

TECNOLOGÍAS EN SALUD, FORMALIDADES Y TESTAMENTOS VITALES DESDE UNA MIRADA INTERDISCIPLINARIA

Iparraguirre, Martina; Díaz, María C.; Bernal, Marcela P.

**TECNOLOGÍAS EN SALUD, FORMALIDADES Y TESTAMENTOS VITALES
DESDE UNA MIRADA INTERDISCIPLINARIA**

Iparraguirre, Martina

Universidad Nacional de Mar del Plata

martinaiparraguirre75@gmail.com

Díaz, María Constanza

Universidad Nacional de Mar del Plata

mconstanzadiaz97@gmail.com

Bernal, Marcela Paulina

Universidad Nacional de Mar del Plata

marcelapaulinabernal@gmail.com

Material original e inédito autorizado para su primera publicación en la Revista Académica
Hologramática

Fecha de recepción: 13-05-2024

Fecha de aceptación: 01-06-2024

RESUMEN

17

El problema: las formalidades excesivas exigidas por la regulación especial para los testamentos vitales en la Argentina que podrían ser obstructoras de derechos humanos. Objetivo: analizar críticamente estas barreras jurídicas. Metodología: indagación y análisis bibliográfico y documental; y observación objetivada del contexto asistencial de General Pueyrredón, Argentina. Luego de relevar los resultados, los analizaremos interdisciplinariamente desde: las tecnologías en salud, el espíritu del Código Civil y Comercial, principios jurídicos y bioéticos; y principios de interpretación de derechos humanos. Nuestra tesis: bastaría con el registro del proceso de testamentos vitales en la Historia Clínica de los usuarios, con la firma de todos los participantes de este proceso y dos testigos, haciendo predominar el espacio interseccional y las tecnologías blandas en salud, para un cuidado integral potenciador del encuentro, respetuoso de la dignidad, vulnerabilidad, autonomía e identidad personal y cultural.

PALABRAS CLAVE: Tecnologías – Salud – Formalidades – Testamentos - Vitales

ABSTRACT

The problem: the excessive formalities required by the special regulation for living wills in Argentina that could be obstructing human rights. Objective: critically analyze these legal barriers. Methodology: bibliographic and documentary investigation and analysis; and objective observation of the healthcare context of General Pueyrredon, Argentina. After surveying the results, we will analyze them interdisciplinary from: health technologies, the spirit of the Civil and Commercial Code, legal and bioethical principles; and principles of interpretation of human rights. Our thesis: it would be enough to record the living will process in the users' Clinical History, with the signature of all the participants in this process and two witnesses, making the intersectional space and soft technologies in health predominate, for comprehensive care, enhancer of the encounter, respectful of dignity, vulnerability, autonomy and personal and cultural identity.

KEY WORDS: Technologies – Health – Formalities – Wills - Vitals

INTRODUCCIÓN

Continuamos con nuestra preocupación por las posibles barreras culturales, jurídicas y de falta de información comprendida, que podría impactar sobre la aplicación de los testamentos vitales o directivas médicas anticipadas en Argentina (DMA), cuestión que se podría replicar en otros países (Bernal 2020; Bernal 2023a; Bernal 2023b; Bernal, Limardo y Díaz 2023). Y en este sentido, siguiendo nuestra preocupación, en este trabajo a modo de ensayo profundizaremos sobre una de las posibles barreras jurídicas que podrían dificultar el acceso efectivo a este dispositivo, sobre todo en el estado avanzado de una enfermedad o final de vida.

La barrera jurídica que abordaremos trata acerca del problema de las formalidades excesivas requeridas por la ley especial 26529 que regula los derechos de los pacientes y su reglamentación, que exigen escritura pública o presencia de funcionario judicial y dos testigos, que consideramos que podrían constituirse en obstructoras de derechos humanos (DDHH) vinculados con las DMA. Por ello, nos hemos propuesto como objetivo analizar críticamente esta barrera jurídica.

Como metodología hemos utilizado una indagación y análisis bibliográfico y documental (exploratorio y descriptivo), enriquecido por una observación objetivada del contexto asistencial seleccionado.

En cuanto a nuestro recorrido, en primer lugar, realizaremos una síntesis de por qué podrían ser necesarias las formalidades en el derecho y para la convivencia en general, con un cuestionamiento de nuestra parte.

En segundo lugar, siguiendo a Emerson Mehy (2006 y 2007), daremos cuenta de las tecnologías en salud (duras, duras-blandas y blandas), para luego retomarlas en el análisis de los resultados y en las reflexiones finales relacionándolas con el problema abordado.

En tercer lugar, en base a la indagación y observación objetivada del contexto asistencial relevaremos los resultados; que luego analizaremos desde las tecnologías en salud, desde el espíritu del Código Civil y Comercial de la Nación, desde los principios de interpretación en materia de DD.HH. relevantes en el caso, desde los principios jurídicos y bioéticos, entre otras consideraciones.

En cuarto lugar, a continuación del análisis de los resultados, propondremos nuestra tesis. Para concluir, a modo de epílogo, plantaremos nuestras reflexiones finales desde una mirada interdisciplinaria.

METODOLOGÍA

Hemos utilizado una indagación y análisis bibliográfico y documental, de carácter exploratorio y descriptivo. Lo hemos enriquecido con una observación objetivada, (desde una mirada clínica, jurídica y bioética), del contexto asistencial del Partido de General Pueyrredón, provincia de Buenos Aires, Argentina.

I. Sentido de la necesidad de formalidades en el derecho y para la convivencia social

Cuando hablamos de formalidades en el derecho, nos referimos a aquellas “solemnidades” que denotan una mayor o menor libertad de las personas para poder elegir de qué modo expresan el acto jurídico (Herrera, Caramelo, Picasso, 2015). Siguiendo estos lineamientos, en distintas ocasiones la ley establece una forma determinada para que ciertos actos sean llevados a cabo, por ejemplo, que las mismas sean expresadas por escrito, por instrumento público, escritura pública, con presencia de determinada cantidad de testigos, etc.

¿Y qué pasa ante el incumplimiento de las mentadas formalidades? En ciertos casos, las mismas refieren a la “prueba” de la existencia del acto, pero el quebrantamiento de estas formalidades no invalida el acto *per se*. En otras ocasiones hacen a la validez del acto, y si no se cumplen la consecuencia será su nulidad (que implica que el acto carece de efectos jurídicos), lo que dependerá en cada caso.

