ida y vuelta de la información. El paciente tiene aquí un rol activo. Desde este punto de vista el consentimiento llega luego de un largo proceso que parte de la enfermedad o lesión, pasa por la obtención de la historia del paciente, el arribo a un diagnóstico o plan de cuidados, la revelación de su mal o estado al enfermo, la posibilidad de que éste haga preguntas y obtenga respuestas a sus inquietudes, para recién concluir con el consentimiento al propio tratamiento a realizar. En este modelo del proceso el paciente tiene una participación activa en las decisiones preliminares y final.

En el caso de los profesionales médicos según la mencionada con anterioridad ley 17.132 se aplican las prescripciones de los Artículos 1 y 2. En cuanto a la Ley 24.240 se diferencia especialmente las formas de contratación con el profesional de la salud, ya sea directa o consultorio privado que implica la medicina prepaga y obra social, o cómo actúa el sistema público en los hospitales del estado (provincial, nacional o municipal).

El médico en el consultorio debe llevar la historia clínica conforme a una letra clara y sin raspaduras ni omisiones como elemento de especial relevancia y fuente de información respecto a su paciente. Establecer toda información, en este caso la información que se obtenga del paciente debe estar consignada por fechas, hacer constar y suscribir lo mismo a el/ellos o sus representantes legales (Ghersì, 2008).

Conclusiones parciales

Como corolario de lo expuesto en el presente capítulo y teniendo como eje el análisis del respeto a los derechos de los pacientes en cuanto a consentimiento informado, se puede decir que los conceptos aquí expuestos, y el desarrollo que se hizo de los mismos sirven como base a los fines de lograr un mayor entendimiento del tema en cuestión y poder abordar con mayor soltura el próximo capítulo.

**CAPITULO III: AUTONOMIA DE LA
VOLUNTAD Y CONSENTIMIENTO
INFORMADO. DESGLOSE DE LA LEY
N° 26.529**

Introducción

A continuación se analizará el desarrollo de la Ley N° 26.529, así como también ciertas cuestiones médicas-jurídicas que hacen a la temática del consentimiento informado, con el objetivo de esclarecer si los derechos de los pacientes, regulados y protegidos, no sólo por la Constitución Nacional, sino también por los Tratados Internacionales con jerarquía constitucional y leyes afines, son respetados y tenidos en cuenta al momento de prestar consentimiento al sometimiento de cierto tratamiento médico.

La Ley de Derechos del Paciente regula los derechos del paciente en cuanto a la autonomía de la voluntad, legisla sobre la información que el médico debe dar y que el paciente tiene que recibir y respecto de la documentación clínica. La ley se autodenomina como un estatuto de derechos "esenciales" de los pacientes en su relación con los médicos (art. 2°).

Asimismo, se trata de una ley de orden público a través de la cual el Estado busca prevalecer el orden público social sobre cualquier interés particular. Esto supone que no puede ser dejada de lado por la voluntad de las partes. Un médico no puede contratar con su paciente que ambos renuncian a los derechos y las obligaciones que tienen según la ley.

3.1. La perspectiva bioética

Según el Manual de Ética de 1984 de la Asociación Médica Americana sostiene que:

"Consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle

su aprobación. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción y el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente" (Vera Carrasco, 2016).

Desde el área de bioética (Vidal, 2013) se menciona al consentimiento informado como una regla que tiene como objetivo preservar los derechos de las personas en el campo de la asistencia sanitaria. El paciente tiene derecho a participar de las decisiones que comprometen su cuerpo y su salud. Este derecho se funda en un principio moral y legal de autonomía. En el Art.- 4 de Derecho a la Vida se refiere a que toda persona tiene derecho a que se respete su vida y nadie puede ser privado de la misma arbitrariamente.

El Derecho a la vida es fundamental y su goce es pre-requisito para disfrutar del resto de los derechos humanos. Implica también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que garantizan una existencia digna. Es fundamento y sustento de todos los demás derechos, dado que jamás puede suspenderse (Pique, 2013).

En el caso de los niños y niñas, la obligación de respetar y garantizar el derecho a la vida representa modalidades especiales a la luz del Art. 19 de la Convención Americana dado que los estados han asumido obligaciones adicionales en cuanto a la protección de sus vidas y deben ser el garante de mayor cuidado y responsabilidad. Lo mismo sucede con las personas afectadas por cierto tipo de enfermedades que entran en un grupo de riesgo (Pique, 2013).

Si los derechos fundamentales de las personas, ya sea de manera individual o colectiva nacen de una directa e íntima conexión con la dignidad del ser humano. Tener garantizado el derecho a la salud es el ideal de la persona libre, capaz de auto determinarse a la voluntad en los actos de su existencia. Por el contrario una persona

enferma no es una persona enteramente libre y muchas veces sus actos y voluntad se hallan condicionados por los actos que lo dominan y condicionan (Carranza Torres, 2013).

El derecho y la salud se resguardan para asegurar mediatamente todos los otros tipos de derechos, y el derecho a la vida es la proyección de un valor superior del ordenamiento jurídico constitucional y reviste carácter fundamental, esencial y troncal en cuanto representa al supuesto ontológico, sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible.

Este derecho de la persona humana es reconocido y garantizado por la Constitución Nacional. En síntesis el consentimiento es informado cuando luego de haberse brindado a quien decide, la información adecuada a tales efectos, es clara y completa respecto a los aspectos relevantes en cuestión. Compatible con la edad, cultura, estado psíquico y personalidad del paciente. Asimismo puede ser revocada sin mayores exigencias formales o no consentida, rechazando el tratamiento médico tras haber sido informado del mismo. Lo importante es que el profesional actuante brinde al paciente la oportunidad de optar por decisiones respecto a su tratamiento, derechos y salud (Carranza Torres, 2013).

