

Título: La ley de derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. Diez aspectos claves

Autor: Medina, Graciela

Publicado en: DFyP 2009 (noviembre), 01/11/2009, 234

Cita: TR LALEY AR/DOC/3954/2009

Sumario: I. Inicio. II. La dignidad de la persona como premisa. III. El respeto a la autodeterminación. IV. Las capacidades diferenciadas. V. Resguardo a la intimidad. VI. Las directiva anticipadas. VII. El reconocimiento de la unión de hecho de personas del mismo sexo por primera vez en una ley nacional. VIII. Legisla sobre la información sanitaria. IX. Incorpora la historia clínica informatizada. X. Omite contemplar la objeción de conciencia. XI. Legitimación.

Dado que el enfermo que decide no realizar un procedimiento o no someterse a terapia no perjudica los derechos de terceros, rige para él el principio de que todo lo que no está prohibido está permitido.

#### I. Inicio

La ley sobre derecho del paciente, historia clínica y consentimiento informado regula en forma obligatoria, para todo el país y todas las disciplinas, los derechos de los pacientes en orden a la asistencia médica que les es debida, en especial, la historia clínica, el consentimiento informado, las directivas anticipadas y la información sanitaria.

La norma se encuentra dividida en cuatro capítulos.

En el capítulo I se determina los principios generales y enumera los derechos del paciente frente a los profesionales. En ese orden, básicamente establece la obligación de los profesionales de salud de brindar asistencia médica [2](#) a todas las personas, sin discriminación, respetando su dignidad, su autodeterminación y su intimidad.

Por otra parte aclara que el profesional actuante sólo puede abandonar a su paciente cuando exista otro profesional competente que se haga cargo de él, sin hacer mención alguna a la objeción de conciencia.

En el capítulo II se define la información sanitaria, como aquella que de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, explica sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos. El legitimado activo para recibir la información sanitaria es el paciente, y en caso de que éste no estuviera en condiciones de recibirla o de entenderla, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado y a los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

Es importante destacar que el profesional de la salud debe entregar la información sanitaria por escrito a fin de que el paciente obtenga una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

En el Capítulo III se conceptualiza al consentimiento informado como la declaración de voluntad que emite el enfermo o sus representantes aceptando o rechazando un tratamiento, luego de recibir por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: 1) 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.

Con relación a la duración se prevé que el consentimiento siempre puede ser revocado, y con respecto a su forma se determina que, puede ser verbal salvo en los 5 supuestos que específicamente se solicita la forma escrita, que son: 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.

El Capítulo IV se encarga de lo referente a la historia clínica, de cómo debe ser confeccionada, procesada y cuidada. Se establece la obligación de entregar copia de la historia clínica al paciente en un término no mayor a 48 horas de solicita y la posibilidad de recurrir, para obtenerla a un procedimiento gratuito de Hábeas Data.

Finalmente se establecen las sanciones que soportarán quienes no cumplan con la ley y se exhorta a las Provincias a imponer sanciones semejantes en el ámbito que les es propio.

En una primera valoración, destacamos 10 puntos claves, los 8 primeros son aspectos positivos, los dos últimos son omisiones legislativas que lamentablemente no han sido contempladas.

1. Reconocimiento de la dignidad personal como punto de partida de toda la regulación los derechos del paciente
2. Respeto por la autodeterminación y consiguiente abandono del paternalismo médico
3. Resguardo de la intimidad.
4. Admisión de estados intermedios entre la "capacidad" e incapacidad del paciente.
5. Incorporación de las "voluntades anticipadas"
6. Aceptación por primera vez a nivel nacional de la pareja homosexual.
7. Legisla sobre la "información sanitaria".
8. Recepción de la Historia Clínica Informatizada.
9. Omisión de especificaciones sobre objeción de conciencia.
10. Carencia de soluciones específicas relativas al consentimiento informado del que el paciente se encuentre incapacitado de expresarlo y carezca de representantes.

## II. La dignidad de la persona como premisa

La norma en comentario tiene como premisa fundamental la "dignidad de la persona", y en tal sentido, respeta los principios de no discriminación y autodeterminación y salvaguarda el derecho a la intimidad.

