

PERIODO 125°



— REPUBLICA ARGENTINA —

DIARIO DE SESIONES

CAMARA DE SENADORES DE LA NACION

15^a REUNION – 13^a SESION ORDINARIA

21 DE NOVIEMBRE DE 2007

Presidencia del señor presidente provisional del Honorable Senado doctor JOSE J. B. PAMPURO, del señor vicepresidente del Honorable Senado, doctor MARCELO E. LOPEZ ARIAS y del señor vicepresidente 2° del Honorable Senado, senador ROBERTO G. BASUALDO

Secretarios:

Señor **JUAN H. ESTRADA** y señor **CARLOSA. MACHIAROLI**

Prosecretarios:

Señor **JUAN J. CANALS**, señor **NESTOR H. RIGHETTI** y señor **ROBERTO V. MAIQUES**



PRESENTES:

ABRAMETO, Jacobo A.
 BASUALDO, Roberto G.
 BORTOLOZZI de BOGADO, Adriana R.
 CAPARRÓS, Mabel L.
 CAPITANICH, Jorge M.
 CAPOS, Liliana
 CASTILLO, Oscar A.
 CASTRO, María E.
 CLOSS, Maurice F.
 COLOMBO, María T.
 DANIELE, Mario D.
 ESCUDERO, Sonia M.
 FELLNER, Liliana B.
 GALLEGU, Silvia E.
 GIOJA, César A.
 GIRI, Haide D.
 GIUSTI, Silvia E.
 GIUSTINIANI, Rubén H.
 GÓMEZ DIEZ, Ricardo
 GUINLE, Marcelo A. H.
 IBARRA, Vilma L.
 ISIDORI, Amanda M.
 JAQUE, Celso A.
 JENEFES, Guillermo R.
 LATORRE, Roxana I.
 LEGUIZAMÓN, María L.
 LÓPEZ ARIAS, Marcelo E.
 MARÍN, Rubén H.
 MARINO, Juan C.
 MARTÍNEZ, Alfredo A.
 MASTANDREA, Alicia E.
 MAYANS, José M. Á.
 MENEM, Carlos S.
 MERA, Mario R.
 MIRANDA, Julio A.
 MORALES, Gerardo R.
 NEGRE de ALONSO, Liliana T.
 PAMPURO, José J. B.

PÉRSICO, Daniel R.
 PICHETTO, Miguel Á.
 PINCHETTI de SIERRA MORALES, Delia N.
 QUINTELA, Teresita N.
 REUTEMANN, Carlos A.
 RIOFRIO, Marina R.
 RIOS, Roberto F.
 RODRÍGUEZ SAA, Adolfo
 SAADI, Ramón E.
 SALAZAR, Carlos E.
 SÁNCHEZ, María D.
 SANZ, Ernesto R.
 SAPAG, Luz M.
 TAFFAREL, Ricardo C.
 TERRAGNO, Rodolfo
 URQUÍA, Roberto D.
 VIANA, Luis A.
 VIGO, Élica M.
 VIUDES, Isabel J.
 ZAVALÍA, José L.

AUSENTES, EN COMISION:

CURLETTI, Mirian Belén
 ROSSI, Carlos Alberto

AUSENTES, CON LICENCIA:

KIRCHNER, Alicia M. A.

AUSENTES, CON AVISO:

BAR, Graciela Y.
 FERNÁNDEZ de KIRCHNER, Cristina E.
 FERNÁNDEZ, Nicolás A.
 GALLIA, Sergio A.
 GONZÁLEZ de DUHALDE, Hilda
 MARTÍNEZ PASS de CRESTO, Laura
 MASSONI, Norberto
 MAZA, Ada M.
 PERCEVAL, María C.
 PETCOFF NAIDENOFF, Luis
 SALVATORI, Pedro

SUMARIO

1. **Manifestaciones.** (Pág. 5.)
2. **Plan de la labor.** (Pág. 5.)
3. **Reestructuración de créditos hipotecarios pre-convertibilidad.** (CD 98/07) (Pág. 8.)
4. **Presupuestos mínimos de protección ambiental para los bosques nativos.** (Continuación.) (Pág. 12.)
5. **Creación de la Universidad de Villa Mercedes, San Luis.** (Continuación.) (Pág. 24.)
6. **Asuntos entrados.** (Pág. 24.)
7. **Creación de la Universidad de Villa Mercedes, San Luis.** (Continuación.) (Pág. 24.)
8. **Mensajes del Poder Ejecutivo por los que se solicitan acuerdos.** (Pág. 31.)
9. **Consideración en conjunto de órdenes del día.** (Pág. 33.)
 - O.D. 835: Habilitación de mecanismos de crédito y promoción para la producción de arándanos y otros berries.
 - O.D. 836: Adopción de medidas para beneficiar a productores de arroz de las provincias de Entre Ríos, Santa Fe y Corrientes.
 - O.D. 837: Adhesión al aniversario del Día de la Enseñanza Agropecuaria.

- O.D. 838: Beneplácito por la inauguración de una sede del Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria en San Miguel de Tucumán.
- O.D. 839: Declaración de estado de emergencia agropecuaria a departamentos de la provincia de Corrientes.
- O.D. 840: Subsidio para la Escuela N° 257 “República de México”, de Zapala, Neuquén.
- O.D. 842: Inclusión en el presupuesto nacional 2008 de los fondos para la reparación y mantenimiento de obras en el Ferrocarril Belgrano, Cargas y ex Ferrocarril General Belgrano.
- O.D. 846: Inclusión en el presupuesto nacional 2008 de los fondos para la ejecución de obras de infraestructura hidráulica y sanitaria en diversas localidades de la provincia del Chaco.
- O.D. 881: Condena a la política del Reino Unido para con Malvinas y ratificando nuestros derechos soberanos sobre las mismas.
- O.D. 883: Adhesión a la conmemoración del 197° aniversario de la conformación de la Primera Junta de Gobierno de Chile, el 18 de septiembre.
10. **O.D. 212: Modificación de la Ley de Protección y Conservación de la Fauna Silvestre.** (Pág. 33.)
11. **O.D. 957: Derechos de los pacientes, historia clínica y consentimiento informado.** (Pág. 34.)
12. **O.D. 068: Transferencia de un inmueble al Municipio de Presidencia Roque Sáenz Peña, Chaco - Transferencia de un inmueble a la provincia de Salta. Moción de preferencia.** (Pág. 35.)
13. **O.D. 716: Día Nacional para la Prevención del Abuso contra los Niños, Niñas y Adolescentes.** (Pág. 35.)
14. **C.D. 124/06: Modificación del artículo 45 de la ley 26.020.** (Pág. 36.)
15. **Modificación del artículo 45 de la ley 26.020.** (Pág. 37.)
16. **C.D. 120/07: Impuesto al gasoil. Moción de preferencia.** (Pág. 38.)
17. **Tratamiento de órdenes del día.**
- C.D. 119/07: Modificación del impuesto a los bienes personales.** (Pág. 38.)
- C.D. 181/06: Asignación presupuestaria extraordinaria a la Universidad de Luján.** (Pág. 38.)
- C.D. 134/06: Dragado del puerto de Mar del Plata** (Pág. 38.)
18. **Día Nacional de la Gratuidad Universitaria.** (Pág. 43.)
19. **Consideración en conjunto de dictámenes de la Comisión de Relaciones Exteriores y Culto.** (Pág. 43.)
- P.E. 251/07: Acuerdo de Servicios Aéreos entre la Argentina y Ecuador.
- P.E. 253/07: Acuerdo de Cooperación Científica y Tecnológica con el Gobierno de Sudáfrica.
- P.E. 278/07: Convenio con la Gran Yamahiria Árabe Libia Popular Socialista en el Área de Sanidad Animal.
- P.E. 280/07: Protocolo Adicional a los Convenios de Ginebra, relativo a la aprobación de un signo distintivo adicional.
- P.E. 279/07: Tratado de Extradición con la República de Sudáfrica.
- P.E. 324/07: Acuerdo Marco de Cooperación con Bolivia y Paraguay para el Desarrollo Sostenible del Gran Chaco Americano.
- P.E. 325/07: Acuerdo Marco con Ucrania sobre Cooperación en Usos Pacíficos del Espacio Ultraterrestre.
- P.E. 326/07: Acuerdo Complementario del Acuerdo de Asistencia Jurídica Mutua en Asuntos Penales entre los Estados Parte del Mercosur, Bolivia y Chile.
- P.E. 330/07: Acuerdo entre la Argentina e Israel sobre Cooperación Bilateral para la Investigación y Desarrollo Industrial en el Sector Privado.
- P.E. 365/07: Acuerdo contra el Tráfico Ilícito de Migrantes entre los Estados Parte del Mercosur, Bolivia y Chile.
20. **Consideración en conjunto de proyectos de declaración y de comunicación.** (Pág. 45.)
- S.-3.396/06: Obra de Eduardo Talero.
- S.-3.448/07, S.-2.958/07, S.-3.240/07, S.-3.280/07 y S.-3.400/07: Día Universal del Niño.
- S.-3.310/07 y S.-3.456/07: Día de la Soberanía Nacional.

S.-3.536/07: 50° aniversario de la creación del Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI).

2

PLAN DE LABOR

21. **Manifestaciones.** (Pág. 46.)

22. **Apéndice:**

I. **Asuntos entrados.** (Pág. 47.)

II. **Asuntos considerados y sanciones del Honorable Senado.** (Pág. 120.)

III. **Actas de votación.** (Pág. 301.)

IV. **Inserciones.** (Pág. 360.)

—En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a las 16 y 23 del miércoles 21 de noviembre de 2007:

Sr. Presidente (López Arias). — Continúa la sesión.

1

MANIFESTACIONES

Sr. Pichetto. — Pido la palabra.

Sr. Presidente (López Arias). — Tiene la palabra el señor senador Pichetto.

Sr. Pichetto. — Señor presidente: creo que tenemos número suficiente en la casa, de modo que solicito que, a través de los secretarios de bloque, se invite a los señores senadores a que bajen al recinto para dar comienzo a la sesión.