Hace ya varios años se afianza la jurisprudencia de los supuestos tradicionales de las conductas de los profesionales médicos, generadoras de responsabilidad a la hora de brindar información previa y adecuada; como a la falta de la misma. Si existiera una falta de información, aun sin que se diera mala praxis en sentido estricto, constituye una fuente de responsabilidad jurídica dado que ha impedido al paciente poder efectuar una libre elección en cuanto tratarse o reusar un tratamiento o escoger distintas alternativas terapéuticas (Hooft, 1999).

En algunos fallos judiciales, se ha recurrido al concepto de consentimiento informado por vía de la analogía en otros supuestos de temas médicos y/o bioéticos, según pautas del código civil. Los hechos se juzgan voluntarios si son ejecutados con discernimiento, intención y libertad; y la ausencia de cualquiera de estos requisitos hace al acto involuntario (Hooft, 1999).

3.2. Excepciones de la obtención del consentimiento informado

En principio, el consentimiento informado es necesario siempre y obligación de obtenerlo explícitamente es mayor o menor dependiendo de las circunstancias del caso. Los casos en los que la obtención del consentimiento informado no es necesaria, o no es recomendable, constituyen las excepciones siguientes (Vera Carrasco, 2016):

- 1) Urgencia real y grave para el enfermo, que obliga a actuar sin tiempo para obtenerlo, ya que el tiempo provocaría irremediablemente un daño grave a la integridad, salud o vida del paciente. El paciente necesita asistencia urgente por la gravedad del cuadro, permanece inconsciente y no hay familiares, ni allegados que puedan representarlo.
- 2) Grave riesgo para la salud pública, donde se puede omitir el consentimiento para la internación, cuarentena u hospitalización.
- 3) Imperativo legal o judicial: en los casos que representan un peligro para la salud pública. Así se justifica la obligatoriedad para ciertas pruebas diagnósticas, vacunaciones y tratamientos forzosos.
- 4) Pacientes incapaces para decidir, que no pueden otorgar un consentimiento informado válido. Sin embargo, la capacidad admite grados, cuanto más trascendente o delicada sea una decisión, mayor debe ser el nivel de capacidad exigible. Cuando el

paciente no esté capacitado, corresponde a sus familiares, personas allegadas o responsable legal para concederlo.

5) Privilegio terapéutico: cuando ajuicio del médico, la información puede resultar perjudicial para el curso de la enfermedad. Esto ha quedado muy restringido, y solo debe ser invocado en situaciones muy especiales.

6) Renuncia expresa del paciente: renunciar a la información y dejar voluntariamente que otros decidan por él. En este caso debe existir algún familiar o sustituto legal dispuesto a asumir la responsabilidad de las decisiones. En la medida en que el paciente actúe en forma autónoma y competente, debe respetarse su derecho a la renuncia.

7) Posibilidad de corregir una alteración inesperada en el seno de otra intervención programada. Como por ejemplo, un tumor o malformación que se encuentra en el curso de una laparotomía que había sido indicada por otras razones.

8) En las prácticas que sean programadas y no necesariamente urgentes, puede prescindirse del consentimiento informado, en aquellos pacientes incompetentes, que no posean representantes que los subroguen y que exista amplio consenso sobre la necesidad médica de realizar el procedimiento, y al mismo tiempo, los riesgos sean manifiestamente menores a los beneficios esperados; en caso contrario deberá preverse la autorización judicial.

En todas las supuestas excepciones, mientras no medien circunstancias de urgencia, sería conveniente contar con la recomendación del comité de ética hospitalario para un mejor estudio y fundamento en el empleo de la medida de excepción (Vera Carrasco, 2016).

Por otra parte existen diferentes casos y excepciones con respecto a la edad, revocabilidad, voluntad anticipada y otros; que funcionarán como vectores en las

decisiones médicos-pacientes. El paciente adulto y mentalmente competente. En los casos de menores de edad, incompetentes o pacientes con afectación de la conciencia deberá otorgar el Consentimiento el responsable, familiar directo o representante legal en caso de incapacidad establecida legalmente.

El concepto de competencia no es jurídico, refiere a las facultades psicológicas necesarias para llevar adelante el proceso de toma de decisión. En el caso de menores de edad deberá atenderse la situación de los llamados menores maduros, es decir los que tengan más de 14 años. Aunque en este caso sus padres deben dar consentimiento, cada vez más se acepta que este grupo de adolescentes están capacitados para intervenir activamente en sus decisiones. Estos derechos están resguardados en la Declaración de Derechos del Niño a la que nuestra constitución ya ha adherido en 1994. De igual manera en el caso de menores de edad entre los 10 y 14 años debería darse una cantidad de información suficiente y adecuada a sus posibilidades de comprensión, como para que el menor dé su asentimiento.

Las excepciones al consentimiento informado, se establecen en la norma que el profesional de la salud quedara eximido de requerir el consentimiento en los casos que mediare un grave peligro para la salud pública o cuando existiere una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente (Carranza Torres, 2013).

Por otra parte en cualquier forma que haya sido dada la información, es decisión del paciente o de su representante legal consentir o rechazar los tratamientos indicados. El profesional actuante debe acatar tal decisión y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, según las formalidades que resulten a fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad.

Ya la Ley 17.132, consagra de parte de los profesionales de la salud como un deber a su cargo el respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse (Carranza Torres, 2013).

3.3 Directivas anticipadas

En cuanto a las directivas anticipadas, constituyen el instrumento legal por medio del cual se asegura desde el orden jurídico el libre derecho a la decisión a mantener una dignidad o ciertos valores en la vida propia, más allá de la conciencia de su titular. Estos han sido denominados testamentos vitales, testamento biológico, disposiciones y estipulaciones para la propia incapacidad entre otras acepciones similares. Por otra parte existe también la posibilidad de establecer un representante o designar a una persona de confianza a los afectos que se encargue de su observancia, de hacer cumplir con su voluntad expresada por la persona del caso (Carranza Torres, 2013)

Si bien actualmente las directivas médicas anticipadas se encuentran contempladas en las legislaciones de todo el mundo, sus primeros antecedentes datan de muchos años. Los denominados “living will” se originaron y desarrollaron en la década de los 60 en los Estados Unidos de América. En 1967 aparece el primer documento mediante el cual un ciudadano era capaz de manifestar su voluntad negativamente respecto a determinados tratamientos en casos de enfermedades potencialmente mortales. La Ciudad de California, se convierte en pionera en legalizar y controlar las declaraciones de voluntad, siendo pionera en otorgar un marco legal a estas declaraciones de voluntad (Aizenberg y Reyes, 2012).