Ahora bien, ¿cuál es el sentido de las formalidades en el derecho y para la convivencia social en general? Citamos a May Zubiría (1959) que siguiendo a Ihering, sostiene que “el formalismo tiene un valor educativo o pedagógico al contribuir a la formación del carácter del pueblo y que, además, las formas como representan la expresión exterior de las ideas y las organizaciones humanas, contribuyen a conservarlas, a hacerlas palpables y a penetrar en sus costumbres”. Parafraseando al maestro Ihering, el Dr. May Zubiría explica que cuando esas ideas están unidas a fuerzas fijas y exteriores, éstas poseen una fuerza vital más tenaz que puede hacerlas revivir sin el esfuerzo de un nuevo alumbramiento.

Las formas dan, en otras palabras, seguridad y seriedad en los negocios jurídicos de distinta índole. Dan transparencia, favorecen la reflexión y, como afirma Von Thur citado por May Zubiría (1959), “impiden decisiones inconsideradas”. No obstante, pensamos que esto no puede constituirse de ninguna manera en una herramienta obstructora de derechos humanos, (como profundizaremos más adelante), o en una herramienta para moldear o legitimar posturas conservadoras por parte de la comunidad hacia el resto de la sociedad en un estado democrático y desde la perspectiva de derechos.

Las formalidades son una *herramienta* para el derecho, un medio para obtener los referidos beneficios, pero no un fin en sí mismo, que termine desvirtuando el objeto para el cual el legislador las establece. Y -en una postura que creemos coincidente-, el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación del 2015 pone especial énfasis en la libertad de las formas, indicándonos en su artículo 284 que “Si la ley no designa una forma determinada para la

exteriorización de la voluntad, las partes pueden utilizar la que estimen conveniente. Las partes pueden convenir una forma más exigente que la impuesta por la ley”.

Desde esta última perspectiva, adelantamos que, si el Código Civil y Comercial en su artículo 60 no exige formalidad alguna en materia de DMA, no debieran ser requeridas, como ampliaremos seguidamente, con otras fundamentaciones que reforzarán nuestra posición al respecto. Sin embargo, no toda la doctrina está de acuerdo con nuestra postura como retomaremos.

II. Tecnologías en salud

En primer lugar, vamos a revisar las definiciones más comunes de *tecnología en salud* para en una segunda instancia posicionarnos filosóficamente en la que entendemos es la definición más acabada y pertinente cuando hablamos de cuidado integral de salud, de fin de vida y DMA.

La Organización Mundial de la Salud (2006) define a las tecnologías sanitarias como “todos los recursos que se utilizan con el fin de satisfacer las necesidades sanitarias individuales o colectivas de las personas sanas o enfermas, tales como los medicamentos, los equipos, dispositivos y procedimientos médicos, los modelos organizativos y los sistemas de apoyo empleados”.

El Ministerio de Salud de Nación las define como el “conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos o quirúrgicos usados en la atención sanitaria, incluyendo a sus sistemas organizativos y de soporte”¹

¹ Recuperado de [https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/coordinacion-investigacion/ets#:~:text=Una%20Tecnolog%C3%ADa%20Sanitaria%20se%20define,abocada%20a%](https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/coordinacion-investigacion/ets#:~:text=Una%20Tecnolog%C3%ADa%20Sanitaria%20se%20define,abocada%20a%20)

Como vemos, esta definición es intrínsecamente dinámica y, por lo tanto, cambiante, acoplada a los cambios de paradigma que en los últimos años permitieron pasar de un modelo médico hegemónico absoluto (MMH), racionalista y totalizador cuyos dogmas parecían estar escritos en piedra, que fue caracterizado por Menéndez (2000 y 2020), a nuevas formas de cuidado y modelos de atención social y culturalmente aceptables y potencialmente cuestionables que tienen un denominador común, el “otro” que es ahora un sujeto activo y participe principal en la toma de decisiones sobre su propia existencia, ya sea que hablemos de la vida o la muerte.

Al respecto dice Emerson Merhy:

Existe un elemento de tensión permanente en el campo de la producción de los cuidados de salud, ese elemento se refiere al hecho de que estos cuidados son siempre un proceso en el cual un otro, como objeto, es el blanco de las acciones, pero no necesariamente es un ser inerte; por el contrario, sistemáticamente en las experiencias cotidianas de producción del cuidado se percibe cuánto este objeto-blanco de las intervenciones en salud es efectivamente un sujeto en acción. (Merhy, 2007, p. 260).

Esa situación muchas veces es percibida por los trabajadores de salud como la capacidad del usuario de resistir a un acto de cuidado profesional, como si estuviera inventando su modo de cuidarse. Eso generalmente es visto como algo problemático por parte de los distintos profesionales de salud.

En este sentido, esta “resistencia” podría ser concebida por el equipo de salud como inaceptable cuando se trata de las DMA de los pacientes respecto de los cuidados de fin de vida y de elegir nada más y nada menos que cuándo y cómo morir, sobre todo sin las excesivas formalidades exigidas por la regulación legal. Es aquí donde el modelo médico hegemónico, (caracterizado por Menéndez, 2000 y 2020), se hace presente en su versión más

primitiva y brutal como “amo y señor de la vida y la muerte”, pero fundamentalmente como dispositivo de control social, donde el poder sobre el cuerpo del otro le pertenece al sector salud.

Parafraseando a Foucault (1975) diremos que en el MMH se establece entre el equipo de salud y el usuario una sociedad disciplinaria, un diagrama basado en prácticas de vigilancia y disciplinamiento de las operaciones corporales y de conducta que somete, utiliza, transforma y perfecciona a un cuerpo considerado dócil por este motivo.

Es esta preocupación por controlar el “cuerpo social” la que aumenta la presencia del discurso médico y la influencia social de la medicina para acumular “cuerpos domesticados y productivos” (Acuña et al, 2012, p. 59). Así, el discurso pasa a ser un mecanismo estratégico en el que el poder está implicado y gracias al que funciona, suponiendo una relación directa el uno con el otro. Indicarle a un paciente que debe bajar los niveles de presión arterial porque corre riesgo de sufrir un infarto cardíaco, a pesar de que el sujeto refiere sentirse bien o saludable, demuestra de alguna forma la relación poder-discurso, dispositivo de poder que se exagera cuando se le indica a un paciente como y de qué manera morir.

Es a partir de estas tensiones que Emerson Merhy (2021) desarrolla su teoría en la que se cruzan las dimensiones del trabajo y la producción de cuidado, utilizando una noción de tecnología que expresa una definición más amplia que la corriente, esto es, limitada de manera específica a equipamientos y máquinas, ya que también incluye como tecnología a ciertos saberes constituidos por la producción de cuidados singulares y hasta para organizar las acciones humanas en los procesos productivos, inclusive en su dimensión subjetiva, dando lugar a una nueva clasificación de tecnologías en salud en: duras, duro/blandas y blandas, siendo esta última, la tecnología blanda, la que nos convoca particularmente cuando hablamos de DMA.