Hoy tenemos en agenda un tema de suma importancia como la llamada Ley de Bosques; de ahí que solicite que se haga un esfuerzo a efectos de comenzar lo más rápido posible.

Sr. Presidente (López Arias). — Señor senador: como la sesión pasó a cuarto intermedio, no hay necesidad de esperar a tener quórum.

La sesión continúa y usted tiene la posibilidad de plantear un tema a fin de que sea tratado. Si bien es cierto que se necesita quórum para habilitar el tratamiento sobre tablas, puede comenzar a tratarlo y, cuando se alcance el número, se habilita y se vota.

Nota: Los asuntos cuyos textos fueron leídos por Secretaría se incluyen en la versión taquigráfica; el resto figura en el Apéndice.

PLAN DE LABOR PARLAMENTARIA
PARA LA SESION DEL DIA 21/11/07

—Consideración en conjunto de los órdenes del día con proyectos de comunicación, resolución o declaración sin observaciones que por Secretaría se enunciarán.

—Consideración de los órdenes del día con proyectos de ley: 212, 957, 68 y 716.

—Tratamientos sobre tablas a solicitar:

—Proyecto de ley en revisión sobre reestructuración de créditos hipotecarios preconvertibilidad. (C.D.-98/07.)

—Proyecto de ley en revisión modificando la ley 23.966, respecto al aumento del piso mínimo del valor de bienes gravados, modificación de las alícuotas y de las exenciones. (C.D.-119/07.)

—Proyecto de ley de los senadores Negre de Alonso y Rodríguez Saá, creando la Universidad Nacional de Villa Mercedes, San Luis. (S.-171/07.)

—Proyecto de ley en revisión, sobre reasignación de una partida presupuestaria para el dragado del puerto de Mar del Plata. (C.D.-134/06.)

—Proyecto de ley en revisión estableciendo una asignación presupuestaria extraordinaria a la Universidad de Luján. (C.D.-181/06.)

—Dictamen en el proyecto de ley en revisión estableciendo el 22 de noviembre de cada año como Día Nacional de la Gratuidad de la Enseñanza Universitaria. (C.D. 54/07.)

—Dictamen en el proyecto de ley del Poder Ejecutivo nacional aprobando el Acuerdo de Servicios Aéreos entre la Argentina y Ecuador. (P.E.-251/07.)

—Dictamen en el proyecto de ley del Poder Ejecutivo nacional aprobando el Acuerdo de Cooperación Científica y Tecnológica con el Gobierno de Sudáfrica. (P.E.-253/07.)

—Dictamen en el proyecto de ley del Poder Ejecutivo nacional aprobando el convenio con la Gran Yamahiria Arabe Libia Popular Socialista en el área de sanidad animal. (P.E.-278/07.)

—Dictamen en el proyecto de ley del Poder Ejecutivo nacional aprobando el protocolo

ley 22.421 y sus modificaciones de protección y conservación de la fauna silvestre. (Orden del Día N° 212.)¹

En consideración en general.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar en general y en particular de forma conjunta.

–Se practica la votación por medios electrónicos.

Sr. Secretario (Estrada). – Se registran 37 votos por la afirmativa.

Sr. Presidente (Pampuro). – Senadoras Sánchez y Fellner: ¿pueden expresar el sentido de su voto?

Sra. Sánchez. – Afirmativo.

Sra. Fellner. – Afirmativo.

–El resultado de la votación surge del acta 19.²

Sr. Presidente (Pampuro). – Queda sancionado el proyecto de ley. Se comunicará a la Honorable Cámara de Diputados.

11

DERECHOS DE LOS PACIENTES, HISTORIA CLÍNICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO (O.D. N° 957)

Sr. Presidente (Pampuro). – Corresponde considerar el dictamen de las comisiones de Salud y Deporte, de Legislación General y de Justicia y Asuntos Penales en el proyecto de ley del señor senador Guinle, sobre derechos de los pacientes, historia clínica y consentimiento informado. (Orden del Día N° 957.)

En consideración en general.

Tiene la palabra el señor senador Guinle.

Sr. Guinle. – Señor presidente: quiero informar un par de modificaciones que implican la aceptación de sugerencias de las señoras senadoras Negro de Alonso e Ibarra.

Específicamente, en el artículo 2º, inciso e) “Autonomía de la voluntad”, último párrafo, queda redactado así: “Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos

médicos o biológicos que involucren su vida o salud”.

En el artículo 3º, tercer renglón, se agrega luego de “...adaptada al nivel cultural del paciente...” lo siguiente: “...y su posibilidad de comprensión...” y continúa con su redacción: “...sobre su estado de salud, los tratamientos médicos que fuere menester realizarle...”.

Y en el artículo 4º, último párrafo: “En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de su asistencia, y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad”.

Voy a ser breve para no dilatar la actividad del cuerpo.

Este proyecto intenta regular los derechos del paciente, la titularidad de la historia clínica y el consentimiento informado desde el paciente. No es un marco regulatorio de la profesión de los médicos, del galeno. En realidad, a partir de los avances que ha tenido la jurisprudencia en temas como el consentimiento informado –pese a que los propios tribunales lo asumen como una suerte de anarquía–, la titularidad de la historia clínica o los necesarios derechos del paciente, se intenta avanzar sobre lo que ha sido una vieja práctica de paternalismo médico que ha ido cambiando con el correr de los años, y a medida que la información y los derechos de los pacientes se fueron conociendo.

Este no es un tema solamente nacional sino que también traspone largamente las fronteras del país, puesto que la Unión Europea ya en 1997 suscribió el Convenio sobre los Derechos del Hombre y la Biomedicina: el primer instrumento internacional que dio tratamiento explícito sobre los derechos de los pacientes, entre los que resaltaban el derecho a la información, al consentimiento informado y a la intimidad de la información de la salud de las personas. En lo sustancial, estos temas fueron materia del proyecto en consideración.

Se intenta equilibrar el principio y el respeto de la autonomía humana, armonizándolos con el respeto a la autoridad de la palabra médica. Y, obviamente, está haciendo uso de disposiciones de orden constitucional –el artículo 42, que es-

¹ Ver el Apéndice.

² Ver el Apéndice.

tablece el derecho a la salud de la población, del ciudadano en general—, y sigue los lineamientos de los artículos 5° y 6° de la ley 24.240, en la inteligencia de que esta manda constitucional vehiculiza normativamente el derecho de los pacientes, que son sin duda alguna consumidores de los servicios de salud.

Creo que se avanza con una norma regulatoria necesaria e importante, que es un paso adelante en la política de derechos humanos, y que sigue la línea de fallos jurisprudenciales pero que da un marco normativo sustentable que permitirá a los pacientes —siempre formando parte de una relación más vulnerable— conocer, informarse y recibir información veraz y adecuada y, obviamente, el tratamiento que en función de su propia autodeterminación de la voluntad pueda ir fijando a futuro.

Por lo tanto y si no hay oposición, solicito que se apruebe el proyecto con las modificaciones propuestas en general y en particular en una sola votación.

Sr. Presidente (Pampuro). — Se va a votar en general y en particular en una sola votación.

—Se practica la votación por medios electrónicos.

Sr. Secretario (Estrada). — Se registran 39 votos por la afirmativa, unanimidad.

—El resultado de la votación surge del acta 20.¹

Sr. Presidente (Pampuro). — Queda sancionado el proyecto de ley. Se comunicará a la Honorable Cámara de Diputados.

Sr. Presidente (Pampuro). — Se van a votar las inserciones.

—Se practica la votación.

Sr. Presidente (Pampuro). — Quedan aprobadas las inserciones.

12

TRANSFERENCIA DE UN INMUEBLE AL MUNICIPIO DE PRESIDENCIA ROQUE SAENZ PEÑA, CHACO. TRANSFERENCIA DE UN INMUEBLE A LA PROVINCIA DE SALTA. MOCION DE PREFERENCIA (O.D. N° 68)

Sr. Presidente (Pampuro). — Corresponde considerar el dictamen de la Comisión de

Asuntos Administrativos y Municipales en el proyecto de ley venido en revisión por el que se transfiere un inmueble al Municipio de Presidencia Roque Sáenz Peña, Chaco. (Orden del Día N° 68.)

Se va a votar en general y en particular en una sola votación.

Sra. Escudero. — Señor presidente: yo pido que mediante una sola votación se traten también dos proyectos míos que son transferencias de dos inmuebles para la provincia de Salta, a efectos de ser destinados a escuelas.

Ambas iniciativas cuentan con dictamen de comisión, y su tratamiento lo vengo pidiendo desde hace tiempo; parece que solamente Chaco existe.

Sr. Presidente (Pampuro). — Se incluirá en el próximo plan de labor. Ahora vamos por el proyecto del Chaco.

Sra. Escudero. — Entonces, pido que se vote una preferencia.

Sr. Presidente (Pampuro). — Se va a votar la preferencia solicitada por la señora senadora Escudero.

—Se practica la votación.

Sr. Presidente (Pampuro). — Aprobado.

Se va a votar el proyecto de ley relativo al Chaco.

—Se practica la votación por medios electrónicos.

Sr. Secretario (Estrada). — Se registran 38 votos afirmativos.

La senadora Ibarra vota a viva voz.

Sra. Ibarra. — Voto por la afirmativa.

Sr. Secretario (Estrada). — Entonces, son 39 votos afirmativos. Hay unanimidad.

—El resultado de la votación surge del acta 21.²

Sr. Presidente (Pampuro). — Queda definitivamente sancionado el proyecto de ley. Se harán las comunicaciones correspondientes.

13

DIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL ABUSO CONTRA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (O.D. N° 68)

Sr. Presidente (Pampuro). — Corresponde considerar el dictamen de la Comisión de Po-

¹ Ver el Apéndice.

² Ver el Apéndice.

