



— REPUBLICA ARGENTINA —

DIARIO DE SESIONES

CAMARA DE DIPUTADOS DE LA NACION

**39ª REUNION – CONTINUACION DE LA 4ª SESION
ORDINARIA DE PRORROGA
DICIEMBRE 17 DE 2008**

PERIODO 126°

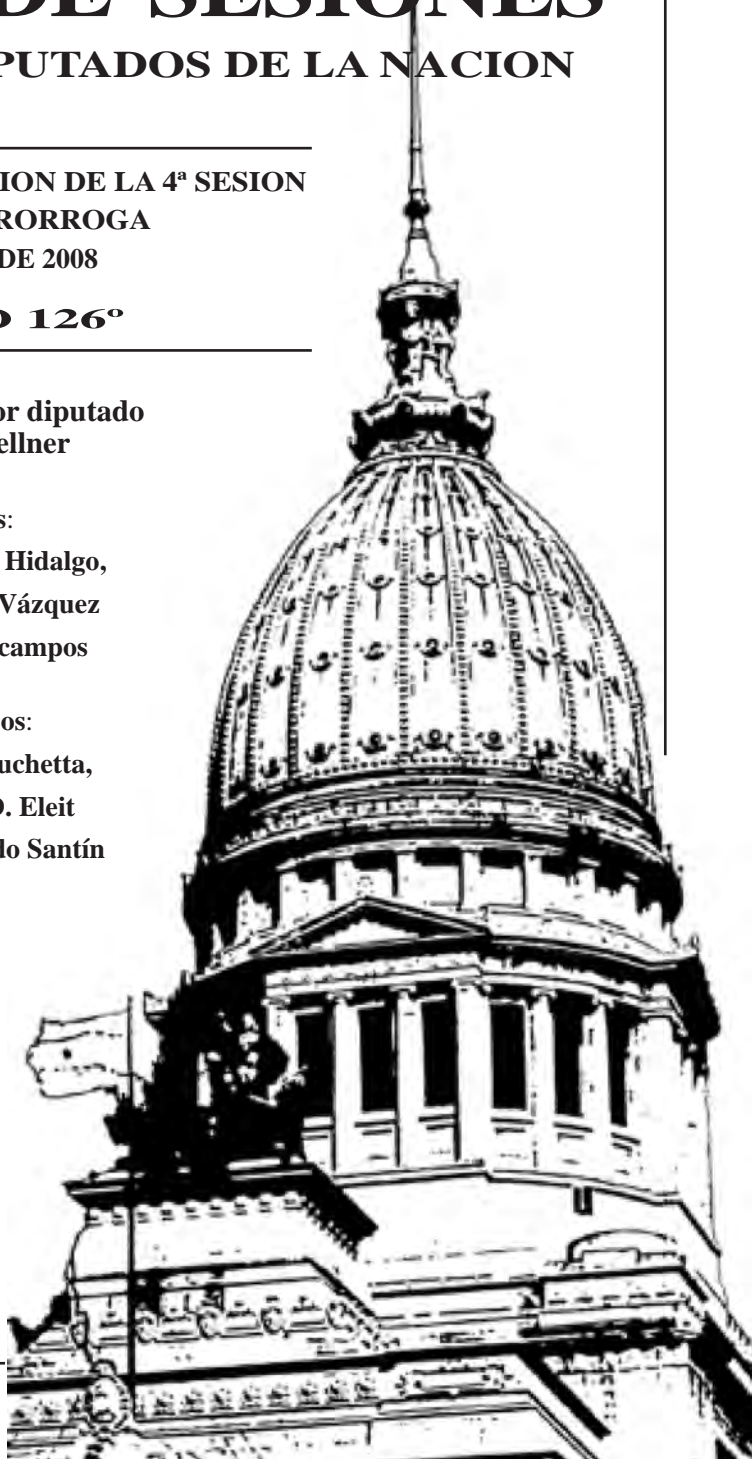
**Presidencia del señor diputado
Eduardo A. Fellner**

Secretarios:

Doctor **Enrique R. Hidalgo**,
doctor **Ricardo J. Vázquez**
y don **Jorge A. Ocampos**

Prosecretarios:

Doña **Marta A. Luchetta**,
doctor **Andrés D. Eleit**
e ingeniero **Eduardo Santín**



DIPUTADOS PRESENTES:

ACOSTA, María Julia
 ACUÑA, Hugo Rodolfo
 AGOSTO, Walter Alfredo
 AGUAD, Oscar Raúl
 AGUIRRE de SORIA, Hilda Celia
 ALBARRACÍN, Jorge Luis
 ALBRISI, César Alfredo
 ALCUAZ, Horacio Alberto
 ALFARO, Germán Enrique
 ÁLVAREZ, Juan José
 ALVARO, Héctor Jorge
 AMENTA, Marcelo Eduardo
 ARBO, José Ameghino
 ARDID, Mario Rolando
 ARGÜELLO, Octavio
 ARRIAGA, Julio Esteban
 AUGSBURGER, Silvia
 AZCOTTI, Pedro José
 BALADRÓN, Manuel Justo
 BALDATA, Griselda Ángela
 BARRIOS, Miguel Ángel
 BASTEIRO, Sergio Ariel
 BAYONZO, Liliana Amelia
 BEDANO, Nora Esther
 BELOUS, Nélida
 BENAS, Verónica Claudia
 BERNAZZA, Claudia Alicia
 BERRAUTE, Ana
 BERTOL, Paula María
 BERTONE, Rosana Andrea
 BEVERAGGI, Margarita Beatriz
 BIANCHI SILVESTRE, Marcela A.
 BIANCHI, Ivana María
 BIANCO, Lía Fabiola
 BIDEGAIN, Gloria
 BISUTTI, Delia Beatriz
 BONASSO, Miguel
 BRILLO, José Ricardo
 BRUE, Daniel Agustín
 BULLRICH, Esteban José
 BULLRICH, Patricia
 BURZACO, Eugenio
 CALCHAQUI, Mariel
 CALZA, Nelio Higinio
 CAMAÑO, Dante Alberto
 CAMAÑO, Graciela
 CANELA, Susana Mercedes
 CANTERO GUTIÉRREZ, Alberto
 CARCA, Elisa Beatriz
 CARLOTTO, Remo Gerardo
 CARMONA, María Araceli
 CASELLES, Graciela María
 CEJAS, Jorge Alberto
 CÉSAR, Nora Noemí
 CHIQUICHANO, Rosa Laudelina
 CIGOGNA, Luis Francisco Jorge
 COLLANTES, Genaro Aurelio
 CONTI, Diana Beatriz
 CÓRDOBA, José Manuel
 CÓRDOBA, Stella Maris
 CORTINA, Roy
 CREMER de BUSTI, María Cristina
 CUCCOVILLO, Ricardo Oscar
 CUEVAS, Hugo Oscar
 CUSINATO, Gustavo
 DAHER, Zulema Beatriz
 DALLA FONTANA, Ariel Raúl Armando
 DAMILANO, GRIVARELLO, Viviana M.
 DATO, Alfredo Carlos
 DE LA ROSA, María Graciela
 DE MARCHI, Omar Bruno
 DE NARVÁEZ, Francisco
 DEL CAMPILLO, Héctor Eduardo

DELICH, Francisco José
 DEPETRI, Edgardo Fernando
 DI TULLIO, Juliana
 DÍAZ BANCALARI, José María
 DÍAZ ROIG, Juan Carlos
 DÍAZ, Susana Eladia
 DIEZ, María Inés
 DONDA PÉREZ, Victoria Analía
 DOVENA, Miguel Dante
 ERRO, Norberto Pedro
 FABRIS, Luciano Rafael
 FADEL, Patricia Susana
 FEIN, Mónica Haydé
 FELLNER, Eduardo Alfredo
 FERNÁNDEZ BASUALDO, Luis María
 FERNÁNDEZ, Marcelo Omar
 FERRÁ DE BARTOL, Margarita
 FERRO, Francisco José
 FIOL, Paulina Esther
 FLORES, Héctor
 GALANTINI, Eduardo Leonel
 GALVALISI, Luis Alberto
 GARCÍA DE MORENO, Eva
 GARCÍA HAMILTON, José Ignacio
 GARCÍA, Irma Adriana
 GARCÍA, María Teresa
 GARCÍA, Susana Rosa
 GARDELLA, Patricia Susana
 GENEM, Armanda Susana
 GEREZ, Elda Ramona
 GIANNETTASIO, Graciela María
 GIL LOZANO, Claudia Fernanda
 GINZBURG, Nora Raquel
 GIOJA, Juan Carlos
 GIUBERGIA, Miguel Ángel
 GIUDICI, Silvana Myriam
 GODOY, Ruperto Eduardo
 GONZÁLEZ, Juan Dante
 GONZÁLEZ, María América
 GONZÁLEZ, Nancy Susana
 GORBACZ, Leonardo Ariel
 GRIBAUDO, Christian Alejandro
 GULLO, Juan Carlos
 GUTIÉRREZ, Graciela Beatriz
 HALAK, Beatriz Susana
 HEREDIA, Arturo Miguel
 HERRERA, Alberto
 HERRERA, Griselda Noemí
 HERRERA, José Alberto
 HOTTON, Cynthia Liliana
 IBARRA, Vilma Lidia
 IGLESIAS, Fernando Adolfo
 ILARREGUI, Luis Alfredo
 IRRAZÁBAL, Juan Manuel
 ITURRIETA, Miguel Angel
 KAKUBUR, Emilio
 KATZ, Daniel
 KENNY, Eduardo Ehrique Federico
 KORENFELD, Beatriz Liliana
 KRONEBERGER, Daniel Ricerto
 KUNKEL, Carlos Miguel
 LANCETA, Rubén Orfel
 LANDAU, Jorge Alberto
 LEDESMA, Julio Rubén
 LEGUIZAMÓN, María Laura
 LEMOS, Silvia Beatriz
 LENZ, María Beatriz
 LEVERBERG, Stella Maris
 LINARES, María Virginia
 LLANOS, Edith Olga
 LLERA, Timoteo
 LÓPEZ, Ernesto Segundo
 LORENZO BOROCOTÓ, Eduardo
 LOZANO, Claudio Raúl