La ley considera que resulta contrario a la dignidad del ser humano obligarlo a someterse a tratamientos médicos o quirúrgicos, en contra de su voluntad. A nuestro juicio ello es un adecuado corolario de la libertad, que sólo puede ser coartada cuando perjudique a terceros. Dado que el enfermo que decide no realizar un procedimiento o no someterse a terapia no perjudica los derechos de terceros, rige para él el principio de que todo lo que no está prohibido está permitido.

El derecho a negarse a recibir tratamiento fue aceptado por nuestra Corte de Justicia hace más de 15 años en el famoso caso Bahamondez, [\(3\)](#) los principios que lo sustentan han sido reiterados por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en su actual composición.

El alto Tribunal ha determinado en el curso del mes de agosto del 2009 que se debe seguir el ideario liberal y respetarlo. Así, en el caso "Arriola", la Corte dijo: "...el Estado tiene el deber de tratar a todos sus habitantes con igual consideración y respeto y la preferencia general de la gente por una política no puede reemplazar las preferencias personales de un individuo". [\(4\)](#)

Aplicando este principio al derecho de los pacientes, la ley garantiza que aunque la mayoría de la sociedad coincida en las ventajas de continuar con un tratamiento, el paciente tiene la facultad de optar por negarse a recibirlo.

Por otra parte, en el caso "Gualtieri", en el voto de la Dra. Argibay se precisa: "...es difícil concebir algo más "privado" que el propio cuerpo...el derecho de cada persona a excluir interferencias o invasiones de terceros en su cuerpo es un componente necesario de la vida privada, en la que rige el principio de autonomía personal...". [\(5\)](#)

## III. El respeto a la autodeterminación

Se plasma en:

- a. El derecho de los pacientes a negarse recibir tratamientos médicos, aún en el caso que estas terapias les salven o alarguen la vida y el correlativo deber de los médicos y profesionales de la salud de respetar la voluntad del paciente y abandonar todo tipo de paternalismo médico. (art. 9 inc. e)

Gracias a los avances en la medicina y a la ingeniería biotecnológica, hoy el promedio de edad ha aumentado y también han crecido en forma exponencial las armas que se posee para luchar contra las enfermedades. Por ello, se puede continuar viviendo con importantes funciones vitales paralizadas y también se puede mantener la vida en virtud de sustancias químicas que nuestro organismo no produce. Pero esa continuación de la existencia con disminuciones funcionales -que a veces se limitan a las meramente vegetativas-, es muy costosa desde el punto de vista emocional y psicológico; es por ello que, no siempre se requiere o no siempre se puede vivir denigrado en las funciones vitales, cosificado, dependiente del suministro de energía eléctrica, y pendiente de los altibajos de los monitores que marcan los ritmos vitales. No todos los seres humanos consideran digno respirar o defecar dependiendo de un aparato, por muy desarrollada o perfecta que sea la maquinaria o la técnica que lo logra, y no se puede obligar a las personas a su utilización con el fin de mantener funcionando anormalmente su cuerpo.

Cierto es que el hecho de que mecánicamente o eléctricamente se logre realizar algunas de las funciones del

organismo humano constituye un gran avance y un indiscutible progreso y que muchos aceptarán prolongar la vida o la parte que de ella les queda a cualquier costo y mediante cualquier terapia, porque prefieren una milésima de vida, o una vida limitada o reducida a la muerte. Pero también es cierto que algunos no pueden vivir una vida quimioterizada, biotecnologizada, mecanizada y terapizada y que no pueden ser obligados a someterse a procesos terapéuticos que prolongarán su existencia física en un tiempo limitado.