Votación Nominal**125º Período Legislativo - Ordinario - 13º Sesión****DICTAMEN EN EL PROYECTO DE LEY SOBRE DERECHOS DE LOS PACIENTES,
HISTORIA CLÍNICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO****ORDEN DEL DÍA 957****(S-365/07)****VOTACIÓN EN GENERAL Y EN PARTICULAR****Observaciones:** Con modificaciones.**Acta N°:**20**Fecha:** 21 - 11 -07**Hora:** 18:51**Tipo de Quórum:**mas de la mitad de los
miembros del cuerpo**Mayoría Requerida:**mas de la mitad de los
presentes**Miembros del Cuerpo:** 72**Presidente:**

PAMPURO, José Juan B.

Desempate: NO**Presentes Identificados:**

39

Votos afirmativos:

39

Presentes No Identificados:

-

Votos Negativos:

-

Total Presentes:

39

Abstenciones:

-

Ausentes:

33

Votos Afirmativos Necesarios:

20

**RESULTADO de la
VOTACIÓN****AFIRMATIVA**

Votación Nominal

125º Período Legislativo - Ordinario - 13ª Sesión

DICTAMEN EN EL PROYECTO DE LEY SOBRE DERECHOS DE LOS PACIENTES,
HISTORIA CLÍNICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

ORDEN DEL DÍA 957

(S-365/07)

VOTACIÓN EN GENERAL Y EN PARTICULAR

Observaciones: Con modificaciones.

Acta N°:20

Fecha: 21 - 11 -07

Hora: 18:51

Tipo de Quórum:

mas de la mitad de los
miembros del cuerpo

Mayoría Requerida:

mas de la mitad de los
presentes

Miembros del Cuerpo: 72

Presidente:

PAMPURO, José Juan B.

Desempate: NO

Apellido y Nombre	VOTO	Apellido y Nombre	VOTO
ABRAMETO, Jacobo Alberto	AFIRMATIVO	MARINO, Juan Carlos	AFIRMATIVO
BAR, Graciela	AUSENTE	MARTINEZ, Alfredo Anselmo	AFIRMATIVO
BASUALDO, Roberto Gustavo	AFIRMATIVO	MASSONI, Norberto	AUSENTE
BORTOLOZZI, Adriana Raquel	AUSENTE	MASTANDREA, Alicia Ester	AUSENTE
CAPARROS, Mabel Luisa	AFIRMATIVO	MAYANS, José Miguel Angel	AFIRMATIVO
CAPITANICH, Jorge Milton	AFIRMATIVO	MAZA, Ada	AUSENTE
CAPOS, Liliana Delia	AFIRMATIVO	MENEM, Carlos Saúl	AUSENTE
CASTILLO, Oscar Aníbal	AUSENTE	MERA Mario Ruben	AUSENTE
CASTRO, María Elisa	AFIRMATIVO	MIRANDA, Julio Antonio	AFIRMATIVO
CLOSS, Maurice Fabián	AUSENTE	MORALES, Gerardo Ruben	AFIRMATIVO
COLOMBO DE ACEVEDO, María T.	AFIRMATIVO	NEGRE DE ALONSO, Liliana Teresita	AFIRMATIVO
CURLETTI, Miriam Belén	AUSENTE	PAMPURO, José Juan Bautista	AFIRMATIVO
DANIELE, Mario Domingo	AFIRMATIVO	PERCEVAL, María Cristina	AUSENTE
ESCUDERO, Sonia Margarita	AFIRMATIVO	PERSICO, Daniel Raúl	AFIRMATIVO
FELLNER, Liliana Beatriz	AFIRMATIVO	PETCOFF NAIDENOFF, Luis Carlos	AUSENTE
FERNANDEZ DE KIRCHNER, Cristina	AUSENTE	PICHETTO, Miguel Angel	AUSENTE
FERNANDEZ, Nicolas Alejandro	AUSENTE	PINCHETTI de SIERRA M. Delia	AUSENTE
GALLEGO, Silvia Ester	AFIRMATIVO	QUINTELA, Teresita Nicolasa	AUSENTE
GALLIA, Sergio Adrián	AUSENTE	REUTEMANN, Carlos Alberto	AUSENTE
GIOJA, César Ambrosio	AFIRMATIVO	RIOFRIO, Marina Raquel	AFIRMATIVO
GIRI, Haide Delia	AFIRMATIVO	RÍOS, Roberto Fabián	AFIRMATIVO
GIUSTI, Silvia Ester	AFIRMATIVO	RODRIGUEZ SAA, Adolfo	AFIRMATIVO
GIUSTINIANI, Rubén Héctor	AFIRMATIVO	ROSSI, Carlos Alberto	AUSENTE
GOMEZ DIEZ, Ricardo	AUSENTE	SAADI, Ramón Eduardo	AUSENTE
GONZALEZ de DUHALDE, Hilda B.	AUSENTE	SALAZAR, Carlos E.	AFIRMATIVO
GUINLE, Marcelo Alejandro	AFIRMATIVO	SALVATORI, Pedro	AUSENTE
IBARRA, Vilma Lidia	AFIRMATIVO	SANCHEZ, María Dora	AFIRMATIVO
ISIDORI, Amanda Mercedes	AUSENTE	SANZ, Ernesto Ricardo	AFIRMATIVO
JAUPE, Celso Alejandro	AFIRMATIVO	SAPAG, Luz María	AUSENTE
JENEFES, Guillermo Raúl	AFIRMATIVO	TAFFAREL, Ricardo Cesar	AFIRMATIVO
KIRCHNER, Alicia Margarita Antonia	AUSENTE	TERRAGNO, Rodolfo	AUSENTE
LATORRE, Roxana Itatí	AFIRMATIVO	URQUIA, Roberto Daniel	AFIRMATIVO
LEGUIZAMON, María Laura	AFIRMATIVO	VIANA, Luis Alberto	AUSENTE
LOPEZ ARIAS, Marcelo Eduardo	AUSENTE	VIGO, Elida María	AUSENTE
M. PASS de CRESTO, Laura	AUSENTE	VIUDES, Isabel Josefa	AFIRMATIVO
MARIN, Rubén Hugo	AFIRMATIVO	ZAVALIA, José Luis	AUSENTE

que se propone instituir el 19 de noviembre como el Día Nacional para la Prevención del Abuso contra los Niños, Niñas y Adolescentes.

Dicha propuesta ha sido tributaria de la plausible iniciativa de la Fundación de la Cumbre Mundial de la Mujer de fijar, un día antes de la fecha en la que se conmemora el Día de los Derechos del Niño, una jornada en la que confluyan las reflexiones y la toma de conciencia sobre los abusos de los que es víctima la infancia.

Es necesario recalcar que nuestro país es parte de la Convención sobre los Derechos del Niño y que, a parir de la reforma de 1994 de nuestra Carta Magna, le otorgó a dicho tratado jerarquía constitucional.

Dicho pacto ampara a los niños de formas aberrantes que provocan perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual.

Por otro lado, recientemente hemos aprobado la ley 26.061, de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, norma esta que en su artículo 9º establece que “las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la dignidad como sujetos de derechos y de personas en desarrollo; a no ser sometidos a trato violento, discriminatorio, vejatorio, humillante, intimidatorio; a no ser sometidos a ninguna forma de explotación económica, torturas, abusos o negligencias, explotación sexual, secuestro o tráfico para cualquier fin o en cualquier forma o condición cruel o degradante”.

Mucho es lo que hemos avanzado, como se ve, en el reconocimiento de los derechos del niño en nuestro ordenamiento positivo. Sin embargo, debemos aceptar que ello no alcanza para la erradicación del abuso infantil a la que debemos tender si queremos acceder a una sociedad plenamente justa.

En ese marco, y en consideración de los alarmantes datos que sigue denunciando UNICEF, la asignación de este día como espacio para la reflexión sigue teniendo vigencia y razón de ser.

Por estas razones, solicito a los señores senadores nos acompañen con su voto favorable.

12

SOLICITADA POR LA SEÑORA SENADORA
GALLEGO

**Derechos de los pacientes, historia clínica
y consentimiento informado**

(O.D.-957/07)

Señor presidente:

Nos encontramos tratando en esta oportunidad una iniciativa cuyo propósito es dotar al ordenamiento jurídico de una norma que consagre positivamente los

derechos del paciente en el ámbito de su relación con los profesionales médicos.

Ello así, porque si bien muchos de los aspectos que aparecen regulados en este proyecto recibieron reconocimiento jurisprudencial y doctrinario, aún no existe una norma que expresamente los reconozca, al menos de manera integral, en nuestra legislación nacional.

En efecto, algunos de los institutos sobre los que el proyecto viene hoy a legislar han sido receptados fragmentariamente en la Ley de Trasplantes o en la Ley de Sida (23.798), respecto del deber de informar, o en la Ley de Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración, en el caso del reconocimiento de la autonomía personal, aunque es necesario aclarar que esta ley, si bien fue reproducida con posterioridad en casi todas las provincias, tenía un ámbito de aplicación acotado solamente a la Capital Federal y a los territorios nacionales.

La insuficiencia normativa referida también se manifestaba en la legislación de mi provincia, la que, como recién apuntaba, reproducía casi textualmente la ley nacional 17.132, lo que obligó en el año 2003, oportunidad en la que me tocaba presidir la Comisión de Salud de la Legislatura pampeana, a reformar integralmente la norma que regulaba el ejercicio de las actividades de salud.

En aquella ocasión, se dio sanción a un texto que, entre otros aspectos, incluyó el deber de informar y el consentimiento informado, aunque adicionándolo al catálogo de obligaciones del profesional de la salud, en razón de que esta materia es de competencia provincial, ámbito competencial en el que dificultosamente podrían insertarse los derechos de los pacientes.

Con ese mismo espíritu reformador hemos dado tratamiento en la Comisión de Salud de este Senado, a la iniciativa del senador Guinle.

Quisiera, someramente, detenerme en algunos detalles históricos que presiden la cuestión que hoy nos encontramos regulando.

