

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

FLACSO – Sede Académica de Argentina

Maestría en Bioética

Tesis de Maestría

**El lugar del sujeto en el Consentimiento
Informado y las Disposiciones Anticipadas. La
universalidad de la norma y la singularidad del
acto.**

Lic. Gabriela Poggi

Directora de tesis: Dra. Clara Schor-Landman

Noviembre, 2020.

Tabla de contenido

Agradecimientos.	3
Resumen.	6
Palabras clave.	6
Introducción	7
Objetivos.	10
Hipótesis.	10
Estructura de contenido.	12
Estado de la cuestión y marco teórico.	13
Justificación y relevancia.	15
Metodología.	17
Marco teórico – Psicoanálisis.	20
Primera Parte	
Cap. 1: Sistemas de salud. Argentina y Canadá: dos propuestas de salud pública.	23
Los sistemas de salud y los dispositivos de atención.	23
En síntesis.	44
Cap. 2: CI/DA: legislación actual en Toronto, Canadá y en Buenos Aires, Argentina.	47
Legislación sobre Disposiciones Anticipadas y Poderes de Delegación en Canadá.	48
El Consentimiento Informado y las Decisiones Anticipadas en Argentina.	58
En síntesis.	66
Segunda Parte	
Cap. 3: El lugar del encuentro. Los discursos, los saberes.	70
Algunos elementos del marco teórico del Psicoanálisis.	70
Inconsciente, sujeto dividido, el deseo y el goce.	72
Discursos hegemónicos y deseos humanos.	73
El derecho.	76
Los proyectos.	80
Cap. 4: El ser humano consciente y presente, demanda de control.	
El sujeto que irrumpe, demanda de sufrimiento.	84
Freud y lo arduo de (no) pensar en la muerte.	85
El sujeto y su demanda.	88
La respuesta a la demanda. Las instituciones, los saberes.	89
El saber del paciente y la firma de CI/DA.	92
Conclusión.	99
Bibliografía.	107

Agradecimientos

“Menos mal que los objetos que se nos aparecen siempre han desaparecido ya. Menos mal que nada se nos aparece en tiempo real, ni siquiera las estrellas en el cielo nocturno. Si la velocidad de la luz fuera infinita, todas las estrellas estarían allí simultáneamente, y la bóveda del cielo sería de una incandescencia insoportable. Menos mal que nada pasa en tiempo real, de lo contrario nos veríamos sometidos, en la información, a la luz de todos los acontecimientos, y el presente sería de una incandescencia insoportable. Menos mal que vivimos bajo la forma de una ilusión vital, bajo la forma de una ausencia, de una irrealidad, de una no inmediatez de las cosas. Menos mal que nada es instantáneo, ni simultáneo ni contemporáneo. Menos mal que nada está presente ni es idéntico a sí mismo. Menos mal que la realidad no existe. Menos mal que el crimen nunca es perfecto.” (Baudrillard, 1996).

Esta cita de Baudrillard me enamoró desde que la leí. Siento que es apropiada para pensar la problemática que me ocupa en esta tesis, donde lo que se habrá de resolver quizás no sea posible para el sujeto. Quizás no pueda tomar la decisión apropiada, justa, controlada y tranquilizadora al firmar el CI o las DA. Baudrillard me hace pensar que “menos mal” que no existe la legislación perfecta y que podemos pensar y repensarla, sea este de Argentina o de Canadá. Podemos buscar las formas que incluyan y sean más respetuosas del sujeto, del ser humano que no es idéntico a sí mismo a través del tiempo. En el cuerpo, en las enfermedades y en la muerte se ve la finitud del ser humano. No hay decisión que lo altere. No hay legislación que pueda perpetuar el deseo.

Esta cita también me hace pensar que los amores, los amigos, los afectos que nos acompañan son como esas estrellas. Algunas brillan durante un tiempo, nos iluminan un tramo de nuestras vidas. Algunas pocas son eternas, a esas que uno también quiere con eternidad. Mi estrella de brillo eterno, a quien quiero con eternidad, es mi hija Grisel. Es a quien le agradezco todo su amor que me permite en medio de esta vertiginosa vida seguir estudiando, trabajando y saber que estamos juntas. Llegué a finalizar esta etapa de trabajo sabiendo que ella me apoyaba y (desde hace años ya) es una de las interlocutoras más pródigas que conozco: sus críticas y comentarios enriquecen esta tesis. Su opinión me abre un mundo distinto. Otra estrella de las que quiero con eternidad es una que desde hace unos años volvió a iluminar mi cielo, Edy mi marido. Todo su apoyo y sostén para poder concretar esta tesis fue con amor y compañerismo. No se me ocurren palabras para agradecerle su paciencia y su alegría siempre brillando en nuestras vidas.