Las tecnologías comprometidas en el trabajo en salud pueden ser clasificadas, siguiendo a Merhy (2007), en:

a) Duras: como es el caso del equipamiento tecnológico, ya sean máquinas, normas o estructuras organizacionales; esta es la expresión más dura de la tecnología, es el equipamiento tecnológico que no tiene razón (instrumental) por si, pues quien las vuelve portadoras de esta intencionalidad racional-instrumental es el trabajo vivo en acto con su modo tecnológico (su modelo de producción) de actuar y como expresión de ciertas relaciones sociales y no de otras.

b) Duro/Blandas: los saberes bien estructurados que operan en los procesos de trabajo en salud, por ejemplo, la clínica médica, la clínica psicoanalítica, la epidemiología, el taylorismo, el fayolismo.

c) Blandas: las relaciones de producción de vínculo, de autonomización, el acogimiento y la gestión como una forma de gobernar procesos de trabajo.

III. Testamentos vitales y derechos humanos vinculados con ellos

En cuanto al concepto de testamentos vitales o directivas médicas anticipadas (DMA) lo entendemos como un proceso de consentimiento informado por anticipado, optativo, esencialmente revocable, por el cual una persona competente -(con discernimiento, intención y libertad para poder comprender la información y poder tomar decisiones)-, decide acerca de valores, preferencias o tratamientos para el caso de que se encuentre incompetente en el futuro, o designa la persona que decida por ella (Bernal, 2020 y 2023 a, 2023b, Bernal, Limardo y Díaz, 2023). Si bien la utilización de este dispositivo no se limita al estado avanzado de una enfermedad o final de vida, a lo largo del recorrido de nuestro trabajo enmarcaremos nuestro análisis en estos escenarios principalmente, sin descartar la relación

con la historia de vida de las personas, como retomaremos en la conclusión final y en parte de nuestro análisis.

En cuanto a los derechos humanos vinculados con los testamentos vitales son los siguientes: autonomía o autodeterminación de las personas para decidir sobre su propio cuerpo y proyecto de vida (cuidando o descuidando su salud), información comprendida, salud integral, igualdad (vinculada con la justicia, la accesibilidad y la no discriminación), todos estos DDHH con fundamento moral en la dignidad (Bernal, 2023a y 2023b). Respecto del primero, está reconocido por la Constitución Nacional, los Tratados Internacionales de Derechos Humanos con igual jerarquía, la Ley Nacional sobre Derechos de los Pacientes, el Código Civil y Comercial, y otras leyes vinculadas al derecho a la salud; fundamentado en el art.19 de nuestra Carta Magna, referido a conductas autorreferentes o acciones privadas de la persona que cuida o descuida su salud siempre que no comprometa a terceros dentro del campo del derecho a la salud, siendo la interferencia del Estado u otros particulares inconstitucional (Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación citada por Pelle, 2016, p.3). Como se sostuvo en Bernal, Limardo, Díaz (2023) la autonomía “se identifica” con la “libertad”; señalando la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) “la posibilidad de todo ser humano de autodeterminarse, escogiendo libremente las opciones y circunstancias que le dan sentido a su existencia, conforme a sus propias opciones y convicciones”. Esta Corte la consideró como un DD.HH. básico, propio de los atributos de la persona, que se proyecta en toda la Convención Americana” (Pelle, 2016, p.3). En cuanto al derecho de información comprendida está incluido dentro del derecho a la salud integral en condiciones de accesibilidad, física y económica (Morlchetti, 2018), garantizado por el art. 42 de la Constitución Nacional (CSJN: 2020, p.49). En cuanto a la salud integral se refiere al derecho de toda persona a gozar del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”; que “incluye la atención de salud oportuna y apropiada”, “elementos esenciales e interrelacionados de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios,

bienes e instalaciones de salud” “en condiciones de igualdad y no discriminación”, (Resolución 1/2020, pp. 5-6). El derecho a la igualdad se identifica con la noción de justicia (Casado, 2001, 2002; De Ortúzar, 2015). Por último, todos estos derechos tienen como base axiológica a la dignidad, siguiendo a Carlos Nino citado por Bernal (2023 a).

Yendo a la normativa de los testamentos vitales o DMA en Argentina, en el tema que nos ocupa en este trabajo desde nuestro recorte conceptual, fueron regulados por la ley 26529 en su art.11 (Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud) luego de la regulación notarial. Esta normativa especial dispone que las DMA “deberán formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual requerirá la presencia de dos (2) testigos”, coincidiendo con su decreto reglamentario 1089/2012. En adelante nos referiremos a esta normativa como *regulación especial*.

Por el contrario, en un sentido opuesto, el Código Civil y Comercial (*código de fondo*), en su art.60, al regular las DMA, no establece formalidad alguna para su realización. Por lo cual, en nuestro país existe una contradicción en materia de formalidades entre la *regulación especial* y el *código de fondo*.

IV. Resultados indagados y observados

Como resultados indagados y observados, hemos relevado en primer lugar, una falta de respeto, de utilización y aplicación de las DMA y por ende de acceso efectivo a los DDHH vinculados con éstas, que podría derivarse del segundo resultado, entre otras causas.

Por otro lado, en segundo lugar, hemos observado un requerimiento de excesivas formalidades en la práctica por parte principalmente del MMH aún pregnante; pero también por parte de los equipos de salud, de alguno de los operadores jurídicos (abogados, escribanos

y funcionarios judiciales), de parte de la gestión hospitalaria y de la comunidad en general, para el respeto de los DDHH relacionados con las DMA, que podría impactar en el primer resultado. Y nos preguntamos si el MMH podría estar siendo legitimado y reproducido socialmente.

En tercer lugar, observamos que este segundo resultado podría provenir, o bien de la referida legitimación y reproducción social, como también de la contradicción entre los cuerpos legales en la Argentina en esta materia que podría llevar a confusión e incertidumbre en dichos equipos de salud, operadores jurídicos, gestión hospitalaria y comunidad en general, lo que también podría impedir en la práctica el reconocimiento de DMA sin las formalidades requeridas por la *regulación especial*, aunque el Código Civil y Comercial (*código de fondo*) en su art. 60 no exige formalidad alguna.

En cuarto lugar, relacionado con el punto anterior, observamos como resultados que en la práctica asistencial el correcto funcionamiento del espíritu del Código Civil y Comercial, (y su normativa específica del art. 60 que no requiere formalidad para las DMA), solamente es conocida por especialistas en la materia y desconocida en general, existiendo una brecha entre la realidad y la academia (como se ha sostenido por Bernal, Limando y Díaz, 2023 y Bernal, 2023 b).

En quinto lugar, hemos observado que el requerimiento de excesivas formalidades en las DMA podría estar agudizado por la llamada medicina defensiva, (o temor de la industria del juicio), que podría impactar en los profesionales de la salud en su relación con los usuarios/consultantes, dentro de las micropolíticas de sus prácticas asistenciales, como prácticas sociales.