Hasta la reforma de 1994, el derecho a la salud no aparecía reconocido expresamente por nuestra Constitución, lo que no impedía, sin embargo, acudir al artículo 33 de la misma para invocarlo como derecho no explícito, lo que, no obstante, da la pauta de la carencia de completitud de dicho ejercicio interpretativo.

Fue a partir de esa reforma que, al margen de la mención expresa en el artículo 42 respecto del derecho a la salud, otorgó jerarquía constitucional a una serie de tratados de derechos humanos que lo incluyen en sus disposiciones.

Esta circunstancia, como se ha reconocido pacíficamente, no sólo adicionó numéricamente derechos a los ya consagrados en nuestro sistema normativo, sino que obligó a reformular todo el ordenamiento a fin de adecuarlo a la satisfacción de los derechos inherentes al hombre.

En ese contexto, y particularmente en lo que se refiere al derecho a la salud, ha demandado, entre otras cosas, que el ejercicio de la medicina se lleve a cabo en función de los intereses de las personas, en el marco de relaciones en las que aparezca salvaguardada la dignidad humana.

Este nuevo paradigma se visualiza puntualmente en el marco de la relación médico-paciente, durante mucho tiempo presidida por una suerte de paternalismo del profesional que no pocas veces rayaba con el autoritarismo.

Una de las manifestaciones de este fenómeno fue sin dudas la asimetría de información en la que se hallaban ambos sujetos de la relación, aspecto sobre el que quiero detenerme puntualmente, aunque no es el único que recibe tratamiento normativo en la iniciativa en tratamiento.

Cierto es que no sólo debe endilgarse a los médicos este alejamiento del nexo de confianza que lo unía con su paciente. A ello contribuyó también el avance exponencial de los contenidos de su ciencia, aspecto por demás plausible, pero que tuvo como resultado no querido una relación en la que el poder del galeno aparecía gigante frente a la situación del paciente. Por otro lado, tampoco han sido ajenos a estos efectos la masificación y despersonalización que germinó en los grandes establecimientos sanitarios que surgieron como consecuencia del rol prestador asumido por el Estado en materia de salud.

En este contexto, entonces, es que venimos hoy a prestar sanción a una normativa que propicia el abandono o, al menos la morigeración, de las asimetrías informativas que se producen en el acto médico.

En ese entendimiento, aspiramos a posicionar al ejercicio de la medicina en un modelo autonómico en el que las decisiones del paciente reciban respeto y consideración.

Como consecuencia de ello, creemos que el derecho de información que aparece reconocido ahora expresamente por el artículo 42 de la Constitución Nacional no resulta plenamente satisfactorio de los derechos de los pacientes si no aparece coronado con el requisito, a la vez, de su consentimiento informado, previo a la actuación profesional.

Así, la satisfacción de aquel derecho a la información deberá verse complementado con un rol protagónico del paciente, en el que su participación, asistida siempre por el esclarecimiento profesional, le permita asumir decisiones racionales que pertenecen a su cuestionable esfera de derechos.

En la convicción de que nos encontramos dando un paso hacia la asunción de un paradigma en el que se otorgue mayor grado de operatividad a los derechos humanos en materia de salud, venimos a impulsar la sanción de un texto que, aunque seguramente resulta perfectible, significa un plausible avance en ese sentido.

Por las razones expuestas, solicito a los señores senadores, su voto favorable a la presente iniciativa.

13

SOLICITADA POR EL SEÑOR SENADOR
GIUSTINIANI

**Reestructuración de créditos hipotecarios
preconvertibilidad**

(C.D.-98/07)

Señor presidente:

Adelanto el voto positivo del bloque socialista para la aprobación de la iniciativa que hoy consideramos, a fin de dar una solución justa, largamente reclamada a los deudores hipotecarios preconvertibilidad.

Si bien esta es una iniciativa que tiende a dar una justa respuesta a una demanda que afecta vastos sectores populares, aún quedan pendientes de solución otras cuestiones estrechamente vinculadas, me estoy refiriendo en particular a los deudores posconvertibilidad.

Lamentablemente seguimos sancionando, en este contexto, leyes parciales, que no contemplan el universo de los deudores hipotecarios en su totalidad y lo que aún es más lamentable es que en el transcurso de estos años muchos ciudadanos han perdido su hogar, con las nefastas consecuencias que ello implica.

Es el Estado quien cuenta con las partidas presupuestarias y los resortes institucionales para poder dar una solución definitiva a este drama en el que se encuentran inmersos muchos argentinos, que en su mayoría son de escasos recursos y que nunca tuvieron en sus manos la solución de un problema en el que se vieron involucrados sin tener absolutamente nada que ver en su gestación.

Por las razones expuestas, reitero mi acompañamiento al proyecto en consideración.

14

SOLICITADA POR LA SEÑORA SENADORA
LATORRE

**Presupuestos mínimos de protección ambiental
para los bosques nativos**

(C.D.-3/07)

Cuando se toma la decisión de eliminar un bosque con el objeto de destinar su terreno, por ejemplo, a la explotación agrícola o ganadera, se genera una disminución en la capacidad de la superficie terrestre para controlar su propio clima y se alteran tanto la composición química del área afectada como la diversidad de especies animales y vegetales que en ella habitan.

Hoy se considera a la deforestación como una de las mayores amenazas para la vida del hombre en la Tierra,

Ha llegado la hora de tomar conciencia de que la Tierra ya no es una fuente inagotable de recursos, y que es necesario servirse de ella de manera racional, garantizando la sustentabilidad de los recursos a través del tiempo. Dentro de ese panorama, el Estado cumple un papel fundamental, al ubicarse en una posición alejada de intereses sectoriales que sólo pretenden obtener, aquí y ahora, beneficios económicos propios.

Nuestro país está muy lejos de encontrarse exento de esta problemática.

Según datos de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación, de enero 2007, la Argentina tiene 31.443.873 hectáreas de bosque y ha perdido, en los últimos 4 años, 1.108.669 hectáreas de bosques nativos, como consecuencia de la progresiva deforestación de grandes superficies para destinar a la agricultura, sobre todo al cultivo de soja y, en menor medida, a la ganadería. Esto equivale a una merma de 277.200 hectáreas anuales o 760 hectáreas diarias, cifras que refieren a una situación de real emergencia.

Al margen de las distintas posiciones que puedan sustentar los legisladores, el proyecto que se ha aprobado en la última sesión, asegura las premisas mínimas de conservación del ecosistema, que se enumeran a continuación:

- Sometimiento al control del Estado de cualquier intento de transformación o de eliminación de bosques, mediante el establecimiento de criterios e indicadores de manejo sustentable.

- Impulso a la creación y mantenimiento de reservas forestales por cada ecorregión.

- Autorización de desmonte de áreas forestales sujeto a la evaluación del impacto ambiental respectivo. El impacto ambiental a considerarse tendrá en cuenta el ecosistema del lugar, las comunidades que en él habitan y el valor histórico o paisajístico que pueda verse afectado. Esta autorización previa no sólo se exigirá ante iniciativas particulares, sino también ante obras públicas que emprendan las administraciones nacional, provinciales o municipales.

- Promoción de planes de reforestación en procura de reconstruir y mantener los ecosistemas originales.

- Facilidades para el aprovechamiento de los bosques a comunidades indígenas que habitan en los mismos.

Hacemos hincapié en la necesidad de que exista una norma y un órgano de aplicación nacional para el abordaje de toda esta problemática, por entender que la normativa que las jurisdicciones provinciales ya estén aplicando es insuficiente. Hace falta un criterio integrador, una perspectiva a nivel país, que profundice el efecto benéfico de las iniciativas encaradas por cada provincia.

Por estos motivos, este proyecto de ley cuenta con el apoyo de quien suscribe estas líneas y del senador Carlos Alberto Reutemann, ante el convencimiento de que la misma contribuye de manera eficaz al uso racional de los recursos naturales de nuestro país.

15

SOLICITADA POR EL SEÑOR SENADOR
GUINLE

**Derechos de los pacientes, historia clínica y
consentimiento informado**

(O.D.-957/07)

Desde el año 2003, he venido presentando una iniciativa legislativa tendiente regular integralmente los derechos de los pacientes, entendiendo como altamente necesario avanzar en la materia y discerniendo que ello es competencia del Congreso Nacional.

Destaco que he tomado nota de no pocos pronunciamientos judiciales que han señalado la falencia en nuestro ordenamiento jurídico de una regulación específica en materia de la autonomía de la voluntad del paciente y del consentimiento informado, y fundamentalmente de una regulación de un aspecto esencial en la materia como es la historia clínica, su acceso por parte del paciente y su adecuado manejo en orden a contener información sensible de las personas.

No se nos escapa que en la materia rigen por sobre todo usos y costumbres que permanentemente se van *aggiornando*, y hoy en todo tipo de intervención quirúrgica ya se encuentra instrumentado el “consentimiento informado” pero no a través de una regulación específica en la que determine contenidos mínimos de la información sanitaria a brindarse y la forma en que debe instrumentarse el consentimiento, sino que el mismo es reconocido como una práctica habitual no tanto en función de los derechos del paciente, sino como un resguardo ante eventuales reclamos de mala praxis médica.

En suma, en muchos aspectos se sigue manejando la relación médico-paciente en términos disfuncionales y desiguales. Constituye un dato de la realidad que desde tiempos de Hipócrates, hasta no hace muchos años, la relación médico-paciente estaba impregnada por el denominado “paternalismo médico”, originado entre otras cosas en la autoridad que emana del vocabulario e imagen social que representa el galeno, así como, entre otros aspectos, en la asimetría de información sobre una determinada patología o dolencia de que disponen las partes, pero por otro lado, no es menos cierto que en los últimos tiempos nuestro país está avanzando una clara conciencia de los derechos de los pacientes, generándose con ello la necesidad de regular jurídicamente aspectos que antes eran obviados o directamente regulados exclusivamente por los mencionados usos y costumbres del ejercicio de la profesión médica.