LUNA DE MARCOS, Ana Zulema
 LUSQUINOS, Luis Bernardo
 MACALUSE, Eduardo Gabriel
 MARCONATO, Gustavo Ángel
 MARTIARENA, Mario Humberto
 MARTÍN, María Elena
 MARTÍNEZ GARBINO, Emilio Raúl
 MARTÍNEZ ODDONE, Heriberto Agustín
 MERCHÁN, Paula Cecilia
 MERLO, Mario Raúl
 MONTERO, Laura Gisela
 MONTOYA, Jorge Luciano
 MORÁN, Juan Carlos
 MORANDINI, Norma Elena
 MORANTE, Antonio Orlando María
 MOREJÓN, Manuel Amor
 MORENO, Carlos Julio
 MORGADO, Claudio Marcelo
 MORINI, Pedro Juan
 MÜLLER, Mabel Hilda
 NAÍM, Lidia Lucía
 NIEVA, Alejandro Mario
 OBEID, Jorge Alberto
 OBIGLIO, Julián Martín
 OLIVA, Cristian Rodolfo
 OSORIO, Marta Lucía
 PAIS, Juan Mario
 PAROLI, Raúl Omar
 PASINI, Ariel Osvaldo Eloy
 PASTORIZA, Eduardo Antonio
 PASTORIZA, Mirta Armeliana
 PERALTA, Fabián Francisco
 PEREYRA, Guillermo antonio
 PÉREZ, Adrián
 PÉREZ, Jorge Raúl
 PERIÉ, Hugo Rubén
 PERIÉ, Julia Argentina
 PETIT, María de los Ángeles
 PINEDO, Federico
 POGGI, Claudio Javier
 PORTELA, Agustín Alberto
 PORTO, Héctor Norberto
 PRIETO, Hugo Nelson
 PUIGGRÓS, Adriana Victoria
 QUIRÓS, Elsa Siria
 RAIMUNDI, Carlos Alberto
 RECALDE, Héctor Pedro
 REYES, María Fernanda
 RICO, María del Carmen Cecilia
 RIOBOO, Sandra Adriana
 RODRÍGUEZ, Evaristo Arturo
 RODRÍGUEZ, Marcela Virginia
 ROJKÉS DE ALPEROVICH, Beatriz L.
 ROMÁN, Carmen
 ROSSI, Agustín Oscar
 ROSSI, Alejandro Luis
 ROSSI, Cipriana Lorena
 RUIZ, Ramón
 SALIM, Juan Arturo
 SALUM, Osvaldo Rubén
 SÁNCHEZ, Fernando
 SANTANDER, Mario Armando
 SAPAG, Silvia Estela
 SARGHINI, Jorge Emilio
 SCALESI, Juan Carlos
 SCIUTTO, Rubén Darío
 SEGARRA, Adela Rosa
 SEREBRINSKY, Gustavo Eduardo
 SESMA, Laura Judith
 SLUGA, Juan Carlos
 SNOPEK, Carlos Daniel
 SOLÁ, Felipe Carlos
 SOLANAS, Raúl Patricio
 SOTO, Gladys Beatriz

SPATOLA, Paola Rosana STORNI, Silvia SYLVESTRE BEGNIS, Juan Héctor THOMAS, Enrique Luis TOMAZ, Adriana Elisa TORFE, Mónica Liliana TORRONTÉGUI, María Angélica URLICH, Carlos VACA NARVAJA, Patricia VARGAS AIGNASSE, Gerónimo VARISCO, Sergio Fausto VÁZQUEZ de TABERNISE, Silvia Beatriz VEGA, Juan Carlos VELARDE, Marta Sylvia VIALE, Lisandro Alfredo VILARINO, José Antonio VILLAYERDE, Jorge Antonio	WEST, Mariano Federico ZANCADA, Pablo Gabriel AUSENTES, CON LICENCIA: BARAGIOLA, Vilma Rosana LÓPEZ ARIAS, Marcelo Eduardo MOISÉS, María Carolina PAREDES URQUIZA, Alberto Nicolás AUSENTES, CON SOLICITUD DE LICENCIA PENDIENTE DE APROBA- CION DE LA HONORABLE CAMARA: ACUÑA KUNZ, Juan Erwin Bolívar ARETA, María Josefa COMELLI, Alicia Marcela	COSCIA, Jorge Edmundo MARINO, Adriana del Carmen SATRAGNO, Lidia Elsa ZAVALLLO, Gustavo Marcelo AUSENTES, CON AVISO: BARRIONUEVO, José Luis GARCÍA MÉNDEZ, Emilio Arturo LÓPEZ, Rafael Ángel REJAL, Jesús Fernando ELECTO NO INCORPORADO: RIVAS, Jorge
---	---	--

La referencia acerca del distrito, bloque y período del mandato de cada señor diputado puede consultarse en el Diario de Sesiones correspondiente a la sesión preparatoria (32ª reunión, período 125º) de fecha 5 de diciembre de 2007.

SUMARIO

1. **Continuación de la sesión.** (Pág. 3.)
2. **Cuestión de privilegio** planteada por el señor diputado Salum con motivo de manifestaciones vertidas por la señora diputada Torfe publicadas en el diario "El Tribuno", de Salta, en su edición del 6 de Julio de 2008. La cuestión de privilegio pasa a la Comisión de Asuntos Constitucionales. (Pág. 3.)
3. **Consideración** del dictamen de las comisiones de Seguridad Interior y de Legislación Penal en el proyecto de ley del Poder Ejecutivo por el que se modifica la ley 19.349, de Gendarmería Nacional, sobre creación del régimen disciplinario de dicha fuerza (17-P.E.-2007). Se sanciona. (Pág. 5.)
4. **Consideración** de los dictámenes de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Justicia en el proyecto de ley en revisión por el que se establece el ejercicio de los derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado (146-S.-2007). Se sanciona con modificaciones. (Pág. 41.)
5. **Consideración** del dictamen de las comisiones de Previsión y Seguridad Social y de Legislación General en los proyectos de ley del señor diputado Recalde (4.984-D.-2007) y del señor diputado Díaz Roig y otros (2.905-D.-2008) por los que se instituye el Día del Trabajador Previsional Argentino. Se sanciona. (Pág. 61.)
6. **Consideración** del dictamen de la Comisión de Legislación del Trabajo en el proyecto de ley del señor diputado Morini y otros por el que se establece la regulación del transporte manual de cargas (4.160-D.-2007). Se difiere su tratamiento. (Pág. 64.)

7. Apéndice:

- A. **Sanciones de la Honorable Cámara.** (Página 65.)
- B. **Inserciones** solicitadas por los señores diputados:
 1. **Salum.** (Pág. 84.)
 2. **Bertol.** (Pág. 85.)
 3. **Bianchi.** (Pág. 85.)

—En Buenos Aires, a los diecisiete días del mes de diciembre de 2008, a la hora 16 y 33.

1

CONTINUACION DE LA SESION

Sr. Presidente (Fellner). — Continúa la cuarta sesión ordinaria de prórroga que pasara a cuarto intermedio el 10 del corriente.

(...)

y consentimiento informado, teniendo a la vista el proyecto de ley del señor diputado Alchouron, sobre régimen regulatorio de acceso a la información médico-asistencial y a la historia clínica (expediente 2.367-D.-07) y el proyecto de ley de la señora diputada Camaño (G.) sobre derechos de los pacientes a la información sobre su salud (expediente 1.435-D.-08); y, por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante, aconsejan la sanción del siguiente

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

DERECHOS DEL PACIENTE, HISTORIA CLÍNICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Artículo 1º—*Ambito 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 relación con los profesionales e instituciones de la salud

Art. 2º—*Derechos del paciente.* Son derechos esenciales del paciente, los siguientes:

- a) Asistencia;
- b) Trato digno y respetuoso;
- c) Intimidad;
- d) Respeto a la confidencialidad de su historia clínica;
- e) Autonomía de la voluntad;
- f) Recibir información sanitaria salvo expresa manifestación en contrario;
- g) Acceso a la comunicación y entendimiento de la información. En el caso de pacientes con discapacidad, entiéndase por comunicación el uso de medios y tecnologías de información y comunicación de fácil acceso.

CAPÍTULO II

De la información sanitaria

Art. 3º—*Definición.* A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.

Art. 4º—*Autorización.* La información sanitaria podrá ser brindada a terceras personas con autorización del paciente.

En el caso de incapacidad para comprender, por parte del paciente, la información sanitaria definida

4

IMPLEMENTACION DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE, HISTORIA CLÍNICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Orden del Día N° 1.529)

I

Dictamen de mayoría

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Justicia han considerado el proyecto de ley que les fuera pasado en revisión, por el cual se establece el ejercicio de los derechos del paciente, historia clínica

¹ Véase el texto de la sanción en el Apéndice. (Pág. 84.)

en el artículo precedente, la misma será brindada a su representante legal o en su defecto al cónyuge o a la persona que conviva con el paciente en unión de hecho sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación o esté a cargo de la asistencia y cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

CAPÍTULO III

Del consentimiento informado

Art. 5º – *Definición*. Entiéndase por consentimiento informado el proceso, en virtud del cual, el paciente, por sí o por sus representantes legales en su caso, declara su voluntad 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.

Art. 6º – *Obligatoriedad*. Todo profesional de la salud deberá requerir el previo consentimiento informado del paciente en cada intervención.

Art. 7º – *Instrumentación*. El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones en los que será por escrito y debidamente suscrito:

- a) Internación;
- b) Intervención quirúrgica;
- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos;
- d) Procedimientos que implica riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley;
- e) Revocación.

Art. 8º – *Exposición con fines académicos*. Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición.

Art. 9º – *Excepciones al consentimiento informado*. El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos:

- a) Cuando mediare grave peligro para la salud pública;

- b) Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

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.

Art. 10. – *Revocabilidad*. El paciente o en su defecto, su representante legal pueden revocar el consentimiento o rechazo dado a los tratamientos indicados por el profesional actuante.

El profesional actuante debe acatar la decisión del paciente y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica con las formalidades que permitan acreditar fehacientemente la manifestación de voluntad y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la misma implica.

En los casos en que el paciente o su representante legal revoquen el rechazo dado a tratamientos indicados, el profesional actuante sólo acatará tal decisión si se mantienen las condiciones de salud del paciente que en su oportunidad aconsejaron dicho tratamiento. La decisión debidamente fundada del profesional actuante se asentará en la historia clínica.

CAPÍTULO IV

De la historia clínica

Art. 11. – *Definición y alcance*. A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste, toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

Art. 12. – *Historia clínica informatizada*. El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos retringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad.

La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

Art. 13. – *Titularidad*. El paciente es el titular de la información contenida en la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma autenticada por autoridad competente del establecimiento asistencial público o privado o por el profesional de la salud, titular del consultorio privado.

Art. 14. – *Contenido.* La historia clínica debe contener información necesaria y suficiente, registrada en forma secuencial que justifique el diagnóstico, el tratamiento, la evolución y el resultado final. En caso de confección manuscrita, debe ser con caligrafía legible.

La historia clínica debe contener como mínimo la siguiente información:

- a) La fecha y hora de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente;
- c) Datos filiatorios y familiares;
- d) Datos identificatorios de la persona designada por el paciente y/o familiares para recibir comunicaciones o consultas en casos de urgencias;
- e) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- f) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes 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;
- g) Fecha y hora de ingresos, altas médicas o reingresos;
- h) Estado clínico en que es recibido el paciente;
- i) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;
- j) Diagnósticos posibles o diferenciales del cuadro clínico que presenta;
- k) Antecedentes personales, propios, hereditarios, del cónyuge e hijos, del trabajo, y del ambiente en que se encuentran insertos;
- l) Estado bio-psico-social actual;
- m) Descripción de todos los estudios y análisis que se vayan practicando;
- n) Tratamiento, evolución y seguimiento detallado;
- o) Consentimiento informado, si lo hubiese, firmado por el paciente o en su defecto por el representante legal o familiares;
- p) En caso de intervención de la fuerza pública, identificación del personal actuante.