Hay estrellas de amor infinito que iluminan desde hace tiempo mi andar y estimularon este trabajo, amigos como Julio y Daniel, Lili y Lorena. Estrellas nuevas como Walter, que además de su afecto me aportó su inteligente mirada sobre el Derecho y lecturas que ampliaron mi perspectiva. Leonor, que junto con su apoyo incondicional me hizo saber del brillo de Rocío.

Rocío Navarro realizó en la etapa final de la tesis la complejísima edición y corrección aportando su saber y calidez. Agradecimiento infinito a su trabajo.

Clarisa Kicillof, amiga, a la cual debo un agradecimiento especial en esta tesis. Conversando con ella es que decidí anotarme esta Maestría. Interpretó mi deseo hace ya muchos años al sugerírmelo y volvió a hacerlo cuando me propuso a Clara Schor-Landman como directora. Le agradezco enormemente su afecto y brillo propio en la lectura de la tesis.

Clara Schor-Landman estimuló mi trabajo desde el primer momento. Confió en un esbozo de idea que le pareció podría convertirse en un trabajo interesante. Durante este difícil y agotador

año de pandemia sus lecturas, sus aportes, críticas y estímulos fueron fundamentales para que pudiera realizarla. Clara resultó una verdadera maestra para poder realizar la tesis, no es fácil cuando uno se siente, a veces, “bajo la incandescencia insoportable del presente”. Nada de eso lo realizó sin amor y humor, sumándome autores desconocidos que se convirtieron en el cuerpo de la tesis y miradas nuevas sobre autores conocidos.

Resumen

Actualmente, las normativas que enmarcan y regulan las disciplinas médicas permiten que de ellas se desprendan distintos interrogantes que ocupan, principalmente, al campo de la bioética. Estas preguntas se centran en torno a la noción de sujeto y ponen de manifiesto el contraste que existe en la pretendida universalidad de la aplicación de la norma y los hechos. En este trabajo se pretende realizar una investigación comparativa de los sistemas de salud de Canadá y de la Argentina y la aplicación de la legislación que comprende el Consentimiento Informado y las Disposiciones Anticipadas, ya que estas dificultan una posible irrupción del sujeto en el momento de firmar la normativa. Su efectiva irrupción interpela la aplicación de los principios de universalidad, autonomía y competencia.

Los interrogantes y las líneas de investigación que inauguran constituyen un *problema* en tanto es un asunto relevante para la comunidad científica (Samaja, 2004) que no conoce soluciones hasta el momento dentro del campo disciplinar de la bioética. Es por ese motivo que en nuestra investigación se adopta un punto de vista psicoanalítico para el abordaje de los interrogantes, con el fin de abonar y ampliar la discusión en torno al surgimiento y la aplicación de las normativas del dispositivo científico-médico.

Palabras clave: Disposiciones anticipadas – Consentimiento informado – Psicoanálisis -
Sujeto

Introducción

Actualmente, desde el campo de la Bioética, la normativa y los desarrollos que se producen en las disciplinas médicas son pensados constantemente. El objetivo de esta tesis es analizar en las Disposiciones Anticipadas (DA) y el Consentimiento Informado (CI) la posible irrupción del sujeto. Este análisis se realiza de forma comparativa en dos países con diferentes sistemas de salud pública: Canadá y Argentina.

Desde mediados del siglo pasado se han incorporado nuevas preguntas y respuestas posibles a las decisiones sobre la propia vida y sobre la vida de los otros cercanos. Una persona puede encontrarse con el hecho de tener que tomar decisiones referidas al inicio de la vida (posibilidades de paternidades/maternidades donde antes no había, preservación de embriones, etc.); al final de ella (tratamientos que la prolongarían, decisiones anticipadas y consentimiento informados que implican a terceros, etc.); decisiones en las que el sujeto se ve compelido a pensar su propia existencia y responsabilizarse de aceptar o no la(s) opción(es) que tiene.