En este aspecto, debemos tener presente que en nuestro país si bien es mucho lo que se ha avanzado, fundamentalmente por una mayor conciencia por parte de las personas de sus derechos, todavía no hemos logrado suficientes progresos a fin de garantizar plenamente la operatividad en todo el territorio nacional de lo que genéricamente se denomina “derechos de los pacientes”,

y ante ello la jurisprudencia viene llenando el vacío legislativo fundamentalmente en materia de “consentimiento informado” y de la “historia clínica”.

El cuadro de situación descrito no es privativo de nuestro país, sino que es materia de reciente preocupación internacional, y analizando antecedentes a los fines de proyectar la norma, vemos que el primer instrumento internacional sobre la materia lo constituye el Convenio sobre los Derechos del Hombre y la Biomedicina de 1977 de la Unión Europea, en el que se dio tratamiento explícito sobre los derechos de los pacientes, entre los que se resalta el derecho a la información, al consentimiento informado y a la intimidad de la información de la salud de las personas, que justamente es lo que constituye la materia del presente dictamen, el que busca regular los derechos humanos relacionados a la condición de paciente sobre la base de:

- a) El de recibir atención médica adecuada.
- b) El de recibir un trato respetuoso y digno por parte de los profesionales de la salud.
- c) El de recibir información veraz, suficiente, clara y oportuna sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento médico –información sanitaria– y a ser tratado con confidencialidad.
- d) Contar con historia o expediente clínico completo y acceso directo y personal al mismo.

Quiero dejar constancia que siempre hemos tenido presente que ya en la ley 24.193, de ablación y trasplante de órganos y su modificatoria ley 26.066, incorporó a nuestro derecho positivo varias disposiciones referidas al “consentimiento informado”, pero obviamente tal normativa está acotada al ámbito de aplicación de la misma y no institucionaliza este derecho en forma plena para el resto de las prestaciones asistenciales, por lo que con este dictamen promovemos introducir una regulación de este aspecto esencial de la relación médico-paciente en el derecho positivo.

Otro tanto ocurre con la ley 17.132, de ejercicio de la medicina que sólo tiene vigencia en el hoy muy acotado ámbito nacional –Ciudad Autónoma de Buenos Aires, hasta que ésta dicte una regulación específica–, norma esta que expresamente establece en su artículo 19 inciso 3, que “hay que respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causas de accidentes, tentativa de suicidio o delitos”; surge claro que no existe una previsión legal tendiente a establecer la obligación del profesional de informar al paciente acerca de los riesgos del tratamiento u operación, por lo que para garantizar la operatividad del consentimiento informado, se incorpora tal obligación profesional en todos los casos y como se verá infra se enriqueció el proyecto con la determinación del contenido de lo que debe entenderse por información sanitaria.

Es así que la norma sometida a la consideración del cuerpo, promueve no sólo regular institutos básicos de la relación médico-paciente, sino garantizar operativa-

mente tales derechos de los pacientes, en especial el referido “consentimiento informado”, promoviéndose que el paciente siempre pueda acceder a la más amplia información sanitaria de lo que realmente ocurre con su salud psicofísica e inclusive que cuente con los elementos indispensables, para cotejar el diagnóstico y terapia con otro profesional, e inclusive tenga los elementos de juicio suficientes para negarse a un tratamiento determinado.

En este sentido, destaco los aportes recibidos en el ámbito de la Comisión de Salud y Deporte, en el que se complementó decididamente la visión y objetivos proyectados por esta iniciativa, incorporando un capítulo expreso de la “información sanitaria” como correlato necesario y determinante del “consentimiento informado”.

En el capítulo I de la norma, se regulan los derechos humanos del paciente, que son calificados como “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”, sin dudas mejorando la redacción original que los calificaba de principios básicos de cumplimiento obligatorio, y se destaca una adecuada enumeración que abarca aspectos tales como la asistencia sin discriminación de ningún tipo producto de ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición, el trato digno y respetuoso, el respeto a la intimidad y el deber de manejar la información del paciente con absoluto resguardo de ello, la confidencialidad de la historia clínica y el manejo de los antecedentes médicos, el respeto a la autonomía de la voluntad, el derecho a acceder a información sanitaria necesaria y veraz relacionada con su salud y por escrito, que le facilite el acceso a interconsultas médicas.

En el capítulo II se regula lo atinente al contenido mínimo y necesario de la información sanitaria que debe ponerse a disposición de los pacientes y de los legitimados a acceder a la misma.

En el capítulo III, se regula el denominado “consentimiento informado” definiéndolo y estableciendo el contenido mínimo que en relación al mismo debe brindarse al paciente, se establece su obligatoriedad y la forma de instrumentación, que por regla general será verbal, salvo en los casos en que exista intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, cuando el tratamiento o práctica sponga la existencia de algún riesgo o inconveniente notorio y previsible en la salud.

También se regula la exposición para fines académicos y el debido resguardo de la intimidad del paciente, las excepciones al consentimiento fundadas en razones de emergencia y la revocabilidad.

Un aspecto esencial es el regulado en el artículo 11 del presente dictamen, que en resguardo de la necesaria autonomía humana, prevé la posibilidad de que el paciente capaz, mayor de edad, pueda por medio escrito establecer directivas anticipadas sobre su salud, en tanto las mismas no se vinculen con prácticas euta-

násicas, las cuales se consideran nulas, y en todo caso tales directivas deberán ser aceptadas por el facultativo médico a cargo.

En cuanto a la historia clínica, su regulación integral obra en el capítulo IV, y tal regulación sin dudas constituye la consagración legislativa del más pleno derecho al acceso de la información del paciente, y en función del mismo, a mi criterio no cabe duda que se debe reconocer la titularidad de la historia clínica en el paciente, lo cual no es otra cosa que hacer operativo el llamado “derecho a la salud” garantizado por normas de rango constitucional. Lo expuesto se desprende fácilmente de la lectura del primer párrafo del artículo 42 de la Constitución Nacional que garantiza el derecho a la protección de la salud y establece una manda específica a las autoridades para proveer todo lo conducente a la protección de tal derecho –entre otros–. En suma, este proyecto de ley persigue cumplir con el plexo de derechos y garantías que consagra el citado artículo 42 de la Constitución Nacional.

Es así que el proyecto define el concepto de historia clínica, se establece la titularidad de la historia clínica en el paciente y sus representantes necesarios, su unicidad, integridad e inviolabilidad, estableciendo la condición de depositarios tanto de los profesionales intervinientes como de los establecimientos asistenciales, y se determina los estándares necesarios y básicos que debe contener la historia clínica tanto en cuanto a los datos identificatorios del paciente, así como también los antecedentes médicos que deben registrarse en la misma.

En suma, la presente iniciativa legislativa que estamos tratando, claramente se inscribe en la directiva que la constitución le impone al Congreso para “legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución” (artículo 75, inciso 23, de la Constitución Nacional) y de “proveer lo conducente al desarrollo humano, al progreso económico con justicia social” (artículo 75, inciso 19, de la Constitución Nacional), constituyendo el presente proyecto una manifestación práctica de esa potestad –deber del Congreso Nacional.

16

SOLICITADA POR EL SEÑOR SENADOR
GUINLE

**Presupuestos mínimos de protección ambiental de
los bosques nativos**
(C.D.– 3/07)

Este proyecto que estamos tratando sigue los lineamientos y principios de la ley sancionada por Diputados, la que parte de un supuesto básico y esencial con el que coincide plenamente que es que la nación tiene potestad suficiente para regular los lineamientos mínimos con los que deben preservarse y administrarse los bosques nativos en todo el territorio nacional.

Asimismo, recepta las diversas observaciones que remitiera oportunamente a este cuerpo la propia Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación, en referencia al predictamen que se redactara en este Senado, que a la postre se constituyeron en un eficiente aporte al trabajo parlamentario.

Debo destacar que advierto que la autoridad de aplicación adhirió con énfasis al proyecto con sanción en Diputados, realizando mínimas observaciones en relación a “contradicciones e inconsistencias del proyecto”, y también nos propuso –y hemos aceptado– incorporar diversos aportes que surgieron del proceso participativo transcurrido entre la media sanción y la actualidad propiciando establecer “un régimen de fomento alternativo a la compensación para la conservación, restauración y aprovechamiento sostenido de los bosques nativos”.

Atento que el presente dictamen se hace eco de las observaciones efectuadas por la autoridad de aplicación, destaco que la principal versaba sobre la denominada “moratoria para el desmonte” y el requisito de la “evaluación del impacto ambiental”.

En un todo de conformidad con lo peticionado por diversas organizaciones no gubernamentales y por la autoridad de aplicación, y más allá de entender la posición asumida por algunas provincias en las que la sanción de esta ley con presupuestos mínimos “rígidos” pudiera impactar negativamente generando pérdidas de fuentes de trabajo y aun de oportunidades productivas, se entendió y entendimos la gran mayoría de los senadores, aun los de provincias con importantes zonas de bosques nativos, como es el caso de las patagónicas, que la manda del artículo 41 de la Constitución Nacional debía prevalecer y que la obligación de propender a la preservación del ambiente y al desarrollo sustentable debe primar sobre otros intereses políticos, sectoriales y particulares.

Además, decididamente el proyecto de dictamen elaborado por el Senado y con sanción en general, incorpora un elemento novedoso en relación con la ley sancionada en Diputados, y es el Fondo Nacional para el Enriquecimiento y la Conservación de los Bosques Nativos, que sin dudas constituye un régimen de fomento para la más efectiva “conservación, restauración y aprovechamiento sostenible de los bosques nativos”, y eventualmente podrá compensar los desequilibrios locales que pudiera generar la implementación de esta necesaria norma.

No debemos olvidar que la Constitución Nacional, reformada en el año 1994, determinó que la protección al ambiente constituye un derecho inalienable de todos los habitantes, así como también conlleva el deber de preservarlo.

En lo que nos atañe al presente proyecto de ley, el citado artículo 41 de la Constitución Nacional, estableció un claro deslinde de competencias entre la Nación y las provincias en materia ambiental, determinando que le corresponde a la Nación dictar las normas que contengan presupuestos mínimos de protección, y a las provincias, las necesarias para complementirlas, sin que aquellas alteren las jurisdicciones locales.