A continuación, profundizaremos acerca de alguno de estos resultados para reforzar el andamiaje que nos servirá de base para nuestro análisis del punto siguiente.

Como hemos referido, existe una contradicción en este tema dentro del sistema normativo vigente en Argentina (*regulación especial* versus *código de fondo*), con distintas posturas doctrinarias al respecto. Por un lado, en una línea que compartimos, (Gherardi, 2007; Belli y Maglio, 2015; Maglio y Wierzba, 2015 y Tripodoro, 2021), sostuvieron que el proceso de DMA debe registrarse en la historia clínica y que no es necesaria la presencia de un notario y de escritura pública. En una postura contraria, citada en Bernal, Limardo y Díaz (2023, p. 36), se ha expresado Taiana de Brandi en cuanto a la necesidad de este último instrumento público porque otorga al acto fehaciencia, fecha cierta, matricidad, inalterabilidad, juicio de habilidad por parte del escribano, privacidad y asesoramiento jurídico.

Esta contradicción normativa y doctrinaria, es facilitadora de incertidumbre y confusión en la práctica asistencial, y podría llevar a un resguardo excesivo en cuanto al requerimiento de formalidades en las DMA, incrementado quizás por el temor a la industria del juicio o medicina defensiva en los equipos de salud y gestión hospitalaria, como hemos sostenido.

En este sentido, solamente los especialistas en la materia, conocen que el Código Civil y Comercial, (*código de fondo*) y su fundamentación, determinan la vigencia de las leyes especiales que no quedan derogadas, salvo expresa excepción, lo cual genera la convivencia simultánea dentro de nuestro sistema jurídico de dos regulaciones contradictorias en este tema de las formalidades para la implementación de las DMA (Lorenzetti, Highton de Nolasco y Kemelmajer de Carlucci, 2015).

Y reiteramos que esta contradicción entre la *regulación especial* y el *código de fondo*, y su coexistencia simultánea, en cuanto a formalidades necesarias, con las distintas posturas doctrinarias en el tema que se suman, no son conocidas en general en la práctica asistencial o generan incertidumbre. Por lo cual, en la mayoría de las situaciones se opta por requerirse las formalidades de la regulación especial para la implementación de las DMA (escritura

pública o formalidad ante funcionario judicial y dos testigos). Desde esta perspectiva, una de las coautoras de este trabajo (Bernal, 2020 y Bernal 2023a) ha relevado de una investigación que los profesionales de salud en la mayoría de los casos adhieren a las formalidades de la ley especial, desconociendo la voluntad anticipada del paciente cuando fue expresada verbalmente a sus familiares y no existe un documento escrito. Así, del cuestionario autoadministrado realizado a profesionales de la salud del Partido de General Pueyrredón, Provincia de Buenos Aires, Argentina, se ha observado la adherencia a las formalidades de la ley de Derechos de los Pacientes por parte de los profesionales, en el proyecto de investigación del grupo de investigación “Ética, Lenguaje y Epistemología”, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, titulado: “La relación entre autonomía y vulnerabilidad en el ámbito de la salud pública a partir de los cambios legales y culturales producidos en la Argentina en el siglo XXI”, como fue expuesto por Mainetti, Bernal y La Rocca (2018, p.356). En este sentido, y no obstante que el *código de fondo* no establece formalidad para las DMA, en la práctica generalmente no es respetado.

Ahora bien, ambos sistemas jurídicos opuestos (*regulación especial* y *código de fondo*) conviven simultáneamente y deben dialogar como fuentes del derecho (Kemelmajer de Carlucci, 2015). Y en este diálogo, como adelantamos, en coincidencia con Maglio (2021), consideramos que debería aplicarse el *código de fondo* en cuanto a formalidades para la implementación de las DMA., como ampliaremos más adelante. Maglio y Wierzba (2015, p.4) han afirmado que pueden también formalizarse por otros medios, en cuanto sean “respetuosos de la voluntad del enfermo y supongan la administración previa de información adecuada”. En esta línea, (Mainetti, Bernal y La Rocca, 2019, p.356) han planteado la validez de las DMA aún verbales, ante “la vulnerabilidad del morir”.

Sin embargo, destacamos que en tiempos de pandemia del COVID-19, en que se han revalorizado las DMA, también se habrían flexibilizado las formalidades requeridas para su

realización. En este sentido, Maglio (2020) y Ciruzzi (2020) han sostenido que las DMA podían ser instrumentadas en este contexto por cualquier medio, aprovechando las ventajas de las herramientas virtuales y de las TICs sin que esto implique una deshumanización en la relación equipo de salud- paciente. Maglio (2020) ha expresado la posibilidad de la comunicación virtual y por cualquier medio de los deseos de los pacientes, inclusive por las miradas y destacó la importancia de la comunicación analógica no verbal. Estos autores han recomendado el registro de todo el proceso en la HC, en coincidencia con Tripodoro (2021). Por su parte, Burger (2021) ha sostenido que las formalidades de la *regulación especial* se podrían flexibilizar en este contexto de pandemia, pero dejó abierta la posibilidad de mantenerlas fuera del escenario de crisis.

No obstante lo expuesto anteriormente, en cuanto al cuestionamiento del requerimiento de excesivas formalidades en materia de DMA, es importante reconocer que en el caso de los Testigos de Jehová o en otras situaciones, el hecho de contar con una escritura pública ha servido para el respeto de sus convicciones íntimas en épocas en que no estaba sancionada la ley de derechos de los pacientes 26529, en que era necesario judicializar el reconocimiento de sus derechos; sobre todo con anterioridad a la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación sentada a partir del precedente “Bahamondez” de 1989.

Ahora bien, para dar cuenta de la actualidad de la temática, relacionada con el requerimiento de estas formalidades excesivas para el respeto de DD.HH. o deseos de un paciente, que podrían derivar en una obstaculización del acceso a las DMA relataremos un caso reciente en base a lo publicado en esta revista *Hologramática* por Bernal, Limardo y Díaz (2023), que hemos actualizado con la resolución final del Tribunal Superior de Córdoba.