Junto con ello, el acceso a información médica, la confiabilidad de la fuente proveedora de ella, las posibilidades que dan los sistemas de salud para garantizar el cumplimiento de la ley, son problemáticas que también atraviesan a los seres humanos en la actualidad.

La perspectiva multidisciplinaria de la Bioética permite debatir los dilemas humanos aun considerando que muchos de ellos dependen del desarrollo de la economía, pero esta condición no agota la respuesta. En el caso de las sociedades de Argentina y de Canadá, ambas comparten su pertenencia al mismo sistema económico, encontrándose en distintos momentos de desarrollo, por lo que vemos políticas sanitarias que no son posibles de implementar en los dos países por igual, ni aun compartiendo la necesidad y el deseo de hacerlo. Las formas que adopta histórica y

socialmente el capitalismo cambian, así como lo hacen las demandas de los sujetos. El análisis de esta tesis se basa en dos sociedades cuyas Disposiciones Anticipadas (DA) y Consentimientos Informados (CI) comparten muchos aspectos comunes. A su vez, estas sociedades poseen sistemas de representación y valores diferentes, con los que las personas que habitan en cada uno de los países han ido construyendo su singularidad. Las instituciones estatales, los sistemas de salud, las organizaciones de la sociedad civil (Gramsci, 1971) son parte del engranaje que sostiene y reproduce cada modelo¹.

La Bioética aporta a la reflexión del sujeto sobre tratamientos y decisiones de la esfera personal, sobre su propio cuerpo y las propuestas que desde la medicina le llegan e impactarán en su presente y su futuro. Al mismo tiempo, supone un enfoque desde la ética que permite a los actores de los sistemas médicos adquirir herramientas con el fin de interpelar a su realidad.

Esta disciplina se incorpora al debate en la hiancia existente entre el saber ciudadano y la legalidad instituida (participación de los debates sobre la Ley del Interrupción Voluntaria del Embarazo, Ley de Muerte Digna, de políticas de fertilidad). El punto de intersección entre la Bioética y el Psicoanálisis en esta tesis ocurre en el hecho de entender que, desde la Bioética, se reflexiona también acerca de los deseos del ser humano. Un ejemplo de ello es el caso de la investigación con menores: qué derechos se ponen en juego, los grados de comprensión, la incorporación de lo que el menor solicita dentro de los márgenes de la ley. En este cruce, se plantea la discusión sobre las condiciones de aplicabilidad de la legislación: comunicación de esta, lenguaje utilizado, barreras sociales, educativas, etc. Al considerar la legislación en casos no excepcionales, la Bioética establece criterios para situaciones cada vez más presentes en la vida

¹ Pensar la existencia de otro sistema político en donde la problemática planteada en esta tesis fuese viable, abriría una discusión acerca de la posibilidad de independencia del sistema político respecto del modelo económico en el que se halla, problemática que excede los límites de este trabajo.

diaria y al pensar los casos excepcionales permite incluir la singularidad, al ser humano con sus particularidades

Las primeras preguntas para pensar el problema fueron aquellas que surgieron a partir de la lectura de la normativa aplicada en cada país y su relación con el ser humano que habrá de encontrarse con ellas en el dispositivo médico. ¿Cuál es el contexto en el que surgen estas normativas? ¿El Estado en ambos países -Argentina y Canadá- garantiza las condiciones para el conocimiento y la comprensión de la ley? ¿La decisión de firmar constituye una cuestión pública o una cuestión privada? ¿Cómo se implementa una norma en la que el paciente y no un tercero deciden el cumplimiento o no del tratamiento médico? ¿Alguno de los dos dispositivos de salud ejerce mayor control sobre las decisiones que se toman? Desde estos interrogantes iniciales es que surgieron las preguntas de la tesis y el desarrollo de las hipótesis de la investigación.

