



—ARTÍCULO—

Qué es el consentimiento informado y cómo se aplica en un Hospital Público

What informed consent is and how it is applied in public hospital

Julieta Terruli

Abogada (2020) y Escribana (2021), graduada de la Facultad de Cs. Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata. Asesora Legal en Hospital Zonal Especializado en Rehabilitación El Dique de Ensenada, provincia de Buenos Aires (2022-2024). Correo electrónico terruliasesoralegal@gmail.com

María Sol Salinas

Abogada graduada en la Universidad Católica de la Plata (2015). Especialista en Administración Hospitalaria graduada en la Universidad ISALUD (2021). Asesora Legal en Hospital Zonal Especializado en Rehabilitación El Dique de Ensenada, provincia de Buenos Aires. Correo electrónico mariasosalinas92@gmail.com

Recepción: 8/11/2024 | Aprobación: 30/10/2025

Resumen

El presente artículo tiene por objeto abordar distintos tópicos relacionados con la figura del consentimiento previo, libre e informado- detallado en la Ley del Derecho del paciente N° 26.529 de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (en adelante, Ley del Derecho del Paciente), su modificatoria Ley N° 26.742, y normativa complementaria aplicable-, cómo se encuentra previsto por la doctrina, por su regulación normativa, su anclaje y tratamiento casuístico en la comunidad pública hospitalaria, en la Provincia de Buenos Aires, República Argentina.

Palabras claves: Salud-Consentimiento Informado-información sanitaria-paciente.

Abstract

The purpose of this article is to address different topics related to the figure of prior, free, and informed consent - detailed in the Patient Rights Law No. 26.529 regarding the Rights of Patients in their Relationship with Health Professionals and Institutions (hereinafter, Patient Rights Law), its amending Law No. 26.742, and applicable complementary regulations - how it is provided for by doctrine, its regulatory framework, its anchoring, and case-by-case treatment in the public hospital community in the Province of Buenos Aires, Republic of Argentina.

Keywords: Health-Informed Consent-health information-patient.

Introducción

Si recordamos la frase del jurista alemán Rudolf Von Ihering que decía: “El derecho es una idea práctica, es decir, indica un fin, y como toda idea de tendencia, es esencialmente doble porque encierra en sí una antítesis, el fin y el medio. No basta investigar el fin, se debe además mostrar el camino a que a él conduzca.” (Calandrino, 2007 P. 988), se develará el motivo, el norte de las siguientes páginas; como así también qué se pretende para su estructura, la cual tendrá, -como puntapié inicial- la formulación de un interrogante >>¿Qué es el Consentimiento Informado?<< Así, con estos disparadores, se comenzó a reflexionar respecto de las problemáticas que se presentan comúnmente en este ámbito de aplicación, como agentes del Estado, en el contexto laboral del Hospital Público, si existen, y en su caso, cuál es la barrera identificable para el acceso y el goce efectivo del derecho a la salud.

¿De qué hablamos, cuando hablamos de Consentimiento Informado? ¿Se comprende de qué se trata y cuáles son sus alcances? ¿Qué repercusiones tendría no tenerlo en consideración? ¿Los trabajadores de un Hospital Público, comprenden a profundidad qué implica esta figura jurídica? ¿Es una figura jurídica, o, es algo más? ¿todos los trabajadores de un hospital deberían conocer de qué se trata? y entonces, conocer profundamente lo que implica el proceso de consentimiento libre e informado, ¿Repercute en la calidad de prestación del servicio de salud? ¿Repercute directamente sobre lo que comprendemos por salud? Y en su caso, ¿Qué debería contemplar el Consentimiento Informado? ¿Corresponde que el mismo sea documentado? ¿Quién y cómo se suscribe? por mencionar las más destacadas.

Si se considera que el consentimiento previo, libre e informado es, fundamentalmente un pilar, la base, jurídica y bioética en el sistema de salud, tanto en los efectores, como para sus trabajadores y para los y las usuarias del sistema de salud público, el camino necesariamente conduce al abordaje de un análisis que no sólo roza cuestiones conceptuales, sino también, práctico-normativas, particularmente ¿Por qué considerar que es tan importante el abordaje y tratamiento profundizado de la figura del consentimiento previo libre e informado en los establecimientos de salud públicos más allá de sus equipos legales?.

En la recta final del trabajo, se opta por presentar las siguientes reflexiones ¿Por qué nos debería importar hoy su tratamiento? ¿Qué rol ocupan los hospitales públicos y organismos centrales conexos, en el abordaje y tratamiento de esta temática en relación a la población? Consideramos que es interesante meditar esas respuestas, pero ya excedería el punto introductorio, invitando así al lector a incursionar en el abordaje de las siguientes páginas.

En último lugar, es dable destacar que, en algún punto disipado entre la lectura de la bibliografía implementada y la multiplicidad de interrogantes efectuadas, se optó por realizar una invitación abierta al debate, y fue en virtud de dicha decisión que se implementó un método utilizado comúnmente en Sociología

Jurídica, denominado como método del “pensamiento crítico jurídico”, o “crítica jurídica en la enseñanza del derecho”, el cual, invita a la reflexión, a la repregunta, teorizar sobre las prácticas y poner en juicio analítico esas mismas teorías. Con lo que, definidos el método y el tema central a desarrollar, ya en la recta final del camino, le serán reveladas al lector las conclusiones arribadas.

1. Objetivos, propuestas, y consideraciones previas: El derecho a la salud y el ejercicio del Consentimiento Informado

Existe un amplio consenso mundial sentado en organismos internacionales como la Organización de Naciones Unidas (O.N.U) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en reconocer a la salud como un derecho humano fundamental, que es necesario proteger en cuanto conforma un prerrequisito esencial para la realización de los proyectos de vida de las personas, así como una condición indispensable para garantizar la igualdad de oportunidades en la construcción de sociedades democráticas. En tal sentido, la tutela del bien “salud” por parte del Estado, está íntimamente relacionado con dicho reconocimiento, donde la salud se concibe como un verdadero derecho humano.