Previo a realizar un análisis exhaustivo de las declaraciones de voluntad es menester esbozar una definición: “son declaraciones de voluntad efectuadas por una persona mayor de edad, competente en términos bioéticos y capaz en términos

jurídicos, de manera libre, mediante las cuales manifiesta anticipadamente la voluntad de dejar expresadas instrucciones relacionadas con la toma de decisiones vinculadas a su salud, sin necesidad de expresión de causa alguna, para que sean tenidas en cuenta en el momento en el que concurran circunstancias que no le permitan expresar personalmente su voluntad. Mediante éstas prácticas cada sujeto tiene la posibilidad de manifestarse, expresándose en favor o en contra de determinados tratamientos que pretendan practicársele y estas deben ser respetadas en salvaguarda de sus derechos. La emisión de una directiva anticipada es ni más ni menos que el derecho a la autonomía de la voluntad materializada, en donde la persona es libre de autodeterminarse según sus más profundos valores y sentimientos (Aizenberg y Reyes, 2012).

Las directivas anticipadas en el derecho argentino, tienen basamento legal en los derechos a la libertad, a la dignidad y a la autodeterminación, garantizados todos en nuestra Constitución Nacional, tal como surge del art. 19 y, de manera más abarcativa, en principios y valores que se encuentran en el artículo 75, inciso 22 y que otorga status supra legal a los Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos, donde se resguarda el Derecho de la Salud (Aizenberg y Reyes, 2012).

Desde el área de bioética (Vidal, 2013) se menciona al consentimiento informado como una regla que tiene como objetivo preservar los derechos de las personas en el campo de la asistencia sanitaria. El paciente tiene derecho a participar de las decisiones que comprometen su cuerpo y su salud. Este derecho se funda en un principio moral y legal de autonomía.

En el Art.- 4 de Derecho a la Vida se refiere a que toda persona tiene derecho a que se respete su vida y nadie puede ser privado de la misma arbitrariamente. En el caso de los niños y niñas la obligación de respetar y garantizar el derecho a la vida

representa modalidades especiales a la luz del Art. 19 de la Convención Americana dado que los estados han asumido obligaciones adicionales en cuanto a la protección de sus vidas y deben ser el garante de mayor cuidado y responsabilidad. Lo mismo sucede con las personas afectadas por cierto tipo de enfermedades que entran en un grupo de riesgo.

Las excepciones al consentimiento informado, se establecen en la norma que el profesional de la salud quedara eximido de requerir el consentimiento en los casos que mediare un grave peligro para la salud pública o cuando existiere una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente.

Las directivas anticipadas o testamentos vitales. También la posibilidad de establecer un representante o designar a una persona de confianza a los afectos que se encargue de su observancia, de hacer cumplir con su voluntad expresada por la persona del caso.

3.4. Daños que derivan de la omisión de la información o falta de comprensión la misma

La omisión de la información y de la historia clínica es una responsabilidad objetiva, si la misma (omisión) está en una relación de causalidad con el daño al paciente (físico, biológico, etc.) y cuanto menos un daño moral; simplemente por el riesgo no informado o no poder contar con una historia clínica para establecer la histología del paciente (Gherzi, 2008).

Como se indicó anteriormente uno de los daños más importantes deriva de la omisión de la información pues priva al paciente de alternativas, es decir de la alternativa que considere conforme a la información científicamente brindada. La Ley de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes N° 26.061 a

los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud”, los artículos 4, 5, 8, 9, 10 y 19 prevén la intervención de los “representantes legales”, referencia que remite a las disposiciones del Código Civil referidas a las personas incapaces de hecho, entre los que se encuentran las personas por nacer y los menores de edad (Gherssi, 2008).

3.5. Funciones de la responsabilidad civil

La función preventiva de la responsabilidad civil, que se suma a la idea clásica del resarcimiento (art. 1708CCyCN) y un deber de prevención a todas las personas en cuanto de ellas dependa, de evitar daños injustificados y de no agravarlos, si éstos ya tuvieron lugar (art. 1710 CCyCN). A su vez, regula cierto tipo de acciones preventivas (definitivas y provisorias), que permiten a los jueces disponer obligaciones de dar, hacer o no hacer (arts. 1711/1713CCyCN).

3.5.1. Función resarcitoria

En cuanto a la función de indemnizatoria de la responsabilidad civil, implica la unificación de las órbitas contractual y extracontractual, presente en variados antecedentes en el Derecho. Por lo pronto, tal modificación deja sin efecto algunas grandes diferencias antes existentes en materia de prescripción de las acciones y de extensión de la reparación, según si los daños impactaban en uno u otro ámbito. Esta unificación, no significa que no habrá daños nacidos de los ilícitos, de un lado y de las obligaciones contractuales de otro, sino que desaparece el tratamiento legal diferenciado de algunos de sus aspectos esenciales, propiciándose así la eliminación de situaciones que generaban dificultades ostensibles (por ej.: el muy diverso plazo de prescripción de la acción derivada de un mismo acto médico, según si el paciente-

damnificado era quien reclamaba –diez años-, o lo hacían sus derechohabientes ante su fallecimiento –dos años). Sin embargo, ello no importa homogeneidad, ya que persistirán ciertas diferencias entre las obligaciones nacidas de los ilícitos de fuente extracontractual y las nacidas de incumplimientos contractuales.

Sobre los presupuestos de la responsabilidad civil, en esencia el nuevo Código consagra los criterios doctrinarios y jurisprudenciales mayoritarios hoy vigentes; pero resulta de interés destacar de qué modo lo hace y cuál es su impacto particular en la materia bajo estudio, según veremos a continuación. (Vázquez Ferreyra, 2014).