En los casos de los incisos f), h) e i) del presente artículo, deben ser redactados de acuerdo a las nomenclaturas y modelos universales adaptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, conforme la autoridad de aplicación establezca y actualice por vía reglamentaria.

Art. 15. – *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 con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

Art. 16. – *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 deberá ser comunicada al mismo.

Art. 17. – *Inviolabilidad. Depositarios.* La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquella, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. 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 debe regir durante el plazo mínimo de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual. Dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica y vencido el mismo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

Art. 18. – *Legitimación.* Establécese que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica:

- a) El paciente y, en su defecto, su representante legal;
- b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación y los herederos forzosos, en su caso;
- c) Los médicos y otros profesionales de la salud en caso de autorización expresa del paciente o en su defecto, de su representante legal.

Art. 19. – *Negativa. Acción.* En caso de negativa, demora o silencio de los responsables que tienen a su cargo la guarda y custodia de la historia clínica, el sujeto legitimado en los términos del artículo 18 de la presente ley dispone del ejercicio de la acción directa de “habeas data” a fin de asegurar el acceso y obtención de aquélla.

CAPÍTULO V

Disposiciones generales

Art. 20.—*Autoridad de aplicación nacional.* Es autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación.

Art. 21.—*Vigencia.* La presente ley es de orden público, y entrará en vigencia a partir de los 90 (noventa) días de la fecha de su publicación.

Art. 22.—*Comuníquese al Poder Ejecutivo.*

Sala de las comisiones, 25 de noviembre de 2008.

Juan H. Sylvestre Begnis. — Luis F. Cigogna. — Rubén O. Lanceta. — Juan E. Acuña Kunz. — Jorge A. Landau. — Antonio A. Morante. — Emilio A. García Méndez. — Gladys B. Soto. — Julio E. Arriaga. — Paula M. Bertol. — Rosana A. Bertone. — Margarita B. Beveraggi. — Ivana M. Bianchi. — Susana M. Canela. — Elisa M. Carca. — María A. Carmona. — Nora N. César. — Alfredo C. Dato. — Edgardo F. Depetri. — Susana E. Díaz. — María I. Diez. — Graciela M. Giannettasio. — Stella M. Leverberg. — Mario H. Martiarena. — Marta L. Osorio. — Agustín A. Portela. — Hugo N. Prieto. — Alejandro L. Rossi. — Mónica L. Torfe. — Gustavo M. Zavallo.

INFORME

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Justicia han considerado el proyecto de ley que les fuera pasado en revisión, por el cual se establece el ejercicio de los derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, teniendo a la vista el proyecto de ley del señor diputado Alchouron, sobre régimen regulatorio de acceso a la información médico-asistencial y a la historia clínica (expediente 2.367-D.-07) y el proyecto de ley de la señora diputada Camaño (G.) sobre derechos de los pacientes a la información sobre su salud (expediente 1.435-D.-08). Luego de su estudio, resuelven despacharlo favorablemente, aunque modificando alguno de sus aspectos.

Juan H. Sylvestre Begnis.

II

Dictamen de minoría*Honorable Cámara:*

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Justicia han considerado el proyecto de ley que le fuera pasado en revisión, por el cual se establece el ejercicio de los derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, teniendo a la vista el proyecto de ley del señor diputado Alchouron, sobre

régimen regulatorio de acceso a la información médico-asistencial y a la historia clínica (expediente 2.367-D.-07) y el proyecto de ley de la señora diputada Camaño (G.) sobre derechos de los pacientes a la información sobre su salud (expediente 1.435-D.-08); y, por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante, aconsejan la sanción del siguiente

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

DERECHOS DEL PACIENTE, HISTORIA CLÍNICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Artículo 1º—*Ambito 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 relación con los profesionales e instituciones de la salud

Art. 2º—*Derechos del paciente.* Son derechos fundamentales del paciente, los siguientes:

- a) Asistencia;
- b) Trato digno y respetuoso;
- c) Intimidad;
- d) Respeto a la confidencialidad de su historia clínica;
- e) Autonomía de la voluntad;
- f) Recibir información sanitaria salvo expresa manifestación en contrario;
- g) Acceso a la comunicación y entendimiento de la información. En el caso de pacientes con discapacidad, entiéndase por comunicación el uso de medios y tecnologías de información y comunicación de fácil acceso.

CAPÍTULO II

De la información sanitaria

Art. 3º—*Definición.* A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.

Art. 4º—*Autorización.* La información sanitaria podrá ser brindada a terceras personas con autorización del paciente.

En el caso de incapacidad para comprender, por parte del paciente, la información sanitaria definida en el artículo precedente, la misma será brindada a su representante legal o en su defecto al cónyuge o a la

persona que conviva con el paciente en unión de hecho sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación o esté a cargo de la asistencia y cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

CAPÍTULO III

Del consentimiento informado

Art. 5°–*Definición*. Entiéndase por consentimiento informado el proceso, en virtud del cual, el paciente, por sí o por sus representantes legales en su caso, declara su voluntad 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 pre-
visibles;
- e) La especificación de los procedimientos alter-
nativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios
en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no reali-
zación del procedimiento propuesto o de los
alternativos especificados.

Art. 6°–*Obligatoriedad*. Todo profesional de la salud deberá requerir el previo consentimiento informado del paciente en cada intervención.

Art. 7°–*Instrumentación*. El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones en las que será por escrito y debidamente suscrito:

- a) Internación;
- b) Intervención quirúrgica;
- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
invasivos;
- d) Procedimientos que impliquen riesgos según
lo determine la reglamentación de la presente
ley;
- e) Revocación.

Art. 8°–*Exposición con fines académicos*. Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición.

Art. 9°–*Excepciones al consentimiento informado*. El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos:

- a) Cuando mediar grave peligro para la salud pública;

- b) Cuando mediar una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

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.

Art. 10.–*Revocabilidad*. El paciente o en su defecto, su representante legal pueden revocar el consentimiento o rechazo dado a los tratamientos indicados por el profesional actuante.

El profesional actuante debe acatar la decisión del paciente y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica con las formalidades que permitan acreditar fehacientemente la manifestación de voluntad y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la misma implica.

En los casos en que el paciente o su representante legal revoquen el rechazo dado a tratamientos indicados, el profesional actuante sólo acatará tal decisión si se mantienen las condiciones de salud del paciente que en su oportunidad aconsejaron dicho tratamiento. La decisión debidamente fundada del profesional actuante se asentará en la historia clínica.

CAPÍTULO IV

De la historia clínica

Art. 11.–*Definición y alcance*. A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste, toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

Art. 12.–*Historia clínica informatizada*. El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos retringidos 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 designará a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

Art. 13.–*Titularidad*. El paciente es el titular de la información contenida en la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma autenticada por autoridad competente del establecimiento asistencial público o privado o por el profesional de la salud, titular del consultorio privado que lo asiste.

La información contenida en la historia clínica estará cubierta por el secreto profesional y no podrá

ser utilizada como prueba en un proceso penal contra el paciente.

Art. 14.—*Contenido.* La historia clínica debe contener información necesaria y suficiente, registrada en forma secuencial que justifique el diagnóstico, el tratamiento, la evolución y el resultado final. En caso de confección manuscrita, debe ser con caligrafía legible.

La historia clínica debe contener como mínimo la siguiente información:

- a) La fecha y hora de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente;
- c) Datos filiatorios y familiares;
- d) Datos identificatorios de la persona designada por el paciente y/o familiares para recibir comunicaciones o consultas en casos de urgencias, o de aquellas personas que el paciente autorice a adoptar decisiones relativas al tratamiento en casos en que no pueda tomarlas por sí mismo;
- e) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- f) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes 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;
- g) Fecha y hora de ingresos, altas médicas o reingresos;
- h) Estado clínico en que es recibido el paciente;
- i) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;
- j) Diagnósticos posibles o diferenciales del cuadro clínico que presenta;
- k) Antecedentes personales, propios, hereditarios, del cónyuge e hijos, del trabajo, y del ambiente en que se encuentran insertos;
- l) Estado bio-psico-social actual;
- m) Descripción de todos los estudios y análisis que se vayan practicando;
- n) Tratamiento, evolución y seguimiento detallado;
- o) Consentimiento informado, si lo hubiese, firmado por el paciente o en su defecto por el representante legal o familiares;
- p) En caso de intervención de la fuerza pública, identificación del personal actuante.

En los casos de los incisos f), h) e i) del presente artículo, deben ser redactados de acuerdo con las nomenclaturas y modelos universales adaptados y

actualizados por la Organización Mundial de la Salud, conforme la autoridad de aplicación establezca y actualice por vía reglamentaria.

Art. 15.—*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 con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

Art. 16.—*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 deberá ser comunicada al mismo.

Art. 17.—*Inviolabilidad. Depositarios.* La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquella, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual se establecen en el libro II, sección III, título XV del Código Civil “del depósito” y normas concordantes.

La obligación impuesta en el párrafo precedente debe regir durante el plazo mínimo de diez (10) años. Dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica. Vencido este plazo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

Art. 18.—*Legitimación.* Establécese que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica:

- a) El paciente y, en su defecto, su representante legal;
- b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo, según acreditación que determine la reglamentación y los herederos forzosos, en su caso;
- c) Los médicos y otros profesionales de la salud en caso de autorización expresa del paciente o en su defecto, de su representante legal;
- d) Por orden judicial fundada, en cuyo caso no podrá ser utilizada como elemento probatorio contra el paciente en caso de persecución penal.

Art. 19.—*Negativa. Acción.* En caso de negativa, demora o silencio de los responsables que tienen a su cargo la guarda y custodia de la historia clínica, el sujeto legitimado en los términos del artículo 18 de la presente ley dispone del ejercicio de la acción directa

de “habeas data” a fin de asegurar el acceso y obtención de aquélla.

Art. 20. – *Sanciones.* Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiese corresponder:

- 1) Los profesionales de la salud y los responsables de los establecimientos asistenciales que brindaren información sanitaria a terceras personas sin la autorización del paciente o de quien corresponda según lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 4º serán sancionados con una multa de entre mil (\$ 1.000) a diez mil pesos (\$ 10.000).
- 2) Los profesionales de la salud o los responsables de los establecimientos asistenciales públicos o privados que confeccionaren las historias clínicas en soporte magnético y no cumplieren con lo establecido en el artículo 12 y lo que determine la reglamentación serán sancionados con una multa de entre dos mil (\$ 2.000) y cinco mil (\$ 5.000) pesos.