Ahora bien, se debe mencionar que los derechos humanos son normas que reconocen y protegen la dignidad de todos los seres humanos. Estos derechos rigen la manera en que los individuos viven en sociedad y se relacionan entre sí, al igual que sus relaciones con el Estado y las obligaciones del Estado hacia ellos. A partir de la reforma Constitucional argentina de 1994 se produjo un importante avance en el reconocimiento del derecho a la salud a través del art. 75º inc. 22, al otorgarle jerarquía constitucional a los Tratados que sí declaran expresamente este derecho.

En nuestro país, el derecho a la salud está vinculado con el derecho a la vida y legalmente amparado dentro de las denominadas “garantías innominadas” mediante el artículo 33 de la Constitución Nacional Argentina -CNA-, de manera tal que todo desconocimiento de ese derecho es comprendido inconstitucional, pudiendo

buscarse, por ejemplo, la vía de amparo para hacerlo efectivo (artículo 43 de la CNA).

El artículo 42 de la Constitución Nacional Argentina, en idéntico sentido, hace mención de la protección de la salud como un derecho reconocido a los consumidores y usuarios de bienes y servicios en su relación de consumo. Asimismo, todas las constituciones provinciales de la Nación Argentina, o bien, reconocen la salud como un bien social y/o un derecho humano, o bien hacen referencia a la protección de la salud como una responsabilidad del Estado, recordando que la salud, el derecho a la salud, no forma parte de las materias delegadas de las provincias a la nación (Art. 121 de la Constitución Nacional), sino que ellas preservan para sí la regulación del mismo, sin perjuicio de los estándares mínimos de protección que la Nación pueda definir mediante las denominadas leyes marco, que requieren adhesión de las provincias para ser operativas en las jurisdicciones locales. Esto es lo que sucede con la Ley Provincial N° 14.464, que adhiere a los términos de la Ley Nacional de Derechos del Paciente N° 26.529 y sus modificatorias.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina (C.S.J.N) ha definido el derecho a la vida, como el primer derecho natural de la persona humana, preexistente a toda legislación positiva que, obviamente, resulta reconocido y garantizado por la Constitución Nacional Argentina (Corte Suprema de Justicia de la Nación. Proceso 302:1284, M. P. Saguir y Dib, Claudia Graciela, 6 de noviembre de 1980. Corte Suprema de Justicia de la Nación. Proceso 310:112, M. P. Cisilotto, María del Carmen Baricalla, 27 de enero de 1987.

Además de comprender que el derecho a la salud está comprendido dentro del derecho a la vida y que se haya reconocido en tratados internacionales con jerarquía constitucional en lo que se refiere al papel del Estado Nacional en particular, la C.S.J.N se ha pronunciado definiendo la obligación impostergable que tiene el mismo de garantizar el derecho a la salud con acciones positivas, sin perjuicio de las

obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones locales, las obras sociales o las entidades de la llamada medicina prepaga (Corte Suprema de Justicia de la Nación. Proceso 323:1339, M. P. Asociación Benghalensis, 1 de junio de 2000. Corte Suprema de Justicia de la Nación. Proceso 323:3229, M. P. Campodónico de Beviacqua, Ana Carina; 24 de octubre de 2000).

Bajo este paradigma legal, se debe comprender que, tanto el Estado como sus agentes están obligados a asegurar el efectivo ejercicio del derecho a la salud, el cual recae tanto en los profesionales de la salud como en los auxiliares, así como en el cuerpo de gestión y administración del establecimiento. En tal sentido, analizar el derecho a la salud es fundamental para comprender su importancia, y la responsabilidad que no sólo el Estado tiene, sino cada profesional de salud, en particular, respecto al Consentimiento informado, garantizando el derecho a la salud en su totalidad y el ejercicio efectivo del derecho del paciente. Tanto la información sanitaria como el consentimiento informado, son materias reguladas especialmente en la Ley del Derecho del Paciente que, establecen, debe ser cumplimentada por los trabajadores de la salud, y, asegurado por el prestador de servicio sanitario.

Hay una realidad que no puede desconocerse y que impulsa la respuesta de los interrogantes previamente expuestos, y ello son las discrepancias, por ejemplo, entre qué comunicar y cómo comunicar la información sanitaria y cuándo brindar el consentimiento informado oral y cuándo documentado, además de quién es responsable de su otorgamiento, entre otras cuestiones. Ahora bien, la ley de Derechos del Paciente 26.529 y sus modificatorias, establece el punto de partida de la comunicación entre profesionales-pacientes. Aún así, se observan (de forma general) lo que se pueden comprender como zonas grises de la misma en su aspecto práctico.

Sin perjuicio de lo expuesto, es dable destacar en este punto, la existencia - aplicables en la jurisdicción nacional y C.A.B.A- de dos Resoluciones, por un lado la

Resolución N° 561 del año 2014, dictado por la Superintendencia de Servicios de Salud en la cual se aprueba un “Modelo de Consentimiento Informado Bilateral”, para ser utilizado voluntariamente por todos los prestadores, efectores y profesionales de la salud que participen en los subsistemas de Empresas de Medicina Prepaga y Obras Sociales; el mismo, es considerado como un acto jurídico de tipo bilateral que alcanza, exclusivamente, la relación entre el profesional médico o equipo médico y el paciente; y por otra parte, la Resolución Ministerial N° 616e del año 2017[2], por la que el Ministerio de Salud de la Nación aprobó el texto de consentimiento informado a ser utilizado por toda persona que se someta a tratamientos con técnicas de reproducción humana asistida, por las que se resuelve que dicho consentimiento previo libre e informado debe estar siempre documentado y verificarse requisitos específicos para su instrumentación.

Dichas disposiciones normativas se ejemplifican como disparadores a la hora de reflexionar no sólo respecto de los elementos que pueden influir en la concepción de la figura del consentimiento previo, libre e informado, la naturaleza del acto, el tipo de acto, las partes intervinientes, sino también reparar en el cuestionamiento sobre la necesidad de intervención de autoridades con competencia en cuanto a la proyección de lineamientos operativos, o, como en el caso ejemplificado ut supra, en el ámbito nacional, sobre la conveniencia de recurrir a modelos predispuestos, y la instrumentalización de los mismos, o que cada efector pueda decidirlo según sus necesidades específicas.