Atento a lo expuesto, no podemos sino compartir que entre los derechos del paciente se mencione expresamente la facultad de negarse a recibir tratamiento y la obligación de los facultativos de respetar el deseo del paciente, sin constreñirlo directa o indirectamente a someterse contra su voluntad a tratamientos clínicos o quirúrgicos o exámenes médicos cuando está en condiciones de expresar su voluntad o la haya expresado anticipadamente en una directiva anticipada.

b. La innecesariedad de establecer la causa o justificación del paciente para negarse a recibir una terapia determinada o para revocar su consentimiento (art. 9 inc. e)

El paciente es el árbitro único e irremplazable de su salud, por ello su voluntad debe ser respetada sin necesidad de que establezca la causa de su negativa. Este principio no debe ceder aunque medie amenaza a la vida. Ello es así porque es él quien se expondrá a los riesgos "a los sufrimientos", a la inmovilidad, a la posibilidad de una subsistencia llena de diferencias y limitaciones y a una intervención médica que "a veces sólo ofrece la posibilidad de una prolongación transitoria de la vida".

La innecesariedad de la expresión de causa impide que se juzgue su conducta en base al principio de beneficencia o de conveniencia, sobre lo que es mejor para su salud.

c. La aceptación de que el derecho a la información sanitaria incluye el derecho a no recibir la mencionada información (art. 9 inc. f)

Quien determina sobre qué aspectos quiere recibir de información es el paciente, y en aras a su propia autodeterminación, sus limitaciones deben ser respetadas.

#### IV. Las capacidades diferenciadas

Desde hace años, la doctrina brega por el reconocimiento de las capacidades diferenciadas. En el último mes quien lo ha puesto de relevancia con mayor jerarquía es el Dr. Julio César Rivera, quien en su discurso en las XXVI Jornadas Nacionales de Derecho Civil, al hablar de las "Reformas necesarias en el derecho de las personas físicas"<sup>(6)</sup> señala que en orden al ejercicio de los derechos personalísimos se tengan en cuenta las capacidades diferenciadas y se abandonen las rígidas divisiones de personas capaces e incapaces. En este orden de ideas señala la necesidad que se dicte una regla general sobre asentimiento de los menores para los actos sobre su cuerpo.

Acorde con estas recomendaciones la norma específica con respecto a los menores que "los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la ley 26.061 (Adla, LXV-E, 4635) a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud." (art. 2 inc. e)

Por otra parte, la ley sigue la tendencia de la legislación contemporánea en materia de personas con discapacidades absolutas o temporarias y deja de lado el régimen de compartimentos estancos - capaces / incapaces.

En este orden de ideas, la norma contempla la situación del paciente que se encuentra en imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico (por ejemplo, quien a causa de un accidente de tránsito se encuentra en coma temporal) y carece de representante.

En este caso, se prevé que la información sobre su estado sanitario se brinde al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y a los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

De esta manera se legitima a quienes no son representantes a tomar conocimiento del estado de salud de una persona técnicamente capaz pero imposibilitada fácticamente para anoticiarse de su estado sanitario.

#### V. Resguardo a la intimidad

Toda actividad médico asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe resguardar la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la ley 25.326 (Adla, LX-E, 5426).

El respeto a la intimidad se ve reflejado: en la necesidad de contar con el consentimiento del paciente para la exposición con fines académicos de la información (art. 8) y en el derecho a que toda persona que participe en la

elaboración o manipulación de la documentación clínica, o 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.

Como corolario del resguardo a la intimidad, la información contenida en la historia clínica sólo se puede dar al paciente o a su cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo, según acreditación que determine la reglamentación con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla.

#### VI. Las directiva anticipadas (7)

Una de las novedades de la ley de "Derechos del Paciente, Historia Clínica y consentimiento informado" es la recepción de las "Directivas Anticipadas", instrumento que desde hace más de una década se pretendía incorporar en la legislación interna del país.

Las directivas anticipadas constituyen un documento voluntario privado que contiene instrucciones que realiza una persona en pleno uso de sus facultades mentales, con el objeto que surta efecto cuando no pueda expresar su voluntad o no tenga suficiente capacidad para darla.

Entendemos por tales la declaración de voluntad que hace una individuo para que se respete su voluntad cuando quede privado de capacidad por causa sobrevenida.

