



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

TRABAJO FINAL DE MAESTRÍA

DIRECTIVAS MÉDICAS ANTICIPADAS. NECESIDAD DE REGISTRACIÓN Y PUBLICIDAD

Autora: Abog. Esp. Marianela Lopez

Director: Dr. Gabriel Rubén Juan

Mendoza, 28 de agosto de 2025

Agradezco profundamente al Dr. Gabriel Juan, director de esta tesis, por su generosa guía y por haber acompañado con compromiso y respeto cada etapa de este proceso. Su mirada crítica, su disposición constante y su confianza en mi trabajo fueron clave para que este proyecto alcanzara profundidad académica y sentido práctico.

A la Dra. Mariel Molina, directora de la carrera, le expreso mi sincero reconocimiento por su compromiso con la excelencia académica, por su apoyo institucional y por haber propiciado un entorno formativo exigente y humano, que enriqueció tanto mi formación profesional como personal.

Dedico este trabajo con especial amor y gratitud a mi familia: a mi esposo y a mis hijas, quienes me acompañaron siempre con amor incondicional. Gracias por su paciencia en los momentos de esfuerzo, por alentarme cuando más lo necesitaba y por sostenerme con fe y ternura en este camino. Este logro es también suyo.

Y a mi Papá, a quien recuerdo con profunda gratitud, por haber sembrado en mí desde siempre la idea de superación personal y el amor y respeto por el Derecho. Su ejemplo, sus valores y su aliento constante me acompañan aún en su ausencia, guiando cada uno de mis pasos.

ÍNDICE

I. Introducción	1
II. Capítulo Primero: Directivas Médicas Anticipadas. Nociones generales	4
1. Definición	6
2. Revocación	8
3. Límites	11
III. Capítulo Segundo: Directivas Médicas Anticipadas en la Legislación Argentina.	15
1. Reconocimiento constitucional-convencional de las DMA	15
2. Reconocimiento de las DMA en la legislación especial	20
3. Recepción de las DMA en el CCyC	35
4. Regulación de las DMA en las provincias argentinas	39
IV. Capítulo Tercero: Antecedentes de las Directivas Médicas Anticipadas y Regulación legislativa en América	43
1. Origen de las DMA	43
2. Antecedentes jurisprudenciales en Argentina previos al CCyC	48
3. Regulación de las DMA en América	56
V. Capítulo Cuarto: Derechos del paciente	63
1. La salud como derecho humano	64
2. Marco Legislativo de los derechos del paciente	73
3. Historia Clínica	76
4. Consentimiento informado	80
V. Capítulo Quinto: Registración de las DMA.	85
1. Registro y leyes provinciales	85
2. Consecuencias de la falta y beneficios de la creación de un registro único de DMA	90
3. Obstáculos para la implementación de un registro único de DMA	95
4. Publicidad de las Directivas Médicas Anticipadas	98
VI. Capítulo Sexto: Consideraciones Finales y Propuestas	100
VII. Conclusión	104

I. Introducción

“La Muerte no ha de ser causada, pero tampoco absurdamente retrasada”.¹

La muerte y el morir constituyen parte ineludible de la vida humana. En ese tránsito final surgen interrogantes profundos sobre el significado de la existencia,² la dignidad, el sufrimiento y las decisiones que rodean el fin de la vida. A medida que la medicina ha avanzado en sus capacidades tecnológicas, también se ha complejizado el debate ético y jurídico sobre hasta dónde deben extenderse los tratamientos médicos y cuál es el rol de la autonomía personal ante situaciones de enfermedad grave o irreversible. En este contexto, las Directivas Médicas Anticipadas (DMA) surgen como una herramienta fundamental para garantizar el derecho de las personas a decidir, con anterioridad y de forma informada, sobre los cuidados y tratamientos que desean —o no desean— recibir en el momento que no se está en condiciones de tomar decisiones referidas a la salud.

Planificar con anticipación los cuidados de la salud, involucra a todas las personas cualquiera sea su edad, estado de salud, condición social, cultural o económica. La importancia de la planificación garantiza y asegura que se reciban los cuidados preferidos en el momento final de la vida. Este instituto jurídico se vincula directamente con los derechos personalísimos reconocidos en el artículo 51 del Código Civil y Comercial de la Nación, en particular, la autonomía de la voluntad, la dignidad humana y la libertad personal.

La legislación argentina reconoce la posibilidad de otorgar DMA a través de la Ley N° 26.529 y su modificatoria, Ley N° 26.742, que regulan los derechos del paciente en su relación con los profesionales y las instituciones de salud. Sin embargo, la normativa presenta limitaciones prácticas, entre ellas, la ausencia de un sistema de registración y publicidad eficaz, que garantice el acceso oportuno y confiable a estas decisiones por parte

¹ Conferencia Episcopal Española. 19/11/2019.

² Desde luego, la reflexión filosófica tampoco está ausente en estos momentos de la vida. Si bien no es objeto de indagación en esta investigación asumo la posición budista que expresa: “En el budismo la vida y la muerte se perciben como un todo único, la muerte es el inicio de otro capítulo de la vida y un espejo en el que se refleja todo el sentido de la vida” (RIMPOCHE Sogyal. El libro tibetano de la vida y de la muerte. Nueva edición revisada 42|a edición 2022 by ediciones Urano Chile.)

de los equipos de salud.

El presente trabajo propone un abordaje integral sobre las DMA desde una perspectiva jurídica, bioética y de derechos humanos, con especial énfasis en la necesidad de implementar un registro único nacional que centralice, valide y otorgue publicidad suficiente a las directivas otorgadas en todo el país. Se analizarán sus fundamentos normativos, su evolución jurisprudencial, los antecedentes en el derecho comparado y la situación actual en el sistema de salud argentino.

El enfoque metodológico adoptado es de tipo cualitativo, exploratorio y jurídico, basado en el análisis de legislación vigente, doctrina nacional e internacional, jurisprudencia relevante y documentos oficiales. Asimismo, se recurrirá a fuentes bioéticas y sociológicas que enriquecen la comprensión de este instituto desde una mirada integral y humanista.

La hipótesis de investigación plantea que la creación e implementación en Argentina de un registro nacional único de DMA, permitirá a los profesionales de la salud consultar de manera inmediata y sencilla las preferencias sobre los cuidados y tratamientos que desea recibir la persona y cuáles no.

La eficacia de las DMA se encuentra gravemente comprometida por la inexistencia de un registro único nacional que permita acceder de modo fácil, rápido y seguro al personal de la salud, y publicidad. Esta falencia obstaculiza el pleno ejercicio del derecho a la autodeterminación, genera inseguridad jurídica y dificulta el accionar sanitario, especialmente en situaciones de urgencia o incapacidad del paciente.

A fin de documentar lo expuesto, la presente tesis se estructura en cinco capítulos. En el primero, se desarrollan las nociones generales sobre las Directivas Médicas Anticipadas: su definición, naturaleza jurídica y posibilidad de revocación. En el segundo capítulo, se analiza la legislación argentina aplicable, incluyendo la Constitución Nacional, la Ley de Derechos del Paciente, el Código Civil y Comercial y los antecedentes jurisprudenciales que preceden a la codificación vigente. En el tercero, se explora los antecedentes de las directivas médicas anticipadas en Argentina, regulación en las provincias, regulación en el derecho comparado y la implementación de las directivas en otros países de América. El cuarto capítulo trata sobre los derechos del paciente, la salud como derecho humano, marco legislativo, historia clínica y consentimiento informado. Por

último, el capítulo quinto aborda la problemática específica de la registración y publicidad, proponiendo la creación de un registro único nacional como medida necesaria para la efectiva operatividad del instituto.

La finalidad de este trabajo no es sólo contribuir a la actualización del conocimiento teórico del instituto de las Directivas Médicas Anticipadas, sino también aportar argumentos jurídicos y prácticos en favor de un registro único, que persiga su mejor implementación, en consonancia con los derechos fundamentales y los principios de la bioética.

II. Capítulo Primero: Directivas Médicas Anticipadas. Nociones generales

“La Luz después de la muerte y la vida después de la muerte, nuestra elección del momento de nacer y del momento de morir; la guía infalible de los maestros; vidas medidas por lecciones aprendidas y tareas completadas, no por años; caridad, esperanza, fe y amor; hacer sin expectativas de recompensa: ese conocimiento era para mí”³

Tantas veces hemos escuchado decir que nacemos, vivimos y morimos, pero a pesar de saber que son reales esas palabras y de la certeza que somos seres finitos, nos resistimos a pensar que parte de vivir es dejar este mundo para transitar a otro lugar diferente. Lo que más miedo da al dejar esta dimensión es que nos olvidarán y el cómo será el momento final, ya que nadie quiere sufrir de dolor y eso causa angustia, abatimiento y negación. Nuestra cultura occidental se resiste a la realidad de que vamos a morir en algún momento, la muerte es un tema tabú del que nadie o pocos quieren hablar.

“Una de las principales razones por la que tanto nos cuesta y tanta angustia nos produce afrontar la muerte es que ignoramos la verdad de la impermanencia. Deseamos que todo siga tal y como esta de una manera tan desesperada que necesitamos persuadirnos de que las cosas nunca cambiarán”⁴

Asumir este hecho importa un avance significativo de las personas. Allí se inscribe el desarrollo de las DMA, que como instrumento jurídico revela una transformación profunda en la concepción del vínculo entre el derecho, la salud y la autonomía personal. No se trata únicamente de una herramienta reguladora de actos médicos futuros, sino de un vehículo concreto de ejercicio del derecho a decidir sobre el propio cuerpo, incluso en situaciones en las que la conciencia o la capacidad de expresión se ven comprometidas. La consolidación de los derechos personalísimos en el ordenamiento jurídico argentino,

³WEISS, Brian. Muchas Vidas, muchos maestros. 8°ed, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Javier Vergara Editor, 2022, pagina 89.

⁴ RIMPOCHE Sogyal. El libro tibetano de la vida y de la muerte. Nueva edición revisada 42|a edición 2022 by ediciones Urano Chile.

especialmente a partir del reconocimiento normativo y jurisprudencial de la autonomía de la voluntad, impone la necesidad de revisar críticamente el modo en que las decisiones anticipadas sobre tratamientos médicos son reconocidas, resguardadas y operativizadas por el sistema de salud.

En este sentido, las DMA surgen como una manifestación concreta del principio de dignidad humana, el cual exige que toda persona sea tratada como sujeto de derecho aun en situaciones de vulnerabilidad extrema.

Reflexionar sobre las DMA implica, en consecuencia, interrogarse sobre los alcances reales de la autonomía en el ámbito sanitario. ¿Qué garantías ofrece hoy el sistema jurídico argentino para que una persona pueda planificar, documentar y hacer valer su voluntad respecto del cuidado de su salud? ¿Qué obstáculos normativos, institucionales y culturales persisten en la práctica? ¿Qué rol juega el Estado en la promoción, registración y difusión de este derecho?

En tiempos en que los avances tecnológicos permiten sostener la vida biológica más allá de los límites que previamente podíamos pensar como naturales, se vuelve imperioso reivindicar el valor de la autodeterminación y el respeto a los deseos del paciente, especialmente frente a situaciones de enfermedad crónica, terminalidad o incapacidad sobreviniente. El desafío no es solo jurídico, sino también ético, social e institucional.

Este trabajo se inscribe en esa línea de pensamiento crítico, proponiendo aportar una mirada integral sobre las DMA en Argentina, con especial énfasis en la necesidad de establecer un sistema de registración y publicidad que garantice su operatividad y respalde de manera efectiva el derecho a decidir.

Por ello es fundamental comenzar definiendo qué son las DMA, cuál es la finalidad de las mismas, su alcance y la posibilidad de ser modificadas o revocadas por quien las otorga. "Pensar la muerte es asumir el desafío de afrontar lo inafrontable"⁵

⁵ ROLON, Gabriel. El Duelo (cuando el dolor se hace carne). Ciudad autónoma de Buenos Aires. Planeta 2020

1. Definición

Las DMA, también conocidas como *testamentos de vida* o *vital* o *instrucciones previas*, son documentos legales que permiten a las personas, expresar sus deseos y preferencias sobre el tratamiento médico que desean recibir en caso de que no puedan tomar decisiones por sí mismas en el futuro. Suelen incluir instrucciones sobre el uso de tratamientos médicos, como por ejemplo la reanimación cardiopulmonar (RCP), la alimentación, la hidratación artificial, la ventilación mecánica y otros procedimientos médicos invasivos. También pueden abordar temas como el manejo del dolor, la donación de órganos y la designación de un representante de atención médica.

Las DMA versan, como se dijo, respecto de los tratamientos o prácticas médicas o su instrumentación, que una persona autoriza le sean realizadas o que se rehúsa a recibir, en determinadas situaciones o circunstancias. Y también en relación con la designación de la persona o personas que han de expresar el consentimiento para los actos médicos y para ejercer la curatela. En este sentido, el artículo 139 del CCyC se refiere específicamente a la designación, mediante una directiva anticipada, de quien que ha de ejercer su curatela. Constituyen una manifestación concreta del derecho de toda persona a ejercer su autonomía en materia de salud, aun en circunstancias en que su capacidad para expresarse se encuentre limitada o sea imposible hacerlo. En términos jurídicos, se trata de una declaración voluntaria, libre e informada mediante la cual una persona, anticipa su voluntad respecto de tratamientos médicos futuros, especialmente ante la posibilidad de una situación de inconsciencia, deterioro cognitivo u otra condición que le impida prestar consentimiento en forma actual.

Existen multiplicidad de definiciones de DMA; para el comité de bioética del Hospital Italiano es

“La manifestación escrita hecha por una persona capaz quien, consciente y libremente, expresa las opciones, preferencias o deseos que deben respetarse en la asistencia sanitaria por recibir cuando se produzcan circunstancias clínicas que le impidan comunicar personalmente su voluntad.”⁶

⁶ Comité de Bioética Asistencial. Hospital Italiano de Buenos Aires. Consultado en: [URL:http://revista.hospitalitaliano.org.ar](http://revista.hospitalitaliano.org.ar)

Para Blanco, DMA son

“una variedad de documentos mediante los cuales una persona civilmente capaz y bioéticamente competente, sana o enferma y en ejercicio de su autonomía, consigna determinadas pautas y/o indicaciones referentes a⁷ cómo deberá procederse a su respecto en materia de la atención médica que se le prestará ante un futuro estado patológico y/o desenlace, en caso de incompetencia sobreviniente”.⁸

Encuentran su fundamento esencial en el derecho de toda persona a la autonomía de decisión sobre el propio cuerpo y en el derecho a contar un ámbito de reserva, en la medida que las acciones privadas de los hombres no dañen a terceros (Constitución Nacional Artículo 19), respetando su dignidad e intimidad.

Desde una perspectiva normativa, las DMA se encuentran reconocidas expresamente en el derecho argentino a partir de la reforma introducida por la Ley N.º 26.742 a la Ley N.º 26.529, que incorpora en su artículo 2 inciso e) la posibilidad de que toda persona pueda disponer directivas anticipadas sobre el cuidado de su salud. Estas directivas deben ser emitidas de forma escrita, con expresión clara de la voluntad del otorgante, y pueden incluir tanto el rechazo de determinados procedimientos como la designación de un representante para su cumplimiento. El Código Civil y Comercial de la Nación refuerza este enfoque en su artículo 60, al establecer que “toda persona tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa”.

No obstante, la formulación normativa no agota la problemática en torno a las DMA. La simple existencia del derecho a anticipar decisiones médicas no asegura por sí sola su eficacia. La experiencia muestra que muchas directivas, aunque válidamente emitidas, no logran ser tenidas en cuenta en la práctica clínica por falta de acceso a su contenido, desconocimiento de su existencia o ausencia de mecanismos institucionales que las registren y difundan oportunamente. De allí que, en el marco de este trabajo, se propone analizar las DMA no sólo como una figura jurídica en abstracto, sino como una

⁷BLANCO, Luis Guillermo. *Directivas anticipadas*. Consultado en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/directivas-anticipadas>

⁸ BLANCO, Luis Guillermo. *Directivas anticipadas*. Consultado en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/directivas-anticipadas>

herramienta que requiere de condiciones materiales y procedimentales para garantizar su aplicación efectiva.

En este sentido, una definición funcional de las DMA no puede prescindir de su necesaria articulación con sistemas de registración confiables y estrategias de publicidad que aseguren su disponibilidad para los profesionales de la salud al momento de la atención médica. En otras palabras, definir las DMA implica no sólo reconocer su existencia como derecho, sino también asumir el compromiso institucional de hacerlas visibles, accesibles y operativas.

En suma, las DMA se constituyen como una herramienta fundamental para preservar la voluntad del paciente y asegurar el respeto a su dignidad en contextos de vulnerabilidad. Sin embargo, su fuerza jurídica y operatividad práctica dependerá, en gran medida, de la existencia de dispositivos institucionales que aseguren su accesibilidad, su reconocimiento por parte de los profesionales intervinientes, y su carácter actualizado, auténtico y voluntario. Este último aspecto, vinculado con la necesidad de que las directivas reflejan genuinamente la voluntad del otorgante en cada etapa de su vida, conduce al análisis de una cuestión clave: la posibilidad de revocar o modificar estas declaraciones. Es decir, ¿hasta qué punto y en qué condiciones una persona puede desistir de lo anticipado? A este interrogante se dedica el próximo apartado.

2. Revocación

Todas las personas somos seres en constante cambio y evolución, no solo a nivel físico, emocional, intelectual, sino el diario devenir de la vida repercute directamente en nuestras decisiones, ideas, emociones y en nuestra vida en su totalidad. De ahí que nada es estático, nada es para siempre, nada puede ser decidido de un modo definitivo, más aún cuando se trata de nuestra salud y de las decisiones que se toman referidas a la misma. Por ello las DMA se pueden revocar, modificar total o parcialmente, cuando así lo decida la persona.

“Por eso, como todo acto de disposición sobre el propio cuerpo, la directiva anticipada es esencialmente revocable, es decir,

quien la dictó puede arrepentirse de su manifestación de voluntad pasada, sin ser responsable del perjuicio que pueda causar. ”⁹

Se ha dicho en el mismo sentido, que

“Las DMA pueden ser libremente revocadas en cualquier momento, por quien las anticipó u otorgó, como una reafirmación del principio de autonomía de toda persona, consagrado en la Constitución Nacional en el artículo 19”.¹⁰

El carácter anticipado de las decisiones contenidas en las DMA no les confiere un valor absoluto o irrevocable. Por el contrario, la propia lógica de protección de la autonomía que les da fundamento impone que estas puedan ser modificadas o revocadas por su otorgante en cualquier momento. La posibilidad de revocar o actualizar una directiva es, en efecto, condición esencial para garantizar que dicho acto continúe reflejando fielmente la voluntad de la persona, en el momento vital correspondiente.

Desde el punto de vista normativo, la Ley N.º 26.529, modificada por la Ley N.º 26.742, establece con claridad que las DMA pueden ser revocadas en todo momento por quien las otorgó. Esta previsión responde al principio general del derecho civil según el cual ningún acto de disposición personalísimo puede obligar perpetuamente al individuo, especialmente cuando se trata de decisiones que involucran su salud, su cuerpo y, en muchas ocasiones, su propia muerte digna.

El artículo 60 del Código Civil y Comercial de la Nación refuerza este criterio, al reconocer que el consentimiento para actos médicos puede ser retirado en cualquier momento, y que el rechazo o aceptación de tratamientos no requiere expresión de causa. Este marco normativo busca preservar un equilibrio entre la previsibilidad del acto anticipado y la necesaria flexibilidad ante cambios en las creencias, expectativas o circunstancias clínicas del paciente.

En la práctica, sin embargo, la revocación de las DMA presenta desafíos importantes. Uno de los principales reside en la falta de un registro único: si una directiva fue entregada por escrito a un profesional o a una institución, pero su revocación no fue

⁹ KEMELMAJER de CARLUCCI, Aida. Las Directivas Anticipadas en el Derecho Argentino. Revista Cubana de Derecho, Vol 4, N° 01, Numero Centenario, PP 311-380, 2024, página 327.

¹⁰ AIZENBERG Marisa y REYE, Romina E. El reconocimiento del derecho a la autodeterminación en el ordenamiento jurídico argentino: la consagración de las directivas médicas anticipadas en la Ley 26.529. Consultado en: <http://www.derecho.uba.ar/institucional/observatorio-salud/articulos-doctrinarios.php>

comunicada con igual formalidad o visibilidad, se corre el riesgo de que se aplique una voluntad que ya no es válida. Este riesgo se potencia en contextos donde las directivas no están formalmente registradas ni sujetas a protocolos claros de consulta.

En este orden de ideas, cabe flexibilizar las normas referidas a la revocabilidad de las DMA, por lo que el paciente puede revocar en cualquier momento, dejando constancia por escrito con la misma modalidad con que las otorgó o las demás habilitadas por las leyes que la reglamentan, atendiendo al caso concreto de revocación y a la urgencia de la situación. Al respecto se ha dicho que

“Si el paciente no tuviera disponible estas modalidades al momento de decidir la revocación por encontrarse en una situación de urgencia o internado, se documentará su decisión revocatoria verbal con la presencia de al menos dos (2) testigos y sus respectivas rúbricas en la historia clínica, además de la regulación de las directivas médicas”.¹¹

Luego, queda claro que toda DMA puede ser dejada sin efecto por su otorgante y que, ante situaciones que pueden llegar a tornarse conflictivas (o que puedan llegar a generar conflictos), es de buena práctica documentar tal revocación en forma fehaciente, o al menos preconstituir de otra forma hábil la prueba a ofrecerse en alguna eventual causa judicial. Ello así, pues si bien es cierto que las DMA “no son la llave que abre todas las puertas” ni son hábiles para lograr que se resuelvan “automáticamente” todos y cada uno de los problemas, conflictos o dilemas que se plantean en la clínica diaria, ante pacientes incompetentes y en ocasiones críticas que lindan o no con la muerte también lo es que las DMA son “lo mejor que se ha logrado para tratar de honrar sus preferencias (las del paciente) cuando no las puede expresar a la hora de las decisiones”.¹²

Es importante subrayar por tanto que toda DMA es revocable en todo momento lo cual reafirma la autonomía de las personas; el individuo que en un momento de su vida las

¹¹ REYES, Romina. La regulación de las directivas médicas anticipadas en el ordenamiento jurídico argentino. Consultado en: <http://www.saij.gob.ar/romina-reyes-regulacion-directivas-medicas-anticipadas-ordenamiento-juridico-argentino-dacf150069-2014-12/123456789-0abc-defg9600-51fcanirtcod>

¹² BLANCO, Luis Guillermo. Directivas médicas anticipadas: la disidencia, admisión y rechazo de tratamientos médicos y el derecho a morir dignamente Consultado en: <https://aldiaargentina.microjuris.com/2016/08/02/acerca-de-las-directivas-medicas-anticipadas-en-la-legislacion-nacional-argentina-2/>
DiarioJudicial.Com (<http://www.diariojudicial.com>), noticia del día martes 3 de mayo de 2005: Consentimiento para una transfusión

otorga, si durante su transcurso cambia de opinión, lo que conlleva a modificar su decisión, ya sea por adelantos en la medicina, por cuestiones religiosas o personales, y/o cualquier otro motivo, puede revocar libremente las DMA otorgadas. Debe comunicarlo a su médico o al médico que lo esté atendiendo o centro de salud en el que se atienda, por escrito o en forma verbal, dejándose debida constancia en caso de urgencia.

De este modo, el análisis de la revocación de las DMA no puede desvincularse del eje central de este trabajo: la necesidad de registración y publicidad efectiva. Solo a través de sistemas que contemplen no solo el acceso a las directivas, sino también su actualización y revocación, puede garantizarse que estos actos jurídicos cumplan con su función protectora sin transformarse en una rigidez contraria a los principios que los inspiran.

En definitiva, la posibilidad de revocar las Directivas Médicas Anticipadas constituye una garantía sustancial del principio de autonomía, ya que permite que la persona conserve el control sobre sus decisiones en materia de salud aun frente al paso del tiempo o al cambio de sus convicciones personales. Sin embargo, como todo acto jurídico, las DMA no son ilimitadas en su contenido ni en sus efectos. Su validez y eficacia están sujetas a parámetros éticos, normativos y técnicos que buscan resguardar tanto el orden público como la seguridad médica y la protección de terceros.

Por ello, a continuación, abordaré las principales limitaciones que condicionan el alcance de las DMA en el ordenamiento jurídico argentino, a fin de identificar los márgenes dentro de los cuales este instrumento puede operar legítimamente.

3. Límites

Si bien como desarrollé en puntos anteriores, las DMA se configuran como una manifestación plena de la autonomía personal en el ámbito de la salud, su aplicación no está exenta de límites jurídicos, éticos y técnicos.

Desde el plano normativo, la Ley N° 26.742 —que incorporó las DMA a la legislación argentina— establece límites explícitos al contenido de estas declaraciones. En su artículo 2 inciso e) dispone que “no podrán incluir prácticas eutanásicas, es decir, aquellas que produzcan la muerte del paciente de manera directa y eficaz”. Este principio responde a la prohibición general del ordenamiento jurídico argentino respecto de toda conducta que tenga por fin directo causar la muerte de una persona, aun a pedido suyo, lo

que diferencia claramente a las directivas anticipadas del modelo de eutanasia activa voluntaria aceptado en otros países.

Al respecto, cabe realizar la siguiente aclaración, tanto el artículo 59 del CCyC como el artículo 5 de la Ley N° 26.529, con las especificaciones incorporadas por la Ley N° 26.742, habilitan a la persona a rechazar todo tratamiento médico incluido la hidratación y la alimentación. Por ello, la limitación prevista por el artículo 60 del CCyC es sólo respecto de la eutanasia activa, es decir, toda acción positiva, directa e intencional practicada por un médico en cumplimiento de un pedido expreso y voluntario del paciente, con la finalidad de terminar con su vida. Esto significa que, aunque una persona tenga derecho a rechazar tratamientos invasivos o desproporcionados, no puede, mediante una directiva, imponer obligaciones a terceros que comprometan su integridad profesional o moral, ni ordenar acciones contrarias a la *lex artis* médica.

En la práctica clínica, las limitaciones a las DMA también pueden surgir en situaciones de urgencia, cuando el equipo de salud desconoce su existencia o autenticidad, o cuando su contenido es ambiguo o contradictorio. La falta de protocolos institucionales, registro único accesible o formación del personal puede conducir, incluso de buena fe, a la omisión de la voluntad anticipada. En estos casos, el principio *pro persona* debe orientar la intervención, procurando compatibilizar la protección de la vida con el respeto a la dignidad y deseos del paciente.

Otra limitación relevante es de tipo interpretativa. Los términos empleados en las directivas —por ejemplo, “no quiero ser conectado a máquinas” o “no deseo tratamientos extraordinarios”— pueden ser entendidos de manera diferente por los profesionales intervinientes. Es recomendable evitar ambigüedades y vaguedades propias del lenguaje natural; las DMA deberían ser redactadas con precisión y, preferentemente, acompañadas de asesoramiento médico y legal. La falta de información adecuada, los prejuicios en torno a la muerte, y la desconfianza hacia el sistema de salud pueden restringir la libre expresión de voluntades anticipadas, o bien generar presiones indebidas por parte del entorno familiar o institucional. Por ello es fundamental su promoción a través de diferentes campañas publicitarias estatales, que instruyan a la población y a los equipos de salud respecto de su existencia, finalidad, contenido, uso, revocación, límites y registración.

Uno de los antecedentes jurisprudenciales más relevantes para comprender los límites materiales de las DMA en Argentina, lo constituye el fallo “D., M. A. s/ declaración judicial de incapacidad y curatela”, dictado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación el 7 de julio de 2015¹³. El caso, conocido mediáticamente como Marcelo Diez, involucra a un paciente en estado vegetativo persistente desde hacía más de veinte años, respecto del cual sus hermanas solicitaron el retiro del soporte vital de hidratación y alimentación artificial, conforme a lo que entendían como su voluntad anticipada y a su derecho a una muerte digna. En su decisión, el Máximo Tribunal reconoció de manera contundente el derecho de toda persona a rechazar tratamientos médicos, incluso cuando ello pudiera derivar en su fallecimiento, en el marco del principio de autonomía personal y dignidad humana. Si bien el paciente no había dejado una directiva anticipada formal, la Corte consideró válidas las manifestaciones indirectas de voluntad reconstruidas a partir del testimonio de su familia y su entorno, y avaló el retiro del soporte vital como un ejercicio legítimo del derecho a decidir sobre el propio cuerpo.