Sin embargo, excede de este artículo abordar pormenorizadamente el derecho a la salud, pero, sí es necesario remarcar para finalizar una conclusión a este subtítulo, que, sin contemplar un abordaje mínimo de los parámetros que implica hablar del proceso de consentimiento previo, libre e informado, se dificultará, como trabajadores de salud particularmente, asegurar un real ejercicio del derecho a la salud, y la vida.

2. ¿Qué es el consentimiento informado?

Es un derecho, y parte integrante del derecho a la salud. El mismo tiene por objeto proteger al paciente, impulsando su participación en la adopción de decisiones sobre su salud, luego de que se le haya proporcionado información adecuada, accesible y comprensible, en una forma que le permita a éste participar criteriosa o conscientemente en la toma de una decisión acerca de su salud, por ejemplo, a través de los tratamientos propuestos.

En tal sentido, García (1998) en el capítulo “Ética médica” lo explica concisamente diciendo:

El modo de lograrlo es mediante la puesta en práctica del consentimiento informado (que debe estar protocolizado en hojas especiales de la historia clínica). El médico informa al paciente lo que tiene y los procedimientos terapéuticos existentes, y el enfermo decide de forma autónoma sobre ellos, es decir, sobre si consiente o no consciente en su realización (P. 93).

Hoy en día, el concepto de Consentimiento Informado ha evolucionado en su definición, al igual que la terminología aplicada al referirse a pacientes en lugar de enfermos, o equipo de salud tratante en lugar de -únicamente- médicos, ampliando el mismo, y entendiéndose como tal la información comprensible, con un tipo de lenguaje acorde al entorno cultural del paciente, adaptado a las posibilidades propias de las personas asistidas, que pueda comprender la comorbilidad que lo acoge, o, su estado de salud en general, como así también sus posibilidades de mejoría, pudiendo decidir libremente luego de un balance de riesgo-beneficio.

Por todo ello, es que puede comprenderse que el consentimiento previo, libre e informado es un proceso constante entre el equipo tratante y el paciente, mediante el cual se busca que éste pueda comprender la información que le sea suministrada sobre su estado de salud, y que puede ser formalizado en la práctica, de forma documentada (instrumento) que contenga una declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, (en primer término), emitida luego de recibir

por parte del equipo interviniente, información clara y adecuada respecto a: su estado de salud; procedimiento propuesto; beneficios esperados; riesgos y molestias y/o efectos adversos previsibles; especificaciones de procedimientos alternativos y sus riesgos; consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos propuestos.

El marco normativo que aborda este tema, describe su obligatoriedad, es decir, toda actuación profesional (incluidos equipos interdisciplinarios) en el ámbito de salud, requiere con carácter general el previo consentimiento informado, oral o documentado, del paciente, garantizando que aquél -o quien ejerza su representación- participe en la toma de decisiones a lo largo de este proceso.

Por otro lado, los datos que se vuelquen en el mismo, al igual que los que se encuentran en la historia clínica, debe ser considerada como información de tipo sensible, por lo tanto, reservada, debiendo preverse y proveerse la protección integral de los datos personales asentados, resguardando así, no sólo la amplia esfera de derechos del paciente, sino el derecho al honor e intimidad de la persona como tal. Pero, la lógica decantación que sigue, implicaría preguntarse ¿Cómo se logra esto en la práctica? limitando o restringiendo el libre acceso de dicha información al público, teniendo en cuenta a su vez, que los Hospitales, y, por consiguiente, sus agentes, son guardianes y responsables directos de las historias clínicas, siendo su único titular, el paciente.

En este entendimiento se hace énfasis en uno de los interrogantes que fueron planteados en la introducción, es decir, si los trabajadores de salud comprenden de qué se trata y cuáles son sus alcances, ¿Existen datos o elementos que puedan establecer o corroborar afirmativamente que los trabajadores de salud comprenden sus alcances normativos? Incluso, teniendo en cuenta que se manifiestan discrepancias en la práctica sobre si corresponde utilizar modelos documentados genéricos, guías, en su caso qué modelo utilizar, cuándo, quién y cómo se debe suscribir. Es decir, como se destaca en líneas precedentes, puede reflexionarse sobre

si es o no es útil la implementación de modelos predispuestos (como los ejemplificados en las resoluciones emitidas por el Ministerio de Salud de Nación), sin perjuicio de los parámetros que brinda la Ley del Derecho del Paciente. Sin lugar a dudas, es imprescindible para la praxis hospitalaria, provincial y comunal, contar con un criterio o lineamientos operativos unificados.

Por ello es que, el abordaje de este punto -crucial- en el sistema hospitalario público provincial debe ser profundamente analizado, y promover su visibilidad, y su importancia, a los fines de lograr que se ejerza en términos reales este derecho del paciente y el cumplimiento efectivo del derecho a la salud y su accesibilidad, para así evitar el incumplimiento, o cumplimiento deficiente, de la Ley aplicable, y las responsabilidades que ello trae aparejado -no solamente para el personal de salud, sino, también para el establecimiento sanitario en sí.

La Ley de Derecho del Paciente debe ser conocida, difundida y aplicada por los trabajadores del campo de la salud, para que se garantice su cumplimiento. Ahora, -¿Cómo se garantiza lo que se desconoce?-, y en este punto debe repararse en sí la normativa vigente debería ser actualizada al contexto y nuevos paradigmas en el campo de salud, a la vez que, es preciso cambiar la idea instaurada en el inconsciente colectivo de que, a todo evento, sólo es el médico quién debe explicar y prescribir al paciente cuestiones relativas a su salud, sino que, el tratamiento de ésta, no puede sólo partir de una concepción únicamente fraccionada o segmentada por especialidades o por afecciones, o sólo dentro del ámbito médico, sino que, es dable considerar que la atención de salud involucra un tratamiento amplio, global, interdisciplinario sobre un mismo paciente, comprometiendo a todos los actores-equipos interdisciplinarios- involucrados en dicha atención.

