

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y MENORES DE EDAD: UN ACERCAMIENTO A LOS NUEVOS DILEMAS QUE PRESENTA EL CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA*

INFORMED CONSENT, AUTONOMY OF THE PATIENT AND OF MINORS: AN APPROACH TO THE NEW DILEMMAS PRESENTED BY THE CIVIL AND COMMERCIAL CODE OF THE ARGENTINE REPUBLIC

Claudia Elizabeth Zalazar**
Gonzalo Gabriel Carranza***

RESUMEN

Los cambios desarrollados en el Código Civil y Comercial de la Nación en materia de consentimiento informado, autonomía y capacidad de los pacientes, han dado lugar a una serie de nuevos interrogantes en relación a las posibles decisiones que los menores pueden tomar sobre sus propios cuerpos. El objeto del trabajo es presentar de manera sistémica la nueva normativa argentina y, a la luz de su interpretación, plantear posibles respuestas a las numerosas preguntas que surgen frente a la notable apertura de la norma.

PALABRAS CLAVE

Autonomía Personal. Niño. Paciente.
Consentimiento Informado.

ABSTRACT

The changes developed in the Civil and Commercial Code of the Nation regarding informed consents, patient autonomy and capacity, have given rise to a series of new issues concerning the possible decisions that minors can make about their own bodies. The purpose of the paper is to present systemically the new Argentine regulations and, in light of their interpretation, to pose possible answers to the numerous questions that arise in the face of the remarkable opening of the norm.

KEYWORDS

Personal Autonomy. Child. Patient.
Informed Consent.

*Este trabajo forma parte del Proyecto de Investigación "Toma de decisiones sobre el propio cuerpo: desafíos jurídicos, bioéticos y sanitarios", financiado por la Secretaría de Investigación y Desarrollo de la Universidad Blas Pascal, cuyos investigadores principales son los autores del paper.

**Abogada (UNC), Doctoranda en Derecho y Ciencias Sociales (UNC). Magistrada de la Cámara 5ta de Apelaciones en lo Civil y Comercial de la Ciudad de Córdoba del Poder Judicial de la Provincia de Córdoba. Presidenta de la Sala de Derecho a la Salud del Instituto de Investigación en Ciencias Jurídicas de la Universidad Blas Pascal.

***Abogado (UNC), Máster en Derecho Constitucional (UIMP-CEPC, España), Doctorando en Derecho, Gobierno y Políticas Públicas (UAM, España). Profesor e Investigador del Área de Derecho Constitucional de la Universidad Autónoma de Madrid. Docente de Posgrado en la Universidad Blas Pascal. Investigador de la Sala de Derecho a la Salud del Instituto de Investigación en Ciencias Jurídicas de la Universidad Blas Pascal.

Correspondencia

E-mail: **cursoszalazar@gmail.com | ***gonzalogcarranza@gmail.com – gonzalo.carranza@uam.es

INTRODUCCIÓN

El Código Civil y Comercial de la Nación Argentina (CCyCN) (ARGENTINA, 2014), unificado a finales de 2014 y cuya vigencia comenzó en agosto de 2015, ha modificado ciertas cuestiones que se refieren al ejercicio de los derechos, sobre todo en cuanto a las prestaciones sanitarias, al haber fijado lo que se ha denominado “núcleo duro de salud”.

Por este motivo, sería digno detenerse en tratar de dilucidar el impacto que estos cambios han tenido no sólo en el ámbito jurídico, sino también en relación a los problemas bioéticos y sanitarios que pueden derivarse de la nueva legislación.

Para lograr tal cometido, es preciso tratar de dar una respuesta a una concepción general de la autonomía del paciente para tomar decisiones sobre su propio cuerpo y, a partir de ello, abordar el consentimiento informado de los menores adolescentes. Ese es, en realidad, el propósito de este trabajo.

ALGUNAS CUESTIONES RELACIONADAS A LOS NUEVOS PARADIGMAS DEL CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN EN RELACIÓN A LAS PRESTACIONES SANITARIAS

Desde agosto de 2015, la República Argentina vio movilizados sus cimientos del derecho privado con la vigencia de un nuevo Código Civil y Comercial (en adelante CCyCN o Código) a través de lo que se ha denominado “la constitucionalización del derecho privado” (CARRANZA, 2017), tratando de ensamblar lo público con lo privado.

Esta unificación no sólo trajo aparejado un cambio en la metodología del análisis de estas ramas del derecho privado, sino

también supuso un desafío para la comunidad jurídica, por cuanto sus novedades impusieron la necesidad de comenzar un proceso de estudio profundizado de los desafíos que imponía el Código a la sociedad, su última destinataria.

En primer lugar, difieren los derechos patrimoniales de los extrapatrimoniales, siendo que estos últimos comprenden el cuerpo y la salud de la persona humana. En este sentido, se produjeron importantes cambios, sobre todo en cuestiones que hacen posible la manifestación de la voluntad personal, que se ha dado a llamar “principio de autonomía personal en la toma de decisiones”; adoptando nuevas manifestaciones que ya se venían gestando en la relación médico-paciente.

Estos nuevos horizontes que marca la legislación deben, por un lado, ser interpretados conforme lo prescribe el art. 2º del texto legal, pero teniendo presente que deben ajustarse a la manda constitucional expresada a través de todo el bloque¹, por lo que no sólo implica un análisis en cuanto a la validez o adecuación constitucional de la normativa, sino también de su encuadre convencional, teniendo como principal finalidad la protección de los derechos humanos.

El paradigma de la autonomía de la voluntad, es decir, de la libre disposición del propio cuerpo, ha sido consagrado gracias al derecho-deber del paciente de expresar libremente su consentimiento a ciertas prácticas médicas o investigativas, siempre en el marco de la obligación de estar informado sobre aquello que ocurrirá con su cuerpo

¹ En Argentina, el término “bloque de constitucionalidad” comprende el conjunto normativo derivado de la comprensión total de la Constitución y los diversos Tratados Internacionales de Derechos Humanos con jerarquía constitucional, incorporados mediante el art. 75 inc. 22, en la reforma de 1994.

tras la intervención, salvo en aquellos casos en los que la propia ley permite subsanar la personalización de dicho acto.