Este fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, no solo ratificó la constitucionalidad del régimen normativo de las DMA previsto en la Ley N.º 26.529 y en el Código Civil y Comercial de la Nación, sino que también dejó en claro que no toda acción médica que derive en la muerte configura una práctica eutanásica “activa”. El retiro de tratamientos desproporcionados o no deseados, en cumplimiento de la voluntad del paciente, se inscribe dentro del marco legal argentino y no vulnera la prohibición de causar la muerte de manera activa o deliberada.

Por consiguiente, el caso Marcelo Diez constituye un hito que reafirma tanto el valor jurídico de la voluntad anticipada como los límites normativos que rigen su contenido. La jurisprudencia nacional ha dejado asentado que el respeto por la autonomía no es sinónimo de licencia para decidir sobre prácticas prohibidas, sino el reconocimiento del derecho a vivir —y también a morir— con dignidad, dentro de los márgenes que fija el derecho positivo.

¹³ Tribunal: CSJN. Partes: D., M. A. s/ declaración judicial de incapacidad y curatela, Fecha de la sentencia: 7 de julio de 2015, Fallos 338:945. Publicado en: <https://www.cij.gov.ar/nota-16952-La-Corte-Suprema-reconoci--el-derecho-de-todo-paciente-a-decidir-su-muerte-digna.html>

En otras palabras, las DMA encuentran su límite en el respeto por el orden público sanitario, la ética médica y la legalidad penal vigente. No pueden disponer actos que impliquen prácticas eutanásicas en sentido estricto ni imponer al profesional obligaciones contrarias a la *lex artis* o a su conciencia. Casos como el de Marcelo Diez reafirman que el derecho a rechazar tratamientos médicos es plenamente válido, pero que su ejercicio exige formalidades, precisiones y encuadres normativos claros para no caer en ambigüedades que comprometan su efectividad.

Finalmente, habiendo concluido con el análisis de los límites a las DMA, corresponde avanzar hacia una revisión sistemática del tratamiento legal de las DMA en el derecho argentino. En el próximo apartado abordaré las disposiciones específicas contenidas en la Ley N.º 26.529, su reforma mediante la Ley N.º 26.742, y su articulación con los principios y normas del Código Civil y Comercial, con el objetivo de delimitar el contenido, forma y alcance jurídico de estas manifestaciones anticipadas de voluntad.

III. Capítulo Segundo: Directivas Médicas Anticipadas en la Legislación Argentina.

“ Siempre el derecho va detrás de los cambios que se producen en la sociedad, sea en el área económica, educativa, familiar, social y de salud, al derecho le cuesta adaptarse a los cambios, dictar o modificar normas aplicables a los mismos“ ¹⁴

El reconocimiento legal de las DMA en el ordenamiento jurídico argentino constituye un avance significativo en la consolidación del derecho a la autonomía personal en el ámbito de la salud. Luego de haber desarrollado la definición, los alcances y las limitaciones de estas manifestaciones anticipadas de voluntad en el capítulo I, corresponde abordar ahora su configuración normativa concreta, y analizar los instrumentos legales que las regulan en la actualidad.

Este capítulo tiene por objeto relevar y examinar las principales disposiciones legales que regulan las DMA en Argentina, evaluando su alcance, sus requisitos de validez, su relación con otros institutos jurídicos como el consentimiento informado, y su inserción en el sistema de salud. Al mismo tiempo, indicaré las tensiones y vacíos normativos que subsisten, especialmente en relación con su implementación práctica, su registración y su accesibilidad por parte de los profesionales de la salud.

1. Reconocimiento constitucional-convencional de las DMA

Las DMA encuentran un fundamento directo en los principios y derechos consagrados por la Constitución Nacional Argentina. Aunque no están mencionadas de forma expresa, su validez y legitimidad derivan de una interpretación sistemática y evolutiva del texto constitucional, en armonía con los tratados internacionales de derechos

¹⁴ KATZ, Flora M. Directivas anticipadas o actos de autoprotección. Consultado en: <https://www.colegio-escribanos.org.ar/biblioteca/cgi-bin/ESCRI/ARTICULOS/55491.pdf>

humanos con jerarquía constitucional, conforme al artículo 75 inciso 22 de la CN, que otorga jerarquía constitucional a determinados instrumentos internacionales sobre derechos humanos, donde se consagra el derecho a la salud, contemplado también en el preámbulo y en los artículos 33 y 42 de la Constitución Nacional.

En primer lugar, el derecho a la autonomía personal —entendido como la facultad de cada individuo de decidir sobre su vida, su cuerpo y su salud libre de injerencias de terceros— se desprende del artículo 19 de la Constitución Nacional, que consagra el principio de libertad individual al establecer que “las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden ni a la moral pública [...] están sólo reservadas a Dios y exentas de la autoridad de los magistrados”. Esta cláusula, ha sido interpretada en la jurisprudencia como la base para reconocer decisiones personales que involucran el proyecto de vida, la identidad y, en particular, las elecciones relativas al final de la existencia. Las DMA, en tanto actos personalísimos que proyectan la voluntad individual hacia un futuro posible de vulnerabilidad, se inscriben plenamente en ese espacio protegido.

En segundo término, destaca la protección constitucional del derecho a la salud, reconocido como derecho humano fundamental, lo que analizaré con más detenimiento en el capítulo IV, fortalece aún más el encuadre jurídico de las DMA. Este derecho surge del artículo 75 inciso 22, de la CN, que otorga jerarquía constitucional al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica), y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, todos los cuales reconocen la salud como parte del derecho a vivir con dignidad.

En este sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) se expresó en reiteradas oportunidades sobre la protección de la salud a este nivel.

La Corte IDH analiza pronunciamientos claves que respaldan la protección de la salud y la validez de decisiones anticipadas en salud.

En particular, se destaca el caso *González Lluy y otros vs. Ecuador* (2015)¹⁵, que se refiere a una niña ecuatoriana, de nombre Talía Gonzales Lluy, que contrajo el virus

¹⁵ Consultado en: <https://biblioteca.corteidh.or.cr/adjunto/38989>

VIH a los tres años de edad como consecuencia de una transfusión de sangre contaminada realizada en un hospital público. A lo largo de su vida, Talía y su familia enfrentaron dificultades de acceso a servicios de salud, tratamientos, medicamentos y entornos adecuados para su atención. Se alegó que, en diversas ocasiones, no recibió atención médica oportuna, ni un tratamiento adecuado, y que enfrentó obstáculos para obtener medicamentos esenciales. La Corte analizó el caso con base en las obligaciones del Estado derivadas del Protocolo de San Salvador, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y las Directrices internacionales sobre VIH/SIDA y derechos humanos de la OACNUDH y ONUSIDA. Estos instrumentos establecen que el acceso a medicamentos, información sobre salud, prevención, tratamiento y apoyo son componentes esenciales del derecho a la salud. Destacó que el acceso universal y equitativo a estos elementos debe ser garantizado, especialmente para niñas, niños y personas en situación de vulnerabilidad. Si bien la Corte concluyó que Talía enfrentó obstáculos específicos y situaciones de rechazo en su atención médica, la prueba aportada no permitió establecer una responsabilidad internacional del Estado por violación del derecho a la vida y a la integridad personal. La asistencia sanitaria que recibió durante 17 años se consideró suficiente en términos generales. No obstante, la Corte reconoció la importancia de asegurar entornos seguros y cálidos, así como el acceso integral a tratamientos, medicamentos, apoyo psicosocial y servicios de salud libres de discriminación.

Este pronunciamiento constituye un precedente emblemático de la CIDH en relación con la dimensión integral del derecho a la salud y su vinculación con la dignidad humana. Si bien los hechos del caso se originan en la transmisión del virus VIH a una niña a través de una transfusión sanguínea contaminada, la trascendencia de la decisión excede lo particular de la cuestión resuelta y se proyecta en el modo o forma en que los estados deben organizar sus sistemas sanitarios, para garantizar el acceso efectivo, no discriminatorio y con estándares de calidad a los servicios de salud de todos los pacientes. En la sentencia, la Corte afirmó que el derecho a la salud no se reduce a la mera prestación médica, sino que exige políticas públicas que aseguren continuidad, acceso oportuno y trato digno a los pacientes. Este caso, entiendo se vincula con la problemática de las DMA, en tanto instrumentos que, al expresar la voluntad del paciente, requieren también de un sistema sanitario organizado, accesible y confiable para su plena operatividad de los derechos vinculados a la salud y a la dignidad de las personas. Este antecedente advierte a

los estados sobre la necesidad de remover obstáculos estructurales como falta de registros, deficiencia de protocolos médicos, ausencia de campañas de información, que impiden que derechos formalmente reconocidos puedan ejercerse efectivamente.

Otro caso de trascendencia es, I.V. VS. BOLIVIA, de fecha 30 de noviembre 2016¹⁶, que refiere a la esterilización no consentida de la señora I.V. ocurrida el 1 de julio de 2000 en el Hospital de la Mujer de La Paz, Bolivia. Durante una cesárea, se le practicó una ligadura de trompas sin que la mujer haya prestado su consentimiento. El Estado alegó que el consentimiento fue dado verbalmente durante el postoperatorio, lo que generó una controversia clave en el proceso. La paciente sólo fue informada de la pérdida de su capacidad reproductiva al día siguiente del procedimiento. La Corte concluyó que el consentimiento informado es un requisito esencial para cualquier intervención médica, especialmente cuando implica consecuencias permanentes, como la esterilización. La falta de consentimiento previo, libre, pleno e informado vulnera los derechos a la integridad personal, la dignidad, la vida privada y familiar, el acceso a la información y a fundar una familia. Además, identificó estereotipos de género que influenciaron la decisión médica, y remarcó que el consentimiento debe estar basado en información adecuada y en un proceso libre de coerción, con tiempo razonable de reflexión y respeto por la autonomía de la paciente. Además, declaró responsable internacionalmente al Estado de Bolivia por la violación de múltiples derechos consagrados en la Convención Americana sobre Derechos Humanos y en la Convención de Belém do Pará. Ordenó al Estado adoptar diversas medidas de reparación, incluyendo tratamiento médico y psicológico para la víctima, publicaciones oficiales, actos públicos de disculpa, reformas normativas, programas de formación médica en consentimiento informado y el pago de indemnizaciones. Se estableció que el caso constituyó un trato cruel, inhumano y degradante con consecuencias físicas, psicológicas y sociales graves para la señora I.V.

Es importante resaltar la posición adoptada por la Corte respecto de que el consentimiento informado es una manifestación directa de la autonomía personal y de la dignidad de la persona humana, y que cualquier intervención médica sin consentimiento constituye una forma de trato cruel o inhumano.

¹⁶ Consultado en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_329_esp.pdf

Ambos precedentes jurisprudenciales de la CIDH, permiten extraer una conclusión crítica y de trascendencia para el ordenamiento jurídico argentino: la autonomía personal en materia de salud requiere no solo reconocimiento normativo, sino también mecanismos institucionales eficaces que aseguren su ejercicio. Así como en *González Lluy* se señaló el deber estatal de organizar el sistema de salud para garantizar la confidencialidad y la dignidad del paciente, e igualmente en *I.V. vs Bolivia* se exigió el respeto absoluto al consentimiento informado, de la misma manera cabe afirmar que el estado argentino debe implementar un registro único, centralizado y accesible de DMA, acompañado de políticas de difusión que garanticen su conocimiento. De lo contrario, se reproduce el mismo déficit advertido por la Corte en los casos mencionados, es decir un reconocimiento formal del derecho, desprovisto de las condiciones materiales que lo hagan operativamente eficaz.

En consecuencia, puedo afirmar que el derecho a otorgar Directivas Médicas Anticipadas se encuentra protegido por el sistema interamericano y debe interpretarse a la luz de los estándares establecidos por la Corte IDH, los cuales obligan al Estado argentino como parte de la Convención Americana. La falta de mecanismos efectivos para hacer operativas las DMA, como un registro nacional o la garantía de su publicidad, puede configurar una forma de vulneración indirecta del derecho a la integridad personal y a la vida digna.

Así, el derecho a recibir o rechazar tratamientos médicos se vincula estrechamente con la concepción de salud como bienestar integral, que incluye aspectos físicos, psíquicos, emocionales y sociales. La posibilidad de anticipar decisiones en contextos de enfermedad o incapacidad no solo respeta la voluntad individual, sino que evita prácticas médicas contrarias al consentimiento del paciente y al principio de dignidad humana.

Finalmente, debe destacar que la Constitución Nacional protege también el derecho a la vida, pero no en términos absolutos o biológicos, sino en el marco de una vida digna y vivible. De allí que la prolongación artificial de la existencia, contra la voluntad de la persona, no constituye un mandato constitucional. Antes bien, el respeto por la autonomía en decisiones sanitarias complejas representa una forma de honrar ese mandato de derechos humanos.

En consecuencia, las DMA gozan de reconocimiento constitucional-convencional, en tanto expresión de derechos fundamentales reconocidos por la Carta Magna y los

instrumentos internacionales con jerarquía constitucional. Esta recepción constitucional constituye el pilar normativo cimero del instituto, que debe orientar su interpretación, su aplicación judicial y su efectiva implementación institucional. Sin embargo, para que estos principios puedan traducirse en prácticas institucionales concretas, resulta indispensable su reconocimiento por parte de la legislación interna. La ley cumple una función instrumental decisiva: operativiza los derechos personalísimos vinculados a la autonomía y al cuidado de la salud, dotándolos de reglas claras sobre su forma, alcances y condiciones de eficacia.

En esa línea, corresponde analizar el tratamiento específico que las DMA han recibido en el derecho positivo argentino a partir de la sanción de la Ley N.º 26.529 y, particularmente, de su reforma mediante la Ley N.º 26.742, en las que se establecen los contornos normativos esenciales de este instituto.

2. Reconocimiento de las DMA en la legislación especial

Como lo anticipé, la legislación argentina ha dado pasos importantes en el reconocimiento de las DMA, particularmente con la sanción de la Ley N.º 26.529 sobre derechos del paciente, su modificación mediante la Ley N.º 26.742, que incorpora expresamente la figura de las DMA, y la articulación posterior con el régimen de los derechos personalísimos establecido en el Código Civil y Comercial de la Nación.

Si bien jurisprudencialmente habían alcanzado su recepción y aplicación, el ordenamiento carecía de instrumentación legal que permitiera dotar con fundamento normativo específico las resoluciones adoptadas por la justicia.

El primer reconocimiento normativo explícito de las DMA en Argentina tuvo lugar con la sanción de la Ley N.º 26.529, dictada en el año 2009 bajo el título Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Esta norma constituyó un hito en el proceso de regulación de la relación médico-paciente, al establecer con claridad una serie de derechos fundamentales vinculados al consentimiento informado, la privacidad, la confidencialidad, el trato digno y el derecho a decidir sobre los tratamientos médicos.

En su redacción original, la ley estipulaba de forma general el derecho del paciente a aceptar o rechazar procedimientos médicos, sin precisar aún la posibilidad de manifestar dicha voluntad en forma anticipada. Sin embargo, ya en este marco normativo se perfilaban los principios de autonomía, autodeterminación y dignidad, que luego serían consolidados mediante la reforma legislativa. Ese avance se concretó con la Ley N.º 26.742, sancionada en mayo de 2012, que modificó la Ley 26.529 y reconoció de manera expresa las Directivas Médicas Anticipadas como instrumento jurídico autónomo. En particular, incorporó el inciso e) al artículo 2, donde se establece que:

“Toda persona capaz mayor de edad tiene el derecho a manifestar su voluntad anticipadamente sobre tratamientos médicos, una vez diagnosticada una enfermedad irreversible, incurable o en estadio terminal, o cuando se encuentre en situación de sufrimiento que no pueda ser aliviado”.

Esta disposición otorga jerarquía normativa al derecho de formular directivas anticipadas, las cuales deben realizarse por escrito y pueden incluir tanto el rechazo de procedimientos como la designación de un representante para su cumplimiento. Además, la ley aclara expresamente que tales directivas no podrán incluir prácticas eutanásicas, es decir, acciones que produzcan directamente la muerte del paciente, lo que refuerza el límite material de su contenido.

Otra incorporación relevante de la Ley 26.742 fue el artículo 11 bis, que establece que las directivas anticipadas podrán ser revocadas en cualquier momento por quien las haya otorgado, reafirmando así su carácter flexible y reversible, en línea con el principio de autonomía progresiva.

Asimismo, la ley establece la obligación de los profesionales e instituciones de salud de respetar la voluntad expresada en la directiva, salvo que se contraponga con obligaciones éticas, jurídicas o médicas que hagan inviable su aplicación. De este modo, se procura evitar la desnaturalización del instituto, sin forzar al personal de salud a intervenir en procedimientos que pudieran comprometer su responsabilidad penal o profesional.

En el año 2012, se sancionó el decreto N.º 1089/2012, que reglamenta la Ley 26.529 modificada por la Ley 26.742, cuyas consideraciones más relevantes respecto a las directivas médicas anticipadas son:

a) Agregación a la historia clínica de la declaración de voluntad del paciente, referida a la aceptación o rechazo de terapias o procedimientos médicos, con las formalidades correspondientes, debiendo también agregarse la revocación de la decisión. La declaración de voluntad deberá ser formalizada por escrito con la presencia de dos testigos, ante escribano/a público o jueza/a de primera instancia competente, indicándose los tratamientos, médicos, preventivos o paliativos o decisiones relativas a su salud que acepta o rechaza.

Esta exigencia formal representó un importante avance en materia de seguridad jurídica y autonomía del paciente. La incorporación de la declaración de voluntad a la historia clínica, acompañada de la exigencia de documentación escrita con testigos o certificación por autoridad pública implica una cristalización documental que no solo protege la voluntad del paciente, sino que también brinda garantías al equipo de salud interviniente.

Asimismo, puede sostenerse que esta disposición se encuentra en consonancia con los estándares internacionales sobre consentimiento informado, como se analizó en el punto anterior, particularmente los desarrollados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que ha exigido que dicho consentimiento sea "previo, libre, pleno e informado (Caso I.V.vs. Bolivia, 2016), reforzando así su valor como instrumento de ejercicio de derechos personalísimos.

No obstante, la rigidez formal podría convertirse, en la práctica, en un obstáculo para el acceso real a esta herramienta, especialmente para personas en situación de vulnerabilidad o con acceso limitado a asesoramiento jurídico. Desde esta perspectiva, resulta deseable que las regulaciones futuras puedan establecer procedimientos ágiles y accesibles, sin desmedro de la seguridad jurídica, fomentando la efectiva aplicación del derecho a la autodeterminación en el ámbito de la salud.

b) Posibilidad de designar interlocutor para que, llegado el momento, procure el cumplimiento de sus instrucciones.

Considero de especial relevancia este aspecto, en tanto refuerza el principio de autodeterminación del paciente mediante la previsión de una figura o figuras, delegada que actúe como garante de su voluntad. Permite que el paciente seleccione de manera libre y consciente a una persona de su confianza que vele por el cumplimiento de las decisiones anticipadas, de acuerdo con sus deseos, creencias, especialmente en situaciones de incapacidad sobreviniente o imposibilidad de manifestarse.

Desde una perspectiva bioética, esta facultad representa una expresión práctica del principio de autonomía, complementado con los principios de beneficencia y justicia. El interlocutor actúa como una voz autorizada del paciente, no sustituyéndolo, sino representando su voluntad ya expresada. Su intervención cobra vital relevancia en escenarios donde puedan surgir dudas, resistencias institucionales o conflictos familiares en torno al cumplimiento de las directivas médicas anticipadas.

Desde un punto de vista legal, la inclusión del interlocutor como garante de la voluntad previa del paciente ayuda a consolidar la seguridad jurídica del acto médico, tanto para el equipo de salud como para el entorno familiar, funcionando como elemento de prueba en caso de conflictos o desacuerdos sobre el alcance de la directiva médica anticipada.

c) Procedimiento en caso de sospecha de práctica eutanásica: Los profesionales de la salud deberán respetar la manifestación de voluntad autónoma del paciente, en caso de que el médico a cargo considere que la declaración de voluntad implica desarrollar prácticas eutanásicas, deberá efectuar una consulta previa al Comité de Ética de la institución respectiva y, si no lo hubiera, al de otro establecimiento. En tal caso, podrá invocar la imposibilidad legal de cumplir con tales directivas anticipadas hasta que se expida el Comité.

“El artículo 11 del decreto reglamentario establece como principio general la obligatoriedad por parte de los profesionales de la salud de respetar la voluntad del/a paciente, pero, sin perjuicio de ello, para el caso de que exista por parte del profesional la sospecha de que dicha práctica podría constituirse como eutanásica, señala qué pasos a seguir. Cuando el médico a cargo considere que la directiva médica anticipada, implique desarrollar prácticas eutanásicas, previa consulta al Comité de ética de la institución respectiva y, si no lo hubiera, de otro establecimiento, podrá invocar la imposibilidad legal de cumplir con tales decisiones. Todos los establecimientos asistenciales

deben garantizar el respeto de las directivas médicas anticipadas, siendo obligación de cada institución o centro de salud contar con profesionales sanitarios, que garanticen la realización de los tratamientos en concordancia con la voluntad del paciente.”¹⁷

Esta previsión reglamentaria introduce un mecanismo de control destinado a evitar que las DMA se utilicen como vía encubierta para prácticas eutanásicas, prohibidas en el ordenamiento jurídico argentino. Refleja una tensión entre el equilibrio del respeto a la autonomía del paciente y la preservación de límites éticos y legales que resguardan la vida como bien jurídico protegido.

Por otra parte, la inclusión del Comité de Ética como instancia de consulta previa garantiza una mirada interdisciplinaria que atenúe decisiones apresuradas y permita contextualizar las instrucciones del paciente en el marco sanitario y de las obligaciones legales vigentes. Este paso procedimental también actúa como salvaguarda frente a posibles responsabilidades profesionales, brindando cobertura institucional al médico tratante como al equipo de salud.

Sin embargo, el empleo de esta cláusula de imposibilidad legal no debe convertirse en un obstáculo que vacíe de contenido el derecho del paciente a la autodeterminación. Un uso abusivo o excesivamente restrictivo podría generar un efecto contrario al espíritu de la ley, prolongando intervenciones no deseadas y atentando contra la dignidad del paciente en etapas críticas de su vida. Como vimos en el punto anterior, la jurisprudencia comparada y los desarrollos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos han insistido en que las limitaciones a la autonomía del paciente deben ser estrictamente necesarias, proporcionales y no discriminatorias, evitando interpretaciones protectorias o paternalistas que invisibilicen la voluntad de la persona.

En definitiva, considero que este inciso debe interpretarse de forma armónica con el principio pro persona, de modo que la intervención del Comité de Ética sea una garantía de revisión y no una vía para desnaturalizar el ejercicio pleno del derecho de toda persona a decidir sobre el propio cuerpo y tratamiento.

¹⁷ Buedo, P., Sanchez, L., Ojeda, M. P., Della Vedova, M. N., Labra, B., Sipitria, R., Centineo Aracil, L., Cosentino, S., Varela, I., Yabar Varas, C., Apaza, G., Krasnow, A., Vilchez, S., & Luna, F. (2023). Consentimiento informado y directivas anticipadas: análisis comparado de la legislación en América Latina. *Revista De Bioética Y Derecho*, (58), 25–44. <https://doi.org/10.1344/rbd2023.58.41678>

d) Todos los establecimientos asistenciales deben garantizar el respeto de las directivas anticipadas. Es obligación de cada institución contar con profesionales sanitarios, en las condiciones y modo que fije la autoridad de aplicación, que garanticen la realización de los tratamientos en concordancia con la voluntad del paciente.

Entiendo que la previsión normativa contenida en este inciso debe complementarse con protocolos internos claros en cada institución, que establezcan desde el circuito de verificación de las DMA hasta los procedimientos para resolver conflictos de interpretación, evitando que las decisiones queden supeditadas a criterios aislados o a la disponibilidad circunstancial de recursos humanos o judicialización.

En definitiva, el respeto a las DMA en el ámbito institucional no es un mero acto de cortesía sanitaria, sino un deber jurídico que materializa derechos fundamentales y cuya omisión podría configurar responsabilidad institucional, estatal y profesional.

e) Cuando el paciente rechace, mediante directivas médicas anticipadas, determinados tratamientos y decisiones relativas a su salud y se encuentre en los supuestos previstos por el artículo 2, inc. e), 3er. párr. de la ley 26.529, modificada por la ley 26.742, el profesional interviniente mantendrá los cuidados paliativos tendientes para evitar el sufrimiento.

La reglamentación se refiere a casos en que el paciente presenta una enfermedad irreversible, incurable, se encuentra en estado terminal o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, supuestos en los cuales se respetará la voluntad del paciente, sin perjuicio de lo cual se mantendrán los cuidados paliativos que tengan por finalidad evitar el dolor y el sufrimiento.

Este inciso refuerza la obligación de garantizar cuidados paliativos incluso en los casos en que, en virtud de una DMA, el paciente rechace determinados tratamientos o procedimientos. No solo opera como salvaguarda de la dignidad humana, sino también como expresión del derecho a una muerte digna, libre de sufrimientos innecesarios. El hecho de respetar la negativa a recibir tratamientos invasivos o desproporcionados no autoriza al abandono terapéutico del paciente. Por el contrario, impone una obligación positiva de acción, orientada a mitigar el dolor y preservar la calidad de vida en la fase terminal o en situaciones de padecimiento irreversible. Como ha señalado la Organización Mundial de la Salud, los cuidados paliativos son un derecho universal que debe

garantizarse sin discriminación y con independencia de la aceptación o rechazo de tratamientos curativos.¹⁸

Es importante destacar que la obligación de mantener los cuidados paliativos preserva el equilibrio entre la autonomía del paciente y el deber ético y legal de no infligir sufrimiento evitable.

En este sentido, se podría pensar, que la autoridad de aplicación establezca protocolos unificados y obligatorios sobre la provisión de cuidados paliativos en el contexto de las DMA, con criterios objetivos para su implementación y auditoría, a fin de garantizar su cumplimiento efectivo y evitar zonas de discrecionalidad que puedan menoscabar la voluntad del paciente.

La reciente Opinión Consultiva OC-31/25 adoptada por la CIDH, que fuera solicitada por la Argentina, y aprobada el 12 de junio de 2025, declara que el derecho al cuidado es un derecho autónomo, derivado de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y basado en los principios de dignidad humana, solidaridad y corresponsabilidad social. Refiere a tres dimensiones del cuidado las que se encuentran interrelacionadas: el derecho a cuidar, a ser cuidado y al autocuidado.

Por unanimidad, decide que:

“...11. Los Estados deben adoptar las medidas necesarias para garantizar que las personas con discapacidad y con enfermedades graves, crónicas, o que comprometan la independencia, y que demanden la prestación de cuidados, reciban el cuidado y apoyo que necesiten sin discriminación, en el marco del respeto a sus derechos a la autonomía, independencia, seguridad y a una vida libre de violencia, en los términos de los párrafos los párrafos 190 a 202. ...”¹⁹

Considero que la OC -31/25 constituye un paso significativo en la consolidación del derecho a la salud en estrecha vinculación con la dignidad humana. A mi entender, el

¹⁸Consultado en: <https://www.dianova.org/es/publications/los-cuidados-paliativos-son-un-derecho-humano-universal/#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20son%20los%20cuidados%20paliativos,el%20final%20de%20la%20vida.>

¹⁹ Consultado en: <https://corteidh.or.cr/OC-31-2025/index.html#>

valor principal de este pronunciamiento desde la perspectiva de mi investigación, radica en primer lugar en afirmar que la salud no puede ser reducida a una mera prestación asistencial, sino que debe entenderse como una condición indispensable para el pleno goce de los derechos humanos. Y en segundo lugar, en situar en el centro de su razonamiento la noción de autonomía personal como presupuesto del respeto a la dignidad. En este último punto, y en proyección con este trabajo, la OC ofrece una base de interpretación sólida para comprender que las DMA no son un privilegio o un mecanismo accesorio, sino una garantía concreta de que las personas puedan ejercer su derecho a decidir sobre su propio cuerpo y su propio proyecto de vida incluso en situaciones de vulnerabilidad o incapacidad.

En mi opinión, interpela a los Estados a superar los obstáculos prácticos que impiden el ejercicio real de la autonomía, reafirmando que la dignidad y la salud son bienes indisociables que deben ser protegidos de manera integral.

“21. Los Estados deben asegurar la disponibilidad y acceso progresivo a servicios de salud que permitan a todas las personas -sea que brinden o que reciban cuidados- acudir a la atención en salud formal, tanto para la prevención como para el tratamiento de enfermedades, y participar activamente en el proceso de atención médica que tiene implicaciones sobre su bienestar individual, en los términos de los párrafos 272 a 278...”²⁰

f) Define los cuidados paliativos, del siguiente modo: “se entiende por cuidado paliativo la atención multidisciplinaria del enfermo terminal destinada a garantizar higiene y confort, incluyendo procedimientos farmacológicos o de otro tipo para el control del dolor y el sufrimiento”.