La hipótesis principal de este trabajo adopta un carácter descriptivo en el marco del problema de investigación. En línea con lo propuesto por Samaja (2004) se utiliza la investigación sobre un *problema* entendiendo que es posible considerar a este un asunto “relevante para algunos o todos los miembros de una comunidad científica” (p. 230). Se considera que el hecho de ser relevante implica la no existencia aún de soluciones disponibles en el conjunto de los conocimientos establecidos sobre ese campo y que el contenido y alcance de los interrogantes planteados son especificados de manera sistemática por las distintas disciplinas que lo abordan. Es en ese sentido que la hipótesis principal incluye una perspectiva psicoanalítica a la hora de abordar los interrogantes propios del campo de la bioética, con la intención de ampliar la discusión de un problema que posee historia en las investigaciones propias del área hacia otros campos disciplinares.

Objetivos

Los objetivos generales planteados para esta investigación son:

a) describir y categorizar los modos en que los sistemas de salud de Argentina y Canadá conciben la atención de la salud pública, buscando comprender los criterios sobre los que soportan las relaciones entre los prestadores de salud y los seres humanos.

b) analizar los modos en que la normativa CI/DA delimita el accionar de los distintos actores a partir del estudio de las formas de comunicación, utilizando las fuentes disponibles en cada país.

Los objetivos específicos son:

a) inferir de los discursos médico y legal presentes en la normativa las distintas concepciones metodológicas en la que se sustentan algunas de sus estrategias de producción y análisis de conocimiento con las que abordan la problemática.

b) comprender las consecuencias que conllevan para el sujeto la toma de estas decisiones, en relación con las demandas presentes en ese acto en el momento de firmar CI/DA.

Hipótesis principal

La hipótesis principal de la tesis sostiene que las legislaciones CI/DA, tanto en Canadá como en Argentina, dificultan la posible irrupción del sujeto en el momento de firmar la normativa. La irrupción del sujeto interpela la aplicación de los principios de universalidad de la norma, así como los de autonomía, competencia y el hecho de encontrarse correctamente informado que se espera de él.

Desde esta mirada es que se interroga la reflexión bioética y se piensa al sujeto que tiene algo para decir, que cuestiona con su presencia los saberes de la ciencia, la regulación y el control

jurídico. Esta hipótesis permite el análisis de la tensión presente en ambos registros: en el de la norma y en el del sujeto en los posibles dispositivos de cada país.²

Hipótesis secundaria

La pregunta sobre el principio de universalidad presente en la norma que se encuentra en estos países condujo a los interrogantes que dieron forma a la hipótesis secundaria. Como señala Alemán (2003, 2014), la construcción de subjetividades distintas, acordes al desarrollo del capitalismo que les es propio y que poseen, además, disímiles sistemas de salud, nos permite preguntar: ¿Qué particularidades del ser humano son consideradas en el momento de dar respuesta a la demanda que aparece cuando se firma CI/DA? ¿A la demanda de quién o de qué se está dando respuesta? La hipótesis secundaria de esta investigación se plantea, entonces, comprender la demanda dentro del sistema de salud en dos aspectos: como demanda de sufrimiento del sujeto y como demanda de control de la sociedad. Analizar la complejidad de la demanda presente posibilita vincular al ser humano, presente y consciente, que es enunciado en los CI/DA con el sujeto que irrumpe, que no se encuentra contemplado en ella. Siguiendo lo propuesto por Lacan (1966), podemos pensar la demanda del sujeto en los dispositivos de atención. Una demanda que

² El ser humano puede ser entendido como una persona con vida social, como ciudadano; un individuo objeto de estudio de las ciencias sociales y naturales, del derecho, y es desde los diferentes campos disciplinares como se considera en sus distintas relaciones. Desde una perspectiva psicoanalítica, el sujeto que irrumpe hace alusión a la posibilidad de que el ser humano manifieste su subjetividad. Es decir, que sea posible en alguna instancia del encuentro con el profesional de la salud, ante la firma de CI/DA, de expresar aquello en lo que el paciente es singular, único: el momento en el que duda de firmar, cuando no entiende para qué debiera informarse si “de cualquier manera no entiende lo que le dicen”, cuando pide grabar al profesional cuando le habla porque si no, no recuerda lo que se le está informando, cuando cuestiona el diagnóstico médico y su pronóstico, cuando pide un tiempo mayor para poder pensarlo aunque sea ilógico y poco recomendable extenderlo; cuando quizás plantee discutir la firma con la familia o algún ser querido que no ve hace años.