En marzo de 2023, un paciente ingresó a un hospital estatal en Córdoba con broncoaspiración y traumatismo craneoencefálico. Después de dos meses en terapia intensiva, sin muerte

cerebral, pero sin actividad en la corteza cerebral, fue trasladado a una sala común con soportes artificiales de alimentación e hidratación. La familia inicialmente solicitó al hospital retirar estos soportes, pero después que el hospital primero accedió y luego revocó esta decisión, la familia recurrió a la acción judicial mediante un amparo. Argumentaron que el mantenimiento de las medidas era artificial y mantenía al paciente en un estado vegetativo persistente, sin estímulos al dolor, y que estaban facultados para decidir sobre la muerte digna de su familiar en base a sus deseos previamente expresados. Se basaron en los artículos 59 y 60 del CCyC, ya que el paciente estaba imposibilitado de expresar su voluntad en la actualidad, pero cuando estaba lúcido había expresado repetidamente su deseo de que se le retiren los soportes vitales en caso de una situación grave o invalidante de su salud, ejerciendo así su derecho de autonomía sobre su cuerpo en forma verbal y anticipada. Antes de recurrir a la justicia, el Comité de Bioética del hospital recomendó respetar la voluntad expresada por los familiares, quienes habían comunicado los deseos del paciente cuando estaba lúcido, por estar en juego los principios bioéticos de autonomía, autodeterminación y dignidad.

Destacamos los fundamentos del amparo en que se cita a la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) quien sostuvo que el Estado no puede realizar actividades que se funden en el desprecio a la dignidad humana; también vinculó este valor con la autonomía, la igualdad, la libertad personal, el derecho a la vida privada y con el acceso a la información. Se afirmó también que el valor fundamental del ser humano radica en su dignidad como ser racional, considerándose un fin en sí mismo. Por lo tanto, se sostuvo que las DMA deberían ser respetadas y consideradas suficientes sin necesidad de intervención judicial.

En primera instancia el caso obtuvo sentencia favorable, y se hizo lugar al amparo interpuesto. Se declaró la ilegitimidad y arbitrariedad de la negativa del equipo médico del hospital, se hizo lugar a la limitación del esfuerzo terapéutico siempre y cuando se adopten los recaudos personales y espirituales que se consideren adecuados. Por último, se exhortó a

la comunidad médica y no médica a tomar conocimiento informado de las voluntades anticipadas previstas en la ley 10.058; también se exigió a las autoridades del estado provincial y municipal que adopten las medidas necesarias para garantizar su mayor difusión, con el fin de evitar la judicialización de los conflictos que puedan plantearse en el futuro (Bernal, Limardo, Díaz, 2023. pp. 13-14).

Sin embargo, posteriormente la municipalidad apeló el fallo que hizo lugar al pedido de la familia; apelación que fue rechazada en noviembre del 2023 por el Tribunal Superior de Justicia de Córdoba. De este modo, el máximo tribunal volvió a ordenar la desconexión del paciente en respeto de su voluntad expresada a sus familiares antes de entrar en estado vegetativo persistente. Afortunadamente, la justicia de Córdoba fue respetuosa de su dignidad y de su autonomía expresada en forma anticipada. Pero no podemos negar el desgaste emocional, afectivo y jurisdiccional que derivó de este derrotero, al haberse judicializado la cuestión en forma innecesaria por la falta de reconocimiento inicial de los deseos del paciente expresados anticipadamente sin las formalidades excesivas por parte del Hospital Municipal y su equipo de salud (Bernal, Limardo y Díaz, 2023. p.40).

V. Análisis de los resultados

VII. 1 Análisis a partir del espíritu del Código Civil y Comercial, de los principios jurídicos básicos, de los principios bioéticos y desde los principios de interpretación de derechos humanos aplicables

Consideramos que las formalidades excesivas establecidas por la *regulación especial* para la implementación de las DMA en Argentina, (de presencia de notario o funcionario judicial y dos testigos), podrían contradecir el espíritu del Código Civil y Comercial de la Nación;

principios jurídicos básicos; principios bioéticos y principios de interpretación de DDHH que consideramos aplicables; entre otras consideraciones de relevancia Y en este sentido, pensamos que debería aplicarse el Código Civil y Comercial (*código de fondo*) que no exige formalidad, siguiendo lo expuesto anteriormente por Bernal (2020); Bernal (2023 a y 2023b) y Bernal, Limardo y Díaz (2023).

Pasamos a desarrollar nuestros argumentos para analizar los resultados desde estas consideraciones.

En primer lugar, el *código de fondo* establece un núcleo duro de condiciones mínimas en materia de respeto de derechos personalísimos sobre el propio cuerpo, como los vinculados con las DMA. Esto significa que las leyes especiales, o *regulación especial*, que conviven con este código en forma simultánea, pueden ampliar derechos, pero no pueden restringir este núcleo duro (Herrera, Caramello y Picasso, 2015). En segundo lugar, existen principios o aforismos jurídicos aplicables ante la contradicción entre dos sistemas legales. Y en este tema pensamos que debería priorizarse el principio que determina que la ley posterior deroga a la anterior: en el caso el art. 60 del *código de fondo* que fue sancionado en 2015 con posterioridad a la última reforma de la *regulación especial* del 2012 (de la ley 26742 que modificó la ley 26529 de derechos de los pacientes). En tercer lugar, consideramos que deberían aplicarse los principios de interpretación en materia de DD.HH.: *pro homine*, de progresividad y de no discriminación. En base a estos principios justificamos también que corresponde lo regulado por el *código de fondo* en cuanto a formalidades de las DMA que amplía derechos en relación a la *regulación especial*. En esta línea, esta última normativa no podría conllevar a medidas potencialmente restrictivas, regresivas, discriminatorias, y limitantes de toda interpretación extensiva del ejercicio de DD.HH. vinculados con las DMA. En cuarto lugar, el *código de fondo* fue diseñado para plasmar una ética a favor de los más vulnerables, como surge de su fundamentación dentro de los aspectos valorativos. En el tema

que nos ocupa la parte más vulnerable sería -desde nuestra perspectiva- el paciente muriente o con un estado avanzado de enfermedad, cuando intenta planificar sus decisiones sobre su propio cuerpo mediante las DMA. Por lo tanto, en caso de duda, consideramos que debería prevalecer la norma más protectora para el mismo, que legitime su voluntad anticipada, aún verbal, por sobre las formalidades exigidas por la *regulación especial*. En este sentido, nos interpelamos sobre la relevancia del art. 8vo.de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de UNESCO 2005 que promueve el respeto del principio de vulnerabilidad. Sin perjuicio de ello, consideramos que el exceso de formalidades de la regulación especial, podría adicionar otra “capa” más de vulnerabilidad al paciente, que se suma a la capa propia de su estado avanzado de enfermedad o de su final de vida (Luna, 2008, p.1). Ello debería determinar una interpretación jurídica más protectora del ejercicio de sus DD.HH., dada su gran fragilidad, hacia una mayor flexibilización que permita el respeto de su voluntad anticipada, cualquiera sea su formalidad. En quinto lugar, consideramos que pretender formalidades que podrían ser incumplibles o dificultosas constituye un “exceso ritual manifiesto”, que no debería ser admitido en desmedro del reconocimiento de un DD.HH. En sexto lugar, y por otro lado, la propia *regulación especial* permite el consentimiento informado por representación, que si bien no es conceptualmente comparable a una DMA, sirve para reforzar nuestra posición en una interpretación coherente y sistémica del ordenamiento jurídico. Ambos institutos jurídicos, aunque son diferentes conceptualmente persiguen la misma finalidad: que se respete la autonomía del paciente, en coincidencia con Maglio y Wierzba (2015). En séptimo lugar, consideramos que corresponde realizar una interpretación armónica e integral en el tema, para evitar contradicciones, siguiendo el propio espíritu del *código de fondo* y sus fundamentos. En octavo lugar, coincidimos con Belli y Maglio (2013), en que la aplicación de formalidades excesivas constituye un obstáculo en contra del espíritu mismo de las DMA, “para hacer efectivos la voluntad y los derechos del sujeto dado que implica cuestiones económicas y logísticas