El máximo de la multa se elevará a diez mil pesos (\$ 10.000) si el incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 12 y la reglamentación tuviera como consecuencia que terceras personas accedieran a información sanitaria sin el consentimiento del paciente o de quien corresponda según lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 4º.
- 3) El incumplimiento de la obligación dispuesta en el primer párrafo del artículo 13 será penado con una multa de entre dos mil (\$ 2.000) y cinco mil (\$ 5.000) pesos.
- 4) Los profesionales de la salud y los responsables de los establecimientos asistenciales que realizaren o autorizaren la realización de alguna intervención sin requerir previamente el consentimiento informado del paciente en los términos del artículo 6º o no cumplieren con las formalidades previstas en el artículo 7º serán sancionados con una multa de entre dos mil (\$ 2.000) y cincuenta mil pesos (\$ 50.000).
- 5) El incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 17 será sancionado con una multa de entre dos mil (\$ 2.000) y veinte mil (\$ 20.000) pesos, siempre que no corresponda aplicar a dicha conducta una sanción mayor por la violación de las demás obligaciones previstas en la presente ley.
- 6) El incumplimiento de las obligaciones dispuestas en los artículos 2º, 8º y 14 será sancionado con una multa de entre quinientos (\$ 500) y mil pesos (\$ 1.000), siempre que no corresponda aplicar a dicha conducta una sanción mayor por la violación de las demás obligaciones previstas en la presente ley.
- 7) El incumplimiento de cualquier otra obligación prevista en la presente ley será penado con una

multa de entre doscientos (\$ 200) y quinientos (\$ 500) pesos, siempre que no corresponda aplicar a dicha conducta una sanción mayor por la violación de las demás obligaciones previstas en la presente ley.

Las multas se graduarán teniendo en cuenta la gravedad del incumplimiento.

En caso de reincidencia, el máximo de las escalas establecidas se elevarán al doble.

CAPÍTULO V

Disposiciones generales

Art. 21. – *Autoridad de aplicación nacional.* Es autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación.

Art. 22. – *Vigencia.* La presente ley es de orden público, y entrará en vigencia a partir de los 90 (noventa) días de la fecha de su publicación.

Art. 23. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de las comisiones, 25 de noviembre de 2008.

Marcela V. Rodríguez.

INFORME

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Justicia han considerado el proyecto de ley que les fue pasado en revisión, por el cual se establece el ejercicio de los derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, teniendo a la vista el proyecto de ley del señor diputado Alchouron, sobre régimen regulatorio de acceso a la información médico-asistencial y a la historia clínica (expediente 2.367-D.-07) y el proyecto de ley de la señora diputada Camaño (G.), sobre derechos de los pacientes a la información sobre su salud (expediente 1.435-D.-08).

El presente informe tiene por objeto regular los derechos de los pacientes respecto a la historia clínica que confeccionan los profesionales de la salud, el contenido que debe tener la historia clínica y el modo en el que los pacientes deben dar su consentimiento para la realización de las intervenciones médicas y los tratamientos indicados por los profesionales.

Si bien estoy de acuerdo con la mayor parte del contenido del dictamen de la mayoría, considero que éste no contempla dos cuestiones fundamentales.

En primer lugar, el dictamen de la mayoría establece que cada paciente es el titular de la información contenida en su historia clínica y que a su simple requerimiento esa información debe serle suministrada, pero no establece expresamente que esta información está cubierta por el secreto profesional, y tampoco establece la prohibición de que esa información sea utilizada

como prueba en un proceso penal en el que el paciente titular de la información sea el imputado.

En segundo lugar, el dictamen de la mayoría establece varias obligaciones a los profesionales de la medicina y a los establecimientos médicos, pero no establece sanciones para el caso en que esas obligaciones sean incumplidas.

1. Información cubierta por el secreto profesional. La prohibición de utilizar la información contenida en la historia clínica como prueba en un proceso penal en el que el paciente es el imputado.

La información contenida en la historia clínica debe estar cubierta por el secreto profesional y de ningún modo debe utilizarse como prueba en un proceso penal en el que el paciente titular de esa información es imputado por la comisión de algún delito. De otro modo, los pacientes que hayan cometido un delito penal deberán elegir entre recibir un adecuado servicio de salud y tratamiento médico y correr el riesgo de ser perseguido penalmente, y no correr con el riesgo de la persecución penal pero enfrentarse a la posibilidad de sufrir daños en su salud o de perder la vida. Ello resultaría a todas luces violatorio de la garantía contra la autoincriminación, contenida en el artículo 18 de la Constitución Nacional.

a) El secreto médico

La información contenida en la historia clínica es información amparada por el secreto médico. El fundamento del secreto profesional médico es la preservación de la salud de los pacientes. El profesional de la salud sólo podrá evaluar adecuadamente al paciente si éste revela toda la información que le sea requerida. Sin embargo, el paciente no se sentirá cómodo y no deseará revelar esa información si cree que el médico podría luego divulgarla y que ello tendría consecuencias perjudiciales para él.

La necesidad de mencionar específicamente que la información de la historia clínica es información cubierta por el secreto profesional responde a que los códigos de procedimiento penal, por lo general, contienen normas que establecen que los profesionales de la salud de los establecimientos asistenciales públicos tienen la obligación de denunciar los delitos contra la vida y la integridad física que conozcan al prestar los auxilios de su profesión, salvo que los hechos conocidos estén bajo el amparo del secreto profesional.¹ Con respecto a estas normas el doctor Ricardo C. Núñez ha sostenido: "...la reserva encuentra su razón en la prevaencia que la ley le atribuye al interés de la salud del paciente, incluso si éste fuera un delincuente o es un delincuente convicto, sobre el interés social en la prosecución y castigo de los delincuentes...".²

Así, los profesionales de la salud quedarán eximidos de la obligación de denunciar la comisión de delitos por

parte de sus pacientes cuando tomen conocimiento de ellos al ejercer su profesión. Como consecuencia de una mención expresa del carácter secreto de la información vertida en la historia clínica, los pacientes no temerán que las revelaciones que ellos hagan podrán motivar una denuncia penal. El médico contará con la información completa para tratar a los pacientes, y la salud de las personas será preservada.

El fundamento de la prohibición expresa que la información contenida en la historia clínica sea utilizada como prueba en un proceso penal es el mismo. La garantía de no autoincriminarse y la prohibición de obligar a una persona a declarar contra sí misma. De no existir tal prohibición, aquellos pacientes que hayan cometido algún delito, no revelarán información que esté vinculada con ello y que puede ser relevante para el tratamiento de las dolencias que los afectan, por miedo a que esa información pueda ser utilizada como prueba en su contra en un proceso penal.

Estas disposiciones ya se encuentran receptadas en nuestro derecho. El artículo 11 de la ley 17.132, de ejercicio de la medicina, prohíbe a los profesionales de la salud revelar todo aquello que llegare a su conocimiento con motivo o en razón del ejercicio de su actividad, mientras que el artículo 156 del Código Penal castiga a quienes teniendo noticia, por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño, lo revelare sin justa causa.

Sin embargo, dado que distintas interpretaciones de las normas jurídicas han llevado a los jueces a conclusiones distintas de las deseadas por el legislador y a los profesionales de la salud a actuar de un modo distinto a aquel comportamiento que las normas en realidad imponían, considero necesario que el carácter de información cubierta por el secreto profesional de la información contenida en la historia clínica y la prohibición de utilizar esa información como prueba en un proceso penal quede claramente expresada. Recordemos que lo que está en juego es el derecho a la salud que, como derecho personalísimo, no admite limitaciones para su goce, debiéndose rechazar cualquier recorte que se pretenda fundar en las características de las personas (sospechadas de cometer delitos), y en su situación social.

Además, la claridad en este punto es necesaria para que los profesionales de la salud puedan adecuar su conducta al orden jurídico. Recordemos que los profesionales se encuentran en una encrucijada: por un lado, tienen el deber de denunciar los delitos que conozcan en el ejercicio de su profesión,³ y por el otro lado tienen el deber de guardar el secreto profesional.⁴ Es necesario, entonces, que aquella información que

¹ Por ejemplo, el artículo 177 del Código Procesal Penal de la Nación.

² Ricardo C. Núñez, *Violación de secreto profesional y denuncia del aborto*, "La Ley", 1980-D-475.

³ El artículo 177 2) del Código Procesal Penal de la Nación impone a los médicos la obligación de denunciar los delitos que conocieran en el ejercicio de su profesión y el artículo 277 del Código Penal castiga la omisión de denuncia con pena de prisión de 6 meses a 3 años.

⁴ Artículo 11 de la ley 17.132 y artículo 156 del Código Penal.

forma parte del secreto profesional se encuentre debidamente identificada y las garantías constitucionales en el proceso penal del paciente obtengan la protección que merecen.

b) La prohibición de autoincriminación

Por otro lado, sin estas disposiciones específicas los pacientes se enfrentan a un dilema: deben elegir entre preservar su salud aún cuando ello tenga como consecuencia la pérdida de la libertad, y preservar su libertad aún cuando ello tenga como consecuencia un grave daño a la salud o incluso a la vida. Cuando una decisión pone en juego valores tan fundamentales para las personas no podemos referirnos a ellas como decisiones libres. Este es el mismo dilema con el que se enfrentaban los acusados de haber cometido delitos que daban su confesión a sus torturadores (confesar un delito que no habían cometido y perder su libertad o no confesar y seguir sometido a las torturas). Este es el grupo de personas a los que la garantía contra la autoincriminación pretende defender.

La garantía contra la autoincriminación dispone que nadie puede ser obligado a declarar contra sí mismo. Originalmente, la garantía fue prevista para los casos en los que la confesión del imputado era obtenida como consecuencia de coacción física o moral por parte de las fuerzas de seguridad. Sin embargo, nada obsta a que ella también se aplique a las situaciones en las que la coacción no resulta de la voluntad de un tercero sino de las circunstancias que le tocan vivir a una persona. El Estado de ningún modo puede valerse de una situación de necesidad de un ciudadano de preservar su salud y su vida, a los fines de comenzar en su contra una investigación penal, con la posibilidad de aplicarse luego de ella, una pena. Además, corresponde tener en cuenta que quienes resultan más afectados por el dilema de elegir entre la salud y la libertad son los sectores más postergados de la sociedad, pues aquél que carezca de medios económicos para afrontar una asistencia médica privada se verá siempre en la obligación de concurrir a un hospital público, en el que hay presencia policial de consigna que puede servir como disparador de una investigación penal.