En tal sentido lo define la doctrina comparada conforme el análisis realizado por el Dr. Ortiz Fernandez (2021):

Al aproximarnos al tema relativo al consentimiento informado debemos tener en cuenta, en primer lugar, que este derecho está integrado por dos facultades; a saber,

la información y el consentimiento. La primera comprende todos aquellos datos relativos a la salud que sean –o puedan ser relevantes– para el paciente en relación con una intervención concreta. Esta información ha de tener carácter previo, ya que su finalidad es que el usuario pueda tomar una decisión libre y voluntaria –en definitiva, que se trate de un consentimiento consciente–. Como se observa, ambas se encuentran íntimamente relacionadas, pues si no se ofrece una adecuada comunicación por parte del profesional, el enfermo no podrá prestar un consentimiento válido, libre y consciente, ya que, por más que se preste este último, tendrá un mero carácter formal (p. 33).

2.1. ¿Qué debe contemplar el consentimiento informado según la Ley de Derechos del Paciente?

Debiendo recordar que el Consentimiento Previo, Libre, e Informado debe considerarse como un proceso, lo primero que, entonces, debiera ser contemplado, es que implica un mecanismo, un camino a recorrer, que va desde que se obtiene la información sanitaria del paciente hasta efectivizar consentimiento informado de aquel, expresado de forma oral o documentada.

Para ello, es dable reparar que, en una primera instancia, se debe proceder a la identificación del “proceso previo” al consentimiento informado, puesto en práctica por el equipo de salud tratante:

Lo primero a solicitar es la obtención de la información del paciente sobre su estado de salud. La práctica de este punto se obtiene en el momento del ingreso del paciente a instituciones sanitarias o centros de salud. Esta información puede ser suministrada u obtenida por las propias declaraciones del paciente, y/o de familiares y/o representantes, esto último, en los casos que así corresponda y proceda, como así también puede ser suministrada por parte de equipos tratantes del establecimientos de salud de origen del paciente en los casos de derivaciones; también, puede ser brindada en entrevistas o charlas que se tengan con el personal

de salud que lo reciba, o a través de documentos como su Historia Clínica, epicrisis, estudios, o análogos. Luego de obtener esta información, la que se sugiere debe ser lo más completa en la medida de las posibilidades, el equipo tratante debe realizar una evaluación multidisciplinar para llegar a un diagnóstico.

Una vez obtenido el diagnóstico relativo al estado de salud del paciente, y, luego de abordado el procedimiento propuesto frente al mismo, sus beneficios esperados y riesgos y molestias y/o efectos adversos previsibles; como así también la existencia de procedimientos alternativos y sus riesgos, y de las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos propuestos, el equipo tratante debe suministrar esta información al paciente de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión de éste, para que a su vez tome una decisión razonada sobre su estado de salud, verificando así la concreción de consentimiento “previo” “libre” e “informado”.

En conclusión, se deberá obtener el consentimiento informado del paciente, pudiendo ser, según el caso, oral o documentado, total, parcial, o su rechazo.

La experiencia aconseja que dicho procedimiento sea documentado, por ejemplo, en la historia clínica del paciente, si el consentimiento fuera obtenido de manera verbal, implicando ello el registro del mismo, y el resguardo y custodia de la información protegiendo sus datos personales y sensibles.

Pero ahora, en la práctica, ¿Qué debe contemplar dicho proceso? En líneas generales, se considera legalmente oportuno que se deje constancia tanto del estado de salud con el que se recibe al paciente, (sin perjuicio de su evolución y consiguiente asiento del mismo en la historia clínica), como asentar la constancia de toda la información que se le explicó oralmente al mismo, en términos comprensibles de acuerdo a su situación y posibilidades, relativa a todas las prácticas diagnósticas y/o terapéuticas, de baja, mediana, o alta complejidad, según se trate, que sean inherentes, imprescindibles y/o rutinarias a la atención que se brinda en el efector.

Tiene dicho el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 79 de la Capital Federal, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que:

El consentimiento informado, tiene como finalidad que la paciente haya podido preguntar y que sus preguntas hayan sido contestadas por el profesional, y que, dada la operación, la paciente conocía todos los riesgos que ésta llevaba ínsitos para su salud. Por otra parte, entre los deberes que tienen los médicos está el de información, el de asesoramiento, sin olvidar que deben reducir los riesgos a que someten al paciente, de ser necesario una vez informado el paciente sobre cuál es su estado y posibilidades terapéuticas, el médico debe asesorar al paciente sobre cuál es su opinión respecto del mejor tratamiento posible para su caso y de los riesgos de encararlo o de rehusarlo, y una vez cumplidos estos deberes, el médico debe requerir el consentimiento del paciente para la práctica que le hubiese sugerido.

En el caso de internaciones y/o prácticas de riesgosa complejidad se debe recabar de manera documentada a la internación o práctica a realizarse del paciente. En este sentido, la ley constituye caso de excepción: que la internación se realice de forma urgente y/o en estado de gravedad del paciente, y se advierta que la no realización o demora en efectuar procedimientos diagnósticos o terapéuticos impliquen riesgo de muerte inminente o situación de riesgo irreversible para la vida del paciente. En estos casos, el consentimiento informado se exceptúa de forma previa, aunque, siempre se recomienda que la misma sea efectivizada una vez finalizada la práctica de urgencia, brindando información sanitaria actualizada al estado de salud del paciente previo a la práctica y sus resultados, y asentar cada instancia en la Historia Clínica del paciente.

2.2. ¿Quién está autorizado a otorgar el consentimiento informado en caso de corresponder su documentación?

Como se destacó en párrafos precedentes, el consentimiento informado es un proceso que puede ser prestado tanto de forma oral como documentada. En ambos casos, para lograr una diligente práctica de este derecho, es importante conocer a los autorizados legales a prestar y firmar el consentimiento informado, para ello es relevante tener en cuenta el artículo 4 y 5 de la Ley de Derechos del Paciente y el artículo 4 y 5 de su Decreto Reglamentario, que, de su interpretación armónica, puede decantar la siguiente conclusión, en términos generales: quien otorga en primer término el consentimiento informado será el paciente, por regla. Sólo en su defecto -es decir, la excepción a la regla- pueden ser los autorizados legales, que actuarán en representación de aquel, incluso cuando mediaren los supuestos previstos en el artículo 9 de la Ley del Derecho del Paciente y en el artículo 9 de su Decreto Reglamentario.