La definición normativa de cuidados paliativos, en este inciso, se vincula directamente con el conjunto de valores fundamentales que sustenta las DMA. Este enfoque reconoce que la dignidad de la persona no se agota en la mera preservación biológica de la vida, sino que comprende el derecho a transitar el proceso de enfermedad y el final de la vida con la menor carga de sufrimiento posible, respeto a la dignidad humana y al dolor singular de cada persona.

²⁰ Consultado en: <https://corteidh.or.cr/OC-31-2025/index.html#>

La inclusión de los cuidados paliativos como contenido obligatorio de la atención al paciente terminal refuerza así la operatividad de las DMA, al asegurar que la negativa anticipada a determinados tratamientos no implica abandono, sino el paso a un modelo de asistencia que preserva la calidad de vida, la autonomía personal y el respeto por la dignidad humana hasta el último momento.

g) En relación con los menores de edad e incapaces, no se tendrán por válidas las directivas anticipadas otorgadas, como así tampoco aquellas que resulten contrarias al ordenamiento jurídico o no se correspondan con el supuesto que haya previsto el paciente al momento de exteriorizarlas.

La previsión legal declara inválidas las directivas anticipadas otorgadas por personas menores de edad o personas con restricción judicial de la capacidad, así como aquellas contrarias al ordenamiento jurídico o incongruentes con el supuesto previsto. Ello responde, al parecer, a la intención de proteger a determinados sujetos que el legislador considera vulnerables o en situación de vulnerabilidad. Sin embargo, esta limitación puede tensionar el reconocimiento pleno de la autonomía de adolescentes y personas con discapacidad, derechos que gozan de tutela reforzada en el orden constitucional y convencional argentino.

El artículo 26 del CCyC consagra el principio de capacidad progresiva, estableciendo que los menores ejercen sus derechos en función de su madurez, y que a partir de los 16 años son considerados adultos para las decisiones sobre el cuidado de su cuerpo. Este reconocimiento normativo habilita, al menos potencialmente, a que adolescentes cercanos a la mayoría de edad puedan participar activamente en la planificación anticipada de su atención sanitaria, incluyendo el otorgamiento de una DMA, siempre que cuenten con la información suficiente y el acompañamiento profesional adecuado. Negarles por vía legal esta posibilidad de forma absoluta implica desconocer el estándar de autonomía reconocido por la propia legislación interna.

En cuanto a las personas con discapacidad, el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (con jerarquía constitucional, art. 75 inc. 22 CN) establece el derecho al reconocimiento de la capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás personas. La Observación General N.º 1 del Comité sobre los

Derechos de las Personas con Discapacidad²¹ ha señalado que las medidas de apoyo en la toma de decisiones deben reemplazar el modelo de sustitución de la voluntad. Así, una restricción genérica a la validez de las directivas anticipadas emitidas por personas con discapacidad, sin un examen individualizado de su discernimiento y de los apoyos provistos o designados, podría ser incompatible con este paradigma.

Por su parte el artículo 60 del CCyC, al habilitar las directivas anticipadas para toda persona capaz, no establece distinciones excluyentes por condición de discapacidad, sino por el estándar de capacidad exigido en cada caso. Por ello, la interpretación más acorde con el bloque de constitucionalidad federal es aquella que privilegia el respeto por la voluntad y las preferencias de la persona, evaluando caso por caso la suficiencia de apoyos y salvaguardas, en lugar de imponer prohibiciones categóricas.

En el caso *I.V. vs. Bolivia* (2016), la Corte IDH enfatizó que la autonomía de las personas con discapacidad debe garantizarse mediante ajustes razonables y apoyos adecuados, incluso en contextos médicos complejos.

En consecuencia, una lectura crítica del inciso analizado sugiere que la regla de invalidez debe interpretarse de manera restrictiva, evitando que se convierta en un obstáculo para el ejercicio pleno de derechos por parte de adolescentes y personas con discapacidad. El desafío, entiendo, consiste en compatibilizar la protección contra abusos con el respeto efectivo a la voluntad y preferencias, conforme a los compromisos internacionales asumidos por la Argentina y a la coherencia interna del sistema normativo que rige las Directivas Médicas Anticipadas.

En este sentido, cabe traer a consideración el fallo de la Corte Constitucional de Colombia de fecha 14/02/2025, T-057/2025²², el que resolvió negar la autorización inmediata de activar el protocolo de eutanasia, solicitada por Teresa en representación de su hijo adolescente Mateo, argumentado que no existía una manifestación autónoma e inequívoca del adolescente y que no se habían agotado las alternativas de cuidados paliativos. Sin embargo, dispuso una serie de medidas de relevancia, tales como: ordenar a Salud EPS conformar una junta médica interdisciplinaria con participación de la madre

²¹ Consultado en: <http://www.convenciondiscapacidad.es/wp-content/uploads/2019/01/Observaci%C3%B3n-1-Art%C3%ADculo-12-Capacidad-jur%C3%ADdica.pdf>

²² Consultado en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2025/t-057-25.htm>

para garantizar un protocolo de cuidados paliativos integrales, incluyendo asistencia de enfermería permanente y acompañamiento psicológico y social de Mateo; ordenó al Ministerio de Salud adecuar la normativa vigente para que la discapacidad intelectual no sea una exclusión automática en el acceso al derecho a morir con dignidad en menores de edad; y reiteró el llamado al Congreso de la República para dictar una regulación específica en la materia.

Esta resolución refuerza la autonomía de las personas menores de edad, destaca la importancia y necesidad de la escucha de la persona menor de edad en las decisiones de salud, entendiendo que no puede omitirse la misma o ser suplida automáticamente y de ahí la necesidad de elaborar protocolos de escucha de las personas menores de edad para recabar su consentimiento en las decisiones de salud y el grado de autonomía y comprensión de las mismas. Además, reafirma que la protección reforzada de los derechos de las personas con discapacidad exige eliminar barreras normativas y garantizar apoyos efectivos para la toma de decisiones en salud, en consonancia con el modelo social de discapacidad consagrado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).

h) Revocación: el paciente puede revocar en cualquier momento las directivas, dejando constancia por escrito con la misma modalidad con que las otorgó o las demás habilitadas por las leyes que se reglamentan por el presente decreto. Si el paciente no tuviera disponible estas modalidades al momento de decidir la revocación por encontrarse en una situación de urgencia o internado, se documentará su decisión revocatoria verbal con la presencia de al menos dos (2) testigos y sus respectivas rúbricas en la historia clínica, además de la regulación de las directivas médicas, firma del profesional tratante.

La facultad de revocar las DMA en cualquier momento constituye una garantía esencial del principio de autonomía personal que informa todo el régimen jurídico de derechos del paciente²³.

La previsión normativa que habilita esta revocación por escrito, con las mismas formalidades que el acto constitutivo, y que admite su instrumentación verbal en casos de

²³ Ver Capítulo I.2

urgencia o internación con la presencia de dos testigos, responde a la necesidad de equilibrar seguridad jurídica y flexibilidad operativa en contextos clínicos dinámicos.

El artículo 60 del CCyC, no regula expresamente el procedimiento de revocación de las DMA, dejando su detalle a la reglamentación. El decreto que desarrolla la ley de derechos del paciente en consonancia con los artículos 59 y 60 CCyC, reconoce que la voluntad actual prevalece sobre la previamente manifestada, consagrando así la primacía de la decisión presente como expresión más genuina de la autonomía.

Si bien el reconocimiento de la revocación verbal de una DMA, en situaciones de urgencia es un avance en términos de operatividad, persisten riesgos prácticos: la dependencia de la intervención de testigos y la carga probatoria asociada pueden obstaculizar el ejercicio inmediato de la voluntad, especialmente en pacientes en condiciones clínicas críticas o con limitaciones en la comunicación. Además, para personas con discapacidad, la exigencia formal de testigos y firma del profesional debe interpretarse a la luz del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, garantizando ajustes razonables y apoyos para que la revocación sea accesible y no discriminatoria.

La revocación de las DMA reafirma que las DMA no constituyen un mandato irrevocable, sino una herramienta flexible que se adapta a la evolución de la condición médica, el avance médico y los cambios en las convicciones personales del paciente. Esta característica es la que permite que el sistema no derive en prácticas rígidas que desnaturalicen el propósito último de las directivas: asegurar que el paciente conserve el control de sus decisiones sanitarias, incluso en circunstancias extremas.

i) El paciente debe redactar sus DMA en un solo documento, haciendo constar si deja sin efecto anteriores decisiones si las hubiera y ponerlas en conocimiento de su médico o personal de salud.

Esta exigencia, entiendo, persigue dos finalidades esenciales: por un lado, la garantía de seguridad jurídica en la identificación de la última voluntad vigente del paciente; por otro, la efectiva operatividad clínica de esa voluntad mediante su acceso oportuno por parte de los profesionales intervinientes.

En el plano normativo, el artículo 60 del CCyC establece que toda persona capaz puede anticipar directivas sobre su salud y designar un representante, sin especificar un formato único, pero reconociendo que la voluntad debe estar expresada por escrito o mediante otro medio fehaciente que asegure su autenticidad. El decreto reglamentario complementa esta disposición al exigir la unificación documental, a fin de evitar conflictos interpretativos derivados de la coexistencia de versiones distintas o contradictorias, afectando el respeto de la voluntad del paciente contenida y expresada en la DMA.

Sin embargo, el requisito de un solo documento, si bien fortalece la certeza jurídica puede resultar insuficiente si no se articula con mecanismos efectivos de registración y publicidad. La mera existencia de un documento unificado no garantiza su conocimiento por parte de los profesionales si no se integra en un sistema de acceso rápido, como un registro único de DMA de alcance nacional y consulta en tiempo real.

En consecuencia, este inciso debe interpretarse como parte de un engranaje más amplio: la unificación documental es el primer paso para la operatividad real de las directivas, pero su potencial sólo se concreta si se acompaña de políticas públicas que aseguren su disponibilidad inmediata para el equipo de salud, respetando la última voluntad del paciente y evitando decisiones clínicas contrarias a ella.

j) Formalidades: las directivas anticipadas emitidas con intervención de un (1) escribano público deben al menos contar con la certificación de firmas del paciente y de dos (2) testigos o, en su caso, de la o las personas que este autorice a representarlo en el futuro y que aceptan la misma. Sin perjuicio de ello, el paciente tendrá disponible la alternativa de suscribirlas por escritura pública, siempre con la rúbrica de los testigos y, en su caso, de las personas que aceptan representarlo. Los testigos, cualquiera sea el medio por el cual se extiendan, en el mismo texto de las directivas anticipadas deben pronunciarse sobre su conocimiento acerca de la capacidad, competencia y discernimiento del paciente al momento de emitirlas y rubricarlas, sin perjuicio del deber del propio paciente otorgante debe manifestar también esa circunstancia, además de que es una persona capaz y mayor de edad.

No se trata únicamente de dar forma solemne a un acto jurídico, sino de reforzar la certeza de que la voluntad manifestada es auténtica, libre y consciente, y que ha sido emitida por una persona capaz y mayor de edad.

El artículo 60 del CCyC exige que las directivas se expresen por escrito o por cualquier otro medio que permita dejar constancia fehaciente, habilitando la designación de un representante. La reglamentación específica añade exigencias formales que, aunque no son estrictamente constitutivas de la validez sustantiva, sí se erigen como presunciones reforzadas de autenticidad y veracidad. La intervención notarial y la declaración de los testigos sobre la capacidad del paciente aportan un valor probatorio elevado, especialmente relevante en contextos de posible conflictividad familiar o clínica.

No obstante, advierto que la carga formal, si no se combina con mecanismos de acceso efectivo, puede devenir en un obstáculo para la operatividad real de las DMA. En zonas rurales o contextos de vulnerabilidad, la exigencia de intervención notarial o testigos idóneos puede disuadir o impedir el otorgamiento. Asimismo, para personas con discapacidad, estas formalidades deben interpretarse de manera compatible con el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, admitiendo apoyos y ajustes razonables que permitan la expresión válida de su voluntad sin menoscabo de su derecho a decidir.

Este inciso se relaciona directamente con los apartados sobre unidad documental (inciso i) y revocación (inciso h), en tanto todos ellos apuntan a garantizar que la última voluntad del paciente pueda ser verificada y aplicada sin dilaciones indebidas. Sin embargo, como se ha sostenido a lo largo de este trabajo, las formalidades sólo cumplen su finalidad si van acompañadas de un sistema de registración y publicidad accesible, que permita a los equipos de salud acceder de inmediato al documento válido y vigente emitido por el paciente.

k) Eximición de responsabilidad civil, penal y administrativa: en concordancia con lo dispuesto con el incorporado art. 11 bis se establece que

“en ningún caso se entenderá que el profesional que cumpla con las directivas anticipadas emitidas con los alcances de la ley 26.529 o su modificatoria, ni demás previsiones de ellas o de esta reglamentación, está sujeto a responsabilidad civil, penal, o administrativa derivada de su cumplimiento”.

La eximición expresa de responsabilidad civil, penal y administrativa para los profesionales de la salud que actúen en cumplimiento de las DMA entiendo constituye un pilar esencial para la operatividad de este instrumento. De no existir previsión, el temor a

eventuales sanciones o reclamos podría llevar a conductas defensivas, dilaciones o incluso a la negativa de aplicar las directivas, vaciando de contenido práctico el derecho del paciente.

Esta garantía se enmarca en el artículo 11 bis de la Ley 26.529, incorporado por la Ley 26.742, que protege al profesional que respeta la voluntad anticipada del paciente, siempre que esta cumpla con los requisitos de validez y se encuentre debidamente documentada. El objetivo es salvaguardar la autonomía del paciente y otorgar seguridad jurídica al médico, quien actúa en un terreno donde confluyen deberes éticos, obligaciones legales y riesgos de responsabilidad.

La realidad es que, en la práctica, persiste el riesgo de que un profesional enfrente cuestionamientos si la directiva se considera inválida, si se duda de su aplicabilidad al caso concreto, o si se interpreta que el cumplimiento implicó vulnerar normas de orden público. Por ello, la operatividad real de esta eximición requiere de protocolos claros, de un registro unificado y accesible de DMA (tema central de esta tesis) y de una adecuada capacitación de los profesionales de la salud sobre el alcance y límites de su actuación.

1) Posibilidad de creación de registro de directivas médicas anticipadas: los escribanos a través de sus entidades representativas y las autoridades judiciales, mediante las instancias competentes, podrán acordar modalidades tendientes a registrar tales directivas si no hubiere otra modalidad de registro prevista localmente.

La facultad otorgada a escribanos a través de sus entidades representativas y a las autoridades judiciales, mediante las instancias competentes, para acordar modalidades de registración de DMA, en ausencia de un sistema local preexistente, constituye una respuesta parcial a la problemática de accesibilidad y disponibilidad inmediata de estos documentos. En el contexto del marco normativo argentino, esta previsión presenta importantes limitaciones, especialmente en términos de uniformidad, interoperabilidad y cobertura territorial.

El artículo 60 CCyC habilita la exteriorización anticipada de la voluntad en materia sanitaria, pero no establece un sistema de registración obligatorio ni uniforme. Al delegar en colegios notariales o en dependencias judiciales la eventual creación de registros, la reglamentación reconoce implícitamente la necesidad de un mecanismo de conservación y

acceso, pero lo hace sin dotarlo de carácter vinculante ni alcance nacional. La permisión para que escribanos y autoridades judiciales organicen registros locales es un avance frente a la ausencia total de regulación, pero su carácter facultativo y descentralizado deja intacto el problema estructural que esta tesis identifica: la falta de un Registro Único Nacional de DMA. La fragmentación no solo debilita la seguridad jurídica, sino que también compromete el ejercicio efectivo del derecho a la autonomía personal, al depender su operatividad del azar geográfico o institucional.

A pesar de que se valora esta previsión como un avance legislativo, debe señalarse que al no prever la ley un sistema de registración único nacional, uniforme y accesible de las DMA, se limita gravemente su eficacia operativa. La ausencia de mecanismos institucionales de almacenamiento y consulta restringe la posibilidad de que los equipos médicos accedan a tiempo a la voluntad del paciente, especialmente en situaciones de urgencia o internación.

En suma, si bien la Ley 26.529, el decreto que la reglamenta y la reforma introducida por la Ley 26.742 representan un progreso indiscutible en la protección de los derechos personalísimos en el ámbito de la salud, su alcance práctico se ve condicionado por la inexistencia de la implementación de un registro único de DMA.

3. Recepción de las DMA en el CCyC

La reforma del derecho privado argentino concretada con la sanción del Código Civil y Comercial de la Nación, vigente desde el 1 de agosto de 2015, consolidó y amplió el marco normativo de los derechos personalísimos y, dentro de ellos, del derecho a consentir o rechazar intervenciones médicas. A diferencia de los instrumentos anteriores, el nuevo Código no solo reafirma el valor jurídico del consentimiento informado, sino que lo incorpora como manifestación de la autonomía existencial de la persona.

En este contexto, el artículo 60 adquiere especial relevancia al consagrar el derecho de toda persona capaz a decidir libremente sobre tratamientos médicos presentes y futuros, abriendo así el camino para legitimar las Directivas Médicas Anticipadas como expresión anticipada de la voluntad sanitaria. El tratamiento que el CCyC hace del consentimiento

en materia de salud debe ser leído e interpretado de forma sistemática con los artículos 51, 56 y 57, que regulan los actos sobre el propio cuerpo, el derecho a la información sanitaria y la disposición de órganos y tejidos. Este conjunto normativo permite construir una estructura coherente y sólida que otorga jerarquía codificada a principios que hasta entonces estaban dispersos en leyes especiales, prácticas clínicas o interpretaciones jurisprudenciales.

El reconocimiento de las DMA y su incorporación a la normativa de fondo no sólo recepta la práctica que venía siendo regulada en diferentes leyes y jurisprudencia, sino también la autonomía de la voluntad de toda persona referida a las acciones personales y privadas de los hombres y mujeres, las que quedan reservadas al ámbito privado.

Ahora bien, a pesar de su regulación en diferentes normas, constitucionales-convencionales y de derecho interno, actualmente es escasa la utilización de las DMA; tampoco es muy conocida su existencia, función, finalidad e importancia, sólo son emitidas por un pequeño grupo de personas que pueden tener acceso a conocimientos o contactos que los instruyan en este tipo de decisiones. Todo ello, a pesar de que pueden ser tomadas libremente y modificadas o revocadas tantas veces como se crea necesario o así se decida. Y ello a pesar de alguna duda relativa a su formalidad. En efecto, se siguen planteando interrogantes relativos a si cabe otorgarla en un formulario sencillo elaborado en forma privada, ante autoridad pública, ante el centro de salud, o con petición judicial, hecho que así ocurre en variadas ocasiones, donde es el/la juez/a quien termina resolviendo sobre las decisiones referidas al cuidado de salud de una persona.

En suma, el artículo 60 constituye una norma de suma relevancia en el marco del derecho a la salud, ya que como se anticipó regula expresamente el consentimiento informado como manifestación concreta de la autonomía de la voluntad en el ámbito médico. Este artículo no solo reafirma los principios ya establecidos en la Ley N.º 26.529, sino que también los integra al cuerpo normativo civil con jerarquía codificada, reforzando su valor como derecho personalísimo. La norma establece que:

“Toda persona capaz tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, y a revocar posteriormente su decisión. El rechazo de tratamientos o procedimientos médicos podrá extenderse a situaciones clínicas irreversibles o terminales cuando provoquen un sufrimiento

desmesurado, en cuyo caso deberá asegurarse el acompañamiento y los cuidados paliativos del paciente.”

Este texto confirma de forma clara que el consentimiento y su revocación, es un acto de disposición personalísimo, amparado por el principio de autodeterminación, y que ninguna intervención médica puede realizarse sin la voluntad válida del paciente.

Antes de la sanción del CCyC, los derechos personalísimos estaban consagrados en la Constitución Nacional, normas internacionales, en la jurisprudencia y en diferentes textos, existiendo un derecho internacional con jerarquía constitucional, protectorio de los derechos personalísimos, que influyeron en las legislaciones locales. Los derechos personalísimos, llamados también derechos de la personalidad definidos como:

“...las prerrogativas de contenido extrapatrimonial inalienables, perpetuas y oponibles erga omnes, que corresponden a toda persona por su condición de tal, desde antes de su nacimiento y hasta después de su muerte, y de las que no puede ser privada por la acción del Estado ni de otros particulares porque ello implicaría desmedro o menoscabo de la personalidad...”²⁴

Considero acertado la incorporación del Capítulo 3, título I del Libro I al CCyC, pues sistematiza los derechos de la personalidad bajo el título Derechos y Actos Personalísimos.

En este sentido, el artículo 60 consagra los siguientes principios esenciales:

- a) Primacía de la voluntad del paciente: La persona tiene derecho a decidir sobre su cuerpo y su salud, incluso cuando ello implique rechazar tratamientos que podrían prolongar su vida.
- b) Validez del rechazo anticipado: El rechazo de procedimientos puede ser proyectado a situaciones futuras, lo que habilita legalmente la figura de las DMA

²⁴ RIVERA, Julio Cesar.,MEDINA Graciela, (Directores). RIVERA, Julio César, CROVI, Luis Daniel (Autores)., Parte Civil. Parte General, 1a edición 2016, 1a edición la reimpresión 2016, ciudad Autónoma de Buenos Aires, Abeledo Perrot 2016, Capítulo XIII, Derechos personalísimos, Nociones introductorias, 1. concepto, página 365 .

c) Irreversibilidad y sufrimiento como factores habilitantes: En casos de enfermedad terminal o irreversible que provoquen sufrimiento desmesurado, el rechazo a tratamientos se legitima aún más.

d) Cuidados paliativos obligatorios: Incluso cuando se rechazan tratamientos de sostén vital, el sistema de salud debe garantizar el acompañamiento y el respeto por la dignidad del paciente mediante medidas paliativas.

La norma, aunque no utiliza el término “directivas médicas anticipadas”, las contempla de forma implícita al prever la posibilidad de rechazar tratamientos en escenarios futuros donde el paciente no esté en condiciones de manifestar su voluntad de manera actual. En este marco, las DMA aparecen como el instrumento jurídico idóneo para garantizar que el consentimiento informado, como expresión de la voluntad individual, se proyecte de manera válida hacia momentos de vulnerabilidad o incapacidad.

Es importante subrayar que el artículo 60 del CCyC otorga un soporte normativo robusto al ejercicio de la autonomía en el ámbito médico, constituyéndose en uno de los pilares fundamentales del sistema jurídico argentino en materia de consentimiento, tratamiento digno y planificación anticipada de decisiones de salud. Su interpretación debe realizarse de forma armónica con la Ley N.º 26.529 y la Constitución Nacional, conforme al principio pro persona y al bloque de constitucionalidad federal en materia de derechos humanos.

Así pues, el Código Civil y Comercial de la Nación no sólo consolida el marco legal de las DMA al integrar el consentimiento informado como derecho personalísimo, sino que también proyecta una visión coherente y actualizada del principio de autonomía en materia de salud. El artículo 60, interpretado en armonía con las disposiciones sobre actos sobre el propio cuerpo, confirma que toda persona tiene derecho a decidir sobre su salud incluso en escenarios futuros de incapacidad, brindando respaldo normativo al instituto de las DMA. No obstante, su efectiva implementación continúa enfrentando desafíos prácticos vinculados a la ausencia de registración única y a la falta de publicidad.

Sin embargo, el reconocimiento legislativo nacional, por sí solo, no resulta suficiente para garantizar la efectiva operatividad de estas directivas en la vida real de los pacientes y en el sistema de salud. En este sentido, resulta interesante examinar el grado de desarrollo normativo e institucional que las distintas jurisdicciones provinciales han

alcanzado en relación con las DMA. Dada la estructura federal del Estado argentino y la descentralización de competencias en materia sanitaria, la regulación local y la implementación efectiva de las directivas anticipadas dependen, en gran medida, de la voluntad legislativa y administrativa de cada provincia.

A continuación, se abordará el marco normativo en provincias argentinas, identificando los avances, vacíos y heterogeneidades que coexisten en el país respecto del reconocimiento y operatividad de este instrumento.

4. Regulación de las DMA en las provincias argentinas

El reconocimiento de las DMA en el derecho argentino no se agota en la legislación nacional. En virtud del sistema federal adoptado por la Constitución Nacional, las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires conservan competencias en materia de salud pública, organización de servicios, y desarrollo normativo en temas vinculados al procedimiento tendiente a hacer efectivos los derechos personalísimos. En este contexto, la implementación de las DMA, así como su registración, publicidad y operatividad, depende en gran medida de las decisiones adoptadas por cada jurisdicción local, es decir por cada provincia.

La sanción de la Ley N.º 26.529 y su reforma por la Ley N.º 26.742 establecieron el marco general que reconoce el derecho a manifestar anticipadamente la voluntad sobre tratamientos médicos. Sin embargo, dicho reconocimiento legal no fue acompañado de un sistema nacional unificado de registración, lo que generó un vacío que fue, en parte, abordado de manera diferente por algunas provincias. En los últimos años, varias provincias han dictado normas locales para reglamentar las DMA, creando formularios oficiales, registros administrativos, capacitaciones profesionales o guías clínicas. Otras, en cambio, aún no han legislado específicamente sobre el tema, lo que genera un panorama fragmentado e inequitativo en el acceso al derecho.

En este título propongo relevar el estado actual de las diferentes regulaciones provinciales sobre las DMA, identificando avances, omisiones y buenas prácticas.

a) Neuquén

En el año 2.008, la provincia de Neuquén sancionó la Ley No 2.611, denominada Derechos de los Pacientes. Allí se enuncian los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de la salud en instituciones públicas y privadas. Establece el documento de instrucciones por el cual, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con el objeto de que está se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en que no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y tratamientos de salud a los que desea someterse o, una vez llegado su fallecimiento, disponerse sobre el destino de su cuerpo o sus órganos (Art. 13).

La directiva de salud puede consistir en instrucciones o en la designación de un representante, debe ser hecha por escrito, no admite testigos, deben anotarse en la historia clínica del paciente y resguardarse en el centro de salud quién tendrá la función de garante de su conservación.

b) Río Negro

Esta provincia sancionó la Ley No 4.263 sobre "Declaración de Voluntad Anticipada", el 27 de noviembre de 2007, por la cual reconoce el derecho de las personas a decidir y declarar fehacientemente su voluntad de ser o no sometidas a asistencia sanitaria y cuidados médicos, y crea el registro de Voluntades Anticipadas en el ámbito del Ministerio de salud de la provincia.

También la Ley No 4.264 "Calidad de Vida y dignidad de los enfermos terminales", sancionada el 11 de enero de 2008, por la que se establece que toda persona que padezca una enfermedad irreversible en estado terminal o haya sufrido un accidente que lo coloque en igual situación, tiene derecho a manifestar su rechazo a los procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación y de reanimación artificial - Muerte Digna-.

c) Tucumán

El 15 de marzo de 1999, Tucumán sancionó la Ley No 6952, referida a los "Derechos del paciente", la cual consigna el derecho a la intimidad, confidencialidad, información y dentro del tema que nos ocupa " ... A que previamente a la aplicación de cualquier procedimiento, diagnóstico o tratamiento se le informe sobre el mismo, los riesgos médicos significativos, probable duración de discapacidad y todo dato que pueda

contribuir a la obtención de un consentimiento responsable o su rechazo con excepción de los casos de urgencia.” (Art. 1 inc. 8).

Pero sujeta el rechazo del tratamiento propuesto a que la legislación vigente lo permita. Es obligatorio exhibir en lugar visible en todo centro asistencial, hospital, clínicas, consultorios o lugar donde se brinde atención relacionada con la medicina o actividades auxiliares de la misma, públicos o privados de todo el territorio de la Provincia, los derechos de los pacientes contenidos en esta legislación.

d) Córdoba

La Ley cordobesa 10.058, denominada “Muerte Digna”, tiene por objeto establecer, regular y garantizar el derecho que tiene cualquier persona a decidir en forma anticipada su voluntad respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos o procedimientos médicos de encarnizamiento terapéutico que pretendan prolongar de manera indigna su vida. El Registro de declaración de voluntad anticipada ha instrumentado un formulario para facilitar la expresión de la voluntad anticipada, que puede ser completado y presentado en este organismo, que realiza una revisión y validación de la declaración. La misma es conservada en el registro manteniendo la confidencialidad y la protección de datos personales. No obstante, el formulario no es la única manera en la que se puede expresar la voluntad, también es posible confeccionar una declaración personal y/o generar un documento propio.

e) Chubut

En fecha 01/03/2011 Chubut sancionó la Ley III-34, de Declaración de voluntad anticipada, cuyo artículo 1 establece que: “Toda persona en uso de su libre discernimiento tiene derecho a manifestar anticipadamente su voluntad, a través de los denominados actos de Declaración de Voluntad Anticipada o autoprotección, en forma de instrucciones, directivas, decisiones o previsiones, para ser ejecutada en aquellas circunstancias en que la misma esté imposibilitada por cualquier causa, sea de manera transitoria o permanente, de hacerlo por sí”. Hay que destacar de esta ley que crea el Registro de Voluntades Anticipadas, cuyo funcionamiento y organización recaerá en la órbita del Colegio de Escribanos de la Provincia, quien garantizará la custodia, conservación y accesibilidad de las Declaraciones de Voluntades Anticipadas emitidas en el territorio de la Provincia. Deberá asegurar en todos los casos la confidencialidad y el respeto de la legislación de

protección de datos personales. El Colegio de Escribanos, es quien garantizará la accesibilidad al registro de todas las personas.