Con respecto a la extensión de la garantía contra la autoincriminación corresponde señalar que la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación hasta el momento ha adoptado un criterio que no abarca las situaciones en las que la pérdida de libertad para decidir si revelar la comisión de un delito o no es consecuencia de circunstancias en las que el propio paciente pudo haberse colocado. La Corte ha sostenido: “Que en cuanto a la primera de las cuestiones –vinculada con la interpretación de la garantía constitucional que prescribe que nadie puede ser obligado a declarar contra sí mismo–... resulta inadmisibles interpretar la mencionada garantía de modo que conduzca inevitablemente a calificar de ilegítimas las pruebas incriminatorias obtenidas del organismo del imputado en todos los casos en que el individuo que delinque requiera asistencia

médica en un hospital público... Que en el sub examine la autoridad pública no requirió de la imputada una activa cooperación en el aporte de pruebas incriminatorias, sino que le proporcionó la asistencia médica requerida, lo que le permitió expulsar las cápsulas con sustancias estupefacientes que había ingerido, sin que exista la más mínima presunción de que haya existido engaño ni mucho menos coacción que viciara la voluntad de la procesada. Tampoco ha existido una intromisión del Estado en el ámbito de privacidad de la acusada, dado que ha sido la propia conducta discrecional de aquélla la que permitió dar a conocer a la autoridad pública los hechos que dieron origen a la presente causa. Que en relación con lo expuesto en el considerando anterior cabe destacar que el riesgo tomado a cargo por el individuo que delinque y que decide concurrir a un hospital público en procura de asistencia médica, incluye el de que la autoridad pública tome conocimiento del delito cuando, en casos como el de autos, las evidencias son de índole material. En ese sentido cabe recordar que desde antiguo esta Corte ha seguido el principio de que lo prohibido por la Ley Fundamental es compeler física o moralmente a una persona con el fin de obtener comunicaciones o expresiones que debieran provenir de su libre voluntad, pero no incluye los casos en que la evidencia es de índole material y producto de la libre voluntad del procesado (‘Fallos’ 255:18). Que, en atención a los valores en juego en el proceso penal resulta inadmisibles plantear la cuestión de la prohibición de la autoincriminación desde la opción del *a quo* –prisión o muerte– puesto que el legítimo derecho de la imputada de obtener asistencia médica en un nosocomio debe relacionarse con los requerimientos fundamentales del debido proceso en la administración imparcial de la justicia penal. Así, la idea de justicia impone que el derecho de la sociedad a defenderse contra el delito sea conjugado con el del individuo sometido a proceso en forma que ninguno de ellos sea sacrificado en aras del otro. Que en definitiva, dado que en el *sub lite* se ha demostrado que la imputada no fue objeto de un despliegue de medios engañosos para obtener los elementos del delito y que el secuestro de las pruebas incriminatorias se debió a la libre decisión de la acusada de concurrir a un hospital público, no resulta razonable ni menos compatible con el orden constitucional vigente entender que, en las circunstancias comprobadas de este proceso, se hubiese visto comprometida la garantía de la prohibición de autoincriminación...”⁵

Así, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha considerado que el dilema de la elección entre la libertad y la salud no es suficiente para considerar que quien cometió un delito con consecuencias peligrosas para su salud y acudió a un hospital y recibió tratamientos que revelaron el hecho delictivo actuó sin libertad y, en consecuencia, las pruebas que hayan sido obtenidas a partir de las intervenciones médicas

⁵ “Zambrana Daza, Norma Beatriz s/ infracción a la ley 23.737”, sentencia del 12 de agosto de 1997. Z. 17. XXXI.

pueden ser utilizadas como prueba en el proceso penal, sin que ello resulte violatorio de la garantía contra la autoincriminación.

Resulta absurdo sostener, como lo hace la Corte en el precedente citado, que la presencia de una persona con riesgo para su vida o su integridad física en un centro de salud sea “voluntaria o consentida”, y en consecuencia, bajo dicho fundamento, legitimar la utilización de la información que se colecte en ese contexto para incriminarla. No caben dudas de que el Estado no puede poner a los ciudadanos en la opción de sufrir graves daños en la salud –o hasta morir– o autoincriminarse siendo sometido a proceso y luego, objeto de la aplicación de una sanción penal. Así lo ha sostenido la Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires, en un reciente pronunciamiento, en el que se sostuvo: “...las manifestaciones de la imputada y la evidencia de los rastros corporales del delito constituyeron una consecuencia directa de su necesidad de asistencia médica, que no puede ser utilizada como medio oponible a la transmisión del conocimiento a la autoridad policial, es decir, como elemento que posibilite el despliegue de la actividad estatal persecutoria. Ello, pues, ese conocimiento fue adquirido sin que la persona involucrada (destinataria por una parte de la protección de la garantía en examen, y a su vez del derecho a la salud; artículos 33, C.N.; 12, Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales; 11, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre) pudiera optar libremente entre publicitar su acción delictiva o no hacerlo. Esa determinación se hallaba compelida por su necesidad vital). Ella fue la única fuente de transmisión de conocimiento de la actividad ilícita, que ha aportado la información relevante del caso involuntariamente al exhibir su corporalidad y explicar la presunta causa, sin otra opción que el riesgo cierto de la afectación grave de su salud o incluso, su vida, a un médico que, no obstante su calidad de funcionario público, tenía como misión fundamental presentarle su auxilio.

“...En resumen, aparece a mi juicio con claridad que la mujer que actuó en la emergencia requiriendo atención médica urgente frente a la realización anterior de maniobras abortivas, incluso cuando hubiera concurrido informada de las consecuencias que podría tener su comportamiento y de los derechos que le asistían emergentes de la cláusula constitucional de abstenerse de proporcionar cualquier tipo de información en su contra, no se hallaba libre para consentir la autoincriminación que formuló”.⁶

Si bien el precedente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación “Zambrana Dasa” fue dictado por la Corte en una composición que hoy ya no mantiene, y que el Tribunal, en su actual composición, debe resolver próximamente un caso cuyos hechos son análogos a

los del caso citado, la jurisprudencia vigente al día de hoy es la citada. Siendo ello así, y dado que solamente una ley puede modificar el status quo, es necesario que el proyecto contenga expresamente la prohibición de perseguir penalmente a una persona sobre la base de la denuncia efectuada por su médico por revelaciones que ella le haya hecho y que consten en la historia clínica y que la información que consta en la historia clínica tampoco pueda ser utilizada como prueba en el proceso penal.

Esta es la posición sostenida desde hace tiempo por varios de nuestros tribunales. La imposibilidad de perseguir penalmente a las personas sobre la base de lo que revelen a sus médicos ha sido sostenida por la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional de la Capital Federal desde el dictado de la sentencia plenaria en “Natividad Fías”.⁷ Allí, los vocales consideraron que la garantía contra la autoincriminación prohíbe que se persiga penalmente a una persona cuando la denuncia se hubiese efectuado sobre la base de lo que haya conocido un profesional de la salud en el ejercicio de su profesión para con esa persona.

En efecto, el doctor Amallo sostuvo: “Asimismo, el problema ofrece a su vez un aspecto, que, desde el punto de vista de nuestro orden jurídico, asume primordial importancia. Si una mujer busca el auxilio médico porque se siente herida en su organismo, a veces con verdadero peligro de muerte, lo hace desesperada, acosada por la necesidad, forzada a ello contra su propia voluntad. Su presencia ante el profesional en el arte de curar, para tratar un aborto, que si bien provocó, ahora no puede controlar, en sus últimas consecuencias, implica mostrar su cuerpo, descubrirle en su más íntimo secreto, confesar su delito, porque su actitud resulta una confesión al fin. Entonces es cuándo cabe preguntarse si alguien tiene el derecho de burlarla, haciendo pública su conducta, violando, con su secreto, otra vez una garantía constitucional, que enunciada en el artículo 18 de nuestra Ley Suprema, establece de manera indubitable que nadie está obligado a declarar contra sí mismo, y no podría negarse que en tales casos, la obligación es urgida por el derecho a vivir”.

En el mismo sentido, el doctor Romero Victorica dijo: “El derecho a vivir –que no pierde quien ha delinquido– y el de no acusarse –que tiene precisamente en aquel caso su pleno sentido– no deben ser situados en posición de conflicto irreductible. Se trata de derechos humanos esenciales, y es preciso no sacrificar uno al otro. Ello está en el interés no sólo del individuo titular de esos derechos, sino también, al mismo tiempo, en el de la sociedad, que, como sociedad de personas –solidaria, por tanto, con éstas–, reconoce como lo más valioso del bien común la vigencia de los derechos esenciales inherentes a la personalidad, y su primacía incluso sobre la facultad estatal de reprimir los delitos, la cual tiende a salvaguardar bienes jurídicos y no a allanar los más fundamentales. El que nadie está obligado a declarar contra sí mismo es expresión constitu-

⁶ Considerandos 10 y 11 del voto de la doctora Kogan, en Acuerdo 2078, causa P. 86.052, “E., A.T. s/ aborto”, resuelta: 7/6/06.

⁷ “La Ley”, 123-842 - JA, 966-V-69.

cional de esa primacía. Y es norma de derecho positivo que conduce directamente a la solución de la cuestión planteada en esta convocatoria: Si es injusto obligar a quien delinquirá a que provoque, acusándose, su propia condena, es igual y, consiguientemente, injusto condenarla sobre la base de una autoacusación a la que se vio forzada nada menos que por la inminencia de perder su humano derecho a sobrevivir a su delito”.

Por último, el doctor Frías Caballero sostuvo: “La mujer urgida por la necesidad de asistencia médica a raíz de un aborto provocado por ella misma o por un tercero con su consentimiento, confronta incuestionablemente (como se ha señalado en votos anteriores) una grave situación dilemática: o solicita el auxilio médico para conjurar el peligro en que se halla y entonces se expone a la denuncia del hecho, al proceso y a la condena criminal, o se resigna incluso a la posibilidad de perder la vida... La mera presencia ante el médico de la mujer autora o coautora de su propio aborto implica una autoacusación forzada por la necesidad impuesta por el instinto natural de la propia conservación, puesto que acude a él en demanda angustiada de auxilio para su salud y su vida. No es, pues, posible admitir que una autoacusación de índole semejante sea jurídicamente admisible para pronunciarse en favor de la prevalecencia del interés social –si bien indiscutible– de reprimir su delito, con desmedro del superior derecho humano a la subsistencia y con menoscabo del principio que informa la norma constitucional citada. Si nadie está obligado a declarar contra sí mismo –según el derecho vigente–, menos puede estarlo a sufrir las consecuencias de una autoacusación impuesta por necesidad insuperable”.

La garantía contra la autoincriminación se ve afectada cuando el Estado utiliza información aportada por el imputado, máxime cuando fue vertida en una situación apremiante de necesidad en la que se veía comprometida la propia vida o la integridad física. Es por esta razón que considero necesario incluir un segundo párrafo al artículo 13 del proyecto, que disponga: “La información contenida en la historia clínica estará cubierta por el secreto profesional y no podrá ser utilizada como prueba en un proceso penal contra el paciente.”

2. La necesidad de imponer sanciones

Si bien el proyecto establece varias obligaciones en cabeza de los profesionales de la salud y de los centros médicos, no se prevén sanciones para su incumplimiento.