Tomar una decisión sobre el propio cuerpo, requiere previamente una información detallada que permita comprender cabalmente los extremos fácticos de la intervención, las posibles complicaciones que esta cuestión conlleve y, junto a ello, las posibles incidencias posteriores; para recién después brindar voluntariamente el consentimiento.

LA IMPORTANCIA DEL CONSENTIMIENTO DE LA PERSONA

Se ha discutido en la doctrina qué tipo de contrato une al médico con el paciente, ya que se ha considerado que éste podría ser un contrato de mandato (el médico no representa al paciente); una locación de servicios (no hay relación de dependencia); o, simplemente, una locación de obra, que sería aplicable en los casos en que el médico haya garantizado un resultado, “un opus” y no cuando pone a disposición del paciente su diligencia o conocimientos.

En este punto, debemos considerar que se trata de una locación de servicios, en el cual el médico pone sus conocimientos y su ciencia al servicio del paciente y del cual surgen distintos derechos y obligaciones para ambas partes.

Ahora bien, en la actualidad, la discusión ya no radica en la tipología del contrato, sino en el cambio de modelo del binomio “médico-paciente” y su traslación de modelo tradicional llamado “paternalismo médico” al nuevo modelo de “paciente autónomo”. Ello significa pasar de un modelo tradicional en el cual las decisiones médicas recaían en el equipo sanitario, el que aduciendo el beneficio del paciente reemplazaba su vo-

luntad; al nuevo modelo en el que adquieren especial relevancia los derechos personalísimos del paciente y su autodeterminación.

Siguiendo esta línea de pensamiento, debemos recalcar los derechos del paciente que han sido plasmados por la Ley 26529 (ARGENTINA, 2009) y sus modificatorias.

EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

La doctrina sostiene de manera general que este consentimiento informado tiene su fundamento en el respeto de la libertad del paciente, quien tiene derecho a decidir sobre su propio cuerpo y ello implica que, para tomar esa decisión con discernimiento, intención y libertad el paciente debe estar, cuando menos, - adecuada y suficientemente informado sobre la naturaleza, los alcances, la necesidad, la utilidad o beneficio y los riesgos del tratamiento o práctica médica a realizar, como asimismo sobre la existencia de medios alternativos a lo propuesto (ARGENTINA, 2004).

Así, se puso de manifiesto que:

[...] el Consentimiento informado consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance de los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción, el médico no debe sacar ventaja de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente (ARGENTINA, 2004).

Es por ello que el médico tiene el deber-obligación de informarle al paciente, previamente, sobre las ventajas de la actuación médica, los medios de que dispone, la oportunidad, calidad, extensión, consecuencias, riesgos, etc.; adaptando dicha información a las limitaciones del receptor, que en la mayoría de los casos es un profano en la materia.

La jurisprudencia ya había declarado con anterioridad a la sanción de la Ley 26529 (ARGENTINA, 2006, p. 3) que:

El médico queda obligado a guardar el secreto profesional y a informar a su paciente, poniéndolo en conocimiento de su estado actual de salud, estudios que se le deben practicar, dolencia de la que padece, pronóstico de su evolución y los riesgos que pueden existir. A su vez, el paciente se obliga a comunicar al médico sobre los antecedentes que conoce de su afección, y luego de informado por el profesional y prestado su conocimiento, a someterse a la práctica que se considere necesaria siguiendo las indicaciones del médico y cumpliendo con toda la diligencia los tratamientos que se le prescriban [...].

En el ordenamiento jurídico argentino, los derechos personalísimos en general ya habían sido receptados por la Constitución Nacional (ARGENTINA, 1994), la que en los arts. 19, 42, 43 siguientes y concordantes, establece la necesidad de respetar la intimidad de las personas.

Por su parte, el deber de información ha sido receptado en varias leyes, como por ejemplo la Ley del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA- (art. 8 de la Ley 23798) (ARGENTINA, 1990); la Ley de Trasplantes (art. 13 de la Ley 24193) (ARGENTINA, 1993); o la misma ley que regula el

ejercicio de la medicina (art. 19 inc. 3 de la Ley 17132) (ARGENTINA, 1967), y en algunas leyes de salud reproductiva.

A nivel internacional, la Convención Internacional de los Derechos Humanos y Biomedicina (CONSEJO DE EUROPA, 1967) establece como regla general en su art. 5, que una intervención médica puede realizarse luego que el sujeto haya dado su consentimiento libre e informado, y que previamente el sujeto debe recibir información adecuada, sobre la naturaleza y finalidad de la intervención, así como sus consecuencias y riesgos.

Este deber de información ha sido definido como la obligación jurídica en cabeza de un experto, deudor de la prestación y emisor de la información, de poner en conocimiento de su co-contratante, el acreedor del servicio, aspectos relevantes del contrato, objeto de información, que lo habilitan para tomar decisiones compartidas y pertinentes en beneficio del acreedor.

La información brindada debe ser veraz, sin alentar falsas expectativas, y será mayor cuanto mayores sean los riesgos que el tratamiento implique (MEDINA; FAMÁ; REVSIN, 2003); y agravada si el paciente a su vez deba ser considerado “consumidor de los servicios de salud”.

Conforme a lo expresado, el médico no puede efectuar ningún tratamiento sin recabar el consentimiento del paciente; si ello no fuera posible, el médico sólo podrá actuar en la medida que lo justifique la situación particular generada por la gravedad extrema del caso, ya que el acto médico obrado sin consentimiento, salvo esta última hipótesis, configura una ilicitud civil y penal.

Es irrelevante o inoficioso el consentimiento del paciente cuando el cometido médico es reprobado por la ley, como por ejemplo la realización de un aborto, o

cuando la revisión médica se encuentra exigida por ley (certificado prenupcial, o revisión médica obligatoria para entrar a la administración pública).

No existe el consentimiento del enfermo en las llamadas internaciones psiquiátricas involuntarias, en las cuales la revisión médica se realiza justamente contra su voluntad; sin perjuicio de que, como lo establecen los Tratados Internacionales, se pretenda en el tratamiento conseguir dicho consentimiento y así revertir el tratamiento en intervención voluntaria, o en su caso ambulatorio.