Si bien, es cierto que los artículos referidos establecen un “Orden de prelación” y formas de acreditación del vínculo en los casos de representación, es interesante reflexionar para la práctica hospitalaria, especialmente en el caso de pacientes “sociales” que pueda tomarse sobre dicha prelación, si una visión más bien rigurosa, o, más bien amplia. Se considera que dependerá del análisis de cada situación en concreto, teniendo en cuenta que, del juego normativo, hay distintas posibilidades de obtener el otorgamiento del consentimiento cuando el paciente no pueda prestarlo por sí mismo.

De forma desmenuzada, entonces, puede trabajarse sobre quiénes pueden otorgar el consentimiento informado:

A.- El paciente, en primer término.

B.- Y, sólo en caso de constatarse que, según criterio del equipo profesional tratante el paciente no pueda tomar decisiones, o, imposibilidad a causa del estado del paciente, que pueda ser física y/o psíquica, que lo impida de recibir, comprender la información que se le deba suministrar y tomar decisiones o incluso en caso que el

paciente posea sentencia de determinación de la capacidad jurídica, otorgarán por el paciente, en su representación:

B.1.- Persona autorizada por el paciente (vrg. mediante poderes que así lo prevean y acrediten, es importante tener en cuenta en este caso que la autorización, para ser válida según el espíritu de la normativa mencionada, debe ser otorgada por el paciente que no se encuentre impedido para ello, por ejemplo, en caso de padecimientos psíquicos); cónyuge y/o conviviente; padres y/o tutores; quién, conviviendo o no, esté a cargo de la asistencia y cuidados del paciente; curadores y/o encargados y/o sistemas de apoyo (por sentencia judicial firme, que así lo prevea acredite).

C.- A tenor del último párrafo del artículo 59 del CCCN, del artículo 9 de la Ley de Derechos del Paciente, y modificatorias, y del artículo 9 de su Decreto Reglamentario, si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica, y no la ha expresado anticipadamente, y, de existir imposibilidad del equipo tratante para contactar a las personas referidas en el punto B.1, que pudieren otorgar consentimiento, en los casos en que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para la vida o salud del paciente (la cual, deberá ser justificada en la razonabilidad del equipo profesional interviniente y refrendada por el jefe y/o subjefe del equipo conforme lo establece la citada normativa), sólo en caso de configurarse todo ello, el equipo profesional actuante, puede prescindir del consentimiento, pero debiendo dejar clara constancia de ello en la historia clínica del paciente, describiendo las ventajas y desventajas del procedimiento a realizarse y las razones que, en su opinión, justifican su realización ante la necesidad de evitar un mal mayor, es decir, es de suma importancia una constancia clara en la historia clínica. Esto debe ser comprendido por los profesionales sólo restrictivamente, como una excepción a la regla. Por ello, una vez sorteada la situación de urgencia, se recabará el consentimiento informado por los autorizados legales que representen

al paciente, en caso de que aún persista la imposibilidad de aquel para consentir. En estos casos, desde la experiencia, una vez advertida dicha situación corresponde iniciar el proceso judicial de determinación de la capacidad jurídica (mediante defensorías oficiales o quien haga sus veces) que mediante sentencia designe un curador o sistema de apoyo para ese paciente, quien intervendrá luego de su designación por sentencia judicial. Así lo dispone la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil - Sala L (2021):

Los principios y reglas que regulan la restricción o restricciones en materia de capacidad jurídica plasman en el nuevo Código el reemplazo de un "modelo de sustitución en la toma de decisiones" por un "modelo de apoyo en la toma de decisiones". Ese cambio de paradigma implica que, desde la asunción de que todas las personas tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones, la pregunta deja de ser si una persona puede ejercer su capacidad jurídica, para concentrarse en que necesita la persona para ejercer su capacidad jurídica (conf. Kraut, Alfredo Jorge y Palacios, Agustina en: "Código Civil y Comercial de la Nación Comentado" (Lorenzetti, Ricardo Luis. Director), Año 2014, Ed. Rubinzal-Culzoni, Tomo I, pág. 139, comentario al art. 31 del CCCN).

Aquí, necesariamente, se menciona -brevemente- la función fedante que poseen las funciones de Director Ejecutivo -y/o asociados por aplicación del art. 15 de la Ley 10.471 "Régimen para la Carrera Profesional Hospitalaria"- de centros de salud u hospitales públicos. Si bien el CCCN no menciona estrictamente que debe documentarse en instrumento público (como si lo sugería el antiguo Código Civil de Vélez) para determinados casos puede ser tenido en cuenta esta posibilidad de dar fe pública del documento de los funcionarios públicos, incluidos los directores ejecutivos y/o asociados.

3. *¿Es necesario contar con un Modelo orientador de Consentimiento Informado en la Provincia de Buenos Aires?*

Siguiendo el análisis propuesto en el artículo, y bajo el antecedente de la Superintendencia de Salud en la esfera Nacional, cabe preguntarse, ¿es preciso contar con un modelo orientador de Consentimiento Informado en la Provincia de Buenos Aires? ¿Ello, se ajustaría al espíritu de la Ley de Derechos del Paciente?

Teniendo en cuenta las diferencias existentes entre las realidades y necesidades de cada efector y tomando en cuenta que la Ley de Derechos del Paciente en su artículo 5º prevé que el Consentimiento Informado es la declaración de voluntad suficiente del paciente emitida por éste luego de recibir por parte del profesional, equipo tratante, información clara precisa y adecuada (...), quedaría establecida esta idea de Consentimiento Informado como un proceso singular, único, e íntimo entre el paciente y el profesional o equipo tratante, por ello, en consideración de estos factores, ¿No sería conveniente contar con lineamientos guías que apunten a lo operativo, a las “zonas grises” que puedan decantarse en la práctica del día a día, emanada de la autoridad competente?, lineamientos generales a los que cada Hospital pueda recurrir, cumplimentando en materia de Consentimiento Informado una mejora en los procesos del mismo, que en la realidad se encuentran deficientemente implementados.