La aplicación de sanciones como consecuencia del incumplimiento de un deber dispuesto por una norma jurídica es el modo más efectivo de asegurar que el deber será cumplido. Una norma sin sanción no genera un deber real y difícilmente será acatada. Las sanciones tienen por objetivo modificar la estructura de incentivos de las personas, de modo tal que cumplir con el deber sea menos costoso que incumplirlo y tener que tolerar la sanción. Así, dado que los deberes enunciados en

el proyecto de ley no son meras sugerencias para los profesionales de la salud y los centros médicos, sino que son disposiciones que deben ser cumplidas para asegurar el efectivo respeto de los derechos de los pacientes, es necesario que el incumplimiento de esos deberes sea castigado.

Es por ello que propongo que el incumplimiento de los deberes establecidos en el proyecto tenga como consecuencia la aplicación de las sanciones previstas en el artículo 20. De este modo, también se salvan cuestiones de inconstitucionalidad que presentaron normas aprobadas por el Congreso de la Nación y que delegaban al Poder Ejecutivo la definición de los hechos pasibles de sanción y que merecieron la observación parcial del propio Poder Ejecutivo nacional, que correctamente interpretó que ésta es una facultad exclusiva del Congreso de la Nación, que no puede ser objeto de delegación.

Marcela V. Rodríguez.

ANTECEDENTE

Buenos Aires, 21 de noviembre de 2007.

Al señor presidente de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, doctor Alberto E. Balestrini.

Tengo el honor de dirigirme al señor presidente, a fin de comunicarle que el Honorable Senado, en la fecha, ha sancionado el siguiente proyecto de ley que paso en revisión a esa Honorable Cámara:

El Senado y Cámara de Diputados,...

DERECHOS DEL PACIENTE, HISTORIA CLÍNICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Artículo 1º – *Ambito 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 relación con los profesionales e instituciones de la salud

Art. 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 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;
- 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 información sanitaria

Art. 3° – *Definición.* Entiéndese, a los efectos de la presente ley, por información sanitaria, a la información suficiente, de manera clara y adaptada al nivel cultural del paciente y sus posibilidades de comprensión, sobre su estado de salud, los tratamientos médicos que fueren menester realizarle y la previsible

evolución, riesgos o secuelas físicas o psíquicas ante los mismos.

Art. 4° – *Legitimados.* La información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente.

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

CAPÍTULO III

Del consentimiento informado

Art. 5° – *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 pre-visibles;
- 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.

Art. 6° – *Obligatoriedad.* Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

Art. 7° – *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.

Art. 8° – *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.

Art. 9°.-*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.

Art. 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.

Art. 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 eutanasicas, 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 clínica

Art. 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 posocupacionales” 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.

Art. 13.-*Titularidad.* El paciente es el titular de la historia clínica. A su imple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por

autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

Art. 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.

Art. 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 hiciera. 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.

Art. 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.

Art. 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 resumen del acto de agregación y desglose autorizado, haciéndose constar fecha, firma y sello del profesional actuante.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 20.—*Negativa. Acción.* 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.

Art. 21.—*Sanciones.* Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiese 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

Art. 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.

Art. 23.—*Vigencia.* La presente ley es de orden público, rige en todo el territorio nacional y entrará en vigencia a partir de los 90 (noventa) días de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 24.—*Reglamentación.* El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los noventa (90) días contados a partir de su publicación.

Art. 25.—Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Saludo a usted muy atentamente.

JOSÉ J. B. PAMPURO.

Juan Estrada.

Sr. Presidente (Fellner). — En consideración en general.

Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Sylvestre Begnis. — Señor presidente: estamos tratando un proyecto de ley venido en revisión del Honorable Senado. Ha tenido modificaciones, por lo que de aprobarse en este recinto deberá volver al Senado.

Las modificaciones que introdujimos en las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Justicia han sido consensuadas con las comisiones intervinientes del Senado. Además, se han tenido en cuenta proyectos que teníamos en cartera en nuestra comisión.

En este dictamen existen dos modificaciones que consideramos aclaratorias.

Con esta norma se van a garantizar para el paciente las condiciones para las cuales dará su consentimiento después de recibir una in-

formación clara y precisa. También quedará especificado cómo debe registrarse todo en su historia clínica, cómo deberá ser conservada su documentación, la cual quedará reservada pero estará disponible.

Fundamentalmente, el proyecto establece en cada uno de sus capítulos que quien tiene el derecho de autorizar que se hagan investigaciones científicas o que se utilice su historia clínica con distintos fines es únicamente el paciente.

Las observaciones sugeridas por la Comisión de Justicia se refieren al artículo 17. En el párrafo primero, en la última frase se habla de Título XV. Para mayor precisión, la Comisión de Justicia sugiere poner: “Se establecen en el Libro II, Sección III, del Título XV del Código Civil.” Esto fue analizado y aceptado en comisión. Nos parece que da mayor precisión y claridad.

En el párrafo segundo, en la primera oración, se dice que “la obligación impuesta en el párrafo precedente debe regir durante el plazo mínimo...” Le agregamos: “de diez años.”

En el artículo 18 se establece que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica, por supuesto, el paciente o su representante legal, el cónyuge y los médicos bajo autorización del paciente. Al respecto, proponemos agregar un inciso *d*) que diga: “Por orden judicial”.

Estas son las modificaciones propuestas, que se ajustan a derecho, por lo cual solicitamos a los señores diputados que nos acompañen en la sanción de este proyecto tan importante para la salud, la defensa de los pacientes y la garantía de sus derechos. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

Sra. Rodríguez. – Señor presidente: nuestro bloque mantiene un cierto consenso con el espíritu general de este proyecto y los derechos que se pretende proteger. Para que realmente esta protección sea efectiva, en nuestra opinión sólo habría que introducir unas pocas modificaciones.

En relación con el artículo 13, referido a la titularidad, proponemos agregar un segundo párrafo que diga que la información contenida en la historia clínica estará cubierta por el secreto profesional y no podrá ser utilizada como prueba en un proceso penal contra el paciente, es decir, no contra terceras personas sino contra

el propio paciente. Esto implica la garantía de no autoincriminarse.

Me refiero, por ejemplo, al caso típico de las denominadas “mulas”, esas mujeres pobres que transportan droga dentro de su cuerpo, y que al explotarles las cápsulas se ven ante la disyuntiva de decidir si van al hospital y, en consecuencia, quedan detenidas, o si mueren.

Toda la doctrina pacíficamente ha considerado que esta situación viola la garantía de no autoincriminarse. Incluso esto fue aceptado en el fallo plenario “Natividad Frías”, en un caso de aborto. Sin embargo, lamentablemente la Corte del doctor Nazareno cambió ese criterio por otro absolutamente restrictivo de los derechos individuales.

En la actualidad, la defensora oficial Stella Maris Martínez ha llevado a la Corte el caso “Baldivieso”, que defiende personalmente, en el cual el procurador general Righi se ha pronunciado –pueden consultarlo, si tienen alguna duda al respecto – y seguramente la Corte se va a expedir en ese sentido. Basta recordar cómo votaron miembros de la Corte como el doctor Zaffaroni y la doctora Argibay cuando integraban tribunales inferiores, para confirmar cómo dictaminarán. Entonces, no sancionemos un proyecto de ley basado en una jurisprudencia que no está actualizada.

Esta iniciativa justamente pretende preservar el derecho del paciente a la vida.

Por otra parte, existe una violación a la igualdad, porque el secreto profesional está impuesto a los funcionarios públicos, pero no a un médico privado. Entonces, si la persona se atendiese con un médico privado, no tendría problemas. Si tuviese plata, no tendría problemas. En cambio, si debiera concurrir a un hospital, donde estaría el funcionario público, tendría problemas.

Esto es de fundamental importancia para garantizar los derechos del paciente. En consecuencia, en la legitimación agregaría, en el punto *d*): “Por orden judicial fundada, en cuyo caso no podrá ser utilizada como elemento probatorio contra el paciente en caso de persecución penal”.

Esta es la llamada “teoría de los frutos del árbol venenoso”. Es decir que cuando una prueba se obtuvo de manera nula, cae todo el resto del caso. Si se pudiese demostrar de otra manera, se seguiría con la persecución penal. Lo deberían

demostrar de otra manera, sin poner en riesgo la vida del paciente.

Finalmente, me referiré a una cuestión en la que hemos caído en errores en leyes pasadas, de lo que se dio cuenta la presidenta de la Nación. En la legislación sobre obesidad hemos delegado al Poder Ejecutivo el establecimiento de las sanciones.

La presidenta, con muy buen tino, veta la norma, diciendo que no puede fijar sanciones. Un principio básico del derecho, basado en Kelsen y que se enseña en primer año de abogacía, expresa que una ley que no tiene sanciones no es tal.

Simplemente, si alguien violase una ley y no se lo pudiese castigar, la persona no tendría ninguna motivación para cumplir con la norma. Sería como si el Código Penal contemplara una cantidad de delitos sin fijar penas: no nos serviría para nada.

Entonces, en el dictamen de minoría he incluido un artículo 20, que se refiere a las sanciones. Dice: “Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiera corresponder...”. Luego continúa una serie de incisos, que si quisieran, se podría leer por Secretaría.

Por ejemplo, señala que los profesionales de la salud y los responsables de los establecimientos asistenciales que brinden información a terceras personas sin autorización del paciente o de quien corresponda, tendrán una multa.

Quienes confeccionen las historias clínicas y no cumplan con lo que dispone la ley serán multados. Es decir que ante cada obligación que se impone en la ley, se establece una sanción. Si los profesionales, por ejemplo, hicieran una intervención sin requerir previamente el consentimiento informado, habría una multa.

Este tipo de multas se graduarían teniendo en cuenta la gravedad del incumplimiento y, en caso de reincidencia, los máximos de las escalas se elevarían al doble.

Esto es todo y me parece que hace a la esencia misma de una ley: derechos y, a la vez, sanciones para los incumplimientos. Si no, los derechos se transformarían en una mera tabla de ilusiones, porque nadie podría reclamar nada ante el incumplimiento.

Espero que estos cambios sean aceptados por la mayoría. Hacen a la lógica y no violentan

—por el contrario, tratan de animar— el espíritu de la iniciativa.

Sr. Presidente (Fellner). — Tiene la palabra la señora diputada por la Capital.

Sra. González (M. A.). — Señor presidente: no entendí cómo quedaría el inciso *d*) del artículo 18.

Sr. Presidente (Fellner). — Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Sylvestre Begnis. — Hemos agregado a los tres incisos del dictamen un cuarto inciso que dice: “Por orden judicial”.

Sr. Presidente (Fellner). — Tiene la palabra la señora diputada por Santa Fe.

Sra. Fein. — Señor presidente: a efectos de abreviar mi exposición, voy a solicitar la inserción del discurso que pensaba pronunciar. Nuestro bloque apoya el proyecto porque avanza en el respeto a las personas, también en la privacidad y en el respeto a las convicciones. También permite la autodeterminación y avanza en el derecho a la información y, reitero, a la autodeterminación, en la unicidad de la historia clínica y en el derecho de cada persona a ser informada y poder tomar decisiones.