También, y no menos importante, vale destacar que el artículo 5 en su parte pertinente contempla aquellas personas que deseen otorgar directivas anticipadas y no posean recursos suficientes, quedando exentas de pago de honorarios, referido a dicho acto de declaración, modificación, sustitución y/o revocación.

A modo de cierre de este capítulo, puedo afirmar que el marco normativo argentino reconoce de forma clara y progresiva el derecho de toda persona a formular DMA, como manifestación concreta de su autonomía personal. Desde su fundamento en la Constitución Nacional y los tratados internacionales de derechos humanos, pasando por su consagración legal en las Leyes N.º 26.529 y N.º 26.742, hasta su recepción sistemática en el Código Civil y Comercial de la Nación, el ordenamiento jurídico ha dado pasos decisivos hacia la consolidación de este instituto. Sin embargo, la ausencia de un sistema de registración nacional único y la diferencia en las regulaciones provinciales revelan que aún persisten obstáculos estructurales para su plena implementación. La protección efectiva de los derechos personalísimos en el ámbito sanitario requiere no sólo de normas claras, sino también de dispositivos institucionales eficaces, accesibles y articulados a nivel federal. Entre ellos, un registro único.

Teniendo siempre presente esta problemática, en el capítulo siguiente, previo a ocuparme de su origen, me referiré al desarrollo jurisprudencial de las DMA en Argentina. Se trata de otro pilar esencial para comprender su evolución y aplicación concreta. Luego realizaré un repaso acotado de su regulación legislativa en algunos países de América.

IV. Capítulo Tercero: Antecedentes de las Directivas Médicas Anticipadas y Regulación legislativa en América

Como bien enseña la antropología, la vida y la muerte siempre fueron objeto de preocupación existencial de las personas.

“A lo largo de la historia, la muerte fue a menudo tema de preocupación y fuente de angustia para la humanidad. Reconocida como única certeza de la vida y pensada popularmente como su antagonista, la muerte y el proceso de morir son fenómenos sociales vivido(s) de distintas formas, de acuerdo con el significado compartido por esta experiencia”.²⁵

A ello se suma el desarrollo biomédico, conjunto que explica el origen y evolución del fenómeno que nos ocupa, receptado por la jurisprudencia nacional y por la legislación de otros países americanos.

1. Origen de las DMA

Las DMA nacen como una respuesta ética y social frente a los dilemas que plantea la medicina moderna en contextos de terminalidad, pérdida de la conciencia o enfermedad irreversible. A medida que los avances tecnológicos permitieron prolongar la vida biológica, más allá de los límites hasta entonces conocidos, emergió la necesidad de equilibrar esos avances con el respeto a la autonomía y a la dignidad del paciente. En este marco, el concepto de autonomía personal adquirió un lugar central en el derecho a la salud y en la práctica médica contemporánea.

²⁵ Menezes, RA. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro. Ed. Garamond; año 2004. p. 24 Consultado en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/Nb4RkLxvwRvCTPzVzWvhDdN/?format=pdf&lang=es>

Las DMA surgen, así como consecuencia de la necesidad de la persona, en su rol de paciente, de proteger su autonomía, dignidad, y autodeterminación, en relación con las decisiones referidas a su salud y en proteger y garantizar que dichas decisiones sean respetadas, incluso cuando no puedan expresarse al momento de hacerlas efectivas.

Las DMA se encuentran incorporadas a las legislaciones modernas de varios países del mundo. Si bien cada país las contempla de diferentes maneras y las denomina de diversos modos, han sido receptadas y legisladas a lo largo de los años.²⁶

El antecedente inmediato, de las DMA, podemos ubicarlo en Estados Unidos, en el año 1960, con los living will (declaración previa de voluntad). En 1967, el abogado de Chicago Luis Kutner propuso el primer living will, para responder a la pregunta de "...cómo desearías ser tratado si no pudieras decidir por ti mismo..."²⁷, y se redactó el primer documento, por el cual una persona podía expresar su voluntad o decisión, respecto a la negativa de aplicarse determinado tratamiento médico, sólo en caso de que padeciera una enfermedad terminal. La iniciativa se vinculó con un cambio cultural que desplazaba el modelo paternalista hacia uno basado en la autonomía y la dignidad y la evolución de la medicina.

En el año 1976, el Estado de California sancionó la Natural Death Act²⁸, también conocida como

"Las Leyes de Muerte Natural (también conocidas como Leyes de Muerte con Dignidad y Leyes de Testamento Vital) determinan en qué situaciones y cómo las personas pueden rechazar intervenciones médicas que les permitan sobrevivir. Su propósito es permitir que los pacientes elijan una muerte "natural", sin las limitaciones de la tecnología médica"²⁹

La Natural Death Act, fue la primera ley en los Estados Unidos que garantizó el derecho de las personas a rechazar la tecnología médica de soporte vital. Permitió a los pacientes, cuya condición era terminal y la muerte inminente, suspender o rechazar el

²⁶ Vuelvo sobre el particular, con especial énfasis en países americanos, en el punto 3 de este mismo capítulo.

²⁷ Consultado en: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2024/02/ANEXO-Una-breve-historia-del-testamento-vital.pdf>

²⁸ Consultado en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/15563657808988256>

²⁹ Consultado en: <https://www.encyclopedia.com/social-sciences/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/natural-death-acts>

tratamiento médico, garantizando además a los profesionales de la salud su protección de todo proceso judicial por respetar su voluntad manifestada en forma previa.

En el año 1991, la Patient Self-Determination Act (PSDA)³⁰ fue una enmienda propuesta en el año 1990, dentro de las funciones que tuvo esta ley, fue modificar los títulos XVIII y XIX de la Ley del Seguro Social (Medicare y Medicaid, respectivamente). En cuanto a la relevancia y en perspectiva con este trabajo puedo mencionar que esta ley se destaca por su exigencia, que los pacientes sean informados de su derecho a participar en la toma de decisiones médicas referidas a su salud y atención médica que reciban. Otra de las exigencias que impone es que se le consulte a cada paciente sobre la emisión de DMA y documentación de sus deseos respecto a tratamientos médicos referidos a su salud.

En el ámbito jurisprudencial de Estados Unidos, es necesario mencionar los casos *Quinlan* (año 1976), *Cruzan* (año 1990) y *Nancy B.* (año 1992) los que constituyen los pilares fundacionales del derecho a la autodeterminación en el final de la vida y, por ende, del surgimiento de las DMA en el derecho comparado. Cada uno de ellos, acaecidos en épocas y en contextos diferentes, pone en evidencia la tensión entre el deber médico de preservar la vida y el respeto por la voluntad autónoma del paciente.

El caso de *Quinlan Ann Karen*³¹, resuelto por la Corte Suprema de New Jersey en 1976, se trata de una joven de veinte años, quien, tras la ingesta combinada de alcohol y tranquilizante, sufrió un paro respiratorio prolongado que le ocasionó daño cerebral irreversible y la colocó en un estado vegetativo persistente. Desde su internación, fue mantenida con ventilación mecánica y alimentación artificial, sin expectativas de recuperación neurológica. Ante la situación de deterioro progresivo de Ann Karen, los padres solicitaron la suspensión del respirador mecánico, pedido que fue en un primer momento rechazado por el hospital. El conflicto llegó hasta la Corte Suprema de New Jersey, que finalmente resolvió a favor de los padres, y reconoció por primera vez la legitimidad de retirar un soporte vital en un estado vegetativo persistente e irreversible, dando origen a los comités de ética hospitalaria, para asesorar a médicos y al entorno afectivo del paciente en los casos de conflicto familiar.

³⁰ Consultado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538297/>

³¹ *In re Quinlan*, 70 N.J. 10, 355 A.2d 647 (Supreme Court of New Jersey, 1976). Consultado en <https://law.justia.com/cases/new-jersey/supreme-court/1976/70-n-j-10-0.html>

El caso *Cruzan Nancy*³², resuelto por la Corte Suprema de los Estados Unidos en 1990, refiere a una mujer que, tras sufrir, un accidente automovilístico, quedó en estado vegetativo persistente. Sus padres solicitaron al hospital que se retirara la alimentación e hidratación artificial que la mantenían con vida. El Estado de Missouri, sin embargo, exigió pruebas claras y convincentes de que esa había sido efectivamente la voluntad de la paciente antes de quedar en el estado incapacitante en el que se encontraba. La Corte Suprema de los Estados Unidos estableció que el rechazo de tratamientos médicos es un derecho constitucional, aunque sometido a estándares probatorios rigurosos, debiendo demostrarse en caso de personas incompetentes que esa era su voluntad, con pruebas claras y convincentes, lo que impulsó la regulación legislativa del living wills.

Finalmente, el caso *Nancy B.*, resuelto por la Corte Superior de Quebec en 1992³³, refiera a una joven diagnosticada con síndrome de Guillain-Barré, padecía una parálisis progresiva irreversible que la mantenía permanentemente conectada a un respirador artificial. Al encontrarse lúcida y plenamente consciente, manifestó reiteradamente su voluntad de que se le retirara el respirador, considerando que la prolongación artificial de su vida contrariaba su dignidad. La Corte Superior de Quebec consagró la primacía de la autonomía y la dignidad personal frente al deber de los profesionales de prolongar la vida biológica, incluso cuando la decisión de retirar el respirador llevaba directamente a la muerte de Nancy.

Estos precedentes jurisprudenciales marcaron no solo un cambio de paradigma en el ámbito sanitario y de autodeterminación de las personas, sino que también dieron pie a que diversos ordenamientos jurídicos comenzarán a regular normativamente a las DMA.

En Europa se aprobó el 04 de abril del año 1997, el Convenio de Oviedo, ETS No 164³⁴, para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano, respeto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Es una convención marco que tiene por objeto proteger la dignidad e identidad de los seres humanos y garantizar a todos, sin discriminación, el respeto de su integridad y libertad, con respecto a la aplicación de la biología y la medicina. Establece los principios fundamentales de

³² *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, 497 U.S. 261 (Supreme Court of the United States, 1990). Consultado en: <https://www.law.cornell.edu/supct/html/88-1503.ZO.html>

³³ *Nancy B. v. Hôtel-Dieu de Québec*, [1992] R.J.Q. 2456 (Quebec Superior Court). Consultado en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12041074/>

³⁴ <https://www.coe.int/en/web/human-rights-and-biomedicine/oviedo-convention>

aplicación a las prácticas médicas diarias y se lo considera como la Carta Europea de los derechos del paciente³⁵.

En la misma línea, en España, el 14 de noviembre de 2002 dictó la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica³⁶.

En América Latina, Uruguay sancionó en 2009 la Ley de Voluntad Anticipada³⁷, N° 18.473 y el Decreto que la reglamenta (385/013), que otorga marco normativo a la posibilidad que tiene la persona capaz de consentir, de establecer sus preferencias sobre ciertos actos médicos, ejerciendo su autonomía de manera anticipada ante la eventual pérdida de capacidad de decisión. Por lo tanto, el hecho de llevar a cabo o no un procedimiento médico no dependerá de la capacidad de consentir de la persona en ese momento, esto es lo que la diferencia del consentimiento informado habitual.

Por su parte Perú había reconocido ya en 1997 el derecho a rechazar tratamientos en su Ley General de Salud, en la Ley No 26.842³⁸.

En Argentina, como lo desarrollare en los puntos de III.2 y III.3, a los que remito su lectura, las provincias de Río Negro y Neuquén fueron precursoras con normas locales, hasta que en 2009 se sancionó la Ley No 26.529 de Derechos del Paciente, que en su artículo 11 reconoció expresamente el derecho a emitir directivas anticipadas, luego reforzado por la Ley No 26.742 y por el Código Civil y Comercial de la Nación.

Así, el origen de las Directivas Médicas Anticipadas revela un recorrido que va desde la experiencia comparada en Estados Unidos y Europa hasta su recepción en Argentina, pero sobre todo muestra un cambio de paradigma: del paternalismo médico a la autodeterminación del paciente, de la mera prolongación de la vida biológica a la búsqueda de un final acorde con la dignidad y los valores de cada persona.

Sin perder de vista el origen de las DMA, ayudará a la comprensión de la evolución de este instituto en el derecho argentino, un repaso de la jurisprudencia nacional, incluso anterior a la legislación específica. Interesa de esta cómo fue delineando los contornos del derecho a decidir sobre el final de la vida. Las resoluciones judiciales dictadas en el

³⁵ https://www.seaus.net/images/stories/Cartas_de_Derechos/PDF/UnionEuropea/European_Charter_of_Patients_Rights.pdf

³⁶ <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

³⁷ Consultado en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902021000301502

³⁸ Consultado en: https://essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/ley_general_salud_26842.pdf

período previo a la vigencia del CCyC constituyen no sólo antecedentes doctrinarios, sino verdaderos fundamentos interpretativos que prepararon el camino para el reconocimiento legal de las DMA.

2. Antecedentes jurisprudenciales en Argentina previos al CCyC

Mucho antes de que el ordenamiento jurídico argentino incorporara expresamente la figura de las DMA, mediante leyes específicas y normas codificadas, fue la jurisprudencia la que comenzó a construir, caso por caso, una interpretación progresiva de los derechos personalísimos vinculados a la autonomía de la persona, el rechazo de tratamientos y la dignidad en el proceso de morir. Los tribunales, enfrentados a situaciones límite, a menudo complejas, emocionalmente sensibles y sin regulación específica, fueron delineando los primeros parámetros jurídicos en torno a la posibilidad de tomar decisiones anticipadas sobre la propia salud.

Este proceso jurisprudencial, desarrollado en ausencia de legislación clara, se apoyó en principios constitucionales como el derecho a la intimidad, a la integridad física y psíquica, y al respeto por la voluntad individual, especialmente en el marco del artículo 19 de la Constitución Nacional y de los instrumentos internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional, como lo vimos en capítulos anteriores. En ese contexto, surgieron fallos pioneros que, sin hablar aún en términos de directivas anticipadas, reconocieron el derecho de la persona a decidir sobre tratamientos médicos en condiciones de incapacidad, terminalidad o estado vegetativo persistente.

El análisis de estas decisiones judiciales nos permite identificar las bases conceptuales, que luego serían receptadas por las leyes 26.529 y 26.742, y finalmente por el Código Civil y Comercial. A su vez, pone de manifiesto la función activa del Poder Judicial en la protección de los derechos personalísimos, incluso antes del reconocimiento legislativo pleno.

Entre los casos paradigmáticos, he seleccionado tres, que considero de gran trascendencia jurisprudencial, pues anteceden lo que a posteriori reguló el CCyC en el artículo 60.

a) El primero es el de Ángel Fausto Parodi³⁹. Ante la negativa del paciente (Parodi) a someterse a la amputación de su pierna izquierda, procedimiento considerado necesario para salvar su vida, el día 14/09/95 la Dirección del HIGA (Hospital Interzonal General de Agudos) realizó una presentación ante el Juzgado de Primera Instancia en lo Criminal y Correccional N° 3, de Mar del Plata, acompañada de la historia clínica, y de la evaluación del Servicio de Salud Mental del hospital. Por su parte, el Juzgado requirió al HIGA un informe ampliatorio, y el dictamen del Comité de Bioética del hospital.

El informe y la historia clínica revelan que Parodi ingresó al Hospital el 30/06/95, por gangrena en el pie derecho, con antecedentes de diabetes. El 08/09/95, se le amputó la pierna derecha con su consentimiento, luego de negativas iniciales. Con posterioridad, se le diagnosticó necrosis en el pie izquierdo e isquemia vascular en la pierna izquierda y se indica amputación. El paciente, según un acta firmada por profesionales de la salud, se negó expresamente a la amputación de la pierna izquierda, dejando constancia en la historia clínica. Esta negativa fue ratificada por varios médicos y una enfermera. El 14/09/95, el Servicio de Salud Mental informó que Parodi, con antecedentes de alcoholismo crónico y diabetes tipo II, tenía gangrena en la pierna izquierda que ponía en peligro su vida si no se operaba. A pesar de comprender esta información, persistió en su negativa a la cirugía.

El Comité de Bioética, basándose en la historia clínica y testimonios del equipo de salud, consideró que Parodi no era competente al momento del dictamen (estaba febril y bajo medicación psiquiátrica). Sin embargo, sugirió que se tome como evidencia de su capacidad de autodeterminación la lucidez que manifestó en días anteriores, según constancia en las notas de la historia clínica. Por lo tanto, basándose en el principio de autonomía, el comité aconsejó respetar la voluntad previamente expresada por el paciente de rehusar la amputación.

El Juzgado se constituyó en el hospital. La enfermera a cargo confirmó que Parodi persistía en su negativa de que le amputen su pierna izquierda y agregó que su estado de salud general había empeorado, negándose también a ingerir alimentos. Entrevistado en presencia de un perito psiquiatra, el paciente no pudo verbalizar respuestas, pero sus gestos y señales fueron inequívocos en cuanto al rechazo de la cirugía sugerida por los médicos, y afirmó textualmente su deseo de morir. El perito psiquiatra informó que Parodi se encontraba en mal estado general, pero entendía las preguntas y persistió en su negativa

³⁹ <http://www.policlinicodeldocente.com.ar/pdf/FALLO-JUEZ-PEDRO-HOOFT-CASO-PARODI.pdf>

a la operación. La trabajadora social del HIGA ratificó que Parodi manifestó estar muy angustiado y no querer la amputación.

Del informe del SEIT (Servicio Especial de Investigaciones Técnicas de Policía) surgía que una nueva amputación sería el único tratamiento para aliviar parcialmente el problema vascular del paciente, debido a la diabetes, pero no cambiaría su enfermedad de base y no aseguraba que no sufriría descompensaciones futuras. Señaló que el alcoholismo agravaba el cuadro diabético. Finalmente opinó que deben respetarse la vida humana y las decisiones del ser humano, refiriéndose a la autodeterminación del paciente, su calidad de vida y los peligros del encarnizamiento terapéutico.

El juez, al analizar el caso sometido a su decisión, aplicó analógicamente el artículo 19 inciso 3° de la Ley 17.132 (ejercicio de la medicina), que establece el respeto a la voluntad del paciente de negarse a tratamientos o internaciones y exige conformidad escrita para operaciones mutilantes. Ante la ausencia de normativa provincial específica aplicó esta ley por analogía, comparando en precedentes judiciales y el artículo 16 del Código Civil. Destacó la importancia de la Bioética y el reconocimiento del paciente como agente moral autónomo, cuyo derecho a la autodeterminación y dignidad debe ser respetado. Subrayó la regla del consentimiento informado como expresión de este respeto a la autonomía, citando leyes de trasplante de órganos y de investigación científica en la provincia de Buenos Aires. Afirmó que la negativa a un tratamiento es la prueba de fuego de la libertad y autodeterminación, y que el consentimiento informado implica respetar la decisión del paciente, incluso ante un tratamiento considerado necesario, especialmente en intervenciones cruentas como una amputación, con sustento constitucional en los artículos 19 y 33 de la Constitución Nacional y 26 de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires.

En relación con el conflicto que se planteó en el caso concreto, el juez distinguió entre el valor vida (que los médicos buscan proteger) y la dignidad del paciente, quien se negaba a una nueva cirugía mutilante. Lo describió como un conflicto de valores sin solución perfecta, donde la elección de uno implica relegar el otro. Desde una perspectiva jurídica, lo abordó como una colisión entre dos derechos humanos fundamentales, por lo que el juez debió optar por uno en detrimento del otro, utilizando el método de las compensaciones. Consideró que proceder a la amputación contra la voluntad expresa de Parodi, manifestada expresamente en varias oportunidades, implicaría una grave violación de su libertad personal, intimidad, privacidad y una ofensa a su dignidad como persona humana. Concluyó que, en este caso, el valor vida no puede prevalecer sobre el principio

de la dignidad propia de todo ser humano cuando se opone a la voluntad del paciente. El juez trajo a la argumentación el caso Bahamondez, resuelto por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, donde se resaltó el respeto por la persona humana como valor fundamental y la protección constitucional de los derechos de la personalidad, incluyendo la intimidad, la conciencia y el derecho a disponer del propio cuerpo (artículo 19 de la Constitución Nacional y de la Ley 17.132).

Con todo, el juez falló a favor del respeto de la decisión autónoma del paciente Ángel Fausto Parodi, internado en el Hospital Interzonal General de Agudos de Mar del Plata, respetando su negativa a la intervención quirúrgica mutilante (amputación de miembro inferior izquierdo). Esto sin perjuicio de la continuación de las demás medidas terapéuticas adecuadas al estado de salud de Parodi, que resguarden el respeto debido a su condición de persona.

En resumen, el juez Hoff, basándose en argumentos legales, bioéticos y jurisprudenciales que priorizan la dignidad y la autonomía del paciente Parodi, resolvió a su favor, sin dejar de lado la obligación del hospital de brindarle los cuidados paliativos necesarios.

“El caso Parodi representa el análisis bioético a partir de los escritos del fallo judicial sobre una persona con diabetes no insulínica, alcoholista crónico, que rechazó la amputación de su único miembro inferior con gangrena. El juez decidió a favor del respeto de la decisión autónoma del paciente en lo que se refiere a su negativa a una intervención quirúrgica mutilante, todo ello sin perjuicio de la continuación de las demás medidas terapéuticas adecuadas al estado de salud del paciente y que resguarden el respeto debido a su condición de persona. Si bien se prodigaron los cuidados necesarios, al tiempo el paciente falleció como consecuencia de su patología. La revisión de los hechos médicos, las expresiones del paciente, la opinión de otros miembros del equipo de salud, el dictamen de peritos y las sugerencias del comité hospitalario de ética pusieron en evidencia la colisión entre bienes y valores de aparente similar importancia y magnitud la beneficencia médica y la autonomía del enfermo, el valor sacro de la vida y la libertad de la persona para decidir por su propio cuerpo (aunque la elección ponga en riesgo la vida). Se discute acerca de determinación terapéutica inusual e

irracional, la asistencia a un suicida y el derecho a morir, no prolongar la agonía, dejar morir, matar y eutanasia”⁴⁰

b) El segundo, es el caso M., que tramitó por ante el Juzgado en lo Criminal y Correccional Nro. 1 de Transición de Mar del Plata, y se resolvió en fecha 25/07/2005.⁴¹ El cónyuge de la Sra. M., en fecha 30/05/2005, promovió acción de amparo con el objeto de obtener la tutela judicial efectiva, para que se respetara la voluntad de M. de no ser sometida a métodos artificiales de prolongación de la vida (gastrostomía y traqueostomía con respirador permanente). En su presentación, el amparista señaló que M., en pleno uso de sus facultades mentales, había expresado claramente su deseo de no someterse a prácticas médicas invasivas y permanentes que prolongaran su vida artificialmente. Además, acompañó un acta notarial de mandato de autoprotección donde M. designaba a su esposo como mandatario para llevar a cabo las gestiones necesarias para cumplir su voluntad y a sus hermanas.

Durante el proceso se realizaron diversas diligencias. En audiencia con el amparista, ratificó la voluntad de su esposa, aclarando que ella aceptaba cuidados normales y asistencia respiratoria no invasiva (Bi-Pap), pero rechazaba intervenciones invasivas que podían quitarle su dignidad. Destacó el apoyo familiar a esta decisión. La hermana de la paciente confirmó las fuertes convicciones de M. y su rechazo a vivir dependiente de máquinas e incomunicada, considerando que obligarla a tratamientos invasivos sería infligir dolor adicional. En entrevista personal con M., a pesar de sus dificultades para expresarse, comunicó claramente su deseo de no ser invadida por tratamientos artificiales, queriendo morir como toda la gente, de una manera digna, aunque manifestó no querer morir de inmediato y seguir teniendo cosas que hacer. El dictamen del perito psiquiatra concluyó que M. tenía plena capacidad psíquica para discernir y elegir respecto de los tratamientos propuestos. El perito médico forense, por su parte, describió la enfermedad de M. como degenerativa, irreversible y mortal, señalando que la traqueotomía no mejoraría su evolución y la imposibilidad de comunicarse oralmente. Concluyó que tanto la gastrostomía como la traqueotomía eran medidas paliativas que no curarían la enfermedad. La opinión de la defensora oficial ad hoc dio cuenta de que M. era competente

⁴⁰ Costa Gil, J. E; Belderrain, J. E; Maglio, I; Tealdi, J. C. *Bioética clínica. Parodi, el diabético que rechazó la amputación de su pierna.* 1998. Consultado en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-229759>

⁴¹ THOMSON REUTERS, LL. Cita (on line) 35002151

para decidir y que su voluntad debía ser admitida como directivas anticipadas, resaltando la importancia del principio de autonomía del paciente. Informe socio ambiental. Destacó la afectuosa relación familiar y el respeto por la voluntad de M. El Comité de Bioética de la Universidad Nacional de Mar del Plata sostuvo que las directivas anticipadas eran un instrumento legal necesario y que debía priorizarse la autonomía del paciente y la no maleficencia. Finalmente, el dictamen de la fiscal consideró que no había impedimentos para hacer lugar al derecho reclamado por M., siempre que se extremaran las medidas para evitar su dolor y sufrimiento, y se arbitrarán medios para protegerla ante un eventual cambio de voluntad.

El juez de la causa se expresó sobre la idoneidad de la vía del amparo para proteger derechos constitucionales en el ámbito de la salud y la bioética. Fundamentó la validez de las directivas previstas en el artículo 19 de la Constitución Nacional y en la doctrina del caso "Bahamondez" de la Corte Suprema, que reconoce la autonomía personal en decisiones sobre la propia salud. También citó, como en el fallo visto en forma precedente, el artículo 19 numeral 3 de la Ley 17.132, que establece el deber de los médicos de respetar la voluntad del paciente de no tratarse o internarse. El juez interpretó que el respeto a la autonomía personal se extiende a las decisiones futuras expresadas en las directivas anticipadas, siempre que la persona actúe con pleno discernimiento y su decisión no afecte derechos de terceros ni comprometa intereses públicos relevantes. Reconoce la validez de las directivas anticipadas de M y de la designación de apoderados o representantes designados, a fin de velar por el cumplimiento del pedido de la Sra. M de no ser intervenida por prácticas médicas invasivas de prolongación artificial de la vida.

c) El tercer caso es el resuelto por el Juzgado en lo Correccional No 4 de Mar del Plata, el 05/07/2012.⁴² En fecha 18 de junio de 2012 se presentó el Sr. R.R.T., promoviendo autorización judicial para obtener la tutela judicial efectiva referente a un acto de autoprotección (directivas anticipadas). Detalló su historia clínica, incluyendo sus severos ahogos, internaciones previas, el diagnóstico actual de neoplasia pulmonar con metástasis cerebrales y hepáticas, y un diagnóstico anterior de EPOC. Expresó haber recibido

⁴² TR La Ley AR/JUR/35065/2012. Tribunal: Juzgado en lo Correccional N°4 de Mar del Plata. Partes: R.R.T. Fecha de sentencia: 05/07/2012. Publicado en LA LEY 2012-08-15, 9 LA LEY 2012-D, 668 LLBA 2012 (noviembre), 1068 connota de Luz María Pagano JA 28/11/2012, 94 DFyP 2012 (diciembre), 229 con nota de Nelly A. Taiana de Brandi DJ 19/12/2012, 81

información de sus médicos sobre su diagnóstico, pronósticos y tratamientos, por lo que requirió que se cumplan sus directivas anticipadas, labradas en acta de otorgamiento de directivas anticipadas por ante la Defensoría Oficial que lo patrocina, donde expresó su voluntad de rehusar intubación, internación en terapia intensiva y otras prácticas invasivas que prolonguen su vida sin posibilidad de mejoría, buscando evitar sufrimiento innecesario. Destacó que esa decisión se basa en sus valores y su deseo de evitar sufrimiento y mantenerse comunicado con su familia.