Las directrices anticipadas constituyen un género que comprende tanto las "voluntades anticipadas", como al poder médico o poder para cuidado de la salud, que se otorga a un representante. La ley en comentario sólo incorpora la anticipación de voluntad, omitiendo toda referencia al poder para el cuidado de la salud.

La anticipación de la voluntad relativa a la propia salud, surgió en USA a partir del año 1970, y adquirió carta de ciudadanía en 1991, después de la Ley de Autodeterminación del Paciente. En Estados Unidos y Canadá lleva ya tres décadas la aplicación de los documentos de voluntades anticipadas o directrices previas en el ámbito clínico, y existen análisis de su aplicación, muy especialmente en los casos de decisiones críticas con pacientes en cuidados intensivos. Existe también gran interés y participación de Enfermería en este proceso, sobre todo actualmente con las experiencias en las "nursing home", dedicadas a cuidados paliativos.

La Unión Europea no ha sido ajena a la necesidad de legislar sobre directrices anticipadas. Así, el Convenio Europeo de Bioética se ocupa de las voluntades anticipadas (art. 9°): "Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad". El Informe Explicativo al Convenio arroja luz sobre el alcance de esta disposición: afirma que se trata de dar cobertura jurídica a los casos en que "personas con la capacidad de entender han expresado con anterioridad su consentimiento (ya sea para admitir o rechazar) en relación con situaciones previsibles y para el caso de que no estén en condiciones de expresar su opinión sobre un tratamiento".

En nuestro país, las voluntades anticipadas se encuentran incorporadas desde hace más de un lustro en normas provinciales. Entre ellas cabe recordar el "Registro de Actos de Autoprotección en previsión de una eventual incapacidad", de la provincia de Buenos Aires, la ley de la Provincia de Río Negro 4263 del 2008, la ley 6212 de Chaco que al reformar el Código Procesal incorpora una previsión sobre la eficacia de tales actos; la ley sanitaria de Neuquén sancionada en septiembre de 2008. Por otra parte, es de destacar que su validez ha sido aceptada por varios pronunciamientos judiciales.

Estas normas locales constituyen un valioso antecedente de la ley nacional, cuyo dictado era imprescindible porque la diversidad de legislaciones estatales genera inseguridades sobre el respeto a la directiva anticipada y la validez a dar en cada Provincia. De allí la utilidad de que la legislatura nacional reglamente uniformemente sobre la materia, aunque sea de manera general.

Advertimos que la norma sobre "anticipación de voluntad" es extremadamente general, y deja a la labor del intérprete, de la reglamentación y/o de otra ley, una serie de cuestiones de gran trascendencia como lo son:

1. ¿Quién puede otorgar la declaración de "directivas anticipadas"?
2. ¿Qué se puede plasmar en el instrumento de "directivas anticipadas"?
3. ¿Cuál es la forma que pueden tener las " directivas anticipadas"?
4. ¿Cuál es la eficacia?
5. ¿Se limita el contenido de la declaración?
6. ¿Dónde se debe registrar?
7. ¿Qué documentación hay que aportar para registrar la declaración?

8. ¿Cómo se puede modificar, sustituir o revocar?

9. ¿Quién puede acceder al conocimiento de la directiva?

VII. El reconocimiento de la unión de hecho de personas del mismo sexo por primera vez en una ley nacional [\(8\)](#)

La ley establece expresamente que el miembro de una unión de hecho homosexual se encuentra legitimado para solicitar la historia clínica de su pareja (art. 10) y para que se le brinde la información sanitaria tanto con autorización del paciente, como en el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico.

La importancia de esta disposición trasciende la mera legitimación del conviviente para solicitar la historia clínica y recibir información sobre el estado de salud, y los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle a su conviviente.

La trascendencia radica en que es la primera vez que una ley nacional reconoce a la unión de hecho homosexual, y lo hace, dándole a sus miembros iguales derechos que a los integrantes de una familia, con lo cual la ley acepta que entre los miembros de una pareja homosexual existen deberes y derechos familiares.