Vamos a acompañar en general este proyecto y también las propuestas de la señora diputada Marcela Rodríguez, tanto en la aclaración sobre el artículo 13 como en la incorporación de las sanciones correspondientes.

En la Comisión de Acción Social y Salud Pública ya expresamos que esta ley sin las sanciones correspondientes quedaría como una simple expresión de deseos en cuanto a la información y al derecho del paciente.

Reitero que vamos a apoyar en general el proyecto y a proponer que se incorporen las modificaciones planteadas por la señora diputada Rodríguez.

Sr. Presidente (Fellner). — Tiene la palabra la señora diputada por San Luis.

Sra. Bianchi. — Señor presidente: en el mismo sentido que la señora diputada preopinante vamos a apoyar esta iniciativa, que ha sido suficientemente trabajada con el presidente y los miembros de la Comisión de Acción Social y Salud Pública.

Quiero expresar también que estamos de acuerdo con el artículo 13 propuesto por la

señora diputada Marcela Rodríguez, pero no con la modificación al artículo 20. Asimismo, solicito la inserción en el Diario de Sesiones del discurso que pensaba pronunciar.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

Sr. Landau. – Señor presidente: en cuanto al régimen de sanciones que se quiere incorporar en este proyecto de ley en tratamiento, entiendo que en la medida que el artículo 17 refiere al título XV del Código Civil, esto es al régimen del depósito, en caso de que el depositario resultare infiel incurriría en una conducta incriminada en un tipo penal que es el del depositario infiel.

En consecuencia, frente a las razones que se esgrimen en el sentido de que la ley no tiene sanciones, debe decirse que efectivamente las tiene y son las del Código Penal referidas al depositario infiel.

Esto está específicamente planteado al final del primer párrafo del artículo 17 cuando dice: “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”.

Reitero que en la medida que se viole lo estatuido en el Código Civil la conducta del partícipe queda incriminada en el tipo penal del depositario infiel; en consecuencia, tiene sanción penal.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra el señor diputado por Chubut.

Sr. Pais. – Señor presidente: voy a responder a dos cuestiones planteadas por la señora diputada Marcela Rodríguez y aclaro que cuento con el aval del presidente de la comisión.

En principio, creemos que el artículo 13 está bien redactado. Comprendemos la inquietud de la señora diputada y entendemos que el artículo 18 de la Constitución Nacional tiene justamente esa garantía ínsita y la misma no va a obstar a la norma proyectada.

Lo que regula el artículo 13 es el derecho del paciente, es decir, define que la titularidad de la historia clínica es del paciente, lo que es muy importante porque durante muchos años y pese al avance de los derechos humanos, la relación médico paciente ha seguido transitando por el paternalismo, donde realmente los profesionales

médicos muchas veces no brindaban la información adecuada para lograr el consentimiento o muchas veces retaceaban, aun para su auto-protección –en razón de la mala praxis– que el paciente pudiera conocer su historia clínica.

Nosotros creemos que esto no debe ser obstáculo con esa segunda excepción que dice “para no ser utilizado en causas penales”, porque en definitiva –como bien decía recién un diputado preopinante– el que tiene la historia clínica, el que la custodia, el depositario, es el profesional de la salud, y en ese caso es él quien debe brindarla.

Entendemos que la excepción para la cuestión penal en modo alguno debe estar incorporada en este artículo, donde justamente legislamos la titularidad y el derecho de requerir información.

Por otra parte, el médico es el que elabora la historia clínica y a quien se le establecen determinadas obligaciones de inclusión de datos en ella. El, que inclusive a su vez puede auto-incriminarse por colocar un dato penal, deberá responder o no en su caso, porque el juez podrá requerirle esa historia clínica. En ese caso él podrá ampararse en la garantía del artículo 18 de la Constitución Nacional.

En cuanto al régimen de sanciones del artículo 20, el proyecto avanza en legislar en función de la manda del artículo 42 de la Constitución Nacional, que es el derecho a la salud que todos tenemos. Se trata de un régimen de obligaciones de los profesionales médicos para que puedan facilitar fundamentalmente el consentimiento informado de los pacientes y además presentarles la historia clínica.

Sin embargo, el régimen de sanciones está legislado por cada una de las leyes de ejercicio de las profesiones de la salud –médicos, odontólogos, etcétera– que es competencia de las provincias argentinas. Por eso, la norma muy bien habla de la autoridad de aplicación nacional y local. Justamente, en las leyes sobre el ejercicio de la medicina los incumplimientos de las obligaciones por parte de los profesionales de la salud tienen un régimen específico de sanciones, inclusive en la ley nacional que rige para los profesionales médicos de la Capital Federal.

Por lo tanto, en este aspecto la comisión no va a aceptar las modificaciones propuestas.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra el señor diputado por Neuquén.

Sr. Acuña. – Señor presidente...

Sra. Rodríguez. – ¿Me permite una interrupción, señor diputado, con el permiso de la Presidencia?

Sr. Acuña. – Sí, señora diputada.

Sr. Presidente (Fellner). – Para una interrupción, tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

Sra. Rodríguez. – Señor presidente: en realidad quiero referirme a la respuesta anterior.

Este es el mismo procedimiento que hemos seguido en todos los casos en que hemos regulado cuestiones de derecho a la salud o de otros derechos. En realidad, ni siquiera estamos reglamentando el artículo 42 de la Constitución Nacional. Lo que estamos reglamentando son los derechos contenidos en los tratados internacionales de derechos humanos, como por ejemplo el derecho a la salud, contenido en la Convención Americana sobre Derechos Humanos o el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Ahora bien, si esto es así y la reglamentación corresponde a un tratado internacional, entonces es materia federal la norma que lo reglamenta, y por lo tanto las sanciones corresponden al correlato del derecho. Es decir que sostenemos que aquí estamos reglamentando un derecho; no se trata de sanciones penales y, ante el incumplimiento, el correlato del derecho es la sanción.

Bien puede suceder que en esta norma consagremos derechos que no estén contemplados por las leyes de ejercicio de la medicina de las jurisdicciones locales, y entonces se quedarán sin sanción.

Por lo tanto, todo este conjunto de normas es de alcance federal justamente porque estamos reglamentando una convención, y es competencia de este Congreso de la Nación reglamentar los tratados internacionales de derechos humanos. Esta no es la primera vez que lo hacemos, ya que así hemos procedido con la ley sobre ligadura de trompas y con otra norma relativa al derecho a la salud, casos en los cuales también hemos incluido sanciones.

En consecuencia, en esta oportunidad no veo que haya alguna circunstancia que lo impida. Además, observo que quedan lagunas si los derechos que establecemos acá no están contenidos en las legislaciones locales.

Sr. Presidente (Fellner). – Continúa en el uso de la palabra el señor diputado por Neuquén.

Sr. Acuña. – Señor presidente: simplemente deseo señalar que estoy de acuerdo con este proyecto, dado que hace tiempo que la población esperaba recuperar derechos en materia de salud.

El padeciente –como me gustaría llamar a las personas que están con padecimientos– generalmente tiene mucha paciencia ante las irregularidades que por años se han registrado en el área de salud en lo que tiene que ver con el derecho a la información. Es importante que este proyecto garantice el derecho a la información del padeciente, habida cuenta de que el derecho a la salud es prioritario en todo ser humano; diría que es tan prioritario como el derecho a la vida.

La historia clínica es un documento que refleja de manera directa la relación médico-paciente, y en ella también constan los primeros padecimientos del padeciente. Por eso, más allá de los conceptos generales que figuran en esta iniciativa, es necesario que la reglamentación se haga a través de una instrumentación única que permita al paciente contar en forma completa con los datos y antecedentes de la enfermedad, teniendo en cuenta que la historia clínica es de su propiedad.

Esta disponibilidad de la historia clínica por parte de los distintos sectores de la salud –principalmente por el padeciente– se puede obtener en forma real por la vía informática. Considero que esto es lo más significativo del proyecto y lo que le va a dar funcionalidad al sistema de salud pública. Debemos bregar por que esta información sea completa, para que se respeten los derechos.

En cuanto a la función punitiva en caso de violación de este derecho, considero que el Código Penal, como catálogo de disvalores, cuenta con los elementos necesarios en la figura del depositario infiel –como bien se señaló aquí–, que puede reparar el quebrantamiento de

las disposiciones de la norma que hoy estamos sancionando.

Por todas estas razones, reitero mi apoyo a la iniciativa en tratamiento.

Sr. Presidente (Fellner). – Se va a votar en general en forma nominal.

–Se practica la votación nominal.

–Conforme al tablero electrónico, sobre 140 señores diputados presentes, 138 han votado por la afirmativa, registrándose además una abstención.

Sr. Secretario (Hidalgo). – Afirmativos, 138 votos; no hay negativos.

–Votan por la afirmativa los señores diputados: Acosta, Acuña, Agosto, Aguirre de Soria, Albarracín, Albrisi, Ardid, Augsburg, Barrios, Basteiro, Belous, Benas, Bernazza, Berraute, Bertone, Bianchi Silvestre, Bianchi, Bianco, Bisutti, Bullrich (E. J.), Bullrich (P.), Burzaco, Calchaquí, Calza, Canela, Cantero Gutiérrez, Carca, Carlotto, Carmona, César, Chiquichano, Cigogna, Conti, Córdoba (J. M.), Córdoba (S. M.), Cuccovillo, Dalla Fontana, Damilano Grivarello, Dato, De la Rosa, Delich, Díaz Bancalari, Díaz Roig, Diez, Doven, Erro, Fein, Fernández Basualdo, Ferrá de Bartol, Ferro, Fiol, Galantini, Galvalisi, García de Moreno, García (M. T.), García (S. R.), Gerez, Giannettasio, Gil Lozano, Ginzburg, Godoy, González (J. D.), González (M. A.), González (N. S.), Gorbacz, Gribaudo, Gullo, Gutiérrez, Heredia, Herrera (A.), Herrera (G. N.), Herrera (J. A.), Ibarra, Ilarregui, Irrazábal, Iturrieta, Kunkel, Landau, Lenz, Leverberg, Llanos, Llera, López (E. S.), Lozano, Luna de Marcos, Macaluse, Marconato, Martiarena, Merchán, Montero, Morejón, Moreno, Morgado, Morini, Müller, Naím, Obeid, Obiglio, Pais, Paroli, Pasini, Pastoriza (M. A.), Pereyra, Pérez (A.), Pérez (J. R.), Perié (H. R.), Perié (J. A.), Petit, Puiggrós, Recalde, Reyes, Rico, Rodríguez (E. A.), Rodríguez (M. V.), Rojks de Alperovich, Roldán, Rossi (A. O.), Rossi (A. L.), Ruiz, Salum, Sánchez, Santander, Sapag, Scalesi, Sluga, Snopek, Solanas, Soto, Sylvestre Begnis, Tomaz, Vaca Narvaja, Vargas Aignasse, Vega, Velarde, Viale, Vilariño, West y Zancada.

–Se abstiene de votar la señora diputada: Guidici.