Acompañó el testimonio brindado por dos testigos, sus cuñadas, quienes ratificaron lo manifestado por en el Sr R.R.T., en el sentido que expresamente refirió: que cuando se encuentre en una crisis terminal, no quiere que lo sometan a ninguna práctica invasiva que le alargue la vida, confirmando las testigos de este modo, su voluntad de no recibir tratamientos invasivos en una etapa terminal y el respeto de la familia por su decisión.

El informe socio ambiental realizado durante el trámite de la causa resultó ilustrativo y orientador, al describir la situación personal y familiar del Sr. RRT, incluyendo su estado civil, hijos, lugar de residencia, actividad laboral informal y falta de cobertura médica. Se destacó también la pericia psicológica, que concluye que el Sr. RRT se encuentra lúcido, con plena conciencia de su situación y con aptitud para negarse a tratamientos invasivos en etapa terminal.

Se realizó también una entrevista personal con el Sr R.R.T., que corrobora su lucidez, claridad de ideas y conciencia de su situación; Que su pedido no se considera una idea suicida, sino la reivindicación de su derecho a morir en paz. Reitera la firme voluntad del Sr. RRT de evitar tratamientos invasivos en situaciones irreversibles, aceptando solo tratamientos paliativos para el dolor y sedación si es necesario. Se menciona su experiencia previa de haber estado intubado y su deseo de no repetir esa situación en caso de irreversibilidad.

El juez analizó la vía de la autorización judicial intentada por el Sr R.R.T. y su competencia en el caso. Argumentó que la vía es admisible, ante la necesidad de tutelares derechos fundamentales no patrimoniales, participar de la naturaleza del amparo y basarse en la facultad del juez de adaptar el procedimiento a la naturaleza de la cuestión. Señaló que la labor del juez no es estrictamente "autorizar" sino evaluar la libertad e información del consentimiento del paciente y la compatibilidad de las directivas anticipadas con la

legislación vigente. Definió en los considerandos de la sentencia a las DMA, utilizando diferentes denominaciones y su origen en la bioética y el derecho anglosajón. Refirió su recepción en la doctrina, jurisprudencia y legislación argentina y su relación con la doctrina del consentimiento informado. Hizo mención además a las leyes provinciales y a la ley nacional 26.529 (modificada por la ley 26.742), que regulan las directivas anticipadas. El inciso g) del artículo 5 y el artículo 11 de la ley 26.529 (la ley 26.742), que reconocen el derecho del paciente a rechazar tratamientos ya disponer directivas anticipadas. Refirió asimismo a la sentencia del mismo juzgado en el "Caso M" (2005), donde se había abordado la validez constitucional de las directivas anticipadas y las notas doctrinales que generó.

Finalmente resolvió que:

- Es plenamente válida, jurídica-constitucionalmente, el instrumento de DA otorgado por el Sr R.R.T, con intervención de la Defensoría Oficial.
- No obstante, la negativa del Sr R.R.T., respecto de los tratamientos médicos o intervenciones invasivas, contenidas en el acta de DA, los médicos y establecimiento de salud deben brindar todos los cuidados paliativos no invasivos a fin de evitarle a la persona padecimientos y acompañarlo en el proceso de muerte digna.
- Hizo referencia a las prácticas eutanásicas activas, por lo que el acompañamiento en el proceso de muerte digna debe respetar la dignidad de la persona que se encuentra transitando enfermedad irreversible, sin abandonar al paciente.
- Es revocable la DA, en ejercicio de la libertad, la que puede modificarse en cualquier momento aún homologada por el tribunal.

En los tres casos citados, las decisiones contemplan y garantizan derechos fundamentales de las personas, protegidos por nuestra constitución y los instrumentos internacionales con jerarquía constitucional. Se resguardan el derecho a la dignidad, el derecho a la autodeterminación, el respeto a la autonomía de cada ser, el consentimiento informado, el respeto a las decisiones de toda persona, a la autodeterminación, a la libertad, al buen morir.

En definitiva, los antecedentes jurisprudenciales argentinos anteriores a la sanción del Código Civil y Comercial de la Nación cumplieron una función esencial en la

consolidación del derecho a decidir sobre la propia salud y en la validación del principio de autonomía personal frente a situaciones clínicas extremas. A través de decisiones fundadas en la Constitución Nacional y en los tratados internacionales de derechos humanos, los tribunales comenzaron a delinear los contornos jurídicos de lo que luego sería reconocido legislativamente como DMA. Estos fallos, dictados en contextos de incertidumbre normativa, no sólo ofrecieron respuestas concretas a los casos planteados, sino que sentaron precedentes interpretativos que permitieron integrar en la práctica judicial un derecho aún no codificado. Entiendo que el reconocimiento posterior en leyes especiales y en el Código Civil y Comercial no hizo más que recoger y legitimar ese vasto camino jurisprudencial ya iniciado.

Ahora bien, para comprender con mayor profundidad los desafíos que enfrenta el derecho argentino en materia de DMA, resulta enriquecedor situar el análisis en una perspectiva regional. El recorrido normativo y jurisprudencial nacional se inserta dentro de una problemática más amplia, que también interpela a los sistemas de salud y a los marcos legales de otros países americanos. Diversas experiencias en la región muestran avances significativos y desiguales en la incorporación de las DMA como instrumento de planificación anticipada de decisiones referidas a la salud de la persona. Por ello, en el título siguiente me refiero a como se ha regulado esta figura en algunos países de América, identificando puntos de coincidencia, modelos adoptados, buenas prácticas y limitaciones comunes.

3. Regulación de las DMA en América

El reconocimiento normativo de las DMA en América Latina ha seguido trayectorias dispares, marcadas por avances significativos en algunos países, vacíos regulatorios en otros y una implementación parcial en la mayoría. Aunque la autonomía personal y el derecho a decidir sobre el propio cuerpo han sido incorporados progresivamente en los textos constitucionales y en los tratados de derechos humanos adoptados por la región, su traducción en normas claras y operativas en el ámbito sanitario no ha sido uniforme.

Es interesante y enriquecedor recorrer la regulación de las DMA en América, con el objetivo de comprender en qué medida los sistemas jurídicos de la región han avanzado en garantizar este derecho, y cuáles son los principales obstáculos normativos,

institucionales y socioculturales que persisten. Para ello analizaré la legislación en diferentes países de América Latina.

a) Puerto Rico

Mediante la Ley No 160 de Declaración Previa de Voluntad sobre Tratamiento Médico en Caso de Sufrir una Condición de Salud Terminal o de Estado Vegetativo Persistente, de fecha 17 de noviembre de 2001, fue el primer país latinoamericano en reglamentar la declaración previa de voluntad con relación a tratamientos médicos en casos de salud terminal o estado vegetativo persistente.

Esta normativa reconoce en el artículo 3, el derecho de toda persona mayor de edad (21 años), en pleno uso de sus facultades mentales, a declarar previamente su voluntad sobre lo referente a tratamiento médico en caso de sufrir una condición de salud terminal y de estado vegetativo persistente, sus requisitos, efectos, condiciones, nombrar un mandatario, debe registrarse en la oficina y puede ser declarada en presencia del médico y de dos testigos no herederos.

La ley vincula al médico y a la institución de salud a la ejecución del documento y en el caso de que la paciente esté embarazada, la directiva sólo se ejecutará después del nacimiento del bebé. No autoriza la práctica de la eutanasia, o provocación de muerte por piedad.

Finaliza esta ley con un artículo para destacar y tener en cuenta a los fines de la publicidad de este tipo de directivas, el artículo 16, que dispone: " Inmediatamente luego de su aprobación el Departamento de Estado, así como la Oficina para los Asuntos de la Vejez [Nota: Sustituida por la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada del Estado Libre Asociado de Puerto Rico" creada por la Ley 76-2013, según enmendada], llevará a cabo una campaña de divulgación y orientación a la ciudadanía sobre las disposiciones de esta Ley".

En el año 2024 se dictó la Ley 218, Ley de Declaración Previa de Voluntad sobre Tratamiento Médico, enmienda y deroga artículos de la Ley 160 teniendo en cuenta la evolución jurisprudencial de su derecho con el objeto de reconciliar ese estatuto con la reformulación doctrinal propuesta, proveer de mecanismos de revocación oral, (art 6), declaración de la DMA y designación de mandatarios (art 3), entre otros.

b) México

En el año 2008 se promulgó la Ley de Voluntad Anticipada, modificada en el año 2012, que tiene por objeto establecer las normas para regular el otorgamiento de la voluntad de una persona con capacidad de ejercicio, para que exprese su decisión de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona. Las disposiciones de la normativa son relativas a la práctica médica aplicada al enfermo en etapa terminal, consistente en el otorgamiento del tratamiento de los Cuidados Paliativos, protegiendo la dignidad del enfermo en etapa terminal. El documento podrá elaborarse por cualquier individuo capaz, enfermo en etapa terminal diagnosticada y por familiares, cuando el paciente se encuentra inequívocamente impedido de manifestarse.

Debe ser redactado y firmado en la notaría. Si el paciente está imposibilitado de ir al lugar, el documento podrá componerse ante los profesionales de salud y dos testigos y luego se enviará para su registración. El documento puede ser revocado en cualquier momento por el paciente, y en casos de duplicidad valdrá el más reciente.

El paciente debe informar al equipo de salud sobre la existencia de las directivas, y estos profesionales deberán acatar las decisiones en los términos prescritos. Si lo declarado en el documento es incompatible con los principios éticos, morales o religiosos del profesional de salud, éste tiene el derecho de declarar la objeción de conciencia para eximirse de la demanda. La Ley de Voluntad anticipada para el Distrito Federal en el artículo 25, dispone: "El personal de salud a cargo de cumplimentar lo dispuesto en el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato y lo prescrito en la presente Ley, cuyas creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a tales disposiciones, podrán ser objetores de conciencia y por tal razón excusarse de intervenir en su aplicación. Será obligación de la Secretaría, garantizar y vigilar en las instituciones de salud, la oportuna prestación de los servicios y la permanente disponibilidad de personal de salud no objetor, a fin de garantizar el otorgamiento de los Cuidados Paliativos como parte del cumplimiento de la voluntad anticipada del enfermo en etapa terminal"⁴³.

⁴³ Ley de Voluntad anticipada para el Distrito Federal. Disponible en: <https://www.congresocdmx.gob.mx/archivo-f388d1eeeb7022661d0cca9cdfd617f517981641.pdf>

La eutanasia está expresamente prohibida y, en ningún momento o circunstancia, el profesional de salud puede administrar medicamentos o tratamientos que provoquen intencionalmente la muerte del paciente en etapa terminal.

c) Uruguay

En este país se sancionó la Ley No 18.473 y el decreto reglamentario No 385/013, concebidas con la finalidad de dar un marco normativo a la posibilidad que toda persona tiene de establecer sus preferencias respecto a ciertos actos médicos, cuando es capaz de consentir, ejerciendo su autonomía de manera anticipada. Dispone la normativa que “... toda persona mayor de edad y psíquicamente apta, en forma voluntaria, consciente y libre, tiene derecho a oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos salvo que con ello afecte o pueda afectar la salud de terceros...”. También se contempla la posibilidad de oponerse a la aplicación de futuros tratamientos médicos que prolonguen su vida en detrimento de su calidad, siempre que estemos en presencia de una enfermedad terminal, irreversible e incurable.

La expresión anticipada de la voluntad se realizará por escrito con la firma del titular y dos testigos. Para el caso de que no pueda firmar se hará a ruego por parte de uno de los dos testigos. También puede manifestarse ante escribano público, documentándose en escritura pública o acta notarial. Cualquiera sea la forma de la manifestación de la voluntad debe ser incorporada a la historia clínica del paciente.

Cuando se decida la suspensión de tratamiento, el médico tratante deberá comunicarlo a la Comisión de Bioética de la institución, siempre que exista la expresión anticipada, debiendo en ese caso resolver en un plazo de 48 horas de recibida esta comunicación. En caso de no pronunciarse en dicho plazo se considerará tácitamente aprobada la suspensión del tratamiento.

Recientemente, la Cámara de Diputados de Uruguay aprobó un proyecto de ley de eutanasia⁴⁴, el que propone entre los puntos más destacados: la regulación integral de la eutanasia como un derecho de toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades, que padezca enfermedades crónicas, incurables e irreversibles que afecten gravemente su

⁴⁴ Consultado en: <https://documentos.diputados.gub.uy/docs/L50/Repartid/R0214.pdf>

calidad de vida y le provoquen sufrimientos intolerables; define la eutanasia como el procedimiento médico destinado a provocar la muerte de forma indolora, pacífica y digna, previa solicitud libre, seria y reiterada del paciente; contempla un procedimiento estricto de admisibilidad; ratifica la revocabilidad en cualquier momento de la decisión, sin formalidad alguna; asegura la exención de responsabilidad penal, civil y administrativa de los profesionales actuantes, a la vez que reconoce la objeción de conciencia individual e institucional, previendo mecanismos de sustitución para garantizar la prestación; incorpora el derecho a morir con dignidad dentro de la Ley N.º 18.335; establece que la muerte por eutanasia debe consignarse en el certificado de defunción como muerte natural.

d) Brasil

No tiene una legislación federal que regule las directivas médicas anticipadas. Hay leyes estatales, como la Ley 10.241/19995 del estado de São Paulo (la llamada “Ley Mario Covas”) y la Ley 3.613/20016 del estado de Río de Janeiro. Ambas leyes no prevén la terminalidad y las directivas anticipadas como las leyes extranjeras antes mencionadas, solo traspasan derechos como el derecho a la información, a la negativa al tratamiento y a la elección del lugar de la muerte.

Las únicas disposiciones federales referidas a las disposiciones anticipadas son las resoluciones del Consejo Federal de Medicina (CFM) 1.805/2006y 1.995/2012. La Resolución CFM 1.805/2006 regula la conducta del médico en casos de pacientes con enfermedad grave e incurable en fase terminal. La Resolución CFM 1.995/20128 se refiere a las llamadas “directivas anticipadas de voluntad”, que se definen en su primer artículo como conjunto de deseos, previa y expresamente manifestados por el paciente, sobre cómo quiere ser tratado si no tiene condiciones de manifestar su voluntad.

Las directivas no pueden incluir determinaciones que estén en desacuerdo con el Código de Ética Médica, prevé la figura del representante, y no se requiere que las determinaciones se hagan por escrito, es suficiente que el médico las anote en la ficha, siguiendo el estándar del CFM para ese tipo de documento.

e) Colombia

El Congreso de la República, en el año 2014, sancionó la Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.

En el artículo 1 delimita el objeto de la normativa, reglamentando “... el derecho que tienen las personas con enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles, a la atención en cuidados paliativos que pretende mejorar la calidad de vida, tanto de los pacientes que afrontan estas enfermedades, como de sus familias, mediante un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, teniendo en cuenta sus aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, de acuerdo con las guías de práctica clínica que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para cada patología. Además, manifiesta el derecho de estos pacientes a desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente, específicamente en casos en que haya diagnóstico de una enfermedad en estado terminal crónica degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida...”.

En referencia a la voluntad anticipada, el artículo 5, inciso 4, contempla el Derecho a suscribir el documento de Voluntad Anticipada.

A modo de cierre, se puede afirmar que América ofrece un panorama diverso en materia de DMA; si bien algunos países han avanzado en la sanción de normas específicas, en la creación de registros institucionales y en la capacitación de los equipos de salud, la mayoría aún enfrenta obstáculos vinculados a la falta de reglamentación, a la fragmentación del sistema sanitario y a resistencias socioculturales que limitan la autonomía del paciente en situaciones de vulnerabilidad. El análisis comparado nos permite advertir que el reconocimiento formal de las DMA no es suficiente si no se acompaña de dispositivos de implementación eficaces y accesibles. En la Argentina, estas experiencias regionales constituyen un valioso aporte que nos confirma la necesidad de superar las debilidades actuales, especialmente en lo relativo a la ausencia de un registro nacional unificado y avanzar hacia un modelo integral que garantice el pleno ejercicio de

este derecho personalísimo en condiciones de equidad, dignidad y seguridad jurídica. La autonomía, el consentimiento informado, el derecho a una muerte digna y la participación activa en las decisiones médicas no son figuras aisladas, sino expresiones de un modelo de atención que coloca a la persona en el centro del sistema de salud. Por ello, resulta necesario abordar con mayor profundidad el marco jurídico que garantiza estos derechos en Argentina, su evolución normativa y su relevancia práctica en relación con la implementación de las DMA.

V. Capítulo Cuarto: Derechos del paciente

“La salud no es un privilegio, no es una mercancía. Es un derecho humano fundamental”⁴⁵

El reconocimiento y ejercicio efectivo de las DMA no puede comprenderse de manera aislada, sino en el marco más amplio de los derechos del paciente como sujeto activo dentro del sistema de salud. Las DMA constituyen, en definitiva, una manifestación concreta del derecho a la autonomía, al consentimiento informado, a recibir un trato digno y a participar en las decisiones que afectan la propia vida y el propio cuerpo.

La legislación argentina ha avanzado en los últimos años en la consolidación de un enfoque centrado en el paciente, consagrando una serie de prerrogativas fundamentales en la Ley N.º 26.529 y, más recientemente, en el Código Civil y Comercial de la Nación. Sin embargo, persisten tensiones estructurales, culturales e institucionales que dificultan la aplicación plena de estos derechos, especialmente en escenarios de terminalidad, incapacidad o sufrimiento prolongado.

En este capítulo propongo analizar los derechos del paciente en su vinculación directa con las DMA, considerando tanto el marco legal vigente como su operatividad en la práctica clínica. Se abordarán los principios fundamentales que sustentan esta figura, autonomía, dignidad, consentimiento informado, trato humanizado.

⁴⁵ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. *La salud es un derecho de las personas y una responsabilidad de los Estados*. 29 octubre 2018. Consultado en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14759:health-is-a-right-of-the-people-and-a-responsibility-of-government-says-paho-director&Itemid=0&lang=es

1. La salud como derecho humano

El derecho a la salud es uno de los derechos humanos fundamentales mediante el que se ejercen derechos diversos como el derecho a la vida, a la dignidad, a la integridad física, psicológica, que se relacionan además con el derecho a la alimentación, a la vivienda digna, al trabajo a la educación, entre otros. Los derechos humanos corresponden a las personas por la condición de tal y por el solo hecho de serlo, y existen antes de la sociedad y del estado.

“El derecho a la salud, se caracteriza como todo derecho humano por la universalidad, la indivisibilidad, la integridad, la imprescriptibilidad, la irrenunciabilidad, la inalienabilidad, la inviolabilidad y la progresividad (conf. Declaración y programa de Acción de Viena, aprobado en la conferencia Mundial de Derechos Humanos en junio de 1993).”⁴⁶

El derecho a la salud ha sido reconocido tanto en el ámbito nacional como en el ámbito internacional.

a. En el ámbito internacional

El derecho a la salud se proclamó en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 1946, definiendo en su preámbulo a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”.

“Por lo tanto conforme su definición por aquel organismo, se trata de un estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁴⁷

Por su parte la Declaración Universal de Derechos Humanos del año 1948, en referencia al tema de salud, dispone en el artículo 3º que todo individuo tiene derecho a la vida y, en el artículo 25, párrafo 1º, reza:

⁴⁶ BASTERRA, Marcela. La autonomía como derecho fundamental de los pacientes. Consultado en; <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-autonomia-como-derecho-fundamental-de-los-pacientes>

⁴⁷ Código Civil y Comercial de la Nación y leyes especiales comentado y anotado con perspectiva de género tomo 15, Directoras Marisa Herrera-Natalia de la Torre página 349

“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación y el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.⁴⁸

El derecho a la salud también fue reconocido como derecho humano en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del año 1966, cuyo artículo 6 establece que el derecho a la vida es inherente a la persona humana. Además, contiene las previsiones más completas y de mayor alcance referidas al derecho a la salud dentro del sistema internacional de los derechos humanos.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica), en el año 1969 estableció a través del artículo 4 que “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida”.

La Observación General N.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha precisado que el derecho a la salud no debe ser entendido como el derecho a estar sano, sino como el derecho a acceder a un sistema de protección que brinde oportunidades equitativas para alcanzar el mayor nivel posible de bienestar físico y mental. Este derecho entraña libertades (como el control sobre el propio cuerpo y la negativa a tratamientos no consentidos) y derechos (como el acceso a servicios de calidad y a condiciones de vida saludables).

En relación con niños, niñas y adolescentes, la Convención sobre los Derechos del Niño, año 1989, en su artículo 24 dispone que se reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y al servicio para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

Por su parte, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, año 1965, en su artículo 5º, apartado e), inciso IV), establece que es deber de los Estados garantizar el derecho a la salud pública y a la asistencia médica.

Asimismo, la Convención sobre la Eliminación de toda Forma de Discriminación contra la Mujer, del año 1979, aprobada por la República Argentina en 1985 (ley 23179),

⁴⁸ LAFFERRIERE, Jorge Nicolas. MUÑIZ, Carlos. Directivas anticipadas en materia de capacidad en el Código Civil y Comercial unificado. Publicado en DF y P 2015 (junio) 08/06/2015. Consultado en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/8851/1/directivas-anticipadas-materia-capacidad.pdf>

establece en su artículo 11, párrafo 1º, apartado f), la protección de la salud, y el artículo 12 prevé el acceso a la atención médica.

b. En el ámbito nacional

El derecho a la salud se ha consolidado en el derecho argentino como un derecho fundamental de raigambre constitucional. Con la reforma constitucional de 1994, el derecho a la salud adquirió jerarquía reforzada al otorgar rango constitucional a diversos tratados internacionales de derechos humanos que lo incluyen de manera expresa. Entre ellos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12), la Convención Americana sobre Derechos Humanos (art. 26), la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 24) De este modo, el derecho a la salud quedó integrado al denominado bloque de constitucionalidad federal, en virtud del art. 75 inc. 22 CN.

Si bien como se dijo el derecho a la salud, no aparece enunciado de manera expresa en la Constitución Nacional, ha sido reconocido por la doctrina y la jurisprudencia como un derecho implícito y derivado de diversos artículos. Entre los que se encuentran, el art. 14 consagra derechos sociales que requieren condiciones mínimas de salud para su ejercicio; el art. 19 protege la esfera privada y la autonomía individual; el art. 33 reconoce derechos implícitos derivados de la forma republicana; el art. 42 garantiza la protección de la salud de los consumidores y usuarios de servicios, y los arts. 75 incs. 22 y 23 que otorga jerarquía constitucional a los tratados de derechos humanos y la obligación de adoptar medidas de acción positiva para su goce efectivo.

A nivel legislativo también aparece el derecho a la salud reconocido en normas específicas como: la Ley N.º 23.661 (Sistema Nacional del Seguro de Salud), la Ley N.º 25.673 (Salud Sexual y Procreación Responsable), la Ley N.º 26.529 (Derechos del Paciente) modificada por la Ley No 26.742, la que reconoce como derechos esenciales la autonomía de la voluntad, la información sanitaria adecuada, el consentimiento informado y la posibilidad de emitir DMA. El artículo 60 del Código Civil y Comercial de la Nación regula expresamente las directivas anticipadas como manifestación de la autonomía personal en el ámbito de la salud.

La jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación consolidó este reconocimiento en varios fallos. Entre los mismo está el caso Asociación Benghalensis y

otros c/ Ministerio de Salud⁴⁹, en el que afirmó la obligación estatal de implementar políticas efectivas frente al VIH/SIDA, en el punto 19 del resolutivo dice

“...19) Que el razonamiento expuesto, guarda concordancia con el objeto que persigue la ley 23.798 que es establecer un sistema eficiente que garantice la protección y recuperación de los enfermos de SIDA. Ello así, porque reafirma que el derecho a la salud si bien es autónomo, deriva del derecho a la vida y no se reduce a la abstención de daño sino que trae aparejado la exigencia de prestaciones de dar y hacer, las que fueron delimitadas a los diferentes niveles de gobierno en el texto legal, por ser la lucha contra el SIDA un tema-común de todos ellos-, que requiere un tratamiento adecuado y eficaz a fin de proyectar los principios de la seguridad social, a la que el art. 14 nuevo de la Constitución Nacional confiere un carácter integral así como también, asegurar el debido respeto de los derechos humanos y la libertades fundamentales-elementos imprescindibles de toda democracia...”

En el caso Albarracini Nieves⁵⁰ reconoció el derecho de un paciente Testigo de Jehová a rechazar transfusiones de sangre aún en riesgo de vida, reforzando la autonomía como núcleo del derecho a la salud.

En la doctrina nacional, Ricardo Lorenzetti resalta la triple obligación estatal de respetar, proteger y garantizar el acceso a los servicios sanitarios,

“...3.1 En el derecho a la salud hay elementos que actúan articulados y de manera simultánea, con el fin de tener una pauta común para exigir la prestación. Cabe recordar que, al ser derechos sociales, suelen quedar emplazados como aspiraciones de pronta cobertura que requieren de un plan de acción. Vale decir que se exige la actividad del Estado procurando servicios o aportando los bienes que se necesitan para la cobertura requerida. Por eso resulta atendible la advertencia del Pacto que atiende la capacidad económica de los obligados...”⁵¹

⁴⁹ CSJN, Asociación Benghalensis y otros c/ Ministerio de Salud y Acción Social – Estado Nacional s/ amparo ley 16.986, 1/6/2000, Fallos: 323:1339.

⁵⁰ CSJN, *Albarracini Nieves, Marcelo s/ medida autosatisfactiva*, 1/6/2012, Fallos: 335:2333.

⁵¹

Consultado

en:

https://tsjcaba.opac.ar/pgmedia/Media/PDFs/1.15815_TX.15959.%20Goza%C3%ADni.%20El-derecho-a-la-salud-y-el-juicio-de-amparo.pdf

Jorge Mario Galdós en su libro Reflexiones sobre el derecho a la salud, considera a la salud del siguiente modo:

“...La salud, esencial para vivir dignamente, es un derecho indiscutido con recepción constitucional y reconocimiento convencional. Sin embargo, el colapso de los sistemas sanitarios, el rápido desarrollo de las nuevas tecnologías, la aparición de nuevos tratamientos, el avance de la ciencia y las desigualdades estructurales hacen que los tribunales de justicia hayan experimentado un incremento en los litigios que se inician a través de acciones de amparo donde ciudadanos y ciudadanas intentan el reconocimiento de este derecho ante la negativa o ausencia de respuesta de parte de sus obras sociales y prestadoras de salud cuando requieren de determinadas prestaciones...”⁵²

En definitiva, podemos afirmar que el derecho a la salud, enraizado en la Constitución Nacional, en los tratados internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional y en la legislación interna, como en la recepción jurisprudencial y doctrinaria de nuestro país, constituye un presupuesto esencial de la dignidad humana y de la autonomía personal. Sin embargo, su efectividad no depende únicamente de su reconocimiento formal, sino de la posibilidad real de que las personas ejerzan el control sobre las decisiones relativas a su cuerpo y a los tratamientos médicos. En este punto, las DMA se presentan como una herramienta indispensable para garantizar que el derecho a la salud no se reduzca solo a una prestación asistencial, sino que se proyecte como un verdadero ejercicio de la autodeterminación individual, fortaleciendo la coherencia entre los principios constitucionales y la práctica médica cotidiana

El derecho a la salud en el texto constitucional no se encuentra sistematizado, como resultaría deseable, pero la doctrina y la jurisprudencia de nuestros tribunales han suplido ampliamente esa falencia reconociéndose como derecho fundamental.

⁵² Consultado en: <https://amfjn.org.ar/descargas-pdf/biblioteca/Reflexiones-sobre-el-Derecho-a-la-Salud-AMFJN.pdf>

c. En el ámbito provincial

En las constituciones provinciales se han incorporado cláusulas protectoras de la persona humana o de temas relacionados con la salud; v.gr., sobre la ancianidad, los colegios profesionales, la defensa del consumidor, el derecho a la información, el derecho a la salud, la dignidad, la discapacidad, la investigación, los medicamentos, la mujer, la niñez, los profesionales, la salud mental, la seguridad social, el seguro de salud, la vida y los derechos reproductivos.

En especial, sobre el derecho a la salud, encontramos cláusulas en las constituciones de Buenos Aires (art. 36); Ciudad Autónoma de Buenos Aires –CABA– (art. 20); Catamarca (art. 64); Córdoba (arts. 51 y 59); Chaco (art. 36); Chubut (art. 18, 2.); Entre Ríos (art. 19); Formosa (art. 80); Jujuy (art. 21); La Rioja (art. 57); Neuquén (art. 134); Río Negro (art. 59); Salta (art. 41); San Juan (art. 61); San Luis (art. 57); Santa Fe (art. 19); Santiago del Estero (arts. 16 y 21) y Tucumán (art. 146).