Con ello se continúa la tradición legislativa de comenzar su recepción legislativa en las materias más sensibles y cercanas a las necesidades básicas del ser humano, como lo son la salud [\(9\)](#) y los derechos del paciente.

VIII. Legisla sobre la información sanitaria

La norma en cuestión reglamenta la información sanitaria, esta consiste en la obligación del profesional de la salud de proporcionar datos, información y conocimientos de calidad, pertinentes y actuales para sustentar la toma de decisiones sobre la salud.

En un régimen donde rige la autodeterminación el sistema de información sanitaria es un instrumento necesario para adoptar decisiones de tipo médico en forma libre ya que si el sujeto no se encuentra debidamente informado, difícilmente puede optar.

Un paciente más formado en salud puede suponer una menor inversión de tiempo en tratar y aconsejar, una mayor adherencia al régimen de tratamiento, una mayor responsabilidad en el cuidado de su salud y, mediante la participación activa en su propio tratamiento, una mejora más rápida de su condición de salud, o en el caso de enfermedades crónicas, llevar una vida más satisfactoria y duradera.

IX. Incorpora la historia clínica informatizada

La norma en cuestión alude a la historia clínica informatizada y relega algunos aspectos de su puesta en marcha a la reglamentación.

La Historia Clínica Informatizada responde a las siguientes necesidades:

1.- Resolver los dos problemas clásicos de los archivos de las HC, que son: el aumento de su volumen en forma continua y el inevitable transpapelamiento de documentos originales, con riesgo de pérdida y de deterioro.

2.- Permitir la transferencia rápida de la información sanitaria existente sobre un paciente a puntos lejanos, unificando así, de hecho, la HC por encima de los límites de las instituciones asistenciales o de los espacios físicos que éstas ocupan.

3.- Poner a disposición de los investigadores y de los planificadores sanitarios esta información, en forma fácilmente accesible y tratable.

Sobre este tema se prevé que la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad. La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma (art. 13).

La posibilidad de contar con una historia clínica informatizada resulta fundamental para la eficacia y coordinación de las prestaciones médicas.

Hasta hace no más de medio siglo, cuando los médicos atendían individualmente todas las necesidades del paciente, sus historias clínicas se guardaban en ficheros manuales, donde se anotaban los datos más importantes

según su criterio.

En la actualidad, con la altísima especialización de los profesionales de la salud, el trabajo en equipo resulta imprescindible, y ante la imposibilidad de que los diferentes especialistas se reúnan como en la serie de "Dr. House", resulta imprescindible estructurar la información de manera coordinada y fácilmente accesible, cuestión que se logra acabadamente con la informatización de la HC. Ciertamente es que esta solución dependerá de la forma en que se lo reglamente y de los medios técnicos con que se cuente.

#### X. Omite contemplar la objeción de conciencia.

La ley impone a los médicos el deber de asistir al paciente hasta que se haga cargo de él otro profesional competente, sin reglamentar absolutamente nada sobre la "objeción de conciencia".

Creemos que hubiera sido preferible que específicamente se establecieran normas para objetores de conciencia y pensamos que esta ley hay que interpretarla armónicamente con otras que sí la contemplan y que por ser especiales, mantienen su vigencia. Tal el caso de la ley 26.130 sobre "Intervenciones de contracepción quirúrgica", eufemismo que incluye a las ligaduras de trompas de Falopio y a la ligadura de conductos deferentes o vasectomía, [\(10\)](#) la cual en su art. 6 recepta el derecho del objetor de conciencia, determinando que la objeción de conciencia no tendrá consecuencia laboral alguna, pero que se complementa con la obligación de las autoridades del establecimiento médico donde realice sus tareas el objetor, quienes deberán garantizar la atención mediante la derivación a otro profesional o centro asistencial que pueda dar cumplimiento a la ley "de manera inmediata".