CONGRESO NACIONAL
CAMARA DE SENADORES
SESIONES ORDINARIAS DE 2007
ORDEN DEL DIA N° 957

Impreso el día 15 de noviembre de 2007

SUMARIO

COMISION DE SALUD Y DEPORTE, LEGISLACION GENERAL Y DE
JUSTICIA Y ASUNTOS PENALES

Dictamen en el proyecto de ley del señor senador Guinle, sobre derechos de los pacientes, historia clínica y consentimiento informado.(S-365/07)

DICTAMEN DE COMISION

Honorable Senado:

Vuestras Comisiones de Salud y Deporte, de Legislación General y de Justicia y Asuntos Penales han considerado el proyecto de ley del señor Senador Don Marcelo GUINLE sobre derechos de los pacientes, historia clínica y consentimiento informado (Expte. S.365/07) y, por las razones expuestas en sus fundamentos y las que dará el miembro informante, os aconsejan la aprobación del siguiente:

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

ARTICULO 1º.- Ámbito de aplicación. El ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica, se rige por la presente ley.

CAPÍTULO I

DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACION CON LOS
PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD.

ARTICULO 2º.- Derechos del paciente.

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, los siguientes:

a) Asistencia: El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente.

b) Trato digno y respetuoso: el paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud interviniente, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

c) Intimidad: Toda actividad médico asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la ley 25.326.

d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente.

e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescente, y demás incapaces, tienen derecho a ser oídos a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

g) Interconsulta Médica: El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

CAPÍTULO II

DE LA INFORMACION SANITARIA

ARTICULO 3º.- Definición.

Entiéndese, a los efectos de la presente ley, por información sanitaria, a la información suficiente, de manera clara y adaptada al nivel de cultural del paciente, sobre su estado de salud, los tratamientos médicos que fueren menester realizarle, y la previsible evolución, riesgos, y secuelas físicas o psíquicas ante los mismos.

ARTICULO 4º.- Legitimados.

La Información Sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva con el mismo en relación asimilable a la conyugal, por un plazo no menor a tres (3) años, en forma inmediata, continua e ininterrumpida, y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

CAPÍTULO III

DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTICULO 5º.- Definición.

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.

ARTICULO 6º.- Obligatoriedad.

Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijan por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

ARTICULO 7º.- Instrumentación.

El consentimiento será verbal por regla general, con excepción del que se preste a raíz de los siguientes procedimientos médicos, que será por escrito y debidamente suscripto: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

El consentimiento informado se instrumentará confeccionando tres ejemplares de idéntico tenor, con el propósito que un ejemplar sea destinado al profesional, otro quede en poder del paciente o sus representantes, y el restante se agregue a la historia clínica.

ARTICULO 8º.- Exposición con fines académicos.

Se requiere el consentimiento del paciente o de sus representantes legales, ante eventuales exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de que se trate, el que además debe ser suscripto, por el profesional que concretará o dirigirá los actos que se refieren en dicho consentimiento.

ARTICULO 9º.- Excepciones al consentimiento informado.

El profesional médico quedará eximido de requerir el consentimiento informado en aquellos casos en que medie una situación de emergencia, con peligro grave en la salud o vida del paciente, y no existiera un representante legal que pudiera dar el mismo, en un tiempo razonable, para no afectar la finalidad del procedimiento necesario, o cuando medie grave peligro para la salud pública.

Las excepciones establecidas en el presente artículo se acreditarán de conformidad a lo que establezca la reglamentación, las que deberán ser interpretadas con carácter restrictivo.

ARTICULO 10.- Revocabilidad.

La decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimientos de los riesgos previsibles que la misma implica.

ARTICULO 11.- Directivas anticipadas.

Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

Las directivas anticipadas se instrumentarán confeccionando tres ejemplares de idéntico tenor, con el propósito que un ejemplar sea destinado al profesional, otro quede en poder del paciente o sus representantes, y el restante se agregue a la historia clínica.

CAPÍTULO IV

DE LA HISTORIA CLINICA

ARTICULO 12.- Definición y alcance.

A los efectos de esta ley, entiéndese por historia clínica, el documento obligatorio en el que conste, debidamente acreditada, toda actuación profesional médico-sanitaria realizada al paciente. Se trata de un registro cronológico, foliado y completo, perfectamente identificable.

Las denominaciones "historia clínica", "expediente clínico", "documental / documentación clínica", o "exámenes pre y post ocupacionales" pueden ser utilizadas en forma indistinta, a los efectos de esta ley.

Los registros obrantes en la historia clínica, correctamente efectuados, constituyen constancia suficiente de la actuación del profesional interviniente o del equipo médico actuante, salvo prueba en contrario.

ARTICULO 13.- Titularidad.

El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

ARTICULO 14.- Unicidad.

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 será determinada por vía reglamentaria.

ARTICULO 15.- Inviolabilidad - Depositarios.

La historia clínica es inviolable. Los responsables de la atención médica, conforme establezca la reglamentación, tienen a su cargo su debido resguardo y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquella, debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de impedir que personas no autorizadas puedan tener acceso a la información en ella contenida.

El establecimiento asistencial es solidariamente responsable por la guarda, conservación y buen uso que de la historia clínica se hiciere. A los depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual se establecen en el título XV del Código Civil "del Depósito" y normas concordantes. La obligación impuesta en el párrafo precedente regirá como mínimo durante el plazo de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual, el que será computado desde la última actuación registrada en la historia clínica. Vencido dicho plazo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

ARTICULO 16.- Asientos.

Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se deberá asentar:

- a) La fecha de inicio de su confección,
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar,
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad,
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes,

e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere,

f) 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.

Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e) y f) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

ARTICULO 17.- Integridad.

Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado, haciéndose constar fecha, firma y sello del profesional actuante.

ARTICULO 18.- Historia clínica informatizada.

El contenido de la historia clínica, puede volcarse en soporte magnético, en la medida que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma. A tal fin, deberá adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad. La reglamentación establecerá la documentación respaldatoria que deberá conservarse y quienes tendrán a su cargo la guarda de la misma.

ARTICULO 19.- Legitimación.

Establécese que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica:

a) El paciente y su representante legal

- b) El cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva con el mismo en relación asimilable a la conyugal, por un plazo no menor a tres (3) años, en forma inmediata, continua e ininterrumpida y los herederos forzosos, en caso de fallecimiento del paciente.
- c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.

A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter de copia de resguardo, revistiendo dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo podrán entregarse, cuando corresponda, copias certificadas por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico, dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester.

ARTICULO 20.- Negativa. Acción.

- d) Todo sujeto legitimado en los términos del artículo 19 de la presente ley, frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de "habeas data" a fin de asegurar el acceso y obtención de aquella. A dicha acción se le imprimirá el modo de proceso que en cada jurisdicción resulte más apto y rápido. En jurisdicción nacional, esta acción quedará exenta de gastos de justicia.

e) ARTICULO 21.- Sanciones.

- f) Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo pasibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 - Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas- y, en las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones de similar tenor que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas.

CAPÍTULO V

DISPOSICIONES GENERALES.

ARTICULO 22. Autoridad de aplicación nacional y local.

Es autoridad de aplicación de la presente ley en la jurisdicción nacional, el Ministerio de Salud de la Nación, y en cada una de las jurisdicciones provinciales y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la máxima autoridad sanitaria local.

Invítase a las Provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a adherir a la presente ley en lo que es materia del régimen de sanciones y del beneficio de gratuidad en materia de acceso a la justicia.

ARTICULO 23.- Vigencia.

La presente ley es de orden público, rige en todo el territorio nacional y entrará en vigencia a partir de los noventa (90) días de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTICULO 24.- Reglamentación.

El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los noventa (90) días contados a partir de su publicación.

ARTICULO 25.- Comuníquese al Poder Ejecutivo."

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 110 del Reglamento de la Cámara de Senadores, el presente dictamen pasa directamente al orden del día.

SALA DE LAS COMISIONES, 13 de noviembre de 2007.

Haide D. Giri – Nicolás A. Fernández – Liliana B. Fellner – Jacobo A. Abrameto - Carlos A. Rossi - Guillermo R. Jenefes – Silvia E. Gallego – Ramón E.. Saadi - Roxana I. Latorre - Graciela Y. Bar – Ricardo Gómez Diez - Ada M. Maza - Luis P. Naidenoff - César A. Gioja – Marina R. Riofrío - Luis A. Viana – Adriana Bortolozzi de Bogado - María D. Sánchez - María L. Leguizamón - Ernesto R. Sanz – Rubén H. Giustiniani – Miguel A. Pichetto –

En Disidencia Parcial: Liliana T. Negre de Alonso.-

ANTECEDENTE

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

DERECHOS DEL PACIENTE, HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Artículo 1º.- Ámbito de aplicación.

Los derechos de los pacientes en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica, se rigen por la presente ley.

Capítulo I

DE LAS NORMAS BASICAS Y DERECHOS DE LOS PACIENTES EN SU RELACION CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD

Artículo 2º.- Normas Básicas.

Constituyen principios básicos de cumplimiento obligatorio 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, las siguientes:

- a) Intimidad. Toda actividad médico asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica de los pacientes debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad de los pacientes y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la ley 25.326.
- b) Consentimiento Informado. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijan por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente mayor de edad, o de sus representantes legales, en su caso, extendido por medio fehaciente. También se requiere el consentimiento del paciente o de sus representantes legales, ante eventuales exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de que se trate, el que además debe ser suscripto, por el profesional que concretará o dirigirá los actos que se refieren en dicho consentimiento.
- c) Deber de Confidencialidad. Toda persona que participe en la elaboración y manipulación de la documentación clínica o bien tenga acceso a la información, está obligada a guardar la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente.
- d) No discriminación. Es deber del profesional de la salud asistir a cualquier enfermo, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus

ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente.