3.6. El daño y la antijuridicidad

Se define daño como según el art. 1737 del Código Civil y Comercial, cuando se lesiona un derecho o un interés no reprobado por el ordenamiento jurídico, que tenga por objeto la persona, el patrimonio, o un derecho de incidencia colectiva

Se consagra a su vez la reparación integral del daño como principio general (art. 1740), que incluye no sólo el capital resarcitorio, sino otros conceptos como el lucro cesante, los gastos (médicos, farmacéuticos, etc.), los intereses correspondiente calculados desde que se produce cada perjuicio (art. 1748) y las costas del proceso que el acreedor se haya visto obligado a iniciar para el reconocimiento de la indemnización debida. Por excepción, se admite la atenuación del resarcimiento por razones de equidad (art. 1742).

Ahora bien, los usuarios de servicios de salud son habitualmente personas enfermas, cuyos procesos patológicos son justamente los que los llevan a la consulta médica. El art. 1739 CCyCN- de curar o bien de no enfermar más. La reparación no puede soslayar tal circunstancia, debiendo siempre distinguirse el perjuicio causado

por la actuación profesional, de aquel derivado del proceso morboso en sí (Wierzba, 2015).

Por su parte, el daño extrapatrimonial moral, se vincula con la lesión a intereses espirituales de un sujeto, que produce en la persona consecuencias disvaliosas, que se traducen en ese modo de estar diferente al que se encontraba con anterioridad al hecho lesivo, afectándole las capacidades enunciadas, lo cual significa una amplia concepción no limitada al *pretium doloris* (Wierzba, 2014).

Por su parte, y con respecto a la antijuridicidad, en el nuevo régimen jurídico, cualquier acción u omisión que causa un daño a otro es antijurídica, si no está justificada (conf. art. 1717 CCyCN). Es ese el concepto de antijuridicidad contemplado al regularse la función resarcitoria de la responsabilidad civil.

Ello no obsta que en el ámbito contractual persista un tipo de antijuridicidad típica, en la cual el daño es consecuencia de la infracción a una obligación específica, sea que ésta derive de un contrato propiamente dicho, o bien de la infracción a un deber también específico que recae sobre el deudor, aun no existiendo un contrato en sentido estricto (ej.: cuando el médico atiende a un paciente en la vía pública, hallándose éste en estado de inconsciencia y no habiendo contratado sus servicios (Wierzba,2015).

En particular, el profesional de la salud actúa en forma antijurídica cuando transgrede lo pactado, pero también lo hace si infringe lo dispuesto en una norma que establece un deber profesional específico, sea que ésta provenga del ámbito legislativo (por. ej.: Ley 26.529/09; de Derechos del paciente) o médico (por ej.: Normas técnicas y administrativas para los bancos de sangre y servicios de transfusiones), una disposición de alcance general, o ante la violación del deber genérico de no dañar, que se evidencia con la producción de un daño injusto a un paciente (Wierzba,2015).

El nuevo Código introduce una regulación expresa para el estado de necesidad (art. 1718), justificando el hecho que causa un daño: "...c) para evitar un mal, actual o inminente, de otro modo inevitable, que amenaza al agente o a un tercero...". También se hace referencia al consentimiento del damnificado, como una causa de justificación de la ilicitud del acto.

El consentimiento informado es un instituto ya clásico en la práctica médica, presente en la mayor parte de la legislación sanitaria de las últimas décadas y que ha sido explícitamente regulado para ese ámbito en el art. 58 del Código Unificado – según mencionáramos. Pero cabe reflexionar sobre sus alcances en su función de causa de justificación de la ilicitud del acto, en el ámbito de la salud: en este sentido, ¿qué efectos tendrá la prestación del consentimiento informado ante una propuesta profesional si, luego de su práctica, el interesado sufre un daño?

Ahora bien, algunas cuestiones resultan recurrentes toda vez que se imputa responsabilidad a los profesionales de la salud y han llevado a pronunciamientos judiciales que permiten fijar ciertas pautas para valorar la culpa (Vázquez Ferreyra, 2014):

a) El fracaso del tratamiento médico no importa necesariamente un obrar culposo por parte del profesional. Dado que el ejercicio de toda profesión concerniente a la salud supone riesgos, limitaciones científicas y otras circunstancias imposibles de controlar, el médico no puede comprometerse a salvar la vida del paciente o curar su enfermedad sino a poner al servicio del paciente toda su ciencia y diligencia en la atención brindada.

b) La culpa médica comienza cuando terminan las discusiones científicas. Ello, ya que resulta habitual y propio del ejercicio de las ciencias vinculadas a la salud, la

coexistencia de diversos criterios científicos y alternativas de tratamiento, postuladas por distintas escuelas profesionales.

c) La conducta profesional debe ser valorada sobre la base de las circunstancias existentes al momento de la práctica cuestionada. No resulta adecuado juzgar tal conducta ex post facto y a la luz de los resultados adversos, que son justamente los que motivan el reclamo. Por el contrario, debe colocarse el juez en la situación del paciente y del médico en el momento en que los hechos ocurrían y valorar si el profesional actuó a través de uno de los caminos posibles y científicamente válidos, de acuerdo con los elementos y las circunstancias del caso.

d) El correcto tratamiento médico no supone un proceso lineal y puede significar avances y retrocesos. Por ello, los cambios de diagnóstico y/o terapia durante el curso del tratamiento no necesariamente suponen un obrar negligente por parte del profesional.