En tal sentido, se puede advertir que, en la práctica, el proceso de Consentimiento Informado se debe adaptar a las especificaciones de cada caso en particular conforme la diversidad de pacientes, diagnósticos, y equipos tratantes, no encontrando sustento, en este sentido, el modelo único o genérico de Consentimiento Informado. Sin embargo, se analiza la posibilidad de contar con lineamientos o guías que abordan pormenorizadamente la normativa vigente en tal materia, a fin de iluminar el desarrollo correcto del proceso mencionado, logrando

de la mejor forma posible la autonomía de la voluntad del paciente descrita en la Ley de Derechos del Paciente y consagrado en el CCCN.

Ahora bien, cabe mencionar que, desde la experiencia práctica debe evitarse recurrir de forma previa y con carácter “preventivo” a trabajar con documentos cuya suscripción está pensada en relación a familiares o responsable del paciente que ingresa a un efector mediante sistema de internación en lo que dure la misma.

Si bien, se puede comprender que dicha situación se relaciona directamente a no desatender la también importante cuestión relativa a la externación de pacientes, deben analizarse como prácticas diferentes, puesto que de no hacerlo se terminaría vulnerando en consecuencia el principio de la autonomía de voluntad que es la base del Consentimiento Informado.

Se observa, entonces, que ambas vías corren por dos senderos separados, es decir, una es lograr respetar, en la mayor medida de lo posible, la autonomía de voluntad del paciente (ampliada con la nueva redacción del CCCN), siendo el proceso que implica llegar a un Consentimiento Informado y su documentación la forma por antonomasia de lograrlo; y, por otro lado, el “compromiso” que puede girar en torno a la externación o alta del paciente en cuestión. Por ello, en atención a esos motivos, se sugiere esbozar, en los casos que sea necesario acreditar, por un lado, el registro documentado del Consentimiento Informado como tal, que -en cumplimiento de la manda legal- sea estrictamente referido a la información sanitaria del paciente y su abordaje, y, por otro lado, contar con un documento de declaración jurada, que atienda otras necesidades relativas al paciente, como por ejemplo: externaciones, normas de convivencia, regularidad de visitas de familiares, etc., agregado como documentación relativa en el legajo del paciente o historia clínica. Como corolario de este punto, en base a lo expuesto, se concluye que sería importante contar con lineamientos operativos orientadores para los distintos equipos de salud en la obtención del Consentimiento Informado, entendido como un

proceso entre el paciente y su equipo tratante, no encontrando sustento la aplicación de un modelo genérico como bien fue desarrollado en el presente acápite.

Sostiene Ortiz Fernández (2021):

Se trata de una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas (p. 74).

3.1. *¿Qué se podría lograr con la implementación de lineamientos actualizados de consentimiento informado?*

La necesidad de adecuar la normativa vigente aplicable en materia de derecho del paciente mediante lineamientos operativos y actualizados sobre el proceso de Consentimiento Informado que tomen en consideración las distintas realidades, implica cumplimentar criterios normativos, éticos y tecnológicos actuales respecto de los cuales las instituciones sanitarias y los equipos tratantes deben aplicar.

En este sentido, se lograría contribuir de forma más práctica a la protección de los derechos del paciente y que los equipos tratantes sepan cómo “acercar” al mismo a que sea partícipe en las decisiones sobre su salud, priorizando la autonomía de voluntad que determina el nuevo CCCN; por una parte, resguardando la información sanitaria y, por otra, contando con pautas que reflejan las distintas dinámicas y realidades específicas de cada Hospital en particular.

Otra práctica que debe ser evitada, es abordar el consentimiento informado como un mero trámite burocrático entre médico-paciente (que denota un criterio, ya antiguo, del modelo médico-hegemónico en la atención de la salud, que no coloca a la

persona- usuario/paciente- en el centro sino, al médico en la toma de las decisiones de salud de su paciente), entendiéndose al médico como equipo de salud quien debe suministrar la información sanitaria acorde a la capacidad de comprensión del paciente -lo que puede inferirse que involucra hasta cuestiones creativas según el caso, incluyendo, incluso, modos y/o medios de comunicarlo, como por ejemplo, acompañando la explicación con dibujos o imágenes, que, de requerirse la documentación pueden ser incluidos o adosarse al documento-, lo que implica para el equipo tratante una mayor responsabilidad, de acuerdo a la Ley del Derecho del Paciente que establece en el art. 11 bis “Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, administrativa, derivadas del cumplimiento de la misma”. Por consiguiente, el procedimiento relativo a la obtención y otorgamiento del consentimiento informado al paciente, integra una obligación legal inherente a los profesionales de la salud (equipo de salud) y de la Institución que brinda el servicio asistencial.

El consentimiento del paciente es requisito previo a la realización de todo procedimiento que entrañe algún grado de riesgo, mínimo a complejo, del interesado, y el mismo debe expedirse en ejercicio de la libertad individual como persona, y no viciada por una información incompleta, deformada o inexacta.

Por ello, es indispensable que el equipo tratante explique de forma comprensible al paciente todo lo referente a su estado de salud, la necesidad de efectuar el procedimiento indicado para solucionar o paliar el padecimiento del paciente, describiendo las alternativas diagnóstico-terapéuticas disponibles, como las ventajas y desventajas de cada una de ellas.

En tal sentido, Herrera, Caramelo y Picasso (2022) sostienen que:

El CCyC, al igual que la ley 26.529, exige que la información sea: clara, precisa y adecuada, siguiendo la línea fijada por las convenciones internacionales, como la DUBDH o el Convenio sobre los Derechos del Hombre y la Biomedicina. La adecuación se proyecta en la esfera subjetiva, objetiva, cuantitativa, cualitativa y temporal. La información debe ser adecuada a las circunstancias personales del paciente (edad, estado de ánimo, gravedad, tipo de enfermedad, etc.). Ella debe adecuarse a su finalidad (dar a conocer el estado de salud, obtener el consentimiento, conseguir la colaboración activa, etc.). La cantidad de información a suministrar está dada por la finalidad citada y por lo que demande el paciente. Es imprescindible un análisis personalizado y prudente, es decir, adecuado a cada situación, con el fin de respetar las necesidades de cada persona y las preferencias de cada una en cada momento. La información no será nunca dirigida a buscar una decisión determinada del paciente, debiendo evitar cualquier tipo de manipulación (pp. 144-145).