En vista de lo expuesto, es necesario señalar lo previsto por el art. 16 de la Ley Nacional 26657 de Salud mental (ARGENTINA, 2010, p. 1) que, textualmente, declara:

[...] sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria [...].

Es más, en su art. 19, se establece que el consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

Se ha discutido qué sucede cuando el paciente, en perfectas condiciones mentales, se niega terminantemente a recibir tratamiento médico, inclinándose la mayoría que

debe respetarse su voluntad y que la misma no puede ser suplida por la venia judicial.

Cabe agregar que, si bien el consentimiento es la aceptación por parte del paciente de una circunstancia que se traduce, en algunos casos en la aprobación de cirugías, en la elección de medios o de tratamiento, etc., éste consentimiento informado no libera al profesional de las consecuencias de una conducta negligente o imprudente, pero sí lo exime de responsabilidad por la ocurrencia de un riesgo informado al enfermo y que puede suceder pese a la buena práctica del médico, ya que en este caso habría sido el paciente y no el profesional quien ha decidido afrontarlo (ARGENTINA, 2005).

En cuanto a su instrumentación, cabe expresar que no es necesario que el consentimiento del paciente sea presentado por escrito, pudiendo efectuarse en forma verbal, salvo en los casos en que el paciente deba someterse a cirugía que implique mutilaciones, siempre que no se encuentre en situaciones de urgencias (art. 19 inc. 3 de la Ley 17132 y art. 13 de la Ley 21541) (ARGENTINA, 1967; ARGENTINA, 1977), sin perjuicio de la conveniencia que supone requerir un consentimiento completo e informado por escrito; lo que se verá al analizar la prueba.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA LEY DE DERECHOS DEL PACIENTE Y SU DECRETO REGLAMENTARIO

Por decreto 1089/2012 publicado el 6 de julio de 2012 en el Boletín Oficial, se aprobó la reglamentación de la Ley 26529 de derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, modificada por Ley 26742.

Esta reglamentación refuerza cuestiones que ya estaban protegidas legalmente como el “*derecho a la intimidad, la confidencialidad, la autonomía de la voluntad, la información sanitaria y la interconsulta médica*”, pero que se encontraban amparadas en leyes circunscritas a un instituto (Ley 17132 –Arte de Curar-; Ley 25326 –Habeas Data-; Ley 26061 –Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes ; Ley 26486 –Antidiscriminación contra la Mujer; entre otras), o mediante construcciones jurídicas. Un ejemplo de esto último era el caso de una persona adulta que, en plena capacidad de decidir, rechaza un tratamiento aun cuando esa decisión implica su posible muerte (fallo “Bahamondez” de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, que permitió que un testigo de Jehová pudiera negarse a recibir una transfusión sanguínea aunque su decisión hiciera peligrar su vida, y que los médicos no podían sin el consentimiento del paciente realizar ningún tipo de curación ni terapia fundado en el respeto a la privacidad, en el derecho a la intimidad y en la dignidad contenidos en el artículo 19 de la Constitución Nacional y en los pactos de Derechos Humanos a los que el país se ha adherido).

En dicha ley de derechos del paciente (vigente desde 2009) se amplía el alcance de la “autonomía de la voluntad”, estableciendo, con ciertas condiciones, el derecho de los niños, niñas y adolescentes a decidir sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud (art. 2 e) y el derecho a ser informado incluso a pacientes con incapacidad o posibilidades limitadas de comprensión (art. 2 f), que incluye el derecho del paciente a no ser informado.

Si bien el paciente es soberano para aceptar o rechazar las terapias o procedimientos médicos o biológicos que se le propongan en relación a su persona, la ley

también apunta a proteger la voluntad de la persona que en ese momento no puede expresarla en casos de enfermedades irreversibles, incurables o en estado terminal. Así, plantea que los tratamientos podrán rechazarse cuando “*sean extraordinarios o desproporcionados en relación con la perspectiva de mejora o produzcan sufrimiento innecesario*”. De todas formas, las definiciones de enfermedades irreversibles son amplias (art. 2 e, ley modificada).

Una de las cuestiones que han adquirido importancia en relación al consentimiento informado y la responsabilidad del profesional de la salud es la dotar al sistema asistencial de un elemento registral, como instancia garantista y probatoria de la debida tutela respecto a los derechos del paciente y es que todas las situaciones deben constar en la historia clínica.

En este punto, se incorpora un concepto amplio de la “historia clínica” que incluye al paciente y/o sus representantes, como sujeto activo de la relación, con el deber por parte de la institución de registrar todos los hechos y dichos esgrimidos por el paciente en relación con el tratamiento.

A modo de ejemplo, se cita la obligación de registrar la decisión del paciente en caso de solicitar una interconsulta médica (art. 2 g); de autorizar allegados a acceder a la información vinculada a su tratamiento (art. 4); de aceptar, rechazar o revocar el tratamiento informado (art. 7); de no ser informado (art. 2 f); etc. También, la seguridad social (art. 1).

Se consolida la titularidad del paciente sobre la historia clínica, y el deber de guarda y custodia por parte del Hospital (depositario), a punto de privilegiarse el dominio de la misma en manos del paciente -vencido el plazo de archivo- (art. 18), o de dejar expedita la acción del habeas data en caso de no entregarse copia de la historia clínica a su titular (art. 20).

En la misma línea, se incluyen “nuevos documentos” y “nuevos requisitos” asociados a la implementación de prácticas y hábitos para que la historia clínica sea lo más completa posible.

Por último, se establece la firma digital de todos los profesionales intervinientes en la historia clínica informatizada (Ley 25506, complementarias y modificatorias) sobre las cuales se viene trabajando desde distintos sectores académicos y empresariales, con el inconveniente de esperar siempre que dichos sistemas garanticen la “inalterabilidad del documento digital”.

Detalla la documentación respaldatoria que:

[...] los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve resumen del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante, siempre que no se pueda informatizar y debe ser resguardada por 10 años (art. 13) (ARGENTINA, 2009, p. 1).

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN

Ahora bien, el Código Civil y Comercial de la Nación se ha ocupado de muchos temas relacionados a la salud, y en forma particular del consentimiento informado. Así, el art. 59 del CCyCN establece, con una redacción clara y precisa el llamado “consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud”.