3.7. Análisis de casuística

3.7.1. Casos vinculados al consentimiento informado

Modificaciones surgidas en los pacientes por el derecho a la autonomía (art. 19, CN), teniendo en cuenta dos casos de la Corte sobre la negativa a recibir transfusiones de sangre en casos graves en personas adultas: “Bahamóndez” en un hospital público por ser testigo de Jehová y “Albarracini que con anterioridad por medio de un documento firmado ante un escribano público había expresado su voluntad de no ser transfundido por violentar sus creencias religiosas”, y otro sobre la negativa uno de los padres a que su hijo sea vacunado. La negativa a un tratamiento o a la ingesta de un medicamento dependería de la información y el conocimiento técnico acerca de las consecuencias para el propio cuerpo y la calidad de vida. Pero no

hay una objeción dirigida al alcance de la autonomía, sino a la Valdez de la voluntad en concreto. Para ello son necesarios los dispositivos que garanticen que la decisión ha sido informada. En ambos casos “Bahamóndez” y “Albarracini”, son personas adultas que conociendo la consecuencia de su obrar, se niegan a recibir el tratamiento médico; la diferencia radica en el momento en que presentan la negativa: con inmediatez a la práctica y consciente, y el segundo con uno directiva anticipada (Alvarez y Guiñazú, 2013; citados en Clérico, Ronconi y Aldao, 2013).

3.7.2. Negativa en un menor de recibir vacunación

En el caso el caso de que uno de los padres de un niño/a reciba determinada tratamiento o medicamento, o en el caso de que los padres estén de acuerdo pero el menor se niega: el Estado se encuentra frente a un conflicto de obligaciones, entre la protección de los derechos del niño y la obligación a respetar el derecho a la autonomía. Frente a este conflicto en la mayoría de los casos pronuncia la primacía condicionada del primero. En el caso de la vacunación no estaba en concreto el peligro de la vida del niño (Alvarez y Guiñazú, 2013; citados en Clérico, Ronconi y Aldao, 2013).

En el mes de abril de 2018, se registró un caso en El Bolsón, San Carlos de Bariloche, de un bebé de cuatro meses que contrajo meningitis, por no recibir el plan de vacunación; y el Ministerio de Salud de Río Negro denunció penalmente a los padres. Además, se conoció que el bebé nació en un parto domiciliario, en el seno de una familia residente en la zona rural de Mallín Ahogado, a unos 15 kilómetros de El Bolsón. , y no había recibido ninguna vacuna reglamentaria para los recién nacidos; por pertenecer a una organización naturista. Según explicó el director del hospital, Oscar Panomarenko, en El Bolsón hay antecedentes de partos domiciliarios y de niños

indocumentados, razón que hizo que se introdujera una oficina del Registro Civil en el edificio hospitalario. La Justicia rionegrina obligó a los padres del bebé internado en El Bolsón por meningitis a cumplir con el plan nacional de vacunación y a realizarle un tratamiento médico bajo supervisión. Así lo estableció en su fallo la jueza de familia Erika Fontela, luego de que el Ministerio de Salud de esa provincia denunciara a los padres del menor por no vacunarlos.

3.7.3. Caso de omisión de información

En el caso de Dezeo, José c/ Guido, Oscar y otros, la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, 15 de diciembre de 1992, publicado en La Ley, diario del 4 de mayo de 1993 y en El Derecho, diario del 14 de julio de 1993, a raíz de un accidente callejero el Sr. Dezeo sufrió una fractura expuesta en su pierna.

Por ello fue trasladado a un sanatorio cercano a efectos de su curación. La clínica privada en cuestión, no tenía convenio con la obra social de Dezeo quien era un albañil jubilado. Los médicos intervinientes informaron a Dezeo que no contaba con cobertura y que por ende iba a tener que pagar de su bolsillo el costo de la atención médica.

Frente a ese cuadro Dezeo decidió trasladarse a un hospital público. A todo esto, había transcurrido tiempo desde el accidente y la herida presentaba infecciones que no habían sido tratadas. En definitiva y debido a la infección, la pierna debió ser amputada. Los médicos de la clínica privada y ésta fueron demandados y en su defensa alegaron la negativa del paciente a ser atendido en ella.

El tribunal hizo caso omiso de dicha excusa considerando que el actor no fue informado del riesgo que implicaba la demora en la realización de la "toilette quirúrgica", que sólo le advirtieron en cambio, la inexistencia de cobertura en el

establecimiento, de su obra social, y que fue la imposibilidad de afrontar el alto costo de dicha intervención, lo que motivó su pedido de traslado.

Concluyó el tribunal de segunda instancia que en las expresadas condiciones, la excusa basada en la falta de consentimiento del paciente no puede ser acogida, en tanto no constituyó la expresión de la libre voluntad del sujeto; por ende no fue un consentimiento informado. Llegados los autos a la Corte Bonaerense, y en lo relativo al tema del consentimiento, al Alto Tribunal consideró que la excusa dada por la clínica respecto a la negativa del paciente a ser atendido en sus instalaciones resultaba inatendible.

La cuestión era que si el paciente hubiera sido atendido de urgencia y se hubiera realizado una limpieza quirúrgica de la herida, seguramente o probablemente la infección no hubiera avanzado y de esta manera no hubiera sido necesaria la amputación del miembro. La clínica privada donde -por la cercanía- el paciente fue llevado de urgencia alegó que no lo atendió en salvaguarda del derecho personalísimo e invulnerable del damnificado de elegir el lugar donde ser asistido.

La Corte juzgó que la única opción que se presentó al herido fue la de ser atendido con la correspondiente premura pero sin el amparo de su obra social o elegir ser trasladado al establecimiento más cercano, oficial y gratuito. Por el contrario, se encontró probado que al paciente no se lo anotició del riesgo de infección ni de la extrema urgencia de atender su lesión.