Sr. Presidente (Fellner). – La votación en general ha resultado afirmativa.

En consideración en particular el artículo 1°. Luego se someterán a debate los distintos capítulos, y el señor presidente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública hará las observaciones respectivas.

Se va a votar el artículo 1°.

–Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración el capítulo I, que comprende el artículo 2°.

Se va a votar.

–Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración el capítulo II, que comprende los artículos 3° y 4°.

Se va a votar.

–Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración el capítulo III, que comprende los artículos 5° a 10.

Se va a votar.

–Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración el capítulo IV, que comprende los artículos 11 a 19.

Tiene la palabra el señor diputado por Tierra del Fuego.

Sr. Gorbacz. – Señor presidente: quiero proponer un agregado al artículo 18. Este artículo plantea la legitimación para solicitar la historia clínica, y el inciso *a*) se refiere a la situación del representante legal. Se especifica claramente que puede hacerlo el paciente o, en su defecto, el representante legal.

En el inciso *c*), cuando plantea la hipótesis de los médicos y otros profesionales, también se establece la necesidad de autorización expresa del paciente.

Pero en el inciso *b*) se legitima al cónyuge o a la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo, según acreditación que determine la reglamentación, y a los herederos forzosos, en su caso, no estableciendo ningún reparo.

Entonces, por ejemplo, un marido con ansias de supervisar la salud de su mujer puede ir al hospital y pedir su historia clínica, y se la tienen

que dar, sin poder negarse. Me parece que esto no es correcto porque la historia clínica es personalísima, y entiendo que la hipótesis de que una pareja pueda solicitarla debe darse cuando hay autorización del titular o imposibilidad de éste de otorgarla.

Por eso, propongo al señor presidente de la comisión, si está de acuerdo con este concepto, agregar al final del inciso *b)* del artículo 18: “en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla”.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Sylvestre Begnis. – Señor presidente: es correcto. Vamos a aceptar la modificación que propone el señor diputado Gorbacz.

Sr. Presidente (Fellner). – Señor diputado Sylvestre Begnis: ¿Puede reiterar las dos modificaciones que propone la comisión a los artículos 17 y 18, para proceder a votarlos?

Sr. Sylvestre Begnis. – Con todo gusto, señor presidente.

En la última frase del artículo 17, referido a inviolabilidad y depositarios, donde dice: “se establecen en el título XV”, debe decir “se establecen en el Libro II, Sección III del título XV del Código Civil”.

En el mismo artículo, en el párrafo siguiente, en la primera oración, donde dice: “debe regir durante el plazo mínimo”, agregamos “de 10 años”.

Y en el artículo 18 la sugerencia de la Comisión de Justicia era poner un inciso más, el inciso *d)*, que diga “Por orden judicial”.

Estas son las modificaciones que habíamos evaluado y aceptado en la comisión. La modificación del señor diputado Gorbacz ya está incluida.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra la señora diputada por San Luis.

Sra. Bianchi. – Señor presidente: quiero dejar constancia de que voy a votar en forma negativa el artículo 18 por la nueva modificación que ha aceptado el señor presidente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra el señor diputado por Neuquén.

Sr. Acuña. – Señor presidente: en el mismo sentido que la señora diputada preopinante, quiero adelantar mi voto negativo al artículo 18, por la modificación al inciso *b)* *in fine*.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

Sra. Rodríguez. – Señor presidente: reitero artículo por artículo las solicitudes que hago a la comisión.

En el 13 propongo un segundo párrafo que diga: “La información contenida en la historia clínica estará cubierta por el secreto profesional y no podrá ser utilizada como prueba en un proceso penal contra el paciente”.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Sylvestre Begnis. – Señor presidente: quienes conocemos la realidad del funcionamiento del sistema médico y la seguridad social sabemos que la historia clínica –y de allí la importancia de esta norma– hoy tiene un manejo prácticamente comunitario.

Las obras sociales exigen para pagar la factura de un internado la presentación conjunta de la historia clínica, la cual deja de ser un secreto profesional para pasar a ser un secreto a voces de todos los empleados que entran en circuitos de este tipo. Por eso, ponemos esta exigencia. Ello implica un cambio fundamental en todo el sistema de facturación para 15 millones de personas más los 4 millones de PAMI y los 6 millones de las obras sociales provinciales.

El secreto profesional y el respeto al derecho de los pacientes van a tomar un vigor que hasta aquí no tienen. Esto es fundamental porque estamos hablando del manejo de 26 mil millones de pesos por año, que es la facturación del sistema de la seguridad social.

La segunda cuestión que deseo plantear es que el agregado propuesto por la señora diputada Rodríguez ya está incluido, y lo podemos llegar a precisar más adelante en otra modificación que solicitó, por la cual se considera el respeto por el contenido de la historia clínica para que no pueda inculparse al paciente.

En realidad, como lo planteó el señor diputado Pais, quienes inculpan escribiendo en un historia clínica son los profesionales y las instituciones a las que pertenecen.

Por lo tanto, no vamos a aceptar la modificación propuesta al artículo 13 por la señora diputada Rodríguez.

Sra. Rodríguez. – ¡Nos vamos, señor presidente! Cuando lean los fallos de la Corte Suprema, volvemos.

Sr. Presidente (Fellner). – Se va a votar el capítulo IV, que comprende los artículos 11 a 19 inclusive, con las modificaciones aceptadas por la comisión.

–Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración el capítulo V, que comprende los artículos 20 y 21.

Se va a votar.

–Resulta afirmativa.

–El artículo 22 es de forma.

Sr. Presidente (Fellner). – Queda sancionado el proyecto de ley.¹

Se comunicará al Honorable Senado y se dejará constancia del resultado de la votación, según el artículo 81 de la Constitución Nacional, para establecer las condiciones que requiere la aprobación de esta norma. (*Aplausos.*)

¹ Véase el texto de la sanción en el Apéndice. (Pág. 84.)

2

**INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA
DIPUTADA BERTOL****Fundamentos del voto afirmativo de la señora
diputada al dictamen de mayoría
de las comisiones de Acción Social y Salud Pública
y de Justicia, en el proyecto de ley en revisión
por el cual se establece el ejercicio de los derechos
del paciente, historia clínica y consentimiento
informado**

Vengo a fundar mi voto positivo al Orden del Día No 1.529 al dictamen de mayoría, por las siguientes consideraciones.

En primer lugar, resulta aconsejable contar con un régimen legal que proteja los derechos del paciente en forma integral.

El proyecto recoge los principios establecidos en la Declaración de los Derechos del Paciente - Asociación Norteamericana de Hospitales, 6 de febrero de 1973, y a su vez ha tenido en cuenta la legislación provincial y de la Ciudad de Buenos Aires, que han legislado sobre el particular.

El mismo, tuvo un trámite adecuado en comisión, fue dictaminado sin disidencias ni observaciones, con un solo dictamen de minoría.

Fue sancionado por el Senado con modificaciones, las cuales hemos aceptado por considerarlas pertinentes.

Los principios rectores de este proyecto, coinciden con los elaborados en Amsterdam en 1994, oportunidad en que se suscribió un documento que establecía los principios para la promoción y aplicación de los derechos de los pacientes en los Estados europeos miembros de la OMS (Organización Mundial de la Salud). Ese documento sirvió como base legislativa a países que como el nuestro, han tomado entre sus prioridades la defensa de este derecho fundamental.

Así, en el artículo 2º se establece como derechos esenciales del paciente la asistencia, trato digno y respetuoso, respecto a su intimidad, a la confidencialidad de su historia clínica, a su autonomía de la voluntad, a recibir información sanitaria salvo expresa manifestación en contrario, al acceso a la comunicación y entendimiento de la información.

Asimismo, en el caso de pacientes con discapacidad, se establece la utilización de herramientas de comunicación por medio del uso de medios y comunicación de fácil acceso.

El establecimiento de un régimen legal del consentimiento informado y de la historia clínica aseguran la protección del derecho integral a la salud y a la información por parte de todos los pacientes y les garantiza su control y conocimiento en cualquier momento.

Por último, la declaración de orden público de la presente ley en tratamiento resalta una premisa fun-

damental, y es que “los derechos de los pacientes son ante todo derechos humanos”.

3

**INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA
DIPUTADA BIANCHI****Fundamentos del voto afirmativo de la señora
diputada al dictamen de mayoría
de las comisiones de Acción Social y Salud Pública
y de Justicia, en el proyecto de ley en revisión
por el cual se establece el ejercicio de los derechos
del paciente, historia clínica y consentimiento
informado**

Cabe poner de manifiesto que desde los 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.

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 proyecto se plasman derechos inherentes a la condición de pacientes:

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

En función a 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 respecto a la voluntad del sujeto-paciente.

Con este proyecto vamos a garantizar el derecho a la información sobre la propia salud a todos los habitantes de nuestro país.

Nuestro país carece de un marco normativo que regule la forma en que los profesionales médicos y los centros asistenciales de salud deben confeccionar y archivar la información referente a las historias clínicas de los pacientes.

Fue la jurisprudencia la que ha llenado el vacío legislativo y definió a la historia clínica diciendo: "...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 omite datos imprescindibles para el seguimiento y evolución del paciente..." Tribunal de Segunda Instancia en lo Criminal de Mar del Plata.

La historia clínica constituye un documento imprescindible en la relación médico-paciente, dado que es la herramienta práctica en la que se vuelcan todos los datos relativos al enfermo.

En esta norma se describe el contenido de la historia clínica como un documento que incorpora toda la información sobre el estado de salud del paciente y las actuaciones clínicas y sanitarias correspondientes a los diversos episodios asistenciales.

Asimismo se establece el derecho de los pacientes a acceder a su historia clínica, el tratamiento que debe dársele a ésta en los diversos niveles asistenciales, quiénes están autorizados a conocer su contenido y en qué condiciones y los plazos durante los que dicha información debe conservarse.

La importancia de la consideración de los derechos de los pacientes de tomar conocimiento sobre su estado de salud resulta prioritaria, a los efectos de garantizar a cada persona la libre elección en relación con los tratamientos a los cuales deberá someterse y los posibles riesgos que éstos puedan implicar para su propia vida.

La ley 17.132, de ejercicio de la medicina, establece en su artículo 19, inciso 3), que "hay que respetar la voluntad del paciente en cuanto a la negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causas de accidentes, tentativa de suicidio o delitos", no existe una prevención legal tendiente a establecer la obligación profesional de informar al paciente acerca de los riesgos del tratamiento u operación.

En esta norma se consagra el derecho a la información del paciente, y en función del mismo, reconocer la propiedad de la historia clínica en el paciente, con lo que hacemos operativo el llamado "Derecho a la Salud" garantizado por normas de rango constitucional.

Esta expresión se desprende 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.

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 positivas que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por la Constitución... (art. 75, inciso 23) y de proveer lo conducente al desarrollo humano, al progreso económico con justicia social (art. 75, inciso 19)

En virtud de todo lo expuesto, voto afirmativamente para la aprobación del presente proyecto.