difíciles de saldar por todos los ciudadanos.” Al respecto, coinciden Ferrari *et al.* (2013, p. 317) y Tripodoro (2021). Por su parte, Maglio y Wierzba (2015) han reforzado estos conceptos sosteniendo, por un lado, que estas formalidades implican un “desconocimiento de la realidad sanitaria” y, por otro lado, que “los procesos de toma decisiones no deben ser interferidos mediante la acción de profesionales del derecho, implicando un costo simbólico y/o económico que pueda afectar la voluntad del paciente” (p. 4). En noveno lugar, y relacionado con el punto anterior, consideramos que estas formalidades requeridas por la *regulación especial*, podrían conllevar a una discriminación no admisible. En este sentido, como hemos reiterado, consideramos que debería seguirse la interpretación del espíritu del *código de fondo*, de flexibilización de las formalidades de las DMA, armoniosa con la llamada “constitucionalización” del derecho privado, que sigue los lineamientos constitucionales y convencionales que en sus aspectos valorativos se fundamenta en el paradigma de la no discriminación y la igualdad. En décimo lugar, estas formalidades excesivas si fueran requeridas por parte del equipo de salud (frente al rechazo de tratamientos fútiles expresado anticipadamente por el paciente en forma verbal a sus familiares o allegados), podría conllevar a un encarnizamiento terapéutico que podría contradecir los principios bioéticos de autonomía, vulnerabilidad, no maleficencia y dignidad. Y en esta línea, pensamos que forma parte de esta dignidad el derecho del paciente a expresar con libertad sus deseos sobre el cuidado de su propio cuerpo, el derecho a planificar el estado avanzado de su enfermedad, el derecho a proyectar la forma en que culturalmente entiende su muerte digna; y finalmente el derecho a su reconocimiento sin limitaciones derivadas de formalidades difíciles de cumplimentar.

No obstante, no todos comparten nuestra opinión, y como hemos adelantado, Taiana de Brandi ha defendido la necesidad de la instrumentación de las DMA por medio de la escritura pública (Bernal, Limardo y Díaz, 2023). Discrepamos con esta autora por toda nuestra argumentación. Y reiteramos que bastaría el registro del proceso de DMA en la historia

clínica del paciente con la firma de dos testigos, en coincidencia con Maglio (2020, 2021), Ciruzzi (2020), Tripodoro (2021) y con la normativa de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI), como retomaremos en nuestra tesis.

Por otra parte, en la investigación de Buedo *et al.* (2023, pp. 38-39) se dio cuenta de que de los diez países relevados de Latinoamérica (Panamá, Guyana Francesa, México, Uruguay, Argentina y Colombia) solo este último permite una flexibilidad en las formalidades para las DMA “mediante otros medios tendientes a respetar la diversidad” (p.39). Por lo tanto, se desprende que esta barrera jurídica en análisis no es solo exclusiva de Argentina sino también de otros países de la región.

VII. 2. Análisis de los resultados desde las tecnologías en salud

El requerimiento en la práctica asistencial de formalidades excesivas en materia de DMA por parte principalmente del MMH; pero también muchas veces por parte de los propios equipos de salud, de la gestión sanitaria, de los operadores jurídicos y de la comunidad en general (que podrían reproducir y legitimar dicho modelo), se podría enmarcar en el uso predominante de tecnologías ya sea duras o duras-blandas (siguiendo a Merhy, 2006 y 2007). Ello, en desmedro de la priorización del espacio interseccional de encuentro y del predominio de las tecnologías blandas, que permitan el acceso al respeto de los DDHH relacionados con los testamentos vitales, desde una mirada de la salud con perspectiva de derechos.

Y es a la tecnología blanda a la que le dedicaremos especial atención, ya que su efectividad, sostiene Merhy (2006 y 2007), se expresa como un proceso de producción de relaciones intercesoras, y utiliza este término en un sentido semejante al modo en que lo utiliza Gilles Deleuze (1995) en el libro *Conversaciones*, que discurre sobre la intersección que Deleuze y Guattari constituyeron cuando produjeron el libro *El Anti Edipo*, que no es una suma de uno y otro y producto a cuatro manos, sino un inter y también interventor. Es así que usa ese

término para designar lo que se produce en las relaciones entre sujetos, en el espacio de sus intersecciones, que es un producto que existe para los dos en acto y no tiene existencia sin el momento de la relación en la cual los inter se colocan como instituyentes en la búsqueda de nuevos procesos, tal cual uno en relación con el otro, en una de sus dimensiones claves que es su encuentro con el usuario final.

Es en este encuentro del trabajo vivo en acto con el usuario final donde el equipo de salud deberá presentarse portando dos grandes dimensiones, por un lado, la dimensión profesional constituida por todos los saberes disciplinares y científicos, pero fundamentalmente portando lo que Merhy (2006 y 2007) denomina la dimensión cuidadora, esta que debería estar constituida por el acogimiento, el posicionamiento ético, el recibimiento, el vínculo y la escucha. Luego este autor agrega que, si el equipo de salud se presenta a este encuentro con el otro solo portando su dimensión profesional, muy probablemente el vínculo que se establecerá con el usuario será similar al vínculo establecido entre el torturador y el torturado. Por el contrario, al darnos una visión sobrecogedora de lo que puede transformarse ese encuentro nos permite introducir la perspectiva de DDHH vertebrando este encuentro y el despliegue de la tecnología blanda. En este sentido, nos vincula con los DD.HH. relacionados con las DMA que son los de autonomía de las personas para decidir sobre su propio cuerpo y proyecto de vida, de información comprendida, de salud integral, de igualdad y libertad, con fundamento moral en la dignidad, como han sostenido Bernal (2023a y 2023b) y Bernal, Limardo y Díaz (2023).

Es este encuentro el que marca la diferencia en la producción de cuidados respecto de la producción de otro tipo de bienes.