Se ha dicho sobre este artículo que:

[...] determina y explicita en sus alcances y conformación uno de los elementos más relevantes en el resguardo de la dignidad personal, cuando esa dignidad se enfrenta a uno de los supuestos en los cuales, probablemente, la perspectiva de afectación sea más sensible: la enfermedad. Y la corporización de esa mecánica de resguardo de la dignidad de la persona tiene nombre y apellido: el consentimiento informado (LORENZETTI, 2014, p. 308).

Se constituye en un derecho-deber, por un lado, la posibilidad que el paciente sepa todos los extremos que hacen a los alcances de la intervención a la que se someterá y, por otro lado, un deber para los prestatarios de servicios médicos, quienes deberán cumplir con el encargo legal e informar detalladamente al destinatario de la práctica, sobre lo que se está por realizar.

El meollo del asunto es la manifestación de la conformidad para determinada prestación, la que viene a ser emitida luego de haber recibido “información clara, precisa y adecuada” (ARGENTINA, 2014)². Que cumpla con estos requisitos implica la posibilidad que el paciente comprenda con palabras sencillas, asequibles, concretas y ajustadas al propósito de la intervención, lo que podrá ocurrir al momento de enfrentarse a la práctica que prestará el galeno.

Es importante destacar que esta información debe cumplir con los requerimientos que se establecen en la norma, esto es, lograr que la persona comprenda cuál es su estado de salud al momento de prestar el

² Cfr. Art. 59, CCyCN.

consentimiento; cómo será y cuáles serán los objetivos que persigue el procedimiento; cuáles son los beneficios que se espera del proceso; las adversidades previsibles de la intervención; otros posibles procedimientos alternativos, sus riesgos, sus beneficios y perjuicios en relación al procedimiento elegido; las consecuencias de no optar por algún procedimiento para lograr la sanidad o tender a ella; ante una situación extrema, la posibilidad de rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, reanimación artificial o retiro de medidas de soporte vital extraordinarias que produzcan un sufrimiento desmesurado o sólo busquen prolongar el estadio irreversible e incurable (ARGENTINA, 2014; ARGENTINA, 2009)³; y el derecho a recibir cuidados paliativos integrales.

Obviamente, en este punto no se puede negar la información –muchas veces no científica– que el paciente adquiere a través de la navegación por internet, lo cual muchas veces en vez de ayudar y acrecentar su información, la desvirtúa.

Todos estos puntos, establecidos en la norma, implican generar una convicción personal en el sujeto que se somete a la intervención, práctica o investigación, teniendo presente las distintas posibilidades que surgirán al momento de culminarlas, viendo así los diferentes horizontes a los que se enfrenta y sus respectivas consecuencias.

Implican además un conocimiento profundo y un estudio pormenorizado por parte del médico del caso, teniendo presente que quien tiene al frente no es un sujeto más,

sino un ser humano, con dignidad, que debe ser respetado y valorado independientemente de cualquier condición que presente.

Además, frente a causas graves y urgentes, en las que la demora médica fuese una causal que ponga al paciente en riesgos graves de no poder continuar en este mundo, y no encontrando a nadie que pueda expresar el consentimiento en su nombre, puede prescindir de este, ya que las miras de su actuación no deben dilatarse. En estos casos, el profesional deberá asentar dicha situación en la historia clínica del paciente y, en caso de ser posible, contar con el testimonio de un tercero (personal de enfermería, etc.).

Esta manifestación de la voluntad es absolutamente personal, lo que implica que la persona debe tener capacidad para poder hacerlo a nombre propio. Por ejemplo, las personas con restricción de capacidad o discapacitadas no pueden prestar este consentimiento, por lo que se le debe garantizar el apoyo suficiente (quien lo acompaña o asiste) o el curador (que directamente sustituye su voluntad).

En el caso de impedimento absoluto de una persona para poder expresar su voluntad, y no habiéndola anticipado previamente, este consentimiento puede ser prestado por el representante legal, cónyuge, conviviente, pariente o allegado que acompañe al paciente, siempre que medie situación de emergencia que implique un riesgo certero e inmediato de un mal grave para la persona. El tema preocupante suele presentarse cuando la persona, sin contar con una declaración judicial de su capacidad o en su caso directivas anticipadas, se encuentra momentáneamente en estado de no poder brindar su consentimiento, para lo cual se deberá arbitrar la forma de poder prestarlo.

³ Todo ello, de conformidad al art. 60 del CCyCN y a lo preceptuado por el Capítulo III (arts. 5 y ss.) de la Ley 26529 de Derechos del Paciente. Junto a ello, las diversas manifestaciones legislativas de apoyo o de regulación propia del derecho a la muerte digna en cada una de las Provincias y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS MENORES ADOLESCENTES CONFORME A LAS NUEVAS REGLAS DEL CÓDIGO

En el CCyCN, a diferencia del anterior vigente desde la época de Vélez Sarsfield que hablaba de los menores púberes e impúberes, los menores de edad pueden ser simplemente menores (hasta los 13 años) o adolescentes (de los 13 a los 18 años).

El tratar de definir a la adolescencia implica entender al menor en su contexto vital, ya que:

[...] es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social (PINEDA; ALIÑO SANTIAGO, 1999, p. 16).

El CCyCN les reconoce a los menores de edad una serie de derechos a través del art. 26:

- En principio, la regla general es que ejercen sus derechos a través de sus representantes legales;
- Si tienen una edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico. En caso de conflicto de intereses con sus representantes legales, puede intervenir con asistencia letrada;
- Tienen derecho a ser oídos en todo proceso judicial que les concierne, así como participar en las decisiones sobre su persona.

En materia de derecho a la salud de los adolescentes, se realiza una nueva subdivisión:

a) se presume que entre los trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física.

b) En el caso de tratamientos invasivos entre los trece y dieciséis que sí comprometen su estado de salud o pueden provocarle un riesgo en su vida o integridad física, éste debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores y, si existiese conflicto entre ellos, se resolverá teniendo en cuenta el interés superior del niño, sobre la base de las opiniones médicas respecto a las consecuencias que puede tener sobre la vida del adolescente el que se realice o no la práctica.

c) Entre los dieciséis y los dieciocho años, el adolescente es considerado en todo lo que se refiere a las decisiones sobre “el cuidado” de su propio cuerpo como un adulto; para lo cual podría discutirse si se encuentra apto para tomar todas las decisiones o sólo aquellos que beneficien dicho cuidado.