El máximo Tribunal Bonaerense se pregunta si conforma una conducta antijurídica la negativa del médico a brindar la asistencia en ese caso (cuyas pautas, por la misión social y de compromiso con el interés público que distingue a la profesión, trascienden el ámbito contractual) a un enfermo portador de una lesión de extrema gravedad, por no poder ésta pagarle sus servicios, como un comportamiento

pasivo abusivo sancionado por el art. 1071 del Código Civil, particularmente grave (art. 902 C.C.), que contraría el ejercicio regular del derecho de abstenerse, la buena fe, la moral y las buenas costumbres, y que ha de generar responsabilidad civil fuera de un contrato, y precisamente por tratarse de una negativa injustificada de contratar con el paciente. Es por tanto una responsabilidad por acto ilícito (art. 1109 C.C.), por abuso del derecho de no contratar, siendo por otra parte, este último precepto citado, el que sustenta el resarcimiento por daño (Dr. Roberto A. Vázquez Ferreyra 17 C- "P., R.H. c/ Estado Nacional, Ministerio de Defensa, Ejército Argentino s/ responsabilidad médica".31).

3.7.4. Caso de omisión de información sobre los daños

“Pereyra, Miguel c/ B., J.M. s/ daños y perjuicios”³² En este Fallo la Cámara, confirmando el pronunciamiento de primera instancia señala que el tema de la no obtención del consentimiento informado debe integrar la demanda si se pretende que sea tratado en la sentencia. La parte actora, en su demanda nada había dicho respecto de la no obtención del consentimiento informado por parte de los profesionales demandados pues la imputación de negligencia pasaba por la elección de un tratamiento equivocado. A posteriori, en etapa de alegar, pretendió introducir el tema del consentimiento informado, lo que mereció acertada respuesta por parte del Tribunal. En este sentido se lee en el fallo que “un reclamo por violación del deber de información necesariamente habría exigido defensas específicas del demandado y necesariamente la prueba habría transitado por otros carriles, tomando en consideración que los daños que tendrían relación de causalidad con esta infracción pueden ser distintos de los daños que se reclaman en esta causas (Vázquez Ferreyra, 2014).

Conclusiones parciales

Como conclusiones, se destaca que en el ámbito del Derecho Civil, cualquiera sea el fundamento de la responsabilidad subjetivo u objetivo, para que se pueda adjudicar a una persona un determinado resultado y deba entonces ella reparar el daño causado, es imprescindible la existencia de un nexo causal entre su accionar y la consecuencia; o bien entre la acción riesgosa propia, la acción del otro, o de la cosa de la cual es dueño o guardián y dicha consecuencia. También que en el ámbito del Derecho privado, la relación de causalidad se asocia a dos funciones: de un lado y respondiendo al concepto mismo de causalidad jurídica, a establecer si la acción del sujeto demandado, de las personas por quien él debe responder o de las cosas de las que se sirve, han motivado el resultado dañoso. De otro, la relación causal delimita la extensión de la reparación, de conformidad con las consecuencias que le son atribuibles (Wierzba, 2015).

En el nuevo Código se consideran reparables las consecuencias dañosas inmediatas y mediatas previsibles, que tienen nexo adecuado de causalidad con el hecho productor del daño (conf. art. 1726); es decir, aquéllas que acostumbran a suceder según el curso natural y ordinario de las cosas y aquéllas que resultan solamente de la conexión de un hecho con un acontecimiento distinto, respectivamente (conf. Art. 1727). Ello es así, salvo disposición legal en contrario, que podría establecer que para casos específicos algunas de esas consecuencias no sean reparadas, o bien que se indemnicen (Wierzba, 2015).

Podría argumentarse que el nuevo régimen legal supone un recorte en materia de indemnizaciones, en la medida que ya no resultan indemnizables las consecuencias casuales en el supuesto de ilícitos dolosos, fácticamente, la distinción entre las consecuencias mediatas y casuales resultó siempre difusa, de tal modo que no se

observa un cambio esencial a partir de la letra del nuevo texto vigente. A su vez, para el caso particular de los contratos –que no sean de consumo-, se prevé la indemnización de las consecuencias previstas o previsibles por las partes al momento de la celebración del acuerdo, agravándose la reparación ante el dolo del deudor, supuesto en el cual también quedan comprendidas las consecuencias consideradas al momento del incumplimiento (art. 1728CCyCN) (Wierzba, 2015).

CONCLUSIONES FINALES

La finalidad de este proyecto de investigación aplicada es dar a conocer y concientizar a las personas, potenciales pacientes acerca de sus derechos, al momento de trabarse la relación médico-paciente. Queda claro, a raíz de la evolución que ha sufrido el término de paciente, que ya no es un lugar pasivo el que ocupa el paciente, sino que el mismo, como verdadero sujeto de derecho, tiene la potestad de exigir y obtener un trato digno, así como también de informarse y autodeterminarse.

Desde la Constitución Nacional y tratados internacionales como techo de la pirámide hasta llegar a las bases con las leyes y decretos reglamentarios que determinan punto a punto cuales son los derechos que ampan a los pacientes, como la salud, la vida, la autodeterminación, el derecho a recibir información, instrumentos como el consentimiento informado y la historia clínica, que se convierten en armas con las que puede equipararse esta relación que nace desigual y depende muchas veces del accionar de una sola de las partes (médico) para ser equilibrada o morir en la disparidad.

A modo de regulación específica, la Ley N° 26.529 que trata los Derechos del paciente en su relación con los profesionales de la salud, a lo largo de su articulado aparecen la confidencialidad, el derecho a un trato digno, el acceso a la información sanitaria, interconsulta médica.

Al tratar puntualmente las manifestaciones de voluntad se debe tener en cuenta las modificaciones y agregados que surgen de la ley 26.742, conocida como ley de muerte digna. Aquí se realiza un trato más detallado de las manifestaciones de voluntad, diferenciando el consentimiento informado de las declaraciones de voluntad anticipadas. Esta Ley tiene como finalidad inmediata tutelar los derechos de pacientes que padecen enfermedades terminales, para que tengan la posibilidad de evitar lo que

se conoce como encarnizamiento terapéutico y prolongar su vida de agonía a través de medios artificiales, otorgándoles el derecho a morir dignamente, voluntad de que debe ser expresada por escrito, ya sea por el paciente o en caso de incapacidad o inconciencia, por algún familiar o representante.