Un trabajo fabril típico se relaciona con el consumidor por intermedio del producto que este usa, en tanto que, en un trabajo de servicio el acto de producción y de consumo ocurren al mismo tiempo. Por eso, a la primera relación Merhy (2006, p.20) la denomina objetal y a la segunda, intercesora.

En este escenario final, la forma en que el usuario percibe la utilidad del producto para sí mismo está constantemente presente en la interacción directa entre producción y consumo. Esto resalta la singularidad absoluta de la relación que se establece en este espacio de encuentro, la cual solo puede ser discernida por el usuario.

Traslademos esto al espacio de una DMA, ese encuentro no puede ni debe ser estandarizado y ritualizado con formalidades excesivas, más allá del establecimiento de un marco normativo para el equipo de salud, el final siempre será abierto e incierto dice Merhy (2007), y en esa brecha de incertidumbre es justamente donde la voluntad del usuario logra interferir y capturar de manera efectiva la lógica del trabajo del equipo de salud.

NUESTRA TESIS

En base a todo el andamiaje argumentativo e interdisciplinario construido previamente, planteamos nuestra tesis que hemos adelantado durante el desarrollo de nuestro trabajo. En ella sostenemos que para el respeto de los DDHH vinculados con los testamentos vitales bastaría con el registro del proceso de las DMA en la Historia Clínica de los usuarios/consultantes, con la firma de todos los participantes de este proceso y dos testigos, haciendo predominar el espacio interseccional y las tecnologías blandas en salud, para avanzar hacia un cuidado integral que potencie el encuentro y que sea respetuoso de la dignidad, vulnerabilidad, autonomía e identidad personal y cultural.

REFLEXIONES FINALES

A modo de conclusión, podemos decir que la *accesibilidad* es la dimensión clave para que la normativa jurídica y las políticas públicas pasen de ser meros enunciados a dispositivos capaces de mejorar la vida de los ciudadanos a lo largo de su trayectoria vital, lo que muchas

veces en salud colectiva denominamos proceso de enfermedad atención y cuidado, esa biografía que contiene dos hitos fundamentales: el nacimiento y la muerte.

Y ha sostenido Menéndez que:

La enfermedad y la atención de ésta constituyen hechos estructurales en toda sociedad; que expresan no sólo fenómenos de tipo epidemiológico y clínico, sino que también expresan las condiciones sociales, económicas y culturales que toda sociedad inevitablemente procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir (2000, p.10)

Se trata de un proceso dinámico, en diálogo permanente con la historia, con dimensiones generales y singulares, públicas y privadas, y por supuesto (como la vida misma) hablamos de un proceso plagado de contradicciones expresadas a su vez en las distintas disciplinas que acompañan, regulan y norman las trayectorias de vida, como son el derecho y la medicina.

No pretendemos saldar la totalidad de las contradicciones, sino apenas pensar en estrategias de abordaje interdisciplinario e integral, respetuosas de los DDHH, la normativa jurídica y los principios esenciales de la bioética y es en este marco que el encuadre de las tecnologías blandas y su dispositivo central al que E. Merhy (2006, 2007) denomina *espacio de encuentro*, aparece como una estrategia para que la DMA deje de ser un privilegio de clase y puedan transformarse en un derecho básico.

Porque este dispositivo cargado de incertidumbre, singularidad y final abierto, al que incluso Merhy compara con un encuentro amoroso, despoja al médico de los saberes hegemónicos que históricamente le imposibilitaron ser “interferido” por las necesidades de los usuarios, porque este dispositivo es capaz de prescindir de las tecnologías duras y por lo tanto de la pregnancia del mercado en la práctica médica que suele exacerbarse en los cuidados de fin de vida con procedimientos o utilización de tecnología sin sentido, lo que algunos autores llaman encarnizamiento terapéutico o distanasia, que poco y nada interpela al derecho y a la

medicina, como si estuviéramos habituados al “mal morir” mientras que la libertad individual para elegir cómo dejar el plano terrenal es vivida como una afrenta a las disciplinas que históricamente funcionaron como dispositivos de control social y político.

Finalmente, por todas las consideraciones expuestas, afirmamos que resulta necesario pensar y repensar el problema abordado de las formalidades excesivas de las DMA como obstructoras de DD.HH. desde una reflexión profunda e interdisciplinaria. Y en este sentido, reforzamos la necesidad de priorizar las tecnologías blandas, el espacio interseccional y de encuentro en este tema tan sensible en que está en juego la dignidad, vulnerabilidad, identidad, autonomía de las personas y su modo de entender culturalmente tanto su vida como su muerte digna.

BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTALES

Acuña, B. y otros (2012). Control social y relaciones de poder en la interacción equipo de salud-usuario. *Archivos de Medicina familiar y general*. Argentina, Vol. 9, N°1, p. 59.

Belli, L. y Maglio, I. (2013). Alcances de la nueva legislación sobre muerte digna. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 2013, 4, pp.212-216.

Bernal, M., Limardo, M. y Díaz, M. C. (2023). Comunicación Estratégica, Educación y Directivas Médicas Anticipadas en la Argentina. *Hologramática*, 1(39), Vol. 2, pp. 21–53. Recuperado de <http://revistas.unlz.edu.ar/ojs/index.php/rholo/article/view/80>

Bernal, M. (2023a) *¿Obstáculos para las Directivas Médicas Anticipadas en Argentina? Una reflexión crítica y una propuesta desde la bioética en acción*. Berlín: Editorial Académica Española.

Bernal M. (2023b) La competencia para el acceso a las directivas médicas anticipadas en Argentina para el respeto por la dignidad. En memorias del IX CONGRESO INTERNACIONAL DE LA REDBIOÉTICA UNESCO “BIOÉTICA CRÍTICA PARA TIEMPOS COMPLEJOS, 15 al 17 de noviembre del 2023. Monterrey, Nuevo León, México.

Bernal, M. (2020). *Testamentos vitales en Argentina: adolescentes y formalidades. Un abordaje crítico desde la bioética enmarcada en los derechos humanos*. Berlín: Editorial Académica Española.

Buedo, P., Sánchez, L., Ojeda M., Della Vedova M., Labra, B., Sipitria, R., Centineo Aracil, L., Consentino, S., Varela, I., Yabar Varas G., Apaza, G., Krasnow, Vilchez, S. y Luna, F. (2023) Consentimiento informado y directivas anticipadas: análisis comparado de la legislación en América Latina. *Revista de Bioética y Derecho*. 2023; 58, pp. 25-44 - Recuperado de DOI [10.1344/rbd2023.58.41678](https://doi.org/10.1344/rbd2023.58.41678)

Burger C. (2021) Jornada taller “Procedimientos de decisión en ética clínica, aplicación del Protocolo nacional, asignación de recursos en UCI pandemia COVID-19. Comité de Ética Central, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 24 de mayo de 2021.