La Constitución de la provincia de San Juan, expresamente reconoce en el art 61 el derecho a la salud, el que dice:

“...El concepto de salud es entendido de manera amplia, partiendo de una concepción del hombre como unidad biológica, psicológica y cultural en relación con su medio social. El Estado garantiza el derecho a la salud, a través de medidas que la aseguren para toda persona, sin discriminación ni limitaciones de ningún tipo. La sociedad, el Estado y toda persona en particular, deben contribuir con realización de medidas concretas, a través de la creación de condiciones económicas, sociales, culturales y psicológicas favorables, a garantizar el derecho de salud. El Estado asigna a los medicamentos el carácter de bien social básico, garantizará por ley el fácil acceso a los mismos. La actividad de los profesionales de la salud debe considerarse como función social. Se propende a la modernización y tratamiento interdisciplinario en la solución de los problemas de salud y a la creación de institutos de investigación...”⁵³

⁵³ Consultado en: <https://www.congreso.gob.ar/constituciones/SAN-JUAN.pdf>

Jurisprudencialmente la Corte de Justicia de San Juan, Sala Segunda, en el caso GGDP c /OSPSJ y otro amparo⁵⁴, reitera su posición respecto a la íntima relación entre derecho a la salud y el derecho a la vida, el fallo en su parte pertinente dice:

“...Es una obviedad que el derecho a la salud, máxime cuando se trata de enfermedades graves, se encuentra íntimamente relacionado con el derecho a la vida que está reconocido por la Constitución y por los tratados internacionales que tienen jerarquía constitucional (art 75 inc 22 de la CN) ...”⁵⁵

Esta norma contenida en la Constitución de la Provincia de San Juan ofrece una de las formulaciones más completas a nivel provincial sobre el derecho a la salud. Parte de una concepción integral y amplia de la salud, que no se limita a la mera ausencia de enfermedad, sino que la entiende como el resultado de la interacción armónica entre los aspectos biológicos, psicológicos, culturales y sociales de la persona. Concibe a la persona como una unidad en la que confluyen diferentes factores, físicos, emocionales, sociales y culturales. Además establece expresamente la obligación del Estado de garantizar el derecho a la salud para toda persona, sin discriminación ni limitaciones de ningún tipo, consolidando un mandato de universalidad e igualdad en el acceso a las prestaciones y servicios sanitarios. Reconoce que la salud como bien público que exige un esfuerzo colectivo y solidario, atribuye a los medicamentos el carácter de bien social esencial, estableciendo la obligación del Estado de garantizar el acceso fácil y equitativo a ellos por vía legal. Esta previsión resulta de enorme trascendencia práctica, al vincular la protección de la salud con el acceso real a tratamientos médicos y farmacológicos. Además, consagra que la actividad de los profesionales de la salud debe entenderse como una función social, lo que implica que la medicina no es una práctica meramente privada o contractual, sino que cumple un rol público y solidario, orientado al interés general de la comunidad. Finalmente, la disposición promueve la modernización de los servicios de salud, el abordaje interdisciplinario de los problemas sanitarios y la creación de institutos de investigación, elementos que buscan actualizar y fortalecer el sistema de salud provincial.

⁵⁴ CJ de San Juan, Sala Segunda, G.G.D.P. c/ Obra social de la Provincia de San Juan y otro amparo, 29 de noviembre de 2021, expediente 7831

⁵⁵ Consultado en: <https://www.jussanjuan.gov.ar/descargas/fallos/pre/2021/sala-segunda/tomo-5/G/7831.pdf>

d. Corte Suprema de Justicia de la Nación

La CSJN ha sostenido en reiteradas oportunidades que, a partir de lo dispuesto en los tratados internacionales con jerarquía constitucional, la autoridad pública tiene la obligación impostergable de garantizar con acciones el derecho a la vida. Además, ha dicho que el Estado Nacional es la autoridad rectora en las políticas de salud y el garante de este derecho, en el caso particular, como así también de la regularidad de los tratamientos sanitarios. Por tanto, debe coordinar su accionar con los Estados Provinciales, aunque luego estos servicios en función de la organización federal se ejecuten descentralizadamente.

Esta posición de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, la podemos ver en la causa Campodónico, donde sostuvo que el Estado no puede desligarse del deber de promover y facilitar las prestaciones de salud que requiera la comunidad so pretexto de la inactividad de otras entidades públicas o privadas.

En el fallo Asociación Benghalensis, para la Corte,

“... El Estado Nacional está obligado a proteger la salud pública, siendo las provincias parte integrante del sistema y resultan indispensables para una eficiente implementación de la normativa vigente. A su vez, destacó que el derecho a la salud no sólo se encuentra contemplado en la Constitución Nacional, sino también en las provinciales por lo que cabía inferir que las acciones tendientes a su protección constituían una responsabilidad compartida con las provincias.”⁵⁶

Además, en el caso Galassi, Antonio s/ Recurso de Apelación, ha dicho que,

“frente a la forma federal adoptada por la Constitución, la regla y no la excepción es la existencia de jurisdicciones compartidas entre la Nación y las Provincias. Las tareas de coordinación le competen al Estado nacional, que detenta el rol rector en cuanto a la salud y que en palabras de la Corte Suprema de Justicia

⁵⁶A. 186. XXXIV. Asociación Benghalensis y otros c/ Ministerio de Salud y Acción Social - Estado Nacional s/ amparo ley 16.986. Consultado en: <https://palabrasdelderecho.com.ar/articulo.php?id=1503&fbclid=IwAR1mhW99ytoeRhBWqJIU2Dvrd7-Ew1agqbOuy1KfxWfpvH10Cf5SkmNdOmk>

de la Nación tiene la función de hacer un solo país para un solo pueblo.⁵⁷

e. Código Civil y Comercial de la Nación

La normativa de fondo también recoge este mandato, al regular en diversos artículos el consentimiento informado (arts. 59 y 60), los derechos sobre el cuerpo (arts. 17 y 56), la disposición de derechos personalísimos (art. 55) y las prácticas prohibidas (art. 57), conformando un conjunto que refuerza el respeto a la integridad y la autonomía de las personas en el ámbito de la salud.

Podemos concluir, como modo de cierre de este título, que el derecho a la salud, como derecho humano fundamental reconocido en la Constitución Nacional, en los tratados internacionales con jerarquía constitucional y en diversas normas internas, constituye el sustento esencial sobre el cual se asientan las DMA. Este derecho no sólo impone al Estado el deber de garantizar el acceso a servicios de salud integrales y de calidad, sino también el de respetar la autonomía y dignidad de cada persona en la toma de decisiones vinculadas a su propia vida, a su salud y a su cuerpo.

A partir de este marco general, resulta necesario abordar el desarrollo normativo específico de los derechos del paciente en el ordenamiento jurídico argentino, analizando las principales leyes y disposiciones que estructuran su ejercicio y su operatividad en el ámbito sanitario. El estudio de este marco legislativo nos va a permitir comprender cómo se articulan las DMA dentro de un sistema jurídico que busca proteger al paciente como sujeto activo de derechos, de ahí la importancia del título que a continuación referiré.

⁵⁷ Galassi, Antonio s/ recurso de apelación.SENTENCIA17 de Diciembre de 1987 Nro. Interno: G00000010 Tribunal origen: JUZGADO FEDERAL DE BAHIA BLANCA LA LEY- 9 DE MAYO 1988 CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACION. CAPITAL FEDERAL, CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES Magistrados: BELLUSCIO - FAYT - PETRACCHI – BACQUE Id SAIJ: FA87000514. Consultado en [http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-galassi-antonio-recurso-apelacion-fa87000514-1987-12-17/123456789-415-0007-8ots-eupmocsollaf?](http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-galassi-antonio-recurso-apelacion-fa87000514-1987-12-17/123456789-415-0007-8ots-eupmocsollaf?http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-galassi-antonio-recurso-apelacion-fa87000514-1987-12-17/123456789-415-0007-8ots-eupmocsollaf?http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-galassi-antonio-recurso-apelacion-fa87000514-1987-12-17/123456789-415-0007-8ots-eupmocsollaf?)
<http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-galassi-antonio-recurso-apelacion-fa87000514-1987-12-17/123456789-415-0007-8ots-eupmocsollaf?>
<http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-galassi-antonio-recurso-apelacion-fa87000514-1987-12-17/123456789-415-0007-8ots-eupmocsollaf?>

2. Marco Legislativo de los derechos del paciente

El reconocimiento de los derechos del paciente en el ordenamiento jurídico argentino constituye un avance decisivo en el proceso de consolidación de un sistema de salud centrado en la persona. Estos derechos, que encuentran su raíz en la Constitución Nacional y en los tratados internacionales de derechos humanos, como lo venimos analizando, fueron progresivamente desarrollados y codificados mediante normas específicas que establecen las prerrogativas fundamentales de los pacientes en su relación con los profesionales e instituciones de salud.

El marco legislativo vigente no sólo consagra la exigencia del consentimiento informado, trato digno y confidencialidad, sino que también habilita expresamente la posibilidad de formular DMA, como expresión anticipada de la voluntad en relación con la salud de la persona. En este apartado analizaré las principales leyes y disposiciones que regulan los derechos del paciente en Argentina, con especial referencia a la Ley N° 26.529 y a su articulación con el Código Civil y Comercial de la Nación, para comprender el encuadre normativo dentro del cual se insertan las DMA como instrumento de protección de la autonomía personal.

En Argentina los derechos de la paciente se encuentran regulados en la Ley No 26.529, promulgada en el año 2009, modificada por Ley No 26.742 en el año 2012, que legisla sobre:

- 1) Los derechos del paciente en cuanto a su autonomía de la voluntad,
- 2) La historia clínica y
- 3) El consentimiento informado, con base en la información que el centro de salud o profesionales de la salud debe brindar al paciente y que este tiene derecho a recibir, como también todo lo referido a la documentación clínica. Es una ley de orden público por lo que la misma no puede ser dejada de lado por voluntad de las partes.

En el Capítulo I, el artículo 2 define en su primera parte, a los derechos del paciente del siguiente modo:

“...Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los

agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate...”⁵⁸

Luego, enumera los derechos del paciente: a) Asistencia, b) Trato digno y respetuoso; c) Intimidad; d) Confidencialidad; e) Autonomía de la voluntad; f) Información Sanitaria; g) Interconsulta Médica.

Esta enumeración de los derechos del paciente, no constituye una nómina meramente declarativa, sino un verdadero bloque de garantías operativas destinadas a proteger la dignidad, la libertad y la autonomía personal, en el ámbito de la salud. Estos derechos, además, forman parte del contenido esencial del derecho a la salud reconocido por la Constitución Nacional y por los tratados internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional (art. 75 inc. 22 CN)⁵⁹.

En particular, el derecho de asistencia (inciso a) reconoce que el acceso a la atención sanitaria no puede condicionarse por ningún factor discriminatorio, incorporando de forma explícita a niños, niñas y adolescentes como sujetos prioritarios de protección. Este aspecto debe ser analizado o interpretado a la luz del artículo 26 del CCyC, que consagra la autonomía progresiva, y de la Ley 26.061, que garantiza el derecho de los menores de edad a ser oídos y a que su opinión sea tenida en cuenta en función de su grado de madurez.

El derecho a un trato digno y respetuoso (inciso b) y el derecho a la intimidad y confidencialidad (incisos c y d) refuerzan la obligación de los profesionales de la salud y del sistema de salud de actuar conforme a estándares de respeto cultural, de género y de protección de datos sensibles.

“La intimidad y la confidencialidad son componentes inseparables de la autonomía, en tanto permiten al paciente ejercer sus decisiones sin presiones externas ni temor a la divulgación indebida de información”⁶⁰.

⁵⁸ Consultado en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

⁵⁹ Constitución Nacional, art. 75 inc. 22; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12.

⁶⁰ García Villalonga, Julio César, en Cura, José María (dir.) y García Villalonga, Julio César (coord.), *Código Civil y Comercial de la Nación Comentado*, 2.^a ed., La Ley, Buenos Aires, 2016.

El derecho a la autonomía de la voluntad (inciso e) es el pilar fundamental, sobre el que se sostienen las DMA. La previsión expresa de que el paciente puede aceptar o rechazar procedimientos, así como revocar su consentimiento, evidencia que la voluntad actual y libremente expresada prevalece en toda actuación sanitaria. En este inciso se incorpora, además, un reconocimiento explícito del derecho de niños, niñas y adolescentes a participar en la toma de decisiones, lo que exige inevitablemente una interpretación armónica entre el artículo 26 del CCyC con el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

Asimismo, la norma analizada, extiende este derecho al contexto de enfermedades irreversibles o incurables, habilitando al paciente a rechazar medidas extraordinarias o desproporcionadas, incluyendo la hidratación o alimentación que solo prolonguen artificialmente la vida.

Por su parte, el derecho a la información sanitaria (inciso f) y a la interconsulta médica (inciso g) refuerzan la dimensión procesal de la autonomía: la toma de decisiones libres exige que la persona disponga de información clara, suficiente y oportuna, y que pueda contrastar la misma con otros profesionales para evaluar alternativas. También es de trascendencia, el reconocimiento que hace la norma, del derecho a no recibir información sanitaria, lo que es coherente con la autonomía del paciente en este caso, de elegir no conocer su diagnóstico ni el pronóstico.

Si bien la Ley No 26.529 constituye un marco normativo de derechos del paciente, la eficacia práctica de los mismos depende de procedimientos efectivos de implementación y control. Tal como desarrollo en esta tesis, la ausencia de un registro único y accesible de DMA, limita la operatividad de estos derechos, en particular el de autonomía, ya que las decisiones del paciente pueden desconocerse o no ser aplicadas en tiempo útil.

En síntesis, los derechos reconocidos en el Capítulo I constituyen el fundamento normativo y axiológico de las DMA, y su plena efectividad exige no sólo el respeto formal por parte de los profesionales de la salud, sino también la existencia de instrumentos técnicos, jurídicos y administrativos que garanticen su cumplimiento real y oportuno en todo el territorio nacional.

En síntesis, el marco legislativo argentino ofrece un entramado normativo que reconoce y protege los derechos del paciente como expresión concreta de su autonomía,

dignidad y derecho a decidir sobre los actos médicos que lo afectan. La Ley N° 26.529, su modificatoria 26.742, junto con el Código Civil y Comercial de la Nación y otras normas complementarias, consagra estas prerrogativas e integra las DMA como instrumento válido para la planificación anticipada de las decisiones sanitarias. Sin embargo, la eficacia de estos derechos requiere de herramientas concretas que permitan documentar, comunicar y consultar de manera fehaciente la voluntad del paciente, especialmente en contextos de vulnerabilidad o incapacidad. Entre esas herramientas, la historia clínica ocupa un lugar central, no solo como registro de actos médicos, sino como documento clave para garantizar la seguridad jurídica y el respeto a los derechos personalísimos del paciente. A continuación, desarrollará su relevancia en el marco de las DMA y su regulación en el derecho argentino.

3. Historia Clínica

La historia clínica constituye uno de los instrumentos más relevantes para la garantía efectiva de los derechos del paciente. En ella se documentan de manera ordenada, cronológica y segura los actos médicos, los diagnósticos, los tratamientos, las intervenciones y, de manera especial, las manifestaciones de voluntad del paciente, incluidas las DMA. Este registro no solo tiene un valor asistencial, sino también jurídico, ético y administrativo, al servir como prueba de la información brindada, del consentimiento otorgado y del respeto por las decisiones adoptadas por la persona en el marco de su atención sanitaria.

Puede definirse la historia clínica como el documento o instrumento escrito en el que consta en forma metódica, ordenada y detallada la narración de todos los sucesos acaecidos y comprobaciones realizadas por el médico o el equipo médico durante la asistencia de un paciente, en un establecimiento público o privado, desde su ingreso hasta el momento de su egreso por alta o por muerte. Es la prueba escrita de la actividad médica desarrollada en el paciente para procurar la recuperación de la salud. En el presente artículo se repasan los orígenes y evolución de la historia clínica desde la época hipocrática hasta nuestros días.⁶¹

⁶¹ Consultado en: <https://www.saij.gob.ar/historia-clinica-responsabilidad-profesional-sub0957366/123456789-0abc-defg6637-590bsoiramus>

La definición citada, muestra a la historia clínica principalmente como un instrumento escrito, técnico y descriptivo, destinado a registrar los actos médicos en la asistencia a un paciente. La historia clínica no puede reducirse a una mera narración cronológica de hechos y decisiones médicas o a una prueba escrita de la actividad médica o de salud; sino que constituye un documento jurídico de relevancia en el ámbito sanitario. No sólo da cuenta de la práctica médica, sino que asegura la continuidad de los tratamientos de salud, protege la seguridad jurídica de profesionales y pacientes y constituye un soporte para el ejercicio de otros derechos, como el consentimiento informado o el otorgamiento de las DMA.

La doctrina reconoce a la historia clínica como instrumento escrito, Jorge Fiorentino en el paper Nuevas Consideraciones, la describe como:

“La H.C. es la forma de instrumentar por escrito toda la actividad médica y auxiliar suministrada al paciente. En ella se deberá asentar todo lo relativo a su salud, pues representa una metódica narración cronológica de todos los hechos sucedidos durante la relación médico-paciente y en la totalidad de sus fases hasta su alta institucional o fallecimiento. En tal sentido, podríamos decir que la finalidad perseguida es recoger la mayor cantidad de datos del estado de salud del paciente con el objeto de contribuir con su mejoría, alivio o curación definitiva”⁶².

En la actualidad la historia clínica se configura como un derecho del paciente y no solo como un deber del médico. Este giro conceptual se vincula con el reconocimiento de la autonomía de la persona y del derecho de información en salud. Así lo consagran la Ley N° 26.529 y su modificatoria, que regulan la historia clínica como herramienta indispensable para garantizar la toma de decisiones informada.

A pesar que la ley claramente reconoce la titularidad del paciente de su historia clínica, en la práctica la complejidad para obtener la misma es todo un desafío al que se enfrente el paciente, la doctrina tiene dicho que:

“de todas maneras, a pesar de lo detallado en el artículo, es necesario aclarar que, en muchos casos los pacientes no tienen un acceso de manera libre a la historia clínica

⁶² Consultado en: <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2012/03/con371-HC-Nuevas-consideraciones.pdf>

Porque en algunos casos tanto los establecimientos médicos como los profesionales no están del todo abocados a autorizar el retiro de tales documentos ante su solicitud. De aquí se desprende que, en ciertas oportunidades, un proceso de responsabilidad médica se inicia previamente con una medida tendiente a proceder al secuestro de la historia clínica...”⁶³

La Ley No 26.529 en el Capítulo IV, legisla respecto de la historia clínica del paciente, definiéndose en el artículo 12 del siguiente modo “...entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud”.

El titular de la historia clínica es el paciente y a su sólo requerimiento debe ser entregada copia de ésta en el plazo de 48 hs. por la institución médica. Están legitimados para solicitar la historia clínica además del paciente, su representante legal, el cónyuge o persona que conviva con el paciente, los herederos forzosos, los médicos u otros profesionales del arte de curar, cuando estén expresamente autorizados por el paciente o su representante legal.

En la historia clínica debe constar la siguiente información: fecha de inicio de su confección, datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar, datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad, registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes, antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos del paciente, si los hubiere.

Las historias clínicas odontológicas, deben contener registros odontológicos que permitan la identificación del paciente. Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

La historia clínica del paciente es integral, debiendo formar parte de la misma además de la información citada en el punto anterior, el/los consentimientos informados,

⁶³ Consultado en: <https://www.pensamientocivil.com.ar/system/files/2015/06/Doctrina1292.pdf>

las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

Es única, el artículo 17 dispone que “La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una clave uniforme, la que deberá ser comunicada al mismo”.⁶⁴

Y es inviolable, su guarda y custodia está a cargo de los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados.

En febrero de 2023 se promulgó la Ley No 27.706, de creación del programa Federal Único de Informatización y Digitalización de las Historias Clínicas de Argentina, cuya finalidad es instaurar de manera progresiva el Sistema Único de Registro de Historias Clínicas Electrónicas, conforme lo establecido en la Ley No 26.529 capítulo IV.

El 28 de julio de 2023 se aprobó la reglamentación a la ley No 27.706 mediante Decreto 393/2023, cuyo artículo 2 establece que la autoridad de aplicación será el Ministerio de Salud.

En el artículo 1 del Anexo de dicho Decreto estipula que debe entenderse por Historia Clínica Electrónica (HCE) al

“Conjunto de documentos digitales y/o electrónicos, en el que se registra toda actuación realizada por profesionales y auxiliares de la salud, todos los procesos asistenciales indicados y recibidos por el o la paciente, aceptados o rechazados y los datos actualizados de su estado de salud, para garantizar una asistencia adecuada. La Historia Clínica Electrónica (HCE) es integral, auténtica, inalterable, inviolable y recuperable en tiempo y forma, respecto de los datos contenidos en ella, de conformidad a lo establecido en las Leyes No 25.326 y su modificatorio No 25.506 y 26.529 y sus respectivas modificatorias”.⁶⁵

⁶⁴ Microjuris Legislación salud. Se reglamenta la ley de digitalización de historias clínicas. Decreto 393/2023 Poder Ejecutivo Nacional: Consultado en: <https://aldiaargentina.microjuris.com/2023/07/31/legislacion-salud-se-reglamenta-la-ley-de-digitalizacion-de-historias-clinicas/>

⁶⁵ AGUILERA DIAZ, Jerónimo, PEZZANO, Laura, PACE Rossina, BENITEZ, Sonia, CAMPOS, Fernando, LUNA, Daniela y GONZALEZ BERNARDO DE QUIROS, Fernan. Integración de directivas

Se refiere también al Sistema Único de Registro de Historias Clínicas y al Sistema de Historias Clínicas Electrónicas. La información almacenada debe ser resguardada y protegida.

En definitiva, la historia clínica, en tanto documento sanitario por excelencia, constituye una herramienta indispensable para la protección integral de los derechos del paciente. Su adecuada confección, conservación y consulta no solo asegura la continuidad y calidad de los actos médicos, sino que resulta clave para garantizar la expresión, registración y respeto de la voluntad anticipada. En el marco de las DMA, la historia clínica se erige como un instrumento esencial que, lejos de ser una mera formalidad administrativa, materializa el ejercicio de la autonomía personal y el principio de dignidad humana en el ámbito de la atención en salud.

El análisis de la historia clínica como instrumento jurídico y asistencial indispensable permite advertir que su valor trasciende lo meramente documental, en tanto refleja y resguarda el respeto a la voluntad del paciente. En este sentido, la historia clínica se vincula de manera directa con otro pilar fundamental de los derechos personalísimos en el ámbito sanitario: el consentimiento informado. El consentimiento informado constituye la expresión concreta del ejercicio de la autonomía personal en el acto médico, y su adecuado otorgamiento y registración son esenciales para la validez de los procedimientos y para la protección de los derechos del paciente. A continuación, me referiré a este instituto, sus fundamentos normativos y su vinculación con las DMA.

4. Consentimiento informado

Ante todo, es importante destacar, que el consentimiento informado constituye uno de los ejes centrales del ejercicio de los derechos del paciente y una manifestación concreta de la autonomía personal en el campo de la salud. Este instituto jurídico reconoce el derecho de toda persona a ser debidamente informada sobre su estado de salud, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos propuestos, los riesgos y beneficios de cada intervención, y a decidir libremente sobre la aceptación o el rechazo de los actos médicos que le son ofrecidos o propuesto por el profesional de la salud o equipo de salud. Su consagración normativa en el derecho argentino, especialmente a partir de la Ley N.º

médicas anticipadas a la historia clínica electrónica de un hospital universitario de alta complejidad. Consultado en: https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_attachs/7084.pdf

26.529 , su modificatoria y del Código Civil y Comercial de la Nación, traduce en el plano legal un principio fundamental de los derechos humanos: el respeto por la voluntad de cada individuo respecto de su propio cuerpo, su proyecto de vida y las decisiones referidas a su salud.

“Es un proceso en el que su profesional de la salud le entrega la información que necesita para tomar decisiones sobre su atención de salud. Los tipos de atención pueden ser tratamientos, procedimientos, pruebas genéticas o ensayos clínicos. La información debe incluir los riesgos y beneficios de la atención, así como detalles sobre su afección médica. Es importante que comprenda todo antes de dar su consentimiento. A veces, su proveedor le pedirá que firme un formulario para dar su consentimiento. Esto se llama consentimiento por escrito. Usted tiene derecho a cambiar de opinión en cualquier momento sobre este consentimiento”.⁶⁶

El consentimiento informado, legislado en el Capítulo III, de la Ley 26.529, artículo 5, se define en los siguientes términos:

“Entiéndese por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: a) Su estado de salud; b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) Los beneficios esperados del procedimiento; d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados; g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos

⁶⁶Consultado en: <https://medlineplus.gov/spanish/patientrights.html>

produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable; h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.”

Respetar la autonomía supone otorgar valor real a las opiniones, decisiones y elecciones de las personas, así como abstenerse de interferir en sus acciones, salvo que estas generen un daño a terceros. Entiendo que el respeto por las personas que se expresan a través del principio de autonomía constituye uno de los fundamentos esenciales del consentimiento informado. La trascendencia que implica para el paciente, el ejercicio del derecho personalísimo de autonomía, como derecho fundamental de todo paciente a prestar consentimiento informado, de las prácticas médicas a realizar, lo que se logra luego de haberse informado detalladamente y en forma integral todo lo referido al padecimiento, a las prácticas de salud y a sus consecuencias de aceptar o rechazar un determinado procedimiento de salud.

Este consentimiento libre e informado debe ser obligatoriamente otorgado en forma previa a cualquier actuación profesional en el ámbito público o privado.

En cuanto a la forma en que el consentimiento informado debe ser otorgado, es de modo personal y en caso de que no pueda realizarlo, por sí, será otorgado por quienes habilita, el artículo 21 de la Ley N° 24.193: a) El cónyuge no divorciado que convivía con el fallecido, o la persona que sin ser su cónyuge conviva con el fallecido en relación de tipo conyugal no menos antigua de TRES (3) años, en forma continua e ininterrumpida; b) Cualquiera de los hijos mayores de DIECIOCHO (18) años; c) Cualquiera de los padres; d) Cualquiera de los hermanos mayores de DIECIOCHO (18) años; e) Cualquiera de los nietos mayores de DIECIOCHO (18) años; f) Cualquiera de los abuelos; g) Cualquier pariente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive; h) Cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive; i) El representante legal, tutor o curador.

Conforme la enumeración establecida precedentemente y respetando el orden que allí se establece, las personas que testimonien o den cuenta de la última voluntad del causante que se encuentren en orden más próximo excluyen el testimonio de las que se encuentren en un orden inferior. En caso de resultar contradicciones en los testimonios de las personas que se encuentren en el mismo orden, se estará a lo establecido en el artículo 19 bis. La relación con el causante y el testimonio de su última voluntad, serán acreditados, a falta de otra prueba, mediante declaración jurada, la que tendrá carácter de instrumento

público, debiendo acompañarse dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas la documentación respectiva, cuando correspondiere.)

El consentimiento informado (art 7 de la Ley No 26529 modificada por la Ley No 26.742), será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito: a) Internación; b) Intervención quirúrgica; c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos; d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley; e) Revocación. f) En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5° deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto.

Se exime de requerir el consentimiento informado cuando mediere grave peligro para la salud pública; en caso de emergencia con grave para la salud o vida del paciente y no pueda dar su consentimiento por sí o por sus representantes legales.

La decisión del paciente de aceptar o rechazar los tratamientos médicos puede ser revocada, en cualquier momento por el paciente, debiendo acatar el profesional y dejar constancia de tal decisión, con las formalidades que resulten necesarias a tal fin. Las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193 podrán revocar también en su caso, la decisión con los requisitos y en el orden de prelación allí establecido, debiendo siempre garantizar que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

En conclusión, del análisis del marco legislativo de los derechos del paciente y de los instrumentos que los documentan y garantizan, como la historia clínica y el consentimiento informado, nos permite inferir que el respeto por la autonomía personal en el ámbito de la salud no es una mera declaración de principios, sino un mandato jurídico y ético que debe traducirse en prácticas concretas. Las DMA, en este contexto, se presentan como una herramienta clave para hacer efectivo ese mandato, en tanto permiten al paciente proyectar su voluntad sobre su salud y su cuerpo, incluso en situaciones de incapacidad sobreviniente. Sin embargo, la plena realización de estos derechos exige no sólo un marco normativo adecuado, sino también dispositivos institucionales que aseguren su implementación efectiva, respetando la dignidad y los valores de cada persona, siendo absolutamente necesario la creación e implementación de un registro único nacional de DMA.