En síntesis, se concluye que una comprensión adecuada a la situación del paciente y correcta instrumentación del proceso de Consentimiento Informado es, como se mencionó, una forma de proteger también los derechos y obligaciones de los agentes de cada institución hospitalaria. Recurrir a implementar lineamientos operativos actualizados implica un mayor dinamismo en cuanto a la manera de llevar a cabo ese proceso, de instrumentalizarlo, y las posibilidades tecnológicas existentes.

4. Casuística

4.1. Identificación de las problemáticas.

En este punto se intentará identificar las problemáticas que surgen en el campo de acción, respecto del Consentimiento Informado. En tal sentido, se contemplan cuatro problemáticas que, a todas luces, deberían ser evitadas en la práctica hospitalaria.

En primer término, se menciona como problemática central la percepción de “sectorización” del concepto, lo que lleva a una comprensión compartimentada –que puede caer en miradas sesgadas- del significado del proceso de consentimiento libre e informado, respecto de (o provocado por) agentes que trabajan diariamente este concepto: esto es, una mirada exclusivamente legal o exclusivamente médica, o exclusivamente burocrático-administrativa, pero, sin existir en lo cotidiano puentes de balance entre las distintas disciplinas que trabajen fácticamente el proceso de consentimiento libre e informado, y coordinar interdisciplinariamente una comprensión armónica e integral que decante o coadyuve en otros disparadores sobre la calidad de la atención y el sistema de salud pública.

Como segunda problemática, se puede observar una ausencia, o parcialidad, en cuanto a la difusión exacta del significado de lo que implica el abordaje -interdisciplinario- de un proceso de consentimiento libre e informado respecto de los usuarios del servicio de salud, a modo ejemplificativo, puede reflexionarse sobre si se utilizan las TICs al alcance de los hospitales públicos para difundir estos tópicos, o si se utilizan otros canales de difusión.

Como tercera problemática, se identifica una ausencia de lineamientos operativos claros para llevar adelante el proceso de Consentimiento Informado conforme a la ley vigente, que se observa en la práctica en desuso a las nuevas realidades y posibilidades bioéticas. En este sentido puede preguntarse ¿Qué rol ocupan los Comité de bioética o las unidades de docencia e investigación en los hospitales públicos? ¿Es necesario su fortalecimiento y/o acompañamiento desde los órganos centrales de la administración de salud?

Y finalmente, la cuarta problemática se enfrenta con la necesidad de distinguir los distintos elementos y situaciones legales del proceso de consentimiento previo libre e informado por parte de todos los trabajadores del hospital público ¿Es necesario que se difundan cursos de capacitación obligatoria?

En tal sentido es dable aclarar que, si bien la problemática existente en esta materia es amplia, se simplifica al lector las que se han considerado de mayor importancia en la práctica, para su tratamiento y análisis.

4.2. Soluciones prácticas para la realidad diaria de los Hospitales Públicos provinciales.

Siguiendo el lineamiento del punto anterior, es importante remarcar que, si bien las problemáticas abordan situaciones prácticas, cotidianas, y con sustento en acciones atendibles, las mismas implican, necesariamente, acciones de políticas públicas, específicamente en la modificación de determinados procesos y de la capacitación del recurso humano que interviene en el mismo. Ahora bien, sin perjuicio de lo mencionado anteriormente, a continuación, serán mencionadas algunas soluciones aplicables en relación al tópico del consentimiento informado -en lo inmediato- en los efectores públicos, como ser:

1. Propender a la creación y/o fortificación del rol, en el hospital público, de las funciones de docencia e investigación y/o comités de bioética con acompañamiento de organismos centrales y unidad directiva del efector;
2. Impulsar, mediante dichos comités y/o funciones de docencia, capacitaciones y cursos de formación obligatoria para los y las trabajadores del hospital público, alrededor de los alcances, trascendencia, e impacto del proceso de consentimiento libre e informado;
3. Difusión social, con carácter preventivo, a través de TICs y/u otros canales sobre las implicancias (desde una concepción multidisciplinaria) del proceso de consentimiento libre e informado, sus alcances y limitaciones o situaciones específicas;

4. Incluir como política pública, acorde a la normativa vigente, la necesidad de que los equipos tratantes se encuentre debidamente capacitado en materia de Derecho del Paciente, específicamente temas como el Consentimiento Informado, e Información Sanitaria, y, que incluso pueda pensarse en la periodicidad de dichas capacitaciones;
5. Elaborar, adquirir, implementar lineamientos operativos en la materia abordada para la aplicación y garantía del derecho de salud y del correcto proceso de Consentimiento Informado;
6. Efectuar un análisis posterior del impacto producido por la capacitación obligatoria y de la utilización y/o aplicación de lineamientos operativos mediante estadísticas destinadas a conocer la eficacia de los procesos mencionados, para poder luego, modificarlos o ampliarlos y brindar calidad en el servicio prestado, contribuyendo a garantizar el acceso a la salud y el efectivo ejercicio del derecho del paciente.

5. Conclusiones

Desde nuestra área de *expertis*, se reconoce la necesidad de abordar este tema de una forma consciente y práctica, toda vez que ello es fundamental para el libre y justo ejercicio del derecho a la salud.

Por tal motivo, dicha investigación nos condujo a publicar el presente artículo para contribuir y aportar de esta manera experiencia y conocimiento, y lograr la concientización del tema abordado en consonancia con la realidad y la legislación vigente.

En tal sentido, al abordar el tema pormenorizadamente, se llega a la conclusión de que el tratamiento actual que se da respecto de temas como la información sanitaria y el proceso de Consentimiento Informado puede provenir del

desconocimiento o falta de capacitación activa en particular de la normativa vigente en materia de derechos del paciente, trabajado en el acápite del punto cuarto “Casuística”. Para garantizar el acceso a la salud, se debe brindar una información sanitaria clara, precisa, detallada, acorde a la situación del paciente, mediante los documentos legalmente existentes, para que el mismo, en su plena capacidad, pueda tomar decisiones conscientes sobre su estado de salud. En tal sentido sostiene Herrera (2022) que “La finalidad principal de los documentos de consentimiento informado es entonces, favorecer la participación de las personas en el proceso asistencial que les atañe y promover su corresponsabilidad en la toma de decisiones clínicas” (p. 144).