Artículo 3º.- Consentimiento informado. Instrumentación.-

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 riesgos, molestias y efectos secundarios posibles;
- d) los beneficios del procedimiento a corto, mediano y largo plazo;
- e) la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) las consecuencias de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;

El consentimiento informado se instrumentará confeccionando tres ejemplares de idéntico tenor, con el propósito que un ejemplar lo conserve el profesional, otro quede en poder del paciente o sus representantes, y el restante se agregue a la Historia Clínica.

Artículo 4º.- Excepciones al consentimiento informado.

El profesional médico quedará eximido de requerir el consentimiento informado, en aquellos casos en que medie una situación de urgencia con peligro cierto en la salud o vida del paciente, o cuando el profesional tenga imposibilidad de transmitir al paciente la información necesaria para obtener el consentimiento y no existiera un representante legal que pudiera dar el mismo, en un tiempo razonable, para no afectar la finalidad del procedimiento necesario, o cuando medie grave peligro para la salud pública.

Las excepciones establecidas en el presente artículo se acreditarán de conformidad a lo que establezca la reglamentación, las que deberán ser interpretadas con carácter restrictivo.

Artículo 5º.-Revocabilidad.

La decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad.

Artículo 6º.- Directivas Anticipadas.

Toda persona capaz mayor de edad, puede a través de un medio fehaciente, disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y/o decisiones relativas a su salud. Estas directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo que el paciente en pleno uso de sus facultades, decidiera dejarlas de lado según lo establecido en el artículo precedente. Esta última manifestación se asentará en un documento anexo a la Historia Clínica, en tres ejemplares y será firmado por los intervinientes.

Toda manifestación que constituya la aceptación de una práctica eutanásica será nula de nulidad absoluta; debiendo tenerse por no escrita, siendo el resto de las directivas válidas, en la medida que guarden la autonomía suficiente.

Capítulo II

DE LA HISTORIA CLINICA

Artículo 7º.- Definición. Alcance.

A los efectos de esta ley, entiéndese por Historia Clínica, el documento en el que conste, debidamente acreditada, toda actuación profesional médico-sanitaria realizada al paciente. Se trata de un registro cronológico, foliado y completo, perfectamente identificable.

Las denominaciones “Historia Clínica”, “Expediente Clínico”, “Documental / Documentación Clínica”, “HC” o “Exámenes pre y post ocupacionales” refieren a un mismo elemento y pueden ser utilizadas en forma indistinta, a los efectos de esta ley.

Los registros obrantes en la Historia Clínica, correctamente efectuados, constituyen constancia suficiente de la actuación del profesional médico, o en su caso, del equipo médico actuante, salvo prueba en contrario.

Artículo 8º.- Titularidad.

El paciente es el titular de la Historia Clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia autenticada de la misma.

Artículo 9º.- Unicidad.

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 será determinada por vía reglamentaria.

Artículo 10º.- Inviolabilidad.Depositarios.

La Historia Clínica es inviolable. Los responsables de la atención médica tienen a su cargo su debido resguardo y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquella, debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de impedir que personas no autorizadas puedan tener acceso a la información en ella contenida.

El establecimiento asistencial es solidariamente responsable por la guarda, conservación y buen uso que de la Historia Clínica se hiciere. A los depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual se establecen en el título XV del Código Civil “del Depósito” y normas concordantes.

La obligación impuesta en el párrafo precedente regirá como mínimo durante el plazo de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual, el que será computado desde la última actuación registrada en la Historia Clínica. Vencido dicho plazo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

Artículo 11º.- Registros.

Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la Historia Clínica se deberá asentar:

- a) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar,
- b) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad,
- c) La fecha de inicio de su confección,
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes.
- e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere.
- f) 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.

Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e) y f) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la

Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

La descripción completa del registro no debe tener espacios en blanco y, al finalizar, debe procederse al cierre del mismo.

Artículo 12º.- Integridad.

Forman parte de la Historia Clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y/o desglose autorizado, haciéndose constar fecha, firma y sello del profesional actuante.

Artículo 13º.- Historia Clínica Informatizada.

El contenido de la Historia Clínica, puede volcarse en soporte magnético, en la medida que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma. A tal fin, deberá adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad. La reglamentación establecerá la documentación respaldatoria que deberá conservarse y quienes tendrán a su cargo la guarda de la misma.

Artículo 14º.- Legitimación.

Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 7º de la presente ley, establécese que se encuentran legitimados para solicitar la Historia Clínica:

- a) El paciente.
- b) En caso de impedimento físico del paciente su cónyuge conviviente, hijos, tutores o curadores, o quienes ejerzan legalmente la representación del mismo.
- c) En caso de fallecimiento del paciente, sus derechohabientes.
- d) Los médicos, y/o otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.

A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter de copia de resguardo, revistiendo dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo podrán entregarse, cuando corresponda, copias certificadas por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico,

dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester.

Artículo 15.- Negativa. Acción.

Todo sujeto legitimado en los términos del artículo 13º de la presente ley, frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la Historia Clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de “habeas data” a fin de asegurar el acceso y obtención de aquella. A dicha acción se le imprimirá el modo de proceso que en cada jurisdicción resulte más apto y rápido. En jurisdicción nacional, esta acción gozará del beneficio de justicia gratuita.

Artículo 16º.- Sanciones.

Sin perjuicio de otras penalidades que pudieren corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo pasibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 - Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas- y, en las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones de similar tenor que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas.

Capítulo III

DISPOSICIONES GENERALES.

Artículo 17º. Autoridad de aplicación nacional y local.

Es autoridad de aplicación de la presente ley en la jurisdicción nacional, el Ministerio de Salud de la Nación, y en cada una de las jurisdicciones provinciales y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la máxima autoridad sanitaria local.

Invítase a las Provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a adherir a la presente ley en lo que es materia del régimen de sanciones y del beneficio de gratuidad en materia de acceso a la justicia.

Artículo 18º.- Vigencia.

La presente ley es de orden público, rige en todo el territorio nacional y entrará en vigencia a partir de los noventa días de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial.

Artículo 19°.- Reglamentación.

El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los noventa días (90) días contados a partir de su publicación.

Artículo 20°.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Marcelo A. H. Guinle.

FUNDAMENTOS

Señor Presidente:

En orden a lo establecido en la ley 13.640 y sus modificatorias y el artículo 106 del Reglamento de la Cámara de Senadores, el proyecto de ley S 281/05 de mi autoría, y que fuera presentado el 10 de marzo de 2005, ha caducado en virtud de no haber tenido media sanción durante los períodos parlamentarios de los años 2005 y 2006, vengo a presentar un nuevo proyecto de ley al que le he incorporado algunas modificaciones que lo enriquecen y sobre las que me referiré infra.

La insistencia con la presentación de un proyecto regulatorio de los derechos del paciente que originariamente presenté en el año 2003, obedece a que entiendo resulta sumamente necesario que en el derecho positivo nacional se regule la situación de los pacientes, garantizando a los mismos derechos que nuestros tribunales vienen reconociendo pacíficamente, tal y como es el caso de la autonomía de voluntad del paciente y el necesario “consentimiento informado”, es que considero imperioso e impostergable avanzar con una norma que establezca claramente cuales son las obligaciones de los profesionales y prestadores de la salud y los derechos que les corresponden a los pacientes, llenando así los vacíos legislativos existentes en la materia.

Destaco que son los mismos jueces los que, si bien reconociendo en sus sentencias la existencia de derechos en los casos particulares, bregan por una regulación legal de la materia bajo análisis, y por caso vemos que el pasado 13 de agosto de 2006, la Cámara 1ª de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Minas, de Paz y Tributaria de Mendoza, en el marco de una causa sobre mala praxis, dando cuenta de esta falencia expresaba “...Que debe tenerse presente, en torno al consentimiento informado, una suerte de anarquía...”.

Como ya referí en la exposición de los fundamentos de las iniciativas legislativas de 2003 y de 2005, vemos que desde tiempos de Hipócrates, hasta no hace muchos años, la relación médico-paciente estaba impregnada por el denominado "paternalismo médico", originado entre otras cosas en la autoridad que emana del vocabulario e imagen social que representa el galeno, así como entre otros aspectos, en la asimetría de información sobre una determinada

patología o dolencia de que disponen las partes, pero por otra parte, no es menos cierto que en los últimos tiempos, ha avanzado sustancialmente una clara conciencia de los derechos de los pacientes, generándose con ello la necesidad de regular jurídicamente aspectos que antes eran obviados o directamente regulados exclusivamente por los usos y costumbres del ejercicio de la profesión médica.

En este aspecto, debemos tener presente que en nuestro país si bien es mucho lo que se ha avanzado, fundamentalmente por una mayor conciencia por parte de las personas de sus derechos, todavía no hemos logrado suficientes progresos a fin de garantizar plenamente la operatividad en todo el territorio nacional de lo que genéricamente se denomina “derechos de los pacientes”.

La cuestión que nos ocupa, excede inclusive las fronteras nacionales, para constituirse en una materia de preocupación internacional, por afectar derechos humanos esenciales, y así vemos que la Unión Europea suscribió en 1997 el Convenio sobre los Derechos del Hombre y la Bio-medicina, que fue el primer instrumento internacional que dio tratamiento explícito sobre los derechos de los pacientes, entre los que resalta el derecho a la información, al consentimiento informado y a la intimidad de la información de la salud de las personas, que en lo sustancial fue la materia del original proyecto por mí presentado y que con mayor amplitud se legisla en el presente, pues hoy podemos afirmar que universalmente se consideran derechos inherentes a la condición de pacientes, entre otros, a los siguientes:

- a) El de recibir atención médica adecuada;
- b) El de recibir un trato respetuoso y digno por parte de los profesionales de la salud;
- c) El de recibir información veraz, suficiente, clara y oportuna sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento médico y a ser tratado con confidencialidad;
- d) Contar con historia o expediente clínico completo y acceso directo y personal a tal expediente;

En función de tales principios básicos de respeto a la dignidad humana, advertimos la incidencia de un conjunto de disciplinas relacionadas con la bioética, por lo que resulta esencial contemplar en esta iniciativa legislativa el respeto de la autonomía humana, de la cual se derivan el derecho a la información, el consentimiento informado y el debido resguardo a la intimidad, permitiéndonos así armonizar el respeto a la autoridad de la palabra médica, con el respeto a la voluntad del sujeto-paciente.