Tal como se analizó y desarrolló en el Capítulo III.1, a cuya lectura remito, en el caso I.V. vs. Bolivia, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, resaltó que la falta de consentimiento informado en procedimientos médicos implica una violación directa de

derechos personalísimos. Retomando dicho precedente, se puede afirmar que el consentimiento informado constituye en nuestro ordenamiento una exigencia ineludible, cuya omisión genera responsabilidad estatal e institucional.

El camino recorrido hasta aquí ha permitido repasar las bases normativas y su fundamentación constitucional-convencional que sustentan el reconocimiento de las DMA como expresión de los derechos personalísimos del paciente, en el ámbito de la salud. Sin embargo, para que estas manifestaciones anticipadas de voluntad resulten efectivas es imprescindible analizar los dispositivos institucionales que permiten su registración, publicidad y acceso oportuno por parte de los equipos de salud. El próximo capítulo estará dedicado al estudio de la registración de las DMA en Argentina, examinando los marcos normativos nacionales y provinciales existentes, las características y desafíos de los distintos registros, los beneficios de que se establezca un sistema único y centralizado, y los principales obstáculos que impiden su plena implementación en el país.

V. Capítulo Quinto: Registración de las DMA.

“Morir con dignidad es un deseo generalizado, pero no sabemos cómo administrarlo. La medicina, además, es poco proclive a hablar de fracasos”⁶⁷

La registración de las Directivas Médicas Anticipadas constituye uno de los aspectos más relevantes para garantizar la eficacia y operatividad de este instrumento jurídico en el marco de los derechos personalísimos. Si bien el ordenamiento jurídico argentino reconoce la posibilidad de emitir directivas anticipadas como manifestación de la autonomía personal, la falta de un sistema de registración unificado nacional, accesible y confiable dificulta en muchos casos su aplicación práctica.

Por eso, en el camino tendiente a una propuesta concreta de registración, en el presente capítulo me propongo analizar los distintos modelos de registración de las DMA existentes en Argentina, tanto a nivel nacional como en el plano provincial, relevando los marcos normativos vigentes y las experiencias locales desarrolladas. Ello me permitirá justificar los beneficios de contar con un registro único nacional de DMA, sin perjuicio de resaltar críticamente los obstáculos jurídicos, institucionales y culturales que aún dificultan su implementación efectiva.

1. Registro y leyes provinciales

La registración de las DMA en Argentina, como ya he mencionado con anterioridad⁶⁸ está a cargo de cada provincia. Es importante recordar que, aunque la Ley No 26.529, su modificatoria y decretos reglamentarios incorpora las DMA, su implementación y cumplimiento varía en las diferentes provincias de la Argentina.

⁶⁷ SEBASTIANI, Mario. Si pudieras elegir de que manera morir...Qué harías? El Ateneo, Buenos Aires 2022, Pág.63

⁶⁸ Ver capítulo III, punto 4.

También que la ausencia de una modalidad única de inscripción o registración de las directivas médicas anticipadas impide conocerlas rápidamente y en forma sencilla por los centros de atención de salud y profesionales de la salud.⁶⁹ Lo dicho es un dato que surge de la realidad. En efecto, piénsese en qué sucedería con el caso de una persona que registró DMA en su provincia natal o en la que reside y sufre un accidente en otra, donde sería necesario para su atención la realización de ciertas intervenciones médica asistenciales urgentes con las que el sujeto no estaría de acuerdo.

Sea como sea, varias provincias argentinas han implementado en sus jurisdicciones sistemas de registro de las DMA, entre las que se encuentran:

a) Córdoba, implementa el registro único de voluntades anticipadas, regulada por Ley No 10.058⁷⁰ y modificatoria Ley No 10.421, en concordancia con lo dispuesto por la Ley Nacional N.º 26.529, su reforma No 26.742 y el Código Civil y Comercial de la Nación.

Este registro, implementado en Córdoba, constituye un antecedente relevante en materia de registración de las DMA, a partir de la creación del Registro de Voluntades Anticipadas en el ámbito del Área de Bioética del Ministerio de Salud⁷¹. El sistema permite a toda persona mayor de edad, capaz de comprender el alcance de sus decisiones y de expresarlas por algún medio de comunicación, manifestar anticipadamente su voluntad sobre los tratamientos y cuidados que desea o no recibir en situaciones de incapacidad sobreviniente, enfermedad irreversible o terminalidad. El procedimiento es sencillo, no requiere la intervención de escribano ni autoridad judicial, y puede concretarse presencial o virtualmente. Además, admite la designación de un representante encargado de transmitir la decisión ante el equipo de salud.

⁶⁹ PALACIO, José María, Acuña, Josefina y Gorosito, Julio. La función notarial aplicada a la instrumentación de los actos personalismos de autoprotección. Consultado en: <https://revistas.ubp.edu.ar/index.php/derecho-notarial-registral/article/view/2362-3845%282019%29006>
REYES, Romina D. La regulación de las directivas medicas anticipadas en el ordenamiento jurídico argentino. Consultado en: <http://www.saij.gob.ar/romina-reyes-regulacion-directivas-medicas-anticipadas-ordenamiento-juridico-argentino-dacf150069-2014-12/123456789-0abc-defg9600-51fcanirtcod>

⁷⁰ Consultado en: <http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/0/FE22D008EC51664803257A1E00777949?OpenDocument&HighLight=0.10058>

⁷¹ Consultado en: Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, “Registro de Voluntades Anticipadas”, disponible en: <https://www.cba.gov.ar/registro-de-voluntades-anticipadas>

El Registro garantiza la inscripción, resguardo y notificación de las voluntades anticipadas, otorgando seguridad jurídica tanto a los pacientes como a los profesionales. Asimismo, se prevé la posibilidad de modificar o revocar la declaración en cualquier momento, reforzando su carácter de derecho personalísimo y dinámico.

En fin, este mecanismo muestra los beneficios de contar con un sistema oficial de registración, permite planificar los cuidados, respeta la autonomía de las personas y asegura que las decisiones sean conocidas y consideradas oportunamente por familiares y profesionales. Es un interesante modelo provincial, que sirve para anticipar los lineamientos que debería adoptar un registro único nacional.

b) Río Negro, la Ley No 4263, Declaración de Voluntad Anticipada, crea el Registro de Voluntades Anticipadas, dentro de la órbita del Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro. En dicho registro se inscribirá el otorgamiento, modificación, sustitución y revocación, de la declaración de voluntades anticipadas. Además, contempla la anotación en el registro mencionado de las declaraciones de voluntad anticipada documentadas mediante escritura pública, que se otorguen por ante los escribanos de registro de la Provincia de Río Negro. Prevé el caso de internación hospitalaria de la persona, la Declaración de Voluntad Anticipada se adjuntará transcrita en la primera hoja de la historia clínica del paciente.

c) Neuquén mediante la circular N° 001/2023, de fecha 23 de enero de 2023, "Implementación del registro Directivas Anticipadas en la atención de salud", aprueba en el artículo 1 el documento sobre qué son y cómo confeccionar las directivas anticipadas, hoja de información para la persona paciente y el formulario para el registro de las directivas anticipadas en la atención de salud, la redacción de las directivas médicas anticipadas deberá incorporarse a la historia clínica de cada paciente como expresión escrita de su voluntad.

d) La cuestión de los Colegios de escribanos

En algunas provincias de Argentina, los colegios de escribanos crearon en su jurisdicción los Registros de Actos de autoprotección. Por tales, según lo define Rajmil, se entiende

"aquél en el cual una persona deja plasmada su voluntad de manera fehaciente, mientras cuenta con aptitudes

suficientes para ello, para que sea respetada en el futuro, en el supuesto de hallarse en situación de vulnerabilidad tal que le impida expresarse por sí misma. SU INSTRUMENTACIÓN Los actos de autoprotección importan el ejercicio de derechos personalísimos que corresponden a todo ser humano por el solo hecho de existir. En ellos la persona establece directivas de distinta naturaleza para que su voluntad sea respetada en el futuro, ante una eventual pérdida de sus aptitudes de autogobierno que le impida expresarse por sí misma. Involucran tanto decisiones respecto de su vida como de sus bienes y comprenden aspectos referentes a su salud, al mantenimiento de su calidad de vida, al destino y administración de su patrimonio”⁷²

Estos actos de autoprotección pueden ser elaborados por escribano público o ante un juez/a competente, y registrados a fin de que su contenido llegue a ser conocido por la o las personas a las cuales van dirigidos: médicos, jueces, y las personas designadas para las cuestiones patrimoniales o médicas, entre otros.

Si bien a nivel nacional no existe una ley específica que regule un registro único y obligatorio de estos actos de autoprotección en los Colegios de Escribanos, CABA y diversas jurisdicciones provinciales han implementado mecanismos parciales para su conservación y publicidad.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Colegio de Escribanos administra el Registro de Actos de Autoprotección, que permite inscribir gratuitamente los documentos otorgados ante escribano, asegurando su localización y consulta por quienes acrediten interés legítimo.⁷³ La Provincia de Buenos Aires ha incorporado en su Registro de Actos de Última Voluntad⁷⁴ la inscripción de este tipo de manifestaciones, mientras que, en Córdoba, el Registro Notarial⁷⁵ de Actos de Autoprotección funciona bajo la órbita del Colegio de Escribanos, con acceso restringido a autoridades judiciales y al propio

⁷² RAJMIL, Alicia. *Actos de autoprotección*. Consultado en: <http://www.colescba.org.ar/ics-wpd/revista/Textos/RN965-2010-typ-rajmil.pdf>

⁷³ Consultado en: <https://www.colegio-escribanos.org.ar/reglamento-del-registro-de-actos-de-autoproteccion-2/#:~:text=Ser%C3%A1%20conveniente%20en%20ambos%20casos,apellido%20del%20c%C3%B3nyuge%20de%20corresponder.&text=Art%C3%ADculo%207%C2%B0:%20La%20toma,asigne%20al%20ingresar%20el%20tr%C3%A1mite.&text=Art%C3%ADculo%208%C2%BA:%20Reserva.,y%20registradas%20conforme%20este%20Reglamento.>

⁷⁴ Consultado en: <https://www.colescba.org.ar/portal/organismos/departamento-de-registros-especiales/registro-de-autoproteccion>

⁷⁵ Consultado en: <https://comercioyjusticia.info/vida-profesional/actos-de-autoproteccion-una-herramienta-ante-la-eventual-perdida-de-capacidad-o-discernimiento/>

interesado. En Mendoza, funciona en el Colegio Notarial de Mendoza el Registro de Actos de Autoprotección.⁷⁶

La registración centralizada de actos de autoprotección incrementa la seguridad jurídica y favorece el respeto a la autonomía personal. La existencia de bases de datos accesibles para operadores jurídicos y de salud permite localizar rápidamente el documento vigente, evitando su desconocimiento o pérdida y reduciendo la posibilidad de conflictos entre familiares y profesionales intervinientes.

Estos registros provinciales constituyen antecedentes valiosos para el diseño de un Registro Único Nacional de DMA, con acceso seguro en tiempo real para los profesionales de la salud. Un sistema de estas características no solo garantizaría la operatividad inmediata de la voluntad anticipada del paciente, sino que también uniformaría criterios y evitaría las asimetrías actuales, derivadas de la disparidad normativa y procedimental entre jurisdicciones.

Es importante resaltar nuevamente que, aunque la Ley No 26.529 y su modificatoria y decretos reglamentarios, y el art 60 del CCyC incorporan las DMA, su implementación y cumplimiento pueden variar en las diferentes provincias de Argentina. Cada provincia puede establecer sus propias regulaciones y requisitos para el registro y la aplicación de las DMA.

La ausencia de un registro único nacional de DMA genera consecuencias de impacto no sólo en la autonomía del paciente, sino que además restringe el acceso al derecho de las personas más vulnerables, genera inseguridad jurídica en el personal médico. Por consiguiente, los beneficios de crear un registro nacional único de DMA representa una herramienta fundamental jurídica y sanitaria para garantizar la operatividad de los derechos personalísimos de las personas, vinculados a su autonomía, dignidad y autodeterminación.

⁷⁶ Consultado en: <https://www.cnmza.org.ar/archivo/2016/legislacion/provincial/11-Autoproteccion-Reglamento-Mendoza-Final.pdf>

2. Consecuencias de la falta y beneficios de la creación de un registro único de DMA

En efecto, la inexistencia en Argentina de un Registro Único Nacional de DMA genera consecuencias jurídicas, sanitarias, sociales y familiares de gran relevancia, afectando directamente el ejercicio efectivo del derecho de toda persona a decidir sobre su propia salud. Esta carencia compromete la seguridad jurídica, obstaculiza la actuación de los profesionales de la salud y vulnera uno de los pilares fundamentales de los derechos personalísimos: la autonomía de la voluntad en el proceso de morir, reconocida en el artículo 19 de la Constitución Nacional, en la Ley 26.529 y en los tratados internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional (art. 75 inc. 22 CN).

La fragmentación registral existente, con sistemas provinciales dispares y ausencia de registros en muchas jurisdicciones impide la operatividad nacional de las DMA. Así, una persona que formaliza su voluntad anticipada en una provincia con registro puede ver frustrada su aplicación si recibe atención médica en otra sin mecanismos de consulta recíproca. Como advierte Galdós,

“la operatividad de las directivas anticipadas requiere no solo de un documento válido, sino de un sistema de custodia y disponibilidad que garantice que los profesionales intervinientes accedan a ellas en tiempo real”⁷⁷

Entre las consecuencias de la ausencia de un Registro Único Nacional de DMA, encontramos:

1. Inseguridad jurídica para el personal de salud: la ausencia de un sistema unificado de verificación ágil y estandarizada, priva a los profesionales de una fuente confiable y accesible para verificar la existencia y vigencia de una DMA. Esta realidad incrementa la inseguridad jurídica del acto médico en doble sentido: a) Riesgo de omisión (no respetar una DMA existente por desconocimiento), con potenciales reproches éticos y

⁷⁷ Galdós, J. M. (2008). *La salud y los bienes sociales constitucionales*. La Ley.

responsabilidades; y b) Riesgo de intervención indebida (indicar o mantener medidas contrarias a la DMA), con eventuales reclamos ulteriores.

En línea con este punto, comparto la opinión de la Dra Kemelmajer de Carlucci, expresada en su obra Tratado de Persona Humana y Derecho de las Familias, cuando se refiere a los fines secundarios de las DMA, en los siguientes términos:

“...b) Proporcionar al médico una legítima protección jurídica cuando se producen situaciones conflictivas en torno a decisiones en las que la libre voluntad del paciente ha quedado documentada...”⁷⁸

“...c) Las relaciones médico-pacientes pueden deteriorarse si las instrucciones no son precisas, idóneas, adecuadas a la enfermedad que el paciente adolece. La amenaza de una demanda si se contravienen las instrucciones del paciente, o se malinterpreta la voluntad, es un fantasma que puede menoscabar profundamente la relación del facultativo con el enfermo...”⁷⁹

La respuesta previsible ante ese clima de incertidumbre del personal de salud, suele ser la medicina defensiva, es decir hacer de más o de menos por temor a litigios, no por indicación clínica. La doctrina dice en relación a la medicina defensiva que:

“La actuación médica a la defensiva supone que se practiquen las pruebas diagnosticadas y que se actúe , tomando no solo las precauciones normales en las que siempre se corre algún riesgo, pues no puede garantizarse que siempre la salud y la vida triunfen en el combate contra la enfermedad- sino más allá de las normales, acentuando hasta el límite máximo las precauciones con el fin de reducir al mínimo de lo razonable los riesgos del tratamiento médico”⁸⁰

⁷⁸ Kemelmajer, Aida- Herrera Marisa (directoras) De la Torre, Natalia- Molina de Juan Mariel (coordinadoras). Tratado de persona humana y derecho de las familias. Tomo I Santa Fe Rubinza Culzoni 2024, pag 560.

⁷⁹ Kemelmajer, Aida- Herrera Marisa (directoras) De la Torre, Natalia- Molina de Juan Mariel (coordinadoras). Tratado de persona humana y derecho de las familias. Tomo I Santa Fe Rubinza Culzoni 2024, pag 560.

⁸⁰ Consultado en: <https://comercioyjusticia.info/opinion/la-judicializacion-de-la-salud-acelera-el-efecto-medicina-a-la-defensiva/>

La gravitación del régimen de responsabilidad profesional y el aumento de litigios refuerzan esos incentivos defensivos, en la actuación médica, especialmente cuando la prueba de la voluntad del paciente no está asegurada por la ausencia de un registro fiable, único y verificable. Importa destacar que la Ley n° 26.742 incorporó el art. 11 bis a la Ley 26.529, que exime de responsabilidad civil, penal y administrativa al profesional que actúa conforme a la ley. La eficacia real de esta eximente, sin embargo, depende de que el equipo de salud encargado del tratamiento, pueda acceder y corroborar la existencia y el contenido de la DMA en el momento de decidir, lo que reenvía a la necesidad del registro único y accesible.

2. Vulneración de derechos fundamentales: la imposibilidad de acceder oportunamente a la DMA podría vulnerar la autonomía personal, el derecho a la dignidad y al consentimiento informado (arts. 19 y 33 CN; arts. 4, 5 y 11 CADH). La CSJN, en *Albarracini Nieves* (Fallos: 335:2333)⁸¹ reafirmó que el respeto a la voluntad del paciente es un mandato constitucional cuya efectividad requiere mecanismos que permitan su conocimiento y aplicación. La Corte IDH, en *I.V. vs. Bolivia* (2016)⁸², sostuvo que el Estado debe garantizar medios que hagan efectivas las decisiones sanitarias anticipadas.

3. Desigualdad y barreras de acceso: la ausencia de un registro único impacta de diferente manera en la población, pero sus efectos se acentúan con mayor intensidad en personas mayores, con discapacidad, pacientes crónicos y habitantes de zonas rurales o con bajos recursos, quienes muchas veces carecen de información, asesoramiento y medios para formalizar una DMA.

“...Estas personas enfrentan obstáculos adicionales para formalizar una DMA, entre los que se encuentra; la falta de información clara y en formatos accesibles, carencia de asesoramiento jurídico o sanitario adecuado, dificultades de movilidad para concurrir a oficinas

⁸¹ Corte Suprema de Justicia de la Nación. (2012). *Albarracini Nieves, Marcelo s/ medidas precautorias* (Fallos: 335:2333).

⁸² Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2016, 30 de noviembre). *Caso I.V. vs. Bolivia* (Fondo, reparaciones y costas).

administrativas o notariales, y limitaciones tecnológicas que dificultan el acceso a plataformas digitales...”⁸³

Ello vulnera el principio de igualdad ante la ley (art. 16 CN) al colocar a determinado grupo de la población en situación de desventaja respecto del acceso a un derecho personalísimo tal el de decidir libremente sobre su salud y tratamientos. Además, contraviene las obligaciones de accesibilidad y ajustes razonables previstas en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, con jerarquía constitucional por el art. 75 inc. 22 CN, que exige a los Estados adoptar medidas de accesibilidad universal, eliminación de barreras y provisión de ajustes razonables para garantizar que todas las personas puedan ejercer sus derechos en igualdad de condiciones, conforme los art 2, 4 y 9 de la convención.⁸⁴

4. Carga social y familiar: Ante la falta de un documento verificable, las decisiones sobre tratamientos recaen en familiares o allegados, generando conflictos éticos, religiosos y emocionales, así como judicialización de situaciones críticas, con impacto psicológico y desgaste emocional para el entorno cercano.

Como se citó en Berenguer, M. C., Directivas Anticipadas. Importancia social, cit, p 611:

“...Las directivas sirven también para que la familia acepte las decisiones, suavizando la angustia y la presión de disponer procedimientos drásticos para la vida del paciente...”⁸⁵

La ausencia de un registro único nacional convierte a las familias y a los afectos de una persona, en sustitutos forzosos de su voluntad, con consecuencias devastadoras en lo emocional, lo psicológico, lo ético y lo jurídico. Un registro único nacional de DMA, liberaría a las familias y/o afectos del paciente de esa carga, garantizando que las decisiones referidas a su salud, reflejen su voz auténtica y no las interpretaciones afectadas por las

⁸³ Galdós, Jorge Mario, La salud y los bienes sociales constitucionales, La Ley, 2008, p. 2

⁸⁴ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

⁸⁵ Kemelmajer, Aida- Herrera Marisa (directoras) De la Torre, Natalia- Molina de Juan Mariel (coordinadoras). Tratado de persona humana y derecho de las familias. Tomo I Santa Fe Rubinzal Culzoni 2024, pag 613.

emociones e interés de terceros. De este modo, se resguarda la dignidad de la persona, se reduce la judicialización innecesaria y se protege a las familias y cualquier otro afecto, de un sufrimiento innecesario y totalmente evitable.

Frente a este panorama, los beneficios de la creación de un Registro Único Nacional de DMA, seguro, accesible e interoperable se presenta como una medida imprescindible para garantizar la vigencia real de la autonomía personal y la dignidad humana.

1. Seguridad jurídica: Un registro centralizado permitiría a los profesionales acceder de forma inmediata y oficial a las DMA, dotando de certeza normativa a las decisiones médicas y reduciendo conflictos familiares y judiciales. Según Bueres,

“la seguridad jurídica se consolida cuando la voluntad anticipada puede ser constatada de modo inmediato por quien debe aplicarla”⁸⁶

2. Respeto efectivo a la autonomía: El registro único aseguraría que las DMA sean vinculantes y operativas, evitando que la autonomía reconocida en el art. 60 CCyC y en la Ley 26.742 quede en el plano meramente declarativo. El acceso inmediato a la voluntad anticipada permitiría su aplicación incluso en situaciones de urgencia o incapacidad sobrevenida.
3. Igualdad y accesibilidad: La registración y publicidad nacional garantizarían que todas las personas, sin importar su condición socioeconómica o ubicación geográfica, puedan inscribirse y hacer respetar su voluntad anticipada, integrando a sectores históricamente excluidos de la planificación anticipada de cuidados de salud.
4. Amparo para los profesionales de la salud: El acceso seguro a la DMA vigente protegería a los equipos médicos, permitiéndoles actuar dentro de los límites del consentimiento informado anticipado y en consonancia con la *lex artis*, reduciendo

⁸⁶ Bueres, A. J. (2017). *Derecho de la salud*. Hammurabi.

el riesgo de responsabilidad profesional.

5. Planificación sanitaria y políticas públicas: El registro permitiría obtener datos estadísticos relevantes sobre la cantidad, contenido y distribución geográfica de las DMA, útiles para el diseño de políticas públicas, campañas de concientización y formación profesional, así como para optimizar la asignación de recursos y promover la deliberación anticipada sobre cuidados al final de la vida.

En síntesis, la ausencia de un Registro Único Nacional de DMA compromete seriamente la efectividad de derechos fundamentales y genera inseguridad jurídica, mientras que su creación aportaría seguridad, igualdad, accesibilidad y eficiencia sanitaria. No se trata únicamente de una recomendación técnica, sino de una obligación derivada del bloque de constitucionalidad federal y de los compromisos internacionales asumidos por la Argentina.

3. Obstáculos para la implementación de un registro único de DMA

La efectiva implementación de un registro único de DMA en Argentina, presenta una serie de obstáculos a los que considero importante referirme, de tipo normativos, jurídicos, barreras institucionales, división entre sistema de salud público y privado, resistencias profesionales. Podría clasificarlos en obstáculos: jurídicos-normativos, fragmentación normativa y federalismo en salud, barreras tecnológicas y de infraestructura, desconocimiento de las DMA, resistencias éticas y culturales.

a) Jurídicos - normativos

En el plano jurídico, uno de los principales déficits es la inexistencia de una ley específica que cree y regule un registro único nacional de DMA. La Ley N.º 26.529, su modificación, la Ley N.º 26.742, el CCyC (art. 60), reconoce el derecho de toda persona a formular DMA sobre tratamientos médicos futuros. No obstante, el marco legal no establece ningún mecanismo obligatorio, ni siquiera sugerido, de registración o publicidad formal de estas directivas, dejándolas libradas o reservadas a la guarda personal o de algún familiar o representante del documento. Sin un sistema que asegure el acceso a las

directivas por parte de los equipos de salud, en forma fácil, sencilla y de modo único, quedan muchas veces las decisiones anticipadas sobre la salud, reducidas a una formalidad sin aplicación efectiva.

Solo una norma con jerarquía legal y alcance federal podrá superar el actual estado de dispersión e incertidumbre.

b) Fragmentación normativa y federalismo en salud

Otro de los obstáculos que advierto es la fragmentación normativa, consecuencia de que cada provincia conserva autonomía legislativa y administrativa procedimental en materia sanitaria. Esta realidad implica que, aun si se creara un registro único nacional de DMA, por ley o resolución ministerial, su implementación efectiva dependerá de acuerdos entre las provincias, muchas de las cuales carecen de normativa específica referida a DMA.

A ello se suma el diseño de salud en argentina diferenciando entre sistema público, privado y de obras sociales, sumado al carácter federal del país y la descentralización de competencias sanitarias.

Este escenario genera una dispersión regulatoria y procedimental que dificulta la construcción de estándares comunes para cargar, validar, consultar las DMA, por ello cualquier iniciativa de creación de un registro nacional único de DMA debe prever una estructura federalizada, con interoperabilidad técnica y legal.

c) Desconocimiento de la existencia de este instituto

El desconocimiento generalizado de la población respecto de las DMA es otro de los obstáculos. Muchos ciudadanos no saben que son las DMA, cuál es su finalidad, que pueden otorgarlas, desconocen sus modalidades y los efectos jurídicos. Esta situación limita la demanda espontánea de registración de DMA, aun si el sistema de registración única estuviera disponible. La falta de publicidad de las DMA apareja su desconocimiento y la escasa utilización de las DMA por la población en general.

Por ello cualquier política de implementación debe ser necesariamente acompañada de campañas de difusión y concientización sobre el derecho a planificar los cuidados al final de la vida, no solo a la población sino también al equipo y profesionales de la salud.

d) Resistencias éticas y culturales

En la sociedad argentina persisten tabúes en torno a la muerte y al ejercicio de la autonomía en contextos terminales, lo cual puede generar resistencias —explícitas o implícitas— tanto en pacientes como en profesionales. Estas barreras culturales pueden obstaculizar la registración de voluntades anticipadas o desalentar su consulta en la práctica clínica. En algunos casos, también hay influencias religiosas o institucionales que pueden actuar como freno, especialmente en efectores de salud confesionales que no comparten ciertas decisiones anticipadas (como el rechazo de hidratación artificial, por ejemplo). Por ello, el marco de implementación deberá incluir protocolos de objeción de conciencia compatibles con la ley.

En este contexto, un registro único nacional no solo sería una herramienta jurídica, sino también un dispositivo cultural orientado a generar confianza, previsibilidad y respeto a la autodeterminación.

En definitiva, los obstáculos para la implementación de un registro único de DMA no solo responde a la falta de voluntad política o recursos administrativos, sino que hay un entramado complejo de normas insuficientes, estructuras fragmentadas, culturas jurídicas y sanitarias todavía poco permeables al paradigma de la autonomía, falta de difusión o publicidad. Superar estos obstáculos exige un abordaje articulado y progresivo, que combine reformas legislativas, coordinación interjurisdiccional, inversión tecnológica y estrategias pedagógicas orientadas tanto al personal de salud como a la ciudadanía en general.

En definitiva, podemos afirmar que la registración de las DMA en un registro único nacional constituye un requisito indispensable para garantizar la efectividad de este instrumento jurídico como expresión de la autonomía personal en el ámbito sanitario. El análisis que se ha realizado en los puntos precedentes, de los marcos normativos nacionales y provinciales pone en evidencia un panorama fragmentado, con avances parciales y desiguales, que impide consolidar un sistema homogéneo de protección de los derechos del paciente. La ausencia de un registro único, accesible y centralizado no solo genera inseguridad jurídica para los profesionales de la salud, sino que también coloca en situación de vulnerabilidad a quienes, habiendo expresado anticipadamente su voluntad, ven dificultado el respeto de sus decisiones en el momento de la atención médica, por la

ausencia de una única registración de sus decisiones referidas a la salud. La implementación de un sistema unificado de registración y publicidad, que asegure el acceso oportuno a las directivas, se presenta como una condición necesaria para superar los obstáculos identificados en este capítulo y para garantizar, en términos reales, el pleno ejercicio del derecho a decidir sobre la propia salud.