Sobre los motivos que han llevado a que se determinen estos grados de adaptación de la madurez en el menor de edad, se ha dicho que:

La Convención sobre los Derechos del Niño no contiene una norma que expresamente se refiera al derecho de niños y adolescentes para decidir sobre el cuidado de su salud y su cuerpo y menos desde qué edad ello podría ocurrir. Sin embargo, ponderando los términos del art. 12 que garantiza el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que lo afecten, la mentada autodeterminación debe considerarse comprendida (HIGHTON DE NOLASCO, 2015, p. 5).

Si bien la norma ha querido consagrar la “capacidad progresiva del menor”, al ser una norma tan abierta, genera a los operadores jurídicos una serie de inconvenientes para su interpretación y aplicación en cada caso en concreto.

DETERMINACIÓN DE LA EDAD Y GRADO DE MADUREZ SUFICIENTE

En primer lugar, el Código habla de la edad y grado de madurez suficiente como criterios correctores de la incapacidad de ejercicio, a lo que se debe agregar que la madurez se rige en relación a cada caso en concreto. Estos son conceptos jurídicos indeterminados, que requieren una necesaria valía profesional para poder adquirir una entidad tal que les permita proyectar sobre la realidad sus directos efectos.

No es fácil concretar cuándo un niño ha llegado a una madurez suficiente en una determinada edad. Es sabido que existen pequeños que tienen una capacidad de comprensión y adaptación social mayor que la de otros, pero en eso también hay que tener presente que hay circunstancias vitales que los llevan a tener que adaptarse a su entorno.

Como es posible apreciar, el Código señala que el menor que tiene edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico y, en el caso de conflicto de intereses con sus representantes legales, puede intervenir con asistencia letrada.

Frente a estas premisas, hay que tener en cuenta el rol que cumplen los padres, es decir, encontrar la concordancia con la norma del Código que regula tal cuestión. Así, el art. 639 CCyCN refiere a la responsabilidad parental como un conjunto de obligaciones y derechos que tienen sobre sus hijos, su

persona y sus bienes, de manera tal que propenda a la protección, desarrollo y formación integral mientras sea menor de edad (como es en este caso) y no sea emancipado.

A su vez, el art. 639 CCyCN señala los principios que regirán esta responsabilidad, indicando en primer lugar el interés superior del niño, luego la autonomía progresiva y, por último, el derecho a ser oído y a que su opinión sea tenida en cuenta según su edad y grado de madurez.

En relación a la autonomía progresiva, se muestra el criterio de corrección inversa, por cuanto a la medida que el niño discurre temporalmente y adopta ciertas características psicofísicas, adquiere ciertas aptitudes y se desarrolla, corresponde limitar la dependencia a la representación de los progenitores en relación al ejercicio de sus derechos. En consecuencia, si bien la regla sigue siendo que los padres son los representantes de sus hijos menores de edad, a mayor capacidad o madurez, es menor la representación que ejercen sobre los mismos.

Una vez más, los conceptos jurídicos indeterminados sientan al jurista frente a la necesidad de determinarlos.

En estos casos donde se trata de darle más libertad al niño, pero, al mismo tiempo, se trata de defenderlo en sus grados de indefensión, entran en juego ni más ni menos que decisiones que atañen a la actuación civil del sujeto.

Una pregunta sencilla frente a estos supuestos es ¿cómo determinar que un niño, a una edad determinada, tiene un grado de madurez suficiente para poder ejercer por sí ciertos actos jurídicos? Aquí entra en juego la prueba, es decir, la forma de demostrar que el menor de edad tiene realmente ese halo de independencia que le permite actuar por sí. Y la segunda pregunta sería, ¿quién o quiénes hacen esa valoración? ¿El equipo interdis-

ciplinario de que habla la salud mental o el multidisciplinario al que se refiere el CCyCN en materia de familia (art. 706, CCyCN)?

Asimismo, no se puede perder de vista que el Código habla que sólo puede ejercer los actos que le son permitidos por su letra, lo que en definitiva exige una interpretación sistémica de las normas en su conjunto.

De más está decir que la actividad probatoria en este caso no debe quedar en manos del propio niño, sino que es necesario adquirir cierta diligencia que otorgue un grado de objetividad, por lo que la pericia interdisciplinaria podría ser una respuesta que brinde, a través de la imagen de varios profesionales, una solución al interrogante sobre si el menor puede o no actuar por sí solo.

LOS DESAFÍOS DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS Y LAS CUESTIONES DE CAPACIDAD

La capacidad del menor adolescente en las prestaciones sanitarias

Como ya se ha mencionado, el Código, en miras a proteger el interés superior del niño y propiciar la capacidad progresiva del menor, limita la representación legal, por lo que ha transformado la regla en una cuasi regla, por cuanto no todos los actos que se realizan en la minoridad requieren el consentimiento, por ejemplo, de los padres.

En materia de salud, se identifica en el CCyCN la posibilidad de que el adolescente haga uso de su capacidad de ejercicio para adoptar por sí ciertas decisiones que afectan a su propio cuerpo. Tiene que ver, esencialmente, con la capacidad de decidir, de optar, de elegir por una u otra cuestión que atañe al ente que le proporciona la vida y que le otorga la capacidad de obrar como ser humano.

Ahora, si bien es cierto que el art. 24 del CCyCN enumera entre los incapaces a los que no cuentan con edad y grado de madurez suficiente, o sea, que se estaría refiriendo a la "capacidad", algunos autores señalan que, particularmente, el art. 26 del CCyCN, refiriéndose a los temas de salud y determinación sobre su propio cuerpo, no habla de "capacidad" en el sentido de capacidad jurídica sino como "aptitud" o "competencia", señalando a veces con mayor precisión a la "competencia bioética".