Sobre el particular, vemos que la Jurisprudencia llenando el vacío legislativo ha definido el “consentimiento informado” y la “historia clínica”, en términos a los que se ajusta este proyecto. A modo de

ejemplo, cabe citar el fallo del Tribunal de Segunda Instancia en lo Criminal de Mar del Plata, en el que se sostenía que "...cabe definir el consentimiento informado como la adhesión libre y racional del sujeto a un procedimiento del equipo de salud, sea con intención diagnóstica, terapéutica, pronóstica o experimental, que incluye competencia (capacidad de comprender y apreciar las propias acciones y la información que se brinda) e información ("apropiada", adecuada a la capacidad de comprensión del paciente)..." . Por otro lado, en lo que respecta a la historia clínica se dijo "... debe ser el fiel reflejo de los pasos cronológicos seguidos por los facultativos y sus auxiliares, y si bien las omisiones no autorizan por sí solas a concluir que no se practicaron las medidas que las reglas de arte exigían, no puede negarse la trascendencia de una historia clínica que omita datos imprescindibles para el seguimiento y evolución del paciente..."

Hemos tomado debida nota que ya en la ley 24.193 de "ablación y transplante de órganos" y su modificatoria ley 26.066, contienen en la materia varias disposiciones referidas al "consentimiento informado", pero obviamente tal normativa está acotada al ámbito de aplicación de la misma y no institucionaliza este derecho en forma plena para el resto de las prestaciones asistenciales, por lo que con esta iniciativa legislativa entendemos se introduce en el derecho positivo un derecho del paciente esencial y como correlato necesario la obligación del profesional de obtener el mismo y brindar la información necesaria y suficiente.

Es así que la norma proyectada persigue no sólo regular institutos básicos de la relación médico-paciente, sino garantizar operativamente tales derechos de los pacientes, en especial el referido "consentimiento informado", promoviéndose que el paciente siempre pueda acceder a la más amplia información de lo que realmente ocurre con su salud psicofísica, que cuente con los elementos indispensables, para cotejar el diagnóstico y terapia con otro profesional, e inclusive tenga los elementos de juicio suficientes para negarse a un tratamiento determinado.

Por otra parte, luego de verificar que la ley 17.132 de ejercicio de la medicina que sólo tiene vigencia en el ámbito nacional, expresamente establece en su artículo 19° inciso 3) que "hay que respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconciencia, alienación mental, lesionados graves por causas de accidentes, tentativa de suicidio o delitos"; surge claro que no existe una previsión legal tendiente a establecer la obligación del profesional de informar al paciente acerca de los riesgos del tratamiento u operación, por lo que para garantizar la operatividad del consentimiento informado, se incorpora tal obligación profesional en todos los casos.

En resguardo de la necesaria autonomía humana, el proyecto contempla la posibilidad de que el paciente capaz, mayor de edad,

pueda por medio de escritura pública, fijar directivas anticipadas sobre su salud, en tanto las mismas no se vinculen con prácticas eutanásicas, las cuales se consideran nulas. Lo expuesto guarda estrecha relación con otro proyecto de ley de mi autoría, S-281/05, sobre Curador Propio.

Como se dijo en la iniciativa que se presenta, se consagra legislativamente el derecho a la información del paciente, y en función del mismo, a mi criterio no cabe duda que se debe reconocer la propiedad de la Historia Clínica en el paciente, lo cual no es otra cosa que hacer operativo el llamado "Derecho a la Salud" garantizado por normas de rango constitucional. Lo expuesto se desprende fácilmente de la lectura del primer párrafo del artículo 42 de la Constitución Nacional que garantiza el derecho a la protección de la salud y establece una manda específica a las autoridades para proveer todo lo conducente a la protección de tal derecho –entre otros-. En suma, este proyecto de ley persigue cumplir con el plexo de derechos y garantías que consagra el citado Art. 42 de la Constitución Nacional.

Constituye un dato por todos conocidos que diversas Organizaciones No Gubernamentales en nuestro país, se han ocupado de llamar la atención sobre la falta de normativa expresa que garantice estos derechos inherentes a la condición de paciente, y fundamentalmente el de acceder libremente y en forma personal a la historia clínica y la información necesaria para brindar un consentimiento informado a las diversas prácticas médicas, o aún para explorar la negativa a algún tratamiento médico propuesto, por lo que el proyecto que presento apunta a brindar una respuesta explícita a tal falencia.

Conforme lo expuesto precedentemente, siguiendo los lineamientos contenidos en la ley 24.240 -arts. 5° y 6°-, en la inteligencia que la manda constitucional señalada impone vehiculizar normativamente el derecho de los pacientes, que indubitadamente son consumidores de servicios de salud, y en el entendimiento que aunque existen antecedentes legales sobre la materia, su dispersión y falta de especificidad atentan contra la operatividad plena de este derecho, es que considero del todo necesario avanzar con una norma que regule integralmente la materia, en especial en lo que hace al acceso a la información, propiedad de la historia clínica, el deber de información del profesional de la salud y de resguardo y depósito de los antecedentes médico-clínicos.

Siguiendo con nuestra línea de razonamiento e interpretando el rol del legislador, la Constitución impone al Estado el deber de proveer todo lo necesario y conducente para la efectiva protección de los derechos de los pacientes, constituyendo una potestad y deber del Congreso Nacional “legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución...”(Art.

75 inciso 23 C.N.) y de “proveer lo conducente al desarrollo humano, al progreso económico con justicia social...” (Art. 75 inciso 19 C.N.), es que considero que el presente proyecto constituye una manifestación práctica de esa potestad –deber del Congreso Nacional.

Por todo lo expuesto, es que solicito a los señores senadores la aprobación del presente proyecto.

Marcelo A. H. Guinle.

CONGRESO NACIONAL
CAMARA DE SENADORES
SESIONES ORDINARIAS DE 2007
COMPLEMENTO AL ORDEN DEL DIA Nº 957
Impreso el día 2 de noviembre de 2007

SUMARIO

COMISION DE SALUD Y DEPORTE, LEGISLACION GENERAL Y DE
JUSTICIA Y ASUNTOS PENALES

FUNDAMENTOS DE LA DISIDENCIA PARCIAL DE LA SENADORA
LILIANA T. NEGRE DE ALONSO SOBRE DERECHOS DE LOS
PACIENTES, HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO
INFORMADO (S-365/07)

Señor presidente:

Quiero manifestar mi disidencia parcial al dictamen de la Comisión de Legislación General sobre el expediente S.-365/07, de derechos de los pacientes, historia clínica y consentimiento informado, en base a los siguientes fundamentos:

En primera instancia, considero de vital importancia señalar que la mayoría de los institutos que el presente proyecto de ley contempla se encuentran en su pleno ejercicio, ya sea por los usos y costumbres como por aplicación del criterio de la jurisprudencia mayoritaria y la doctrina especializada, lo que implica una cuestión muy importante a resaltar que finalmente se regule.

La presente disidencia es absolutamente puntual:

En su artículo 2º, inciso a), el proyecto debería dejar aclarado que cuando el profesional es de carácter permanente sólo queda liberado de su deber de asistencia cuando el paciente es

En su artículo 12, párrafo 2º, considero que se debería excluir del mismo "los exámenes pre y post ocupacionales", éstos son de naturaleza extracontractual y ajenos a la relación.

Al efecto de la presente disidencia he tenido en cuenta lo expuesto por la doctora Pérez de Leal, Rosana, en su obra *Responsabilidad civil del médico - Doctrinas clásicas y modernas*, Editorial Universidad S.R.L.

Propongo que la redacción de los artículos 2º y 4º quede de la siguiente manera:

Artículo 2º: *Derechos del paciente*. 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, los siguientes:

a) Asistencia: el paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante, si fuera de carácter permanente, sólo podrá eximirse del deber de asistencia cuando el paciente es derivado, se hubiera hecho cargo del mismo otro profesional competente, salvo cuando la vida y/o la integridad del paciente se encuentre en riesgo [...].

e) Autonomía de la voluntad: el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determi-

derivado y se haya hecho cargo del mismo otro profesional competente; asimismo, se debería incluir "salvo cuando la vida y/o la integridad del paciente se encuentre en riesgo".

Con referencia a lo normado en el inciso e) del artículo referenciado, debería aclararse que los niños, niñas, adolescentes y demás incapaces tienen derecho a ser oídos con la intervención de sus padres y/o representantes legales.

El proyecto en el artículo 4º, segundo párrafo cuando establece que para brindar la información sanitaria le será proporcionada a "quien sin ser cónyuge, conviva con el mismo en relación asimilable al conyugal en un plazo no menor a tres años, en forma inmediata, continua e ininterrumpida"... considero que la fórmula, en lo que se refiere a la persona que no sea su cónyuge, parece ser demasiado estricta y de difícil o imposible constatación tanto para las instituciones médicas como para los profesionales. Considero que se deberá limitar a conviviente o persona a cargo de la asistencia y cuidado del paciente.

nadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, así como también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes, y demás incapaces, tienen derecho a ser oídos a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud, con la intervención de sus padres y/o representantes legales. [...]

Artículo 4º – Legitimados: la información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviviente o persona a cargo de la asistencia y cuidado del paciente y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

Es por todos estos motivos que solicito a mis pares que tengan presente la fundamentación de mi disidencia parcial en el momento de la aprobación del dictamen de la Comisión de Legislación General centro de estos fundamentos y se tenga en cuenta la redacción que se propone.

Liliana T. Negre de Alonso.