4. Publicidad de las Directivas Médicas Anticipadas

Una dificultad añadida a la ausencia de registro único nacional es la ausencia de mecanismos efectivos de publicidad de las DMA, en el sistema de salud argentino. El desconocimiento generalizado sobre la existencia y la importancia de las DMA impide que muchas personas consideren la posibilidad de ejercer su derecho a la planificación anticipada, de los cuidados de su salud. La autonomía no se puede ejercer plenamente, si no se conoce la herramienta para hacerlo.

Si bien el marco normativo reconoce el derecho de toda persona a formular directivas anticipadas y prevé su validez como expresión de la autonomía personal, la falta de instrumentos que permitan su adecuada difusión y acceso por parte de los profesionales e instituciones de salud limita gravemente su aplicación práctica. Esta carencia de publicidad no solo vulnera el derecho del paciente a decidir sobre los actos médicos que lo afectan, sino que también genera inseguridad jurídica en el accionar de los equipos de salud, quienes se ven impedidos de conocer y respetar la voluntad anticipada en el momento oportuno.

Analizar esta situación es indispensable para comprender los desafíos pendientes en la implementación de las DMA y la necesidad de avanzar hacia un sistema que garantice su conocimiento y consecuente uso efectivo, como condición para el pleno ejercicio del derecho a la autonomía en el ámbito sanitario.

La falta de publicidad –y también su promoción– de las DMA profundiza las tensiones éticas, jurídicas y prácticas en el ámbito de la salud. Por un lado, expone a los profesionales sanitarios a la incertidumbre y al temor de incurrir en responsabilidad por no respetar decisiones anticipadas que desconocen. Por otro, priva al paciente del ejercicio

pleno de su derecho a decidir sobre el propio cuerpo y sobre el curso de los tratamientos médicos que le afectan.

Esta situación atenta contra el principio de autonomía de manera directa. La autonomía no solo implica el derecho a decidir, sino también la efectividad de esa decisión en el momento en que debe ser respetada. Cuando no se publicita o registra adecuadamente una directiva, se convierte en una declaración sin consecuencias prácticas, frustrando su finalidad protectora.

La falta de campañas de difusión en Argentina representa un obstáculo indirecto, al limitar el conocimiento ciudadano sobre esta herramienta jurídica y dificultar su ejercicio efectivo. No existe hasta el momento, una política sostenida de difusión o acompañamiento técnico que promueva su uso e implementación.

Por lo tanto, la ausencia de publicidad configura un obstáculo real y concreto al ejercicio pleno de la autonomía, que no puede entenderse como meramente declarativa. La voluntad anticipada requiere de instrumentos que garanticen su conocimiento por parte de terceros intervinientes en el proceso de atención médica, entre ellos familiares, representantes legales y personal sanitario. Solo así puede hablarse de un verdadero respeto por la persona, su dignidad y su derecho a decidir hasta el final de la vida.

En definitiva, el problema de la falta de publicidad de las DMA evidencia la necesidad de superar el actual estado de dispersión normativa y debilidad institucional mediante la creación de dispositivos que permitan no solo la registración formal de las directivas, en un registro único nacional sino también su difusión efectiva y su disponibilidad al momento de la atención médica. Solo de este modo podrá garantizarse el respeto real por la voluntad anticipada del paciente y la plena operatividad de los derechos personalísimos en el ámbito sanitario.

VI. Capítulo Sexto: Consideraciones Finales y Propuestas

Haz que los sucesos pertenezcan al pasado.
Haz que las acciones sean del presente. Y
que el futuro sea una mezcla de ambas ⁸⁷

El análisis desarrollado a lo largo de esta investigación permite afirmar que las Directivas Médicas Anticipadas constituyen uno de los instrumentos jurídicos más relevantes para garantizar la autonomía personal, la dignidad humana y el consentimiento informado en el ámbito sanitario. Su esencia radica en que cada persona pueda, de manera anticipada y libre, determinar los cuidados y tratamientos que desea o no desea recibir en situaciones de incapacidad sobreviniente, enfermedad irreversible o terminalidad, asegurando que su voluntad prevalezca aun cuando ya no pueda expresarla.

Este derecho, reconocido en el artículo 19 de la Constitución Nacional, el artículo 60 del Código Civil y Comercial de la Nación, la Ley N.º 26.529 y su modificatoria N.º 26.742, así como en tratados internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional, entre ellos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, encuentra también respaldo en la jurisprudencia nacional e interamericana. Fallos paradigmáticos como “Bahamondez” (CSJN, 1993) y “Albarracini Nieves” (CSJN, 2012) han afirmado que el principio de autonomía exige que la voluntad anticipada del paciente sea respetada incluso en contextos de riesgo vital, reconociendo que la autodeterminación forma parte del núcleo esencial de los derechos personalísimos. En el plano interamericano, la Corte IDH ha sostenido —por ejemplo, en “Cuadernillo 28 – Cuidados Paliativos y Derechos Humanos”— que los Estados tienen la obligación positiva de garantizar mecanismos efectivos para que las personas ejerzan su derecho a decidir sobre tratamientos médicos y cuidados al final de la vida. En relación al derecho a ser cuidado y al autocuidado, también se ha expedido la Corte IDH en la Opinión Consultiva OC-31/25 de 12 de junio de 2025, y reitero que:

⁸⁷ Sri Sri Ravi shankar. Sabiduría práctica. Para el buscador sincero. Javier Vergara editor, 2021, 1º ed ciudad Autónoma de Bs As., Pág.120

“... los Estados deben implementar medidas para garantizar progresivamente la calidad, disponibilidad y adaptabilidad de los servicios de salud para las personas que tienen algún grado de dependencia, tomando en cuenta que este es un componente central de su bienestar integral y respetando su autonomía (párrs. 272 a 278). Finalmente, respecto del derecho al autocuidado, la Corte estimó que los Estados deben asegurar la disponibilidad y acceso progresivo a servicios de salud que permitan a todas las personas acudir a la atención en salud formal, tanto para la prevención como para el tratamiento de enfermedades, y participar activamente en el proceso de atención médica que tiene implicaciones sobre su bienestar individual...”⁸⁸

Sin embargo, este sólido reconocimiento normativo y jurisprudencial se ve debilitado por un déficit estructural que recorre todo el sistema de salud argentino: la ausencia de un Registro Único Nacional de DMA y la falta de estrategias sostenidas de publicidad y difusión. La fragmentación normativa, la dispersión de registros provinciales (cuando existen) y el desconocimiento social de este instituto provocan que, en la práctica, la voluntad anticipada del paciente sea ignorada o desconocida, especialmente en contextos de urgencia o cuando la atención médica se brinda fuera de la jurisdicción donde la DMA fue emitida.

Esta situación genera consecuencias críticas:

- Inseguridad jurídica para los profesionales de la salud, que deben decidir sin certeza sobre la voluntad del paciente, exponiéndose a conflictos éticos y responsabilidades legales.
- Vulneración de derechos fundamentales, en particular la autonomía personal y la igualdad ante la ley, afectando de manera desproporcionada a las personas en situación de vulnerabilidad (adultos mayores, personas con discapacidad, pacientes crónicos, habitantes de zonas rurales o con bajo nivel socioeconómico).
- Judicialización innecesaria de decisiones sanitarias que deberían resolverse en el marco del consentimiento informado anticipado.

⁸⁸ Consultado en: <https://iberoamericamayores.org/2025/08/08/corte-idh-resumen-oficial-de-la-opinion-consultiva-oc-31-25-sobre-el-derecho-al-cuidado/>

- Carga emocional y conflictos familiares, ante la incertidumbre sobre los deseos del paciente.

Frente a este panorama, la creación de un Registro Único Nacional de Directivas Médicas Anticipadas no es solo una opción legislativa conveniente, sino una obligación jurídica y ética del Estado argentino.

1. Propuesta para la creación del Registro Único Nacional de DMA

- a) Sanción de una ley específica de alcance federal que disponga la creación del Registro Único Nacional, con carácter público, seguro, confidencial y accesible a profesionales de la salud autorizados.
- b) Interoperabilidad técnica y jurídica con los registros provinciales existentes, garantizando la consulta en tiempo real en cualquier punto del país.
- c) Integración con el Sistema Federal de Historias Clínicas Electrónicas (Ley N.º 27.706), asegurando integridad, autenticidad, inviolabilidad y disponibilidad inmediata.
- d) Procedimientos ágiles de inscripción, modificación y revocación, con garantías de gratuidad y acompañamiento profesional gratuito en hospitales, centros de salud y oficinas de derechos del paciente.
- e) Protección de datos personales y confidencialidad, conforme a la Ley N.º 25.326.

2. Estrategias de publicidad y difusión

- a) Campañas nacionales permanentes de información y sensibilización, impulsadas por el Ministerio de Salud y articuladas con las carteras sanitarias provinciales.
- b) Inclusión de las DMA en la currícula de grado y posgrado de profesionales de la salud, derecho y trabajo social.
- c) Materiales educativos inclusivos adaptados a distintos niveles de alfabetización, lenguas indígenas, lenguaje de señas y formatos accesibles para personas con discapacidad.

d) Portal oficial interactivo con información, modelos orientativos, inicio de trámite y asesoramiento técnico.

e) Difusión en espacios estratégicos: hospitales, centros de salud, farmacias, consultorios, oficinas públicas y medios masivos.

La implementación de estas medidas, que no requieren de esfuerzos económicos exagerados, no solo consolidaría la efectividad real de las DMA, sino que también fortalecería la confianza social en el sistema de salud, garantizaría la igualdad de acceso al derecho a decidir anticipadamente sobre tratamientos médicos y reduciría la conflictividad judicial y familiar.

En definitiva, el reconocimiento formal de las Directivas Médicas Anticipadas no será suficiente si no se acompaña de mecanismos institucionales sólidos que aseguren su operatividad. La creación de un Registro Único Nacional y un plan integral de publicidad constituyen, por tanto, una condición necesaria para transformar un derecho consagrado en la ley en un derecho vivo, exigible y respetado. Este es el desafío pendiente que interpela a legisladores, autoridades sanitarias, profesionales y a la sociedad en su conjunto.

VII. Conclusión

Aquellos que carecen de valentía siempre
tienen una filosofía que los justifica⁸⁹

El recorrido y análisis desarrollado a lo largo de este trabajo, permitió examinar en profundidad las Directivas Médicas Anticipadas (DMA) como manifestación concreta del principio de autonomía personal y como derecho personalísimo esencial en el ámbito sanitario.

Su consagración en el ordenamiento jurídico argentino, desde los principios constitucionales y los tratados internacionales de derechos humanos hasta la Ley N.º 26.529, su reforma por la Ley N.º 26.742 y el Código Civil y Comercial de la Nación, configura un marco normativo sólido que reconoce la dignidad, la libertad y la autodeterminación de las personas.

No obstante, la existencia de este marco legal no garantiza por sí misma la plena operatividad del instituto. La ausencia de un registro único nacional, público y seguro, junto con la falta de mecanismos efectivos de publicidad y difusión, impide que las DMA alcancen su finalidad. Este déficit compromete la seguridad jurídica de los profesionales de la salud, restringe el ejercicio de la autonomía del paciente, profundiza desigualdades y favorece la judicialización de decisiones críticas.

La experiencia comparada, tanto a nivel provincial como en otros países de América, pone en evidencia que la creación de un sistema nacional unificado de registración y publicidad constituye una medida indispensable. Un registro de estas características permitiría garantizar la eficacia de las DMA, otorgar certeza a las decisiones médicas, proteger jurídicamente a los equipos de salud y asegurar el respeto efectivo de la voluntad del paciente.

⁸⁹SEBASTIANI, Mario. *¿Si pudieras elegir de qué manera morir ...Que harías?* El Ateneo, Buenos Aires. 2022. Pág. 127.

En definitiva, esta investigación confirma la hipótesis inicial: la implementación de un registro único nacional de Directivas Médicas Anticipadas es una condición necesaria para la vigencia real del derecho a decidir sobre la propia salud. Su concreción implicaría no solo un avance legislativo, sino también un compromiso ético y político con los valores de dignidad, autonomía, igualdad y justicia que deben guiar al sistema sanitario y al orden jurídico argentino.

El desafío entonces pendiente es convertir este diagnóstico en políticas públicas y reformas legislativas que materialicen el respeto a la voluntad anticipada, cerrando así una deuda vigente con el derecho a una muerte digna.

"Tú me importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para ayudarte a morir en paz, sino también a vivir hasta el día en que mueras

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, R. L., & Flah, L. R. (2023). Comentario a Ley de Derecho de los Pacientes. En M. Herrera & N. de la Torre (Dirs.), *Código Civil y Comercial de la Nación y leyes especiales comentado y anotado con perspectiva de género* (T. 15, pp. 409-410). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editores del Sur.
- Aguilera Dias, J., Pezzano, L., Pace, R., Benítez, S., Campos, F., Luna, D., & González Bernaldo de Quirós, F. (s.f.). *Integración de directivas anticipadas a la historia clínica electrónica de un hospital universitario de alta complejidad*. Recuperado de https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_attachs/7084.pdf
- Aizenberg, M., & Reyes, R. D. (s.f.). *El reconocimiento del derecho a la autodeterminación en el ordenamiento jurídico argentino. La consagración de las directivas médicas anticipadas en la Ley 26.529*. Recuperado de https://pensamientocivil.com.ar/system/files/directivas_anticipadas.pdf
- Alegria, Hector. Mosset Iturraspe, Jorge. Dirección (2016). Revista de Derecho Privado y Comunitario. Derecho de Familia -II. Relación entre adultos. Santa Fe, Rubinzal Culzoni.
- Alegria, Hector. Rivera Julio Cesar. Dirección (2025). Revista de Derecho Privado y Comunitario. (2025) Diez años de vigencia del Código Civil y Comercial de la Nación. Persona y derecho de Familias- I y II. Santa Fe, Rubinzal Culzoni.
- Almiron Poli. (2025). El Pariente. San Juan. Abdulah libros.
- Basterra, M. (s.f.). *La autonomía como derecho fundamental de los pacientes*. Recuperado de <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-autonomia-como-derecho-fundamental-de-los-pacientes>
- Bergel, Salvador Darío- Flash. Lily Rosa- Herrera Marisa- Lamm eleonora- Wierzba Sandra. (2015) Bioética en el Código Civil y Comercial de la Nación. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. LL
- Blanco, L. G. (s.f.). *Directivas anticipadas*. Recuperado de <https://salud.gob.ar/dels/entradas/directivas-anticipadas>
- Buedo, P., Sanchez, L., Ojeda, M. P., Della Vedova, M. N., Labra, B., Sipitria, R., Centineo Aracil, L., Cosentino, S., Varela, I., Yabar Varas, C., Apaza, G., Krasnow, A., Vilchez, S., & Luna, F. (2023). Consentimiento informado y directivas

anticipadas: análisis comparado de la legislación en América Latina. *Revista De Bioética Y Derecho*, (58), 25–44. Recuperado de: <https://doi.org/10.1344/rbd2023.58.41678>

- Bueres, A. J. (2017). *Derecho de la salud*. Buenos Aires: Hammurabi.
- Byun-Chul Han. (2024). *Vida Contemplativa. Elogio de la inactividad*. Barcelona.
- Cuadernillos de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de derechos humanos N°28. Derecho a la Salud. (2022)
- Costa Gil, J. E; Belderrain, J. E; Maglio, I; Tealdi, J. C. (1998) *Bioética clínica. Parodi, el diabético que rechazó la amputación de su pierna*. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-229759>
- Cura, J. M. (Dir.), & García Villalonga, J. C. (Comp. y coord. gral.). (2016). *Código Civil y Comercial de la Nación comentado* (2.^a ed. act. y amp., T. I). Buenos Aires: La Ley.
- Conferencia Episcopal Española. (2019, 19 de noviembre). *Declaración sobre voluntades anticipadas*.
- Dr. Wighard Strehlow- Dr. Gottfried Hertzka. (2020). *Manual de Medicina de Santa Hildegarda*. Ciudad de Buenos Aires.
- Fernandez, Silvia Eugenia. (2023) *Niñez, género y discapacidad. Un enfoque interseccional de los derechos sexuales y no reproductivos*. Buenos Aires: editores del sur.
- Fernandez, Silvia Eugenia. (2021) *Tratado de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*. Segunda edición actualizada y ampliada. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Fontes Monteiro, R. da S., & Gomes, A. da S. J. (s.f.). *Directivas anticipadas de voluntad: recorrido histórico en América Latina*. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/bioet/a/j9xLqRQmYnpQWPPn87QfZHH/?format=pdf&lang=es>
- Galdós, J. M. (2008). *La salud y los bienes sociales constitucionales*. Buenos Aires: La Ley.
- Gallo Quintian, Gonzalo Javier- Quadri Gabriel Hernan. (2019) *Procesos de Familia*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Garay, O. E. (s.f.). *Derechos de los pacientes*. Recuperado de <https://salud.gob.ar/dels/entradas/derechos-de-los-pacientes>

- Gargarella, R., & Álvarez Medina, J. I. (s.f.). *Acciones privadas y Constitución. La autonomía personal en la interpretación del artículo 19 de la Constitución Nacional*. Buenos Aires: Rubinzal Culzoni.
- Gozaini, Osvaldo A. Principios procesales del derecho de las familias. (2024). Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Grossman, Cecilia P.- Lloveras, Nora- Kemelmajer de Carluccio, Aida- Herrera Marisa. (2013) Derecho de Familia. Revista Interdisciplinaria de doctrina y jurisprudencia. El derecho Privado Patrimonial y Derecho de Familia y Sucesiones. Buenos Aires
- Grosman, Cecilia P., Videtta Carolina A. (2025). Los derechos Personalísimos de Niñas, Niños y Adolescentes. 2a ed actualizada. Santa Fe, Rubinzal Culzoni.
- Herrera Marisa- De la Torre Natalia, directoras. Código Civil y Comercial de la Nación y leyes especiales. Comentado y anotado con perspectiva de género. (2022) Buenos Aires: editores del sur.
- Herrera Marisa- Fernández, Silvia Eugenia- De la Torre Natalia, directoras generales. Videtta, Carolina A., coordinadora general. (2021) Tratado de Géneros, Derechos y Justicia. Derecho Civil. Derecho de las familias, Niñez-Salud. Santa Fe, Rubinzal Culzoni.
- Herrera Marisa- Fernández, Silvia Eugenia- De la Torre Natalia, directoras generales. Videtta, Carolina A., coordinadora general. (2021) Tratado de Géneros, Derechos y Justicia. Derecho Constitucional y derechos humanos. Santa Fe, Rubinzal Culzoni.
- Katz, F. M. (s.f.). *Directivas anticipadas o actos de autoprotección*. Recuperado de <https://www.colegio-escribanos.org.ar/biblioteca/cgi-bin/ESCRI/ARTICULOS/55491.pdf>
- Krasnow, Adriana. (2015) Tratado de Derecho de Familia. Una Introduccion al derecho de Familia. 1a edición, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: La Ley 2015.
- Kraut, Alfredo Jorge, Sosa, Leontina Guillermina. (2020) Derecho y Salud Mental una mirada interdisciplinaria. Santa Fe, Rubinzal Culzoni.
- Kraut, Alfredo Jorge (2006) Pacientes Mentales y Derecho Privado. Tutela Jurídica. Santa Fe.
- Kemelmajer de Carlucci, Aida, Herrera, Marisa, Lloveras Nora. (2019). Tratado de Derecho de Familia. Santa Fe, Rubinzal Culzoni.

- Kemelmajer de Carlucci, Aída (2024) Las Directivas Anticipadas en el Derecho Argentino. Revista Cubana de Derecho. Recuperado de <https://revista.unjc.cu/index.php/derecho/article/view/269/291>
- Lafferriere, J. N. (s.f.). *Directivas anticipadas en materia de capacidad en el nuevo Código Civil y Comercial unificado*. Recuperado de <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/8851/1/directivas-anticipadas-materia-capacidad.pdf>
- Lamm, E. (s.f.). *Directivas médicas anticipadas*. Recuperado de <https://salud.gob.ar/dels/entradas/directivas-medicas-anticipadas>
- Lanzón, P. A. (s.f.). *Actos de autoprotección*. Recuperado de <https://www.colegio-escribanos.org.ar/biblioteca/cgi-bin/ESCRI/ARTICULOS/54114.pdf>
- LLambias, Jorge Joaquin. Tratado de Derecho Civil. Parte General. Tomo I y II. Duodécima Edición. Ed Perrot, Buenos Aires.
- Lorenzetti, Ricardo Luis. Director. (2025). Visión Jurisprudencial del Código Civil y Comercial. A diez años de su vigencia. Santa Fe: Rubinzal Culzoni.
- Malizia, Roberto. (2023). Derecho patrimonial en el ámbito del derecho de familia. Segunda edición actualizada. Santa Fe, rubinzal Culzoni.
- Medina, G. (s.f.). *Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud: Ley 26.529 normativa provincial*. Recuperado de <https://salud.gob.ar/dels/autores/medina-graciela>
- Mendez Costa, Maria Josefa. (2006) Los principios jurídicos en las relaciones de familia. Santa fe, rubinzal Culzoni.
- Menezes, RA. (2004) *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro. Ed. Garamond; Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/Nb4RkLxvwRvCTPzVzWvhDdN/?format=pdf&lang=es>
- Mujeres Con Ciencia. Vidas científicas. Cicele Saunders: "importas porque eres Tú, hasta el último momento de tu vida. Recuperado de: <https://mujeresconciencia.com/2016/11/23/cicely-saunders-importas-ultimo-momento-vida>
- Opinión Consultiva OC-31/25 de 12 de junio de 2025. Serie A N° 31.
- Olmo, Juan Pablo (2021) Salud Mental y Discapacidad. Análisis del Código Civil y Comercial de la Nación.

- Palacio, J. M., Acuña, J., & Gorosito, J. (2019). *La función notarial aplicada a la instrumentación de los actos personalísimos de autoprotección*. Recuperado de <https://revistas.ubp.edu.ar/index.php/derecho-notarial-registral/article/download/2362-3845%282019%29006/136/>
- PáJaro, M. M. (2022). Artículo 60. En M. Herrera & N. de la Torre (Dirs.), *Código Civil y Comercial de la Nación y leyes especiales comentado y anotado con perspectiva de género* (T. 1, pp. 409-410). Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Pezzano, L. C. (2022). *Directivas anticipadas en el ámbito de la salud. Evolución y situación actual*. Recuperado de https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/14574_6-18-22-revision-pezzano-ultimo.pdf
- Pizarro-Vallespinos (2017). *Tratado de Obligaciones Tomo I, II, III y IV*, Santa Fe: Rubinzal Culzoni, 2017
- Raele, Florencia Dafne. (2023). *Medicina Ancestral y Epigenetica*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Rajmil, A. (2010). *Actos de autoprotección*. Recuperado de <http://www.colescba.org.ar/ics-wpd/revista/Textos/RN965-2010-typ-rajmil.pdf>
- Rebaudi Basavilbaso, I. M. (2018). *El derecho a la salud a la luz del Código Civil y Comercial de la Nación*. Recuperado de <https://www.amfjn.org.ar/wp-content/uploads/2018/02/06-Derecho-a-la-Salud-Ignacio-Rebaudi-Basavilbaso.pdf>
- Reyes, R. (2014). *La regulación de las directivas médicas anticipadas en el ordenamiento jurídico argentino*. Recuperado de <http://www.saij.gob.ar/romina-reyes-regulacion-directivas-medicas-anticipadas-ordenamiento-juridico-argentino-dacfl50069-2014-12/123456789-0abc-defg9600-51fcanirtcod>
- Rimpoche, Sogyal (2022) *El libro tibetano de la vida y de la muerte*. Nueva edición revisado 42/a by ediciones Urano Chile.
- RIVERA, Julio Cesar., MEDINA Graciela, (directores). RIVERA, Julio César, CROVI, Luis Daniel (Autores) (2016). *Parte Civil. Parte General*, 1a edición 2016, 1a edición la reimpresión 2016, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Rosatti, Horacio. (2016). *El Código Civil y Comercial desde el derecho constitucional*. Santa Fe, Rubinzal Culzoni.
- Rosarri, Horacio (2010). *Tratado de derecho Constitucional*. Santa Fe, Rubinzal Culzoni.

- Rolon, Gabriel (2020) El Duelo (cuando el dolor se hace carne). Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Seda, Juan Antonio. (2018) Discapacidad y derechos. Impacto de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Buenos Aires
- Sebastiani, M. (2022). *¿Si pudieras elegir de qué manera morir... ¿Qué harías?* Buenos Aires: El Ateneo.
- Sri Sri Ravi Shankar (2021). Sabiduría práctica. Para el buscador sincero. 1a edición, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Tinant, E. L. (s.f.). *Acerca de las directivas médicas anticipadas en la legislación nacional argentina.* Recuperado de <https://aldiaargentina.microjuris.com/tag/directivas-anticipadas/page/2/>
- Urbina, P. A. (s.f.). *El derecho a la salud como obligación estatal.* Recuperado de <https://salud.gob.ar/dels/entradas/el-derecho-la-salud-como-obligacion-estatal>
- Valente, L. A. (s.f.). *Directivas anticipadas (capacidad, competencia y legitimación).* Recuperado de <https://revistas.ucalp.edu.ar/index.php/Perspectivas/article/view/130>
- Vallespinos, Carlos Gustavo (2022). Tratado de Derecho a la salud. Fundamentos, principios. Valores. Santa Fe.
- Weiss, Brian (2022). *Muchas Vidas, Muchos Maestros.* 8° ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Editor Javier Vergara.
- CNCiv. y Com. Rosario. Bahamondez, Marcelo s/ medidas precautorias. (1993).
- CSJN. Albarracini Nieves, Marcelo s/ medida autosatisfactiva, Fallos 335:2333 (1/6/2012).
- CSJN. F., A. L. s/ medida autosatisfactiva, Fallos 335:197 (13/3/2012).
- CSJN. D., M. A. s/ declaración de incapacidad, Fallos 337:1174 (7/10/2014).
- Juzgado de Familia de Córdoba. S., M. C. s/ solicitud de autorización judicial. Sentencia del 15 de noviembre de 2021.
- Tribunal Colegiado de Familia N.º 5 de Rosario. Solicitud de reconocimiento y registración de Directiva Médica Anticipada. Sentencia del 5 de abril de 2016. Publicado en Rubinzal Online, RC J 3543/16.
- Corte IDH. Furlan y familiares vs. Argentina. Sentencia del 31 de agosto de 2012.
- Corte IDH. I.V. vs. Bolivia. Sentencia del 30 de noviembre de 2016.
- Corte IDH. Vélez Loor vs. Panamá. Sentencia del 23 de noviembre de 2010.

- Corte IDH. González Lluy y otros vs. Ecuador. Sentencia del 1 de septiembre de 2015.
- Corte IDH. Opinión Consultiva OC-31/25. Autonomía, salud y dignidad humana. (12 de junio de 2025).
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-057/2025.
- Suprema Corte de los Estados Unidos, Cruzan v. director, Missouri Department of Health, 497 U.S. 261 (1990)
- Suprema Corte de New Jersey. In re Quinlan, 70 N.J. 10,355 A.2d 647 (1976)
- Corte Superior de Quebec (Canadá) Nancy B. v. Hotel-Dieu de Quebec. Sentencia del 6 de enero de 1992.

RESUMEN

Las Directivas Médicas Anticipadas (DMA) son aquellos instrumentos que una persona otorga, en ejercicio de su autonomía, dejando constancia de las decisiones en relación a la atención médica referida a su persona, garantizado de este modo, el derecho a decidir sobre los cuidados de su salud, en los momentos que no pueda expresar su decisión, especialmente los relacionados con el fin de la vida.

La tesis analiza el régimen jurídico de las DMA en Argentina, como manifestación concreta de la autonomía personal y derecho personalísimo reconocido por la Constitución Nacional, los tratados internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional, el Código Civil y Comercial de la Nación y la Ley 26.529, modificada por la Ley 26.742.

Se estudia su fundamentación ética y normativa, su evolución histórica y comparada, y el tratamiento jurisprudencial tanto en el ámbito nacional como en el sistema interamericano de derechos humanos.

El eje central de este trabajo, se orienta a la ausencia de un registro único y accesible de DMA, lo que genera inseguridad jurídica para los profesionales de la salud, desigualdad en el acceso para los pacientes y una carga emocional y social significativa para las familias.

A partir de este diagnóstico, se destacan los beneficios de un sistema de registración nacional y estrategias efectivas de publicidad que permitan garantizar la operatividad de las DMA. Se concluye que sólo mediante estas herramientas será posible asegurar el pleno respeto de la autonomía de las personas y brindar seguridad a los equipos médicos en la toma de decisiones.

La investigación demuestra que solo mediante un registro único y una adecuada publicidad de las DMA será posible consolidar el respeto a la autonomía de las personas, brindar seguridad a los equipos médicos y garantizar un acceso igualitario a este derecho personalísimo