Ya se ha adelantado que, con relación a las prestaciones sanitarias, el Código identifica tres escenarios posibles:

a) Entre los trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí sobre los tratamientos no invasivos;

b) En la misma edad, si los tratamientos son invasivos, se requiere el asentimiento de los progenitores (el niño decide y los padres acompañan o asisten, no sustituyen la voluntad del menor);

c) A partir de los dieciséis años, tiene libre disposición para cuidar su cuerpo.

Las prestaciones sanitarias serán un punto de inflexión en cuanto al reconocimiento que el derecho les otorga para actuar con mayor o menor grado de independencia. Frente a esto puede surgir una interrogante ¿no es un tema demasiado sensible como para haberlo dejado al arbitrio del menor?

Por otro lado, tomar decisiones sobre el cuerpo, en un entorno médico que sea capaz de direccionarlas, implica la necesidad de acudir a un profesional de la salud. Frente a esto, una de las cuestiones que se plantean los juristas es si estos menores se encuentran en condiciones de firmar un contrato médico, es decir, de hacer frente a un documento legal para el cual, en principio, no tendrían capaci-

dad (salvo que se quiera hacer uso de la permisión de la edad y grado de madurez mental del art. 26, CCyCN).

Ya se ha visto que, en su redacción, cuando el artículo 26 CCyCN, habla de la presunción de capacidad, es para los actos que le son permitidos, por lo que basta una lectura de los artículos 677 sucesivos y concordantes del Código para advertir que el menor sólo puede realizar contratos de poca significación económica (por ejemplo, comprar un helado, subir a un transporte público, etc.) o lo relacionado a su trabajo o profesión a partir de los dieciséis años, pero de ninguna manera se lo ha facultado para firmar contratos de locación de servicios.

Tomar este tipo de decisiones implica asumir sus consecuencias, es decir, afrontar el resultado del uso del derecho. El menor de edad se transforma en un consumidor en los términos de la ley, por lo que debe cumplir con la contraprestación, es decir, solventarla con el pago.

El médico podría preguntarse: ¿quién debe pagar la intervención médica, el menor o sus progenitores? No hay que olvidar que las prestaciones médicas no sólo constituyen un modo de saneamiento de un problema sanitario, sino también un instrumento para paliar ciertas afecciones estéticas que podrían implicar el saneamiento de algo que, de por sí, no es un problema que ponga en riesgo la vida del sujeto.

Un encargado de servicios médicos ¿otorgaría el servicio a un sujeto que sabe que no puede afrontar los costos derivados de una intervención? Es dudosa la respuesta positiva. Este es un ejemplo de que, por más que la ley otorgue una capacidad de ejercicio o “aptitud”, la misma se puede ver limitada por el simple orden social.

TRATAMIENTOS INVASIVOS Y NO INVASIVOS: DETERMINACIÓN DE SALUD

El Código distingue entre los tratamientos invasivos y no invasivos para otorgar la capacidad de ejercicio al menor adolescente.

Las prácticas no invasivas no son agresivas, tienen resultados rápidos, no requieren internación y son de pronta recuperación. A diferencia de ellas, las invasivas pueden implicar una agresión al cuerpo (o no), sus resultados no pueden apreciarse de un día al otro, sino que se constituyen en un proceso, el que en la mayoría de los casos requiere internación y cuya recuperación puede ser lenta. La medicina estética, por ejemplo, puede constituir en muchos casos un tratamiento no invasivo (FLUM, 2015).

El gran problema que surge del Código es que no hay una definición de tratamiento invasivo y no invasivo, y, una vez más, el jurista se enfrenta a un concepto jurídico indeterminado. Esta indeterminación no responde sólo al ordenamiento jurídico, sino también a la ordenación sistémica argentina, ya que no hay ningún órgano que defina a ciencia cierta qué tipo de tratamiento resulta invasivo o no, sino que se deja a la práctica galena la definición (según el paciente y la afección concreta), de lo que se considera invasivo o no. En el momento en que el menor adolescente quiera hacer uso de su capacidad de ejercicio para asumir las decisiones sobre el cuerpo, habrá un arbitrio médico para determinar si hay invasión o no.

En todo caso, otra interrogante que surge es si el profesional de la salud es el más indicado para determinar si existe una afección cuyo tratamiento es invasivo

o no, o si debería existir un catálogo federal⁴ que otorgue certidumbre al momento de accionar y que, en el caso de estar en desacuerdo, permita una consulta a un comité especializado.

En este sentido, se considera que lo propicio sería que, de manera imperiosa el Estado o los efectores de salud reglamenten la aplicación de esta norma, realizando un nomenclador general que se considere invasivo o no, ya que esta inseguridad o vacío seguramente va a provocar la judicialización de estos temas, supliendo el juez –con la pericia respectiva– la laguna para su aplicación.

Otra duda que podría plantearse sobre esta norma – a sugerencia del Dr. Armando Segundo Andruet en el Primer Congreso Argentino de Derecho Sanitario (CARRANZA, 2017) – es si no se debería diferenciar para su aplicación entre acto médico y tratamiento médico, ya que se trata de distintos conceptos y la norma se estaría refiriendo sólo a este último supuesto.

OPOSICIÓN DE LOS PADRES: OPINIÓN MÉDICA. EXISTENCIA DE COMITÉS DE ÉTICA EN LOS ENTES PRESTATARIOS DE SALUD. ¿JUDICIALIZACIÓN?

En consecuencia, frente a un adolescente que quiere hacer uso de su capacidad de ejercicio y determinar una intervención sobre el propio cuerpo y una oposición parental a la posibilidad de ejercer estos actos, habría que pensar en los desafíos que pueden presentarse.

⁴ Sobre esto, tener presente los desafíos que conlleva, en el caso de Argentina, la determinación federal teniendo presente los problemas de la federalización del sistema sanitario. Para profundizar, se recomienda leer el texto de Zalazar y Carranza (2016).

En primer lugar, la presunción del Código respecto del adolescente de entre trece y dieciséis años que quiere hacer uso de tratamientos no invasivos es una presunción *iuris tantum* por lo que se permitiría la existencia de una prueba en contrario que implique tirar por la borda, en el caso en concreto, su capacidad de ejercicio. Esta presunción podría ser derrocada por probanzas en el marco judicial.