Cierto es que, en Argentina, el sistema de salud no funciona como debería, así como se analizó en el capítulo 1, se encuentra desarticulado y fragmentado, muchas veces los hospitales y sanatorios no cuentan con la infraestructura, los materiales y los recursos para afrontar el día a día y se ven desbordados, los profesionales de la salud en algunos lugares no obtienen remuneraciones de acuerdo al trabajo que realizan.

Pero no por eso debe ser el paciente quien pague por todas estas piezas que encajan en un gran rompecabezas, muchas veces parece que al depositar la confianza en un médico u equipo médico deben cerrar la boca y obedecer sin preguntar porque ellos son los que saben y si se inmiscuyen están actuando de mala manera. Pero tiene que quedar en claro que esto cambio, como especial sujeto de derechos el paciente puede y debe intervenir activamente en esta relación, para reducir al mínimo las posibilidades de salir perjudicado y tener que recurrir posteriormente a las vías legales para obtener un resarcimiento.

Sigue siendo uno de los grandes temas la responsabilidad profesional médica tanto del derecho como en el campo de la bioética, que se ha demostrado en la influencia de las decisiones de los tribunales basados pura y exclusivamente en problemas de consentimiento.

Una vez provocado el daño, por incumplimiento de las obligaciones de los profesionales de la salud a saber un detrimento en los derechos no quedara más remedio que optar por las herramientas que el ordenamiento legal brinda para hacer los reclamos pertinentes, teniendo la posibilidad de acceder a la justicia para

demandarlos o acudir a la mediación como forma alternativa de resolver los conflictos entre las partes.

Es importante destacar que si bien el consentimiento informado no resulta ser un elemento novedoso en la práctica médica, su aplicación adecuada en la relación que existe entre médico y paciente, a pesar de la evolución que la misma ha sufrido, aún no logra romper por completo con los modelos paternalistas y autoritarios que existían en siglos pasados.

Hasta tanto no se comprenda que el consentimiento no es un mero documento a los fines de evitar sanciones punitivas, sino que constituye una norma que debe regir y guiar el quehacer cotidiano de los médicos, a los fines de lograr que el paciente ejerza su derecho de autodeterminarse, seguirán ocurriendo injusticias.

Como respuesta al problema de investigación planteado al comienzo del presente trabajo de investigación, y en virtud de lo analizado a lo largo del mismo puede decirse que, si bien es clara la importancia que conlleva el derecho deber de información a los fines de que el paciente pueda prestar su consentimiento y pueda decidir sobre su propio cuerpo con plena autonomía de la voluntad, no son pocas las veces que dicha prestación de consentimiento se convierte en un mero papeleo consistente en firmar un sinnúmero de hojas sin que el paciente tenga una acabada comprensión de lo que está firmando y que menoscaba por completo el derecho de decidir sobre su propio cuerpo y de prestar su consentimiento de forma acabada, quedando así comprobada la hipótesis presentada al inicio del trabajo, la cual versaba sobre esta falta de prestación de consentimiento real.

Por todo esto es de vital importancia promover una relación médico- paciente fuertemente basada en la confianza, respeto y transparencia. Para lograr un armonioso

transcurso de la enfermedad hacia la salud, obteniendo como resultado una mejora en los porcentajes de pacientes perjudicados y una menor litigiosidad por estas causas.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Legislación:

- Ley N° 26.529 Ley de Salud Pública: Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Promulgada 19/11/2009.
- Ley N° 26.061 Ley de Protección Integral de los Derechos de los Niños y Adolescentes. Promulgada 21/10/2005.
- Ley N° 17.132 Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas. Promulgada 24/01/1967.
- Declaración Universal de Derechos Humanos (10 de Diciembre de 1948, en París).
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Asamblea General ONU de 1966 aprobada por la Rep. Argentina por Ley 23.313).
- Código Civil y Comercial de la Nación (1 de agosto de 2015).

Doctrina:

- Blanco, Luis, (1994) "*Bioética: Proyecciones y aplicaciones jurídicas*". El Derecho. Univ. Católica Argentina. Año XXXII, Nro 8543, Buenos Aires;
- Carranza Torres, L. R., (2013). "*Protección jurídica de la salud*"- 1ra edición- Córdoba: Alveroni Ediciones;
- Clérico, L.; Ronconi, L y Aldao, M. (2013): "*Tratado de Derecho a la Salud*", tomo I (capítulo IX) y tomo III (capítulo LXXXI de Alvarez, M. y Guiñazú, E.), 1ra Edición Ciudad Autónoma de Buenos Aires, AlbeloPerrot;
- Ghersi, C.A., (2008) "*Tratado de daños reparables*" (tomo 3: parte especial) – 1ra edición – Buenos Aires: La Ley;

- Highton, E. y Wierzba, S. M. (1991). *“La relación médico paciente. El Consentimiento Informado”*. Buenos Aires: Ad-Hoc;
- Hooft, P.F., (1999), *“Bioética y derechos humanos. Temas y Casos”*. Buenos Aires: Ediciones Depalma;
- Lorda, P. Simón y Concheiro Carro, L. (1993), *“El Consentimiento Informado. Teoría y Práctica (I y II)”*. Medicina Clínica, Vol. 100, N° 17: 1659-663, Barcelona;
- Lorenzetti, R. L. (1997), *“Responsabilidad Civil de los médicos. Tomo I”*, Santa fe, Rubinzal-Culzoni;
- Lorenzetti, R. L. (1998), *“La empresa médica”*, Santa Fe, Rubinzal-Culzoni.

Jurisprudencia:

- CN Civ. Sala K, “M.E.M. C/ Q.H y otros s/ daños y perjuicios”, 28/06/2011
- M.C. c/ Clínica Pueyrredon y otros s/ daños y perjuicios” 26/12/2007
- CN Civ. Sala M, “C.F.I. y otros c/ Hospital general de agudos Juan Fernandez s/ daños y perjuicios”, 07/03/2007
- Casos “Bahamóndez” y “Albarracini” mencionados en Alvarez y Guiñazú, 2013; citados en Clérico, Ronconi y Aldao, (2013, Tratado de Derecho a la Salud).