En último lugar, se proponen las siguientes preguntas para reflexionar: A través del análisis, capacitaciones, y adopciones de lineamientos operativos del proceso de Consentimiento Previo, Libre e Informado, ¿Puede contribuirse a un replanteo y reconsideración de la forma de atención de los pacientes? En ese sentido, las formas actuales de atención ¿podrían reflejarse en relación al modo de obtención del consentimiento informado? ¿o podría reflejar si el paciente forma parte de la toma de decisión de su salud, y, asimismo, quiénes intervienen en dicho proceso?

Referencias

- Calandrino, A. (2007). La vigencia del pensamiento de Von Ihering en el derecho del trabajo. *Revista Derecho del Trabajo*. Año 67, no. 9 (sep., 2007).
- García, D (1998). *Problemas éticos en medicina*. Editorial Trotta S.A.
- Herrera, M; Caramelo, G; y Picasso, S. (2015). *Código Civil y Comercial de la Nación Comentado* (t. I, Parte General), Ed. Infojus, Buenos Aires;
- Ley Nacional N° 24.430 de 1995. Por la cual se transcribe el texto oficial de la Constitución Nacional (sancionada en 1853 con las reformas de los años

1860, 1866, 1898, 1957 y 1994). Publicada en el Boletín Nacional del 10-Ene-1995.

- Ley Nacional N° 26.529 de 2009. Por la cual se regulan los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Publicada en el Boletín Oficial el 20-Nov-2009. Número: 31785 .
- Ley Nacional N° 26.742 de 2012. Por la cual se modifica la Ley N° 26.529 que regula los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud Resumen. Publicada en el Boletín Oficial el 24-may-2012. Número: 32404.
- Ley Nacional N° 26.862 de 2013. Por la cual se regula la garantía en el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. Publicada en el Boletín Oficial el 26-Jun-2013.
- Ley Nacional N° 26.994 de 2014. Por la que se aprueba el Código Civil y Comercial de la Nación. Publicada en el Boletín Oficial del 08-oct-2014. Número: 32985.
- Ley Provincial N° 14.464 de 2013. Por la cual se establece la adhesión a la Ley Nacional N° 26.529, que regula los derechos de los pacientes en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Publicada en el Boletín Oficial el 25-feb-2013. Número: 27014.
- Ley Provincial N° 10.471 de 1987. Por la que se regula la Carrera Profesional Hospitalaria. Publicada en el Boletín Oficial el 13-Ene-1987.
- Decreto Reglamentario N° 1089 de 2012. Por el que el Poder Ejecutivo de la Nación Argentina aprobó la reglamentación de la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Publicada en el Boletín Nacional el 06-Jul-2012.

- Ortiz Fernandez, Manuel (2021). El consentimiento informado en el ámbito sanitario. Ed. Dykinson, Madrid;
- Resolución N° 561 de 2014. Por la cual el Ministerio de Salud de la Nación-Superintendente, Superintendencia de Servicios de Salud- aprobó el Modelo de Consentimiento Informado Bilateral, para ser utilizado obligatoriamente por todos los prestadores, efectores y profesionales médicos que participan en los subsistemas de Empresas de Medicina Prepaga y Obras Sociales, en los casos establecidos en el artículo 7° de la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742. Publicada en el Boletín Oficial el 03-abr-2014.
- Resolución N° 784 de 2014. Por la cual el Ministerio de Salud de la Nación-Superintendente, Superintendencia de Servicios de Salud- modificó la Resolución N° 561 que aprobó el Modelo de Consentimiento Informado Bilateral, para ser utilizado obligatoriamente por todos los prestadores, efectores y profesionales médicos que participan en los subsistemas de Empresas de Medicina Prepaga y Obras Sociales, en los casos establecidos en el artículo 7° de la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742. Publicada en el Boletín Oficial el 06-may-2014. Número: 32877.
- Resolución Ministerial N° 616 E de 2017. Por la cual el Ministerio de Salud de la Nación aprobó texto de consentimiento informado a ser prestado por toda persona que se someta a tratamientos con técnicas de reproducción humana asistida. Publicada en el Boletín Oficial del 26-may-2017. Número: 33632.

Jurisprudencia

- Asociación Benghalensis y otros c/ Ministerio de Salud y Acción Social - Estado Nacional - Amparo ley 16.986 - Corte Suprema de Justicia de la Nación (1 de Junio de 2000).

- Cisilotto, María del Carmen Baricalla de c/ Estado Nacional Ministerio de Salud y Acción Social - Acción de Amparo - Corte Suprema de Justicia de la Nación (27 de enero de 1987).
- CSJN, 24/10/2000, “Campodónico de Beviacqua, Ana Carina c/ Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas”, Fallos 323: 3229; LL 2001-C, 32;
- CSJN, 18/12/2003, “Asociación de Esclerosis Múltiple de Salta c/ Ministerio de Salud”, DJ 2004-2, 173, LL 2004-D, 30, Fallos 326:4931, del dictamen del Procurador General que la Corte hace suyo;
- CSJN, 07/11/2006; “Mosqueda, Sergio c/ Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados”, Fallos 329: 4918, LL 2007-A, 62, DJ 2006-3, 1239, IMP 2007-A, 87 del dictamen del Procurador General que la Corte hace suyo.
- P., A. A. c/ Estética Integral S.A. y otro s/ daños y perjuicios resp. profesional - Demanda por mala praxis. JUZGADO NACIONAL DE PRIMERA INSTANCIA EN LO CIVIL NRO 79. CAPITAL FEDERAL, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (25 de Abril de 2024).
- Sabater, Maria G. s/Determinación de la Capacidad; Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil - Sala L (18-03-2021)
- Saguir y Dib, Claudia Graciela s/ Autorización Judicial - Recurso de Amparo - Corte Suprema de Justicia de la Nación (6 de Noviembre de 1980).