En segundo lugar, en el escenario del adolescente de la misma edad, al realizarse tratamientos invasivos, se requiere que los progenitores otorguen su aprobación explícita brindando el asentimiento. En este caso la información y el consentimiento informado lo otorga el menor y los padres asisten o acompañan al menor dando su “asentimiento”, o sea de manera alguna sustituyen la voluntad del menor.

En tercer lugar, a partir de los dieciséis años, el adolescente es considerado un adulto, por lo que no requiere ninguna aprobación de los padres.

En el segundo escenario que se planteó, el problema surge cuando los padres no quieren brindar el asentimiento a la decisión que ha sido tomada por el menor. En ese caso, entra la resolución teniendo en cuenta el interés superior del niño, sobre la base de la opinión médica respecto de las consecuencias que se pueden tener frente a la realización o no del acto. Ahora bien, ¿Quién resolverá este conflicto? ¿se puede dejar al arbitrio del propio médico? ¿deben ingresar a jugar un papel crucial los comités de bioética de los centros sanitarios? ¿debe judicializarse el caso?

Se podría considerar que, en miras de no llegar a una judicialización, que implicaría un proceso desgastante para la familia en su conjunto, habría que derivar el caso a un comité de bioética, el que jugaría un

papel crucial, ya que no sólo actuará como un ente independiente, sino que además tendrá la capacidad de resolver el conflicto en base a opiniones que subyacen no sólo en la medicina, sino también en la moral médica. El problema de este punto es que la mayoría de los entes de salud de Argentina no cuentan con los Comités de Ética Hospitalaria, más allá que la ley 24742 indique en su art. 1º que:

En todo hospital del sistema público de salud y seguridad social, en la medida en que su complejidad lo permita, deberá existir un Comité Hospitalario de Ética, el que cumplirá funciones de asesoramiento, estudio, docencia y supervisión de la investigación respecto de aquellas cuestiones éticas que surgen de la práctica de la medicina hospitalaria (ARGENTINA, 1996, p. 1).

Frente a la inexistencia de estos comités o, frente a casos complejos, es previsible que los casos se judicialicen. Por ello, el juez o jueza tendrá que tomar partida ante la presentación de los padres o del adolescente, pero siempre teniendo en cuenta como criterio de corrección del problema el interés superior del niño y su autonomía progresiva, aunque con un agregado que será la necesaria prestación de pericias médicas que hagan que pueda afrontar la decisión con una mirada experta.

En este sentido, sería interesante poder articular en el sistema sanitario la posibilidad de los medios alternativos de resolución de conflictos, lo que ayudaría a la tan ansiada “desjudicialización de la salud”.

Esta solución es posible para los casos de adolescentes entre trece y dieciséis años, pero ¿qué pasará con los casos de los menores de más de dieciséis años? Esto es una laguna del derecho, porque si bien

la ley permite dar una solución teniendo al sujeto como un mayor con plenitud de ejercicio, habla de los tratamientos “para el cuidado de su cuerpo”, por lo que los desafíos morales, bioéticos y sociales que abre el último párrafo del art. 26 CCyCN son, por lo pronto, sumamente amplios. En todo caso, es previsible que, ante una judicialización, la respuesta venga cargada de un estudio que sobrepasa la dimensión de la ley civil para adentrarse en cuestiones constitucionales y convencionales, aplicando el art. 1 y 2 del nuevo Código unificado.

A MODO DE CONCLUSIÓN

El Código Civil y Comercial de la Nación, desde su vigencia, ha apuntado una serie de nuevos interrogantes al mundo del derecho; no sólo a quienes tienen a su cargo la aplicación de sus reglas para la solución de las controversias que se les presenten a su estrado, sino también para quienes deben estudiar el derecho y, a través de la palabra, expresar su parecer y tratar de concientizar sobre los efectos que la norma despliega en la realidad.

Se ha visto claramente que las nuevas disposiciones abren un abanico de posibilidades de actuación por parte de los menores en cuanto a la toma de decisiones sobre su propio cuerpo, que puede llevar no sólo a problemas del sujeto a futuro, sino que da lugar a una serie de dilemas ético-normativos para los profesionales de la salud actuantes, para los comités de bioética de los institutos hospitalarios, para los padres de los menores, etc.

Si bien la norma ha querido tener presente el interés superior del niño y se ha marcado como pauta este propósito, lo cierto es que el criterio de la autonomía progresiva ha sido demasiado precipitado

y ha dado lugar a que la norma posibilite una serie de decisiones que son, en cierta forma, descabelladas o poco proclives a la defensa del propio menor.

El querer presentar al sistema civil argentino a la vanguardia en relación a la forma en que se legisló sobre estos aspectos, ha tenido una mirada cortoplacista, que ha tratado de cambiar los institutos y no ha pensado, quizás, en los problemas derivados a mediano o largo plazo sobre el asunto. También es posible que el legislador haya querido dejar en manos de los aplicadores del derecho la concreción de ciertos aspectos, aunque no haya sido esto del todo correcto.

Lo cierto es que este escenario, que da lugar a una serie de posibles actuaciones que pueden ser legalmente válidas, no garantiza que las mismas sean éticamente correctas. El nuevo piso establecido por el Código dará lugar, seguramente, a una mayor judicialización de casos, cuando el objetivo de la norma debería ser absolutamente contrario. Una vez más, se traslada el problema a los jueces y juezas, quienes deberán bregar en sus decisiones no sólo por dar una respuesta ajustada a derecho, sino también suplir la consciencia del menor que puede actuar impulsivamente.

Se sabe que la sociedad actual, cambiante y globalizada, impone modas que pueden llevar, por la influencia mediática y momentánea, a que los jóvenes tomen decisiones inapropiadas sobre su propio cuerpo, mirando sólo el presente y olvidándose del futuro. Lamentablemente, por el actual Código, en este orden de ideas no se podrá seguir el dicho "es mejor prevenir que curar", sino que se deberá curar aquello que no se previno.

Por lo expuesto, desde esta tribuna, se brega por expresar la voz del cambio, para que la norma respete realmente al menor

y defienda su interés superior, pensando que la autonomía progresiva debe ser restrictiva, teniendo presente siempre que los grados de madurez del sujeto se van adquiriendo con la experiencia de lo real. Ese es el propósito final de estas líneas.