Cámara Contencioso Administrativa de Segunda Nominación (2023) “S. O., R. M. c/Municipalidad de Córdoba s/ amparo ley 4915”. Recuperado de <http://www.saij.gob.ar/FA23160042>

Casado, M. (2009). Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO. Thomson Reuters. Recuperado de <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/53026/1/252153.pdf>

Código Civil y Comercial de la Nación. (2015). Buenos Aires: Honorable Cámara de Diputados de la Nación.

TECNOLOGÍAS EN SALUD, FORMALIDADES Y TESTAMENTOS VITALES DESDE UNA MIRADA INTERDISCIPLINARIA

Iparraguirre, Martina; Díaz, María C.; Bernal, Marcela P.

Constitución de la Nación Argentina. 22 de agosto de 1994.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (1985). Opinión Consultiva 5/85. La colegiación obligatoria de periodistas (Arts. 13 Y 29 Convención Americana sobre Derechos Humanos). CIDH. Recuperado de https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_05_esp.pdf

Corte Suprema de Justicia de la Nación (1993) “Bahamondez, Marcelo s/ medida cautelar”. Recuperado de <http://www.sajj.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-bahamondez-marcelo-medida-cautelar-fa93000111-1993-04-06/123456789-111-0003-9ots-eupmocsollaf>.

De Ortúzar, G. (2007). Testamentos vitales: problemas éticos, sociales y legales en Argentina. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*. 27(2). (2018). Toma de decisiones médicas: “testamentos vitales”. Clase 5. Bloque II. FLACSO Argentina. Recuperado de <https://www.flacso.org.ar/flacso-virtual/>

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO. 2005. Recuperado de https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa

Decreto 1089/2012 Reglamentario de la Ley 26529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

Deleuze, G. (1995). *Conversaciones*. Ed. Flammarion, París.

Foucault, M. (1975) *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión*. Madrid: Siglo XXI.

Guattari, F. y Deleuze, G. (1972) *El antiedipo. Capitalismo y esquizofrenia*. Les Éditions de Minuit: París.

TECNOLOGÍAS EN SALUD, FORMALIDADES Y TESTAMENTOS VITALES DESDE UNA MIRADA INTERDISCIPLINARIA

Iparraguirre, Martina; Díaz, María C.; Bernal, Marcela P.

Herrera, M., Caramelo, G. y Picasso, S. (2015). Código Civil y Comercial de la Nación Comentado. pp. 462-465. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Infojus,

Kemelmajer de Carlucci A. (2015) Prólogo a Herrera M. Caramello G. y Picasso S en: Código Civil y Comercial de la Nación Comentado Tomo I. Editorial Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. C.A.B.A. Argentina. Recuperado de [http://www.saij.gob.ar/docs-f/codigo-comentado/CCyC_Comentado_Tomo_I%20\(arts.%201%20a%20400\).pdf](http://www.saij.gob.ar/docs-f/codigo-comentado/CCyC_Comentado_Tomo_I%20(arts.%201%20a%20400).pdf)

Ley 26.529 de 2009 [Salud Pública] Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Buenos Aires: Honorable Cámara de Diputados de la Nación. 21 de octubre de 2009. Recuperado de <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/texto.ct.htm> modificada por Ley 26.742 de 2012 [Salud Pública] 09 de mayo de 2012. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26742-197859/texto>.

Maglio I. y Wierzba S. (2015) *El derecho en los finales de la vida. Muerte digna*. La Ley, Año LXXIX, 167. Buenos Aires: La Ley.

Maglio I. y Ciruzzi S. (2020). Directivas Anticipadas en tiempos de COVID. Video conferencia realizada el 22-4-2020, organizada por Art. El Faro Asociación. Recuperado de <https://facebook.com/events/s/directivas-anticipadas-en-tiem/680430626103261/?ti>

Mainetti, M., Bernal, M. y La Rocca, S. (2019) Desaprendizaje ético y jurídico. Respeto a la autonomía anticipada y verbal en la vulnerabilidad del morir. *Cuadernos de Bioética*. N° 100, Vol. XXX, 3ra., septiembre-diciembre.

May Zubiría, D. R. (1959). *El formalismo en el derecho*. pp.127-134. Universidad de Buenos Aires: Facultad de Derecho

TECNOLOGÍAS EN SALUD, FORMALIDADES Y TESTAMENTOS VITALES DESDE UNA MIRADA INTERDISCIPLINARIA

Iparraquirre, Martina; Díaz, María C.; Bernal, Marcela P.

Menéndez, E. (2000) El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*; 1(1); 9-2, Enero-Abril.

Menéndez, E. (2020) Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*; 16e2615. Recuperado en Doi:[10.18294/sc2020.2615](https://doi.org/10.18294/sc2020.2615).

Merhy, E. (2001) Pandemia, Sistema Brasileño de Salud (SUS) y Salud Colectiva: composiciones y aperturas hacia otros mundos. pp. 17-19, Recuperado de <https://www.scielo.br/j/icse/a/KMp7tmkyd5zFzY4SHMY6LsD/abstract/?format=html&lang=es>.

Merhy, E. (2006) *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. Cap. 2, pp. 17-19, Buenos Aires: Lugar editorial.

Merhy, E. (2007) Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. *Revista Salud Colectiva*, Lanús. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300004.

Ministerio de Salud de la Nación. Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Recuperado en <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/coordinacion-investigacion/ets#:~:text=Una%20Tecnolog%C3%ADa%20Sanitaria%20se%20define,abocada%20a%20>

Organización Mundial de la Salud (2006). Consejo Ejecutivo 118° Reunión. Tecnologías sanitarias esenciales EB 118/15 p. 1. Recuperado de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB118/B118_15-sp.pdf.

Pelle, W. (2016) La edad mínima para otorgar válidamente directivas médicas anticipadas. Argentina: Ed. Microjuris.com. Recuperado de <https://aldiaargentina.microjuris.com/2016/04/15/la-edad-minima-para-otorgar-validamente-directivas-medicas-anticipadas/>

TECNOLOGÍAS EN SALUD, FORMALIDADES Y TESTAMENTOS VITALES DESDE UNA MIRADA INTERDISCIPLINARIA

Iparraguirre, Martina; Díaz, María C.; Bernal, Marcela P.

Taiana de Brandi, N. y Llorens, L. (1996). *Disposiciones y estipulaciones para la propia incapacidad*. Buenos Aires: Astrea.

Tripodoro, V. (2021). Planificación de las decisiones en Salud: compartidas y anticipadas. Comité de Bioética del Hospital Argerich. Ciclo: Conversaciones con el comité, a cargo de Vilma Tripodoro. [video]. Recuperado de <https://youtube.com/channel/UC2Nh9cQOvXdeWw6yYqcoEcQ>