Bibliografía complementaria:

AADEMES Asociación Argentina de Derecho Médico y Salud (2012).
Martín Carreras. La Historia Clínica en la Ley Argentina. Recuperado el 24/11/17
en: http://aademes.org/noticias/val/2854/val_s/27/la-historia-cl%C3%ADnica-en-la-ley-argentina.html. Copyright 2012 AADEMES | Asociación Argentina de
Derecho Médico y salud.

Aizenberg, M. y Reyes, R. D: (2012): El reconocimiento del derecho a la
Autodeterminación en el Ordenamiento Jurídico Argentino: La consagración de las
Directivas Médicas Anticipadas en la ley 26.529. Recurado el día 30/7/2018 en:
http://www.derecho.uba.ar/extension/dma_msa_rdr.pdf

Análisis de la Ley de Derechos de pacientes. Centro de bioética, derecho y
familia (octubre 24, 2017). Recuperado el 22/11/2017 en:
<http://centrodebioetica.org/2009/11/analisis-de-la-ley-sobre-derechos-del-paciente/>

Del Cerro, M.T. (2008): El sistema de salud en Argentina. Panorama.
Recuperado el 25/06/2018 en:
<http://fadepof.org.ar/downloads/ElSistemadesaludArgentino>.

Echegoyemberry, G. y Castiglia (2017): Sistema de salud argentino desde
el enfoque de derechos humanos. Boletín Capacitasalud. Recuperado en el
22/11/2017: http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2017/06/SISTEMAS-DE-SALUD-ARGENTINO_Castiglia_echegoyemberry_junio-2017.pdf

ForchtDagi, Teo (1994) Changing the Paradigm for Informed Consent.
TheJournal of ClínicaEthics, 246-250. Recuperado en el 23/11/2017:
<https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/744522>

Garrone, J. A. (2006): Diccionario Manual Jurídico AbeledoPerrot, Tercera edición, 2da reimpresión Ciudad Autónoma de Buenos Aires: AlbeloPerrot, 2014.

Gilardi J. y Lapichino, J. (2003): Praxis médica. Protección del profesional. Suplemento del Diario del Mundo Hospitalario. Publicación de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. Año 7, N° 29, Mayo. Recuperado el 23/11/2017 en <http://www.medicos-municipales.org.ar/prax0503.htm>

Hernández Sampieri, R y Fernández Collado C. y Baptista Lucio P. (2006): Metodología de la Investigación. McGraw-Hill México 2006 4ª Edición ISBN: 970-10-5753-8. Recuperado el 19/11/2017 en: https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/1033525612-mtis_sampieri_unidad_1-1.pdf

La Nación/Sociedad (2018, 15 de abril): Denuncian a los padres de un bebe que no fue vacunado y está internado por meningitis bacteriana, por Maradona Soledad. Recuperado el 04/05/2018) en: <https://www.lanacion.com.ar/2125857-denuncian-a-los-padres-de-un-bebe-que-no-fue-vacunado-y-esta-internado-por-meningitis-bacteriana>

Modelo oficial de consentimiento informado (2014). Superintendencia de Servicios de Salud ha dictado el 26 de marzo de 2014, publicada en el Boletín Oficial el 3 de abril, la Resolución N° 561/2014. Recuperado el 22/11/2017 en: http://www.colmedicosantafe2.org.ar/images/inicio/resolucion_561_2014.pdf

Organización Mundial de la Salud Informe Argentina 2017. Recuperado en Administración Salud.com.ar el día 26/7/2018 en:

<http://administracionsalud.com.ar/organizacion-mundial-de-la-salud-informe-argentina-2017/>

Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar (2013, diciembre). Recuperado el 23/11/2017 en:
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Pezzeta, S. (2011): ¿Qué investigar sobre la enseñanza del Derecho en las Facultades de Abogacía? El techo de cristal en la investigación socio jurídica. Academia. Revista sobre enseñanza del Derecho Año 9, N°18 2011, pp.59-75. Buenos Aires, Argentina (ISSN 1667-4154). Recuperado el 23/11/2017 en:
http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/rev_academia/revistas/18/que-investigar-sobre-la-ensenanza-del-derecho-en-las-facultades-de-abogacia.pdf

Piqué, M. L. (2013): El derecho a la vida en el Sistema Interamericano de Derechos. Humanos. Art. 4. Recuperado el 22/11/2017 en:
<http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/libros/pdf/la-cadh-y-su-proyeccion-en-el-derecho-argentino/004-pique-d-a-la-vida-la-cadh-y-su-proyeccion-en-el-da.pdf>

President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioural Research: "Making Health Care Decisions" (1982). Washington D. C. Government Printing Office. Recuperado el 22/11/2017 en:
<https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/792348>

Solano López; D (): Consentimiento informado: concepto, requisitos, excepciones, evolución y modificaciones asistenciales que conlleva. Servicio Medicina Interna. Comité de Etica Asistencial. Hospital de Basurto. Departamento de Medicina. Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Documentdownloadedfrom

<http://www.elsevier.es>, day 28/07/2018. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Vázquez Ferreyra, R. A. (2014): Aspectos generales de la responsabilidad civil en el nuevo Código de derecho privado. Publicado en: RCyS2015-II, 5, Recuperado el 27/7/2018 en: AR/DOC/4449/2014

Vera Carrasco, O. (2016): El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica (artículo de revisión). Scielo, Revista Médica La Paz vol.22 no.1 ,*versión On-line* ISSN 1726-8958, Recuperada el 22/06/18 en:

http://wooww.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100010

Wierzba, S. M. (2015): La Responsabilidad Médica en el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación Por Sandra M. Publicado en Revista de Responsabilidad Civil y Seguros-La Ley Año XVII-Número 9-Septiembre 2015, pág. 5 a 25. Recuperado el 20/7/2018 de:

<http://www.fmed.uba.ar/depto/medlegnew/cod2.pdf>