REFERÊNCIAS

ARGENTINA. Cámara Civil y Comercial de San Francisco, 31.10.06, Sentencia N° 65 "Giner Horacio René c/ D.C.J.F. y Sanatorio Argentino SRL-Ordinario-Daños y perjuicios".

ARGENTINA. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal, Sala II, 08/09/05, "Sambiase de Craviotto Myrtha A. c/ Hospital Británico de Buenos Aires y otros" RCyS 2006-IV-111, Carrer, ob. Cit. p.44.

ARGENTINA. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Comercial, Sala D, 02/06/04 "G. de A. M c/ Policlínico Central de la Unión Obrera Metalúrgica" RC y S 2004-X, 44.

ARGENTINA. Constitución de la Nación Argentina, 15 de diciembre de 1994. **Infoleg**. Disponible en: <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>>. Acceso en: 19 dic. 2017.

ARGENTINA. Ley 26994 (Código Civil y Comercial de la Nación), 1 de octubre de 2014. **Infoleg**. Disponible en: <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/texact.htm>>. Acceso en: 19 dic. 2017.

ARGENTINA. Ley 26657 (Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley N° 22.914), 25 de noviembre de 2010. **Infoleg**. Disponible en: <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>>. Acceso en: 19 dic. 2017.

ARGENTINA. Ley 25629 (Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud), 21 de octubre de 2009. **Infoleg**. Disponible en: <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/texact.htm>>. Acceso en: 19 dic. 2017.

ARGENTINA. Ley 24742 (Comité Hospitalario de Ética. Funciones. Integración), 27 de noviembre de 1996. **Infoleg**. Disponible en: < <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/40993/norma.htm>>. Acceso en: 19 dic. 2017.

ARGENTINA. Ley 24193 (Trasplante de Órganos y Materiales Anatómicos), 24 de marzo de 1993. **Infoleg**. Disponible en <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/591/texact.htm>>. Acceso en: 19 dic. 2017.

ARGENTINA. Ley 23798 (Declarase de interés nacional a la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida), 16 de agosto de 1990. **Infoleg**. Disponible en: <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/199/norma.htm>>. Acceso en: 19 dic. 2017.

ARGENTINA. Ley 21541 (Salud Pública-Medicina-Trasplante de Órganos y Material Anatómico Humano), 2 de marzo de 1977. **Infoleg**. Disponible en: <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/300000-304999/303711/texact.htm>>. Acceso en: 19 dic. 2017.

ARGENTINA. Ley 17132 (Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas). 24 de enero de 1967. **Infoleg**. Disponible en: <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/19429/texact.htm>>. Acceso en: 19 dic. 2017.

ÁVALOS, G. Consentimiento informado. In: THOMSON REUTERS. **La Ley Online**. Buenos Aires. 2011.

BANCOFF, P. El consentimiento informado en el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación y su relación con la ley 26.529. In: THOMSON REUTERS. **La Ley Online**. Buenos Aires, 2011.

BERGEL, S. D. et al. **Bioética en el Código Civil y Comercial de la Nación**. Buenos Aires: La Ley, 2015.

BERGER, S. M. Una nueva relación entre médico y paciente. In: THOMSON REUTERS. **La Ley Online**. Buenos Aires. 2011.

BRODSKY, J. M.; GARAVENTA, C. A. El consentimiento informado: guardián de la autonomía de la voluntad en el bioderecho. In: AIZENBERG, M. (Org.). **Estudios acerca del derecho a la salud**. Buenos Aires: La Ley, 2014.

CAMPS, C. E. La capacidad de ejercicio de derechos en el proceso civil. In: THOMSON REUTERS. **La Ley Online**. Buenos Aires. 2011.

CARRANZA, G. G. La constitucionalización del derecho privado en el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación. In: ZALAZAR, C. E. **Impactos procesales del Código Civil y Comercial de la Nación**. Córdoba: Advocatus, 2017. p. 12-70.

CONSEJO DE EUROPA. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, 4 de abril de 1997. **UNAM**. Disponible en: <<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2290/37.pdf>>. Acceso en: 19 dic. 2017.

FERNÁNDEZ, S. A. Comentario a los arts. 22 a 50. In: HERRERA, M.; CAMELO, G.; PICASSO, S. (Org.). **Código civil y comercial de la nación comentado**. Buenos Aires: Infojus, 2015. v.1.

FLUM, R. Tratamientos no invasivos: lo que tenés que saber. **La Nación**, Buenos Aires, 22 enero 2015. Moda y belleza. Disponible en: <<http://www.lanacion.com.ar/1761905-tratamientos-no-invasivos-lo-que-tenes-que-saber>>. Acceso en: 5 dic. 2017.

FRISCALE, M. L; GIROTTI BLANCO, S. Decisiones por sustitución en la relación médico-paciente. Apostillas sobre la Ley 26.529, el Decreto 1089/12 y el Nuevo Código Civil y Comercial. **Microjuris**. Buenos Aires. 2014.

HIGHTON DE NOLASCO, E. I. Los jóvenes adolescentes en el código civil y comercial. In: THOMSON REUTERS. **La Ley Online**. Buenos Aires. 2011.

LORENZETTI, R. L. **Código civil y comercial de la nación. Comentado**. Buenos Aires: Rubinzal Culzoni, 2014. v. 1.

MEDINA, G.; FAMÁ, M. V.; REVSIN, M. Responsabilidad de los profesionales médicos ante el incumplimiento del deber de informar. **Revista de Derecho de Daños**, Buenos Aires, n. 3, p. 39-84, 2003.

PINEDA PÉREZ, S.; ALIÑO SANTIAGO, M. El concepto de adolescencia. In: MÁRQUEZ GALVEZ, R. (Org.). **Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia**. La Habana: MINSAP, 1999.

ZALAZAR, C. E.; CARRANZA, G. G. Desarreglos institucionales en materia de muerte digna: el resurgir de los desafíos de la federalización sanitaria argentina. **Revista de Derecho de la Familia y la Persona**, Buenos Aires, n. 1, p. 165-171, enero/feb. 2016.