Otra norma que reglamenta la objeción de conciencia es la ley 1044 /2003 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires también conocida como ley del anencefálico que regula el procedimiento a seguir ante situaciones de embarazos con patologías incompatibles con la vida. [\(11\)](#)

Es importante recordar que la objeción de conciencia es reconocida desde hace muchos siglos, enfocada principalmente a la defensa de creencias religiosas, consideradas como un valor fundamental de grupo y de carácter individual. También como ejemplo de defensa heroica, anteponiendo el honor y la religiosidad para disentir ante imperativos abrumadores. Tal es el caso de Antígona, en su enfrentamiento desigual con el tirano. En defensa de sus creencias religiosas, Antígona desobedece sus órdenes para dejar insepulto a su hermano, en conocimiento de que en ello le iba la vida. En el siglo pasado, hay evidencia de objeción de conciencia con relación al desempeño militar, primero respecto de la participación directa en las guerras y, a mitades del siglo, en la incorporación de conscriptos, con una extensión a las actividades paramilitares o en relación con la acción militar.

Entendemos que aun cuando la ley de Derechos del Paciente no lo diga, siempre que se garantice que otro profesional puede realizar la prestación médica de manera inmediata, todos los médicos y profesionales en el arte de curar pueden formular objeción de conciencia.

#### XI. Legitimación

Carece de previsión específica sobre la persona legitimada para brindar el consentimiento informado en el supuesto de que el paciente se encuentre incapacitado de expresarlo y no tenga representante.

La norma establece que se requiere consentimiento informado prestado por el paciente o por sus representantes para realizar cualquier práctica médica, salvo cuando: a) Cuando mediare grave peligro para la salud pública; b) Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales. Por otra parte se agrega que tales excepciones deberán ser interpretadas con carácter restrictivo.

La ley deja sin respuesta al supuesto en el cual una persona no se encuentra capacitada para dar su consentimiento informado, no tiene representante y no media un grave peligro para su salud.

Esta circunstancia frecuentemente se produce en las guardias hospitalarias cuando ingresa un paciente imposibilitado de asentir a raíz de un accidente, carece de representantes y no existe un grave peligro para la salud. El supuesto no encuadra en la excepción que permite a los facultativos actuar sin contar con el asentimiento del sujeto, y tampoco en la regla general, ya que el consentimiento no puede ser prestado por la víctima por sí, ni por representante.

En otros países la cuestión puede ser solucionada con la designación anticipada de un curador por el propio paciente, procedimiento que tampoco ha previsto nuestro legislador, con lo cual la única manera de solucionarlo es acudir a los principios y reglas de la bioética.

(1) La ley de "Derecho del paciente, historia clínica y consentimiento informado" fue aprobada con fecha ... al momento del presente comentario aún no ha sido promulgada.



(2) La asistencia sanitaria, o simplemente sanidad, es la prevención, tratamiento, y manejo de la enfermedad y la preservación del bienestar mental y físico a través de los servicios ofrecidos por las profesiones de medicina, farmacia, odontología, ciencias de laboratorio clínico (diagnóstico in vitro), enfermería y afines.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la asistencia sanitaria abarca todos los bienes y servicios diseñados para promover la salud, incluyendo "intervenciones preventivas, curativas y paliativas, ya sean dirigidas a individuos o a poblaciones".

(3) El caso "Bahamondez" fue fallado por la Corte Suprema (CS, abril 6-993 "Bahamondez, Marcelo", LA LEY, 1993-D, 125.

(4) CSJN, Arriola, 25.8.09 publicado en "Revista de Derecho de Familia y de las Personas", La Ley, N° 1, setiembre 2009, p. 213. El ideario liberal la CSJN lo pone en evidencia en muchos precedentes, siendo a nuestro juicio los más relevantes: Asociación y Lucha por la Identidad Travesti Transexual, CSJN, 21/11/2006, LA LEY, 4/12/2006, 5, con nota de Javier Enrique Ayuso y Agustín Griffi - DJ, 6/12/2006, 1011 - IMP. 2006-23-24, 2991, LA LEY, 11/12/2006, 7, con nota de Andrés Gil Domínguez, LA LEY, 5/2/2007, 7, con nota de Laura J. Casas y Alfredo Martín Espíndola.

(5) CSJN, Gualtieri Rugnone de Prieto, 11.8.09, donde se ratifica la solución adoptada en "Vázquez Ferrá", Fallos 326:3758 (LA LEY, 2003-F, 970).

(6) RIVERA, Julio César, "Reformas necesarias en el derecho de las personas físicas" en Revista De Derecho de Familia y de las Personas", La Ley, N° 2 octubre del 2009.

(7) Existen previsiones sobre directivas anticipadas en diferentes normas provinciales como: "Registro de Actos de Autoprotección en previsión de una eventual incapacidad", de la Provincia de Buenos Aires" del año 2002; la ley 4264 de Río Negro; la ley 6212 de Chaco que al reformar el Código Procesal incorpora una previsión sobre la eficacia de tales actos; la ley sanitaria de Neuquén sancionada en septiembre de 2008 admite la "ortotanasia" o sea la muerte natural "a su debido tiempo", distinta de la "eutanasia" y del "encarnizamiento terapéutico", regula el derecho a ser informado del paciente, a conformar o rechazar total o parcialmente un tratamiento y consagra también las "directivas anticipadas" o "instrucciones previas".

(8) Las uniones homosexuales han sido reconocidas en nuestro país a nivel local desde el año 2002, cuando en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se sanciona la ley 1004 (Adla, LXIII-A, 579); BOCBA N° 1617 del 27/01/2003. En sentido similar se ha expedido la ley de Río Negro y las Ordenanzas de las Ciudades de Río Cuarto y de Carlos Paz en la Provincia de Córdoba (Ver FLORES MEDINA, Pablo "Ordenanza de Río Cuarto Sobre Uniones Civiles", en Revista de Derecho de Familia y de las Personas", La Ley, N° 2, octubre 2009. En el orden nacional, han recibido atención legal en diversas normas, pero ésta es la primera que tiene jerarquía de ley, Así por ejemplo, la Administración Nacional de la Seguridad Social emitió la resolución 671/2008 —publicada en el Boletín Oficial del 27/8/2008—, mediante la cual en su art. 1° preceptúa: "Declárese a los convivientes del mismo sexo incluidos en los alcances del artículo 53 de la ley 24.241 (Adla, LIII-D, 4135), como parientes con derecho a pensión por fallecimiento del jubilado, del beneficiario de retiro por invalidez, o del afiliado en actividad del Régimen Previsional Público, o del Régimen de Capitalización, que acrediten derecho a percibir el componente público. A tal efecto, la convivencia mencionada se acreditará según los medios probatorios que establece el decreto 1290/94 (Adla, LIV-C, 3282) para los casos en que el causante se encontrare a su deceso comprendido en dicho régimen.

(9) Cabe tener presente que el derecho de la seguridad social fue el primero que reconoció el derecho de la concubina en el plano legislativo. Es importante destacar que el reconocimiento legislativo de la concubina en el ámbito de la seguridad social fue realizado cuando esa unión era considerada inmoral y los hijos eran sancionados por la falta de sus padres. Así la ley francesa del 12 de noviembre de 1955, otorga a las compañeras de los militares muertos en la guerra un seguro anual comparable a las viudas de guerra y durante la segunda guerra mundial en Francia no se hacía distinciones entre cónyuge y conviviente a los fines de distribuir las tarjetas de razonamiento (Medina, Graciela "Uniones de hecho. Hetero y homosexuales", Rubinzal y Culzoni. Cap. III. N° II.1).

(10) ROSALES, Pablo O., "Derecho a la ligadura de trompas y a la vasectomía. Ley 26.130", LA LEY, 2006-E, 1480.

(11) Ley 1044 - Anencefalia - B.O. 21/07/2003, CABA Artículo 8° - Objeción de conciencia. Procedimiento de reemplazos. Se respeta la objeción de conciencia respecto de la práctica enunciada en el artículo 6° en los profesionales que integran los servicios de obstetricia y tocoginecología del subsector estatal de salud. Los directivos del establecimiento asistencial que corresponda y la Secretaría de Salud están obligados a disponer o a exigir que se dispongan los reemplazos o sustituciones necesarios de manera inmediata.