El sujeto irrumpe ya que no puede solicitar. No es la persona lógica, consciente, que siempre fue a la consulta médica la que se expresa, sino la que está urgida por una realidad que se le aparece como avasallante de su vida presente y de su futuro.

tiene dos vertientes: la del enunciado (nivel del pedido) y la de la enunciación (lo que está más allá de lo que se dice). La demanda es el límite del cual el médico/analista debe sustraerse y a su vez es la que posibilita el acto con el que el analista responderá dentro del dispositivo analítico, haciendo que el deseo se pueda poner en palabras. Deseo inconsciente que se articula entre palabras, pero no puede nombrarse. Comprender esa posición del sujeto presente en la consulta implica, no solo considerarlo desde el enunciado de su demanda, sino suponer un deseo sobre el cual él no sabe y por lo tanto no está dicho en la demanda. La verdadera demanda es aquella que no se dice, que no se puede articular, que está en relación al deseo inconsciente. En esta segunda hipótesis de trabajo, se articula esta perspectiva con Milner (2004) y su análisis de la demanda de control presente en el dispositivo médico.³

Estructura de contenido

A continuación, en esta Introducción, se ofrece una descripción del estado de la cuestión en la literatura sobre el problema y se detalla el marco teórico del trabajo. Además, se analizan los criterios elegidos para desarrollar la investigación, sus límites y posibilidades.

En una primera parte, capítulos 1 y 2, se revisan y describen los sistemas de salud y las legislaciones de los dos países, Argentina y Canadá. La ciudad de Toronto es elegida en tanto que posee un sistema de salud pública en muchos aspectos paradigmático en América por las respuestas que da a las problemáticas de salud-enfermedad. Buenos Aires, por otro lado, posee un sistema de salud pública en cuya génesis estuvo presente el carácter universal y gratuito. Ambas

³ La demanda es analizada en esta tesis en dos vertientes. La **demanda de control**, que puede ser resuelta atendiendo al enunciado del ser humano en el momento de la consulta, es aquella que busca la resolución del problema puntual y permite ser objetivada en prácticas médicas a través del dispositivo de atención dentro del marco legal vigente. La **demanda del sujeto** es aquella que, junto con el enunciado, da cuenta de su singularidad, de sus deseos. Demanda no expresada en términos lógicos ni legales necesariamente.

representan a las ciudades con más recursos económicos de sus países y sus poblaciones urbanas son numéricamente similares. Se describe en esta primera parte la forma en que la normativa refiere al ser humano para poder pensar la hipótesis principal. Se trabaja analizando las particulares respuestas de los modelos de salud a las problemáticas de salud-enfermedad, las relaciones entre las políticas sanitarias, las instituciones y la génesis de ellas. En el capítulo 2 las legislaciones CI/DA de cada país son comparadas como expresión de preguntas a resolver: cuándo usar un poder subrogado, cuál es el criterio del mejor interés, cómo se aplica en casos en los que el paciente es incompetente pero no terminal.

En la segunda parte, capítulos 3 y 4, se describe y compara el lugar del ser humano que hará uso del CI/DA en cada país. Se busca entender en esos capítulos las posibilidades de irrupción del sujeto desde una perspectiva psicoanalítica y las demandas allí puestas en juego.

En el capítulo 3 se consideran algunos aspectos de los distintos discursos y saberes presentes en la normativa, incorporando una perspectiva de la teoría psicoanalítica a partir de los conceptos de inconsciente, deseo y sujeto dividido. Se analizan, también, los problemas que implican pensar o expresar la propia muerte en voz alta. Los conceptos de verdad en el discurso científico-médico, así como en el jurídico, son puestos en relación con el discurso del psicoanálisis y algunas de las consecuencias posibles para el sujeto.

En el capítulo 4, de acuerdo con lo propuesto por Milner, se analiza la tensión presente entre la demanda de sufrimiento (del sujeto) y la demanda de control (de la sociedad), que hacen intersección en la herramienta jurídica ante la toma de decisiones a futuro. Las respuestas a las preguntas que quedan abiertas a partir de esta reflexión no reflejan soluciones al problema, sino que permiten analizar lo instituido presente en ambas sociedades.

Estado de la cuestión, metodología y marco teórico

Este apartado tiene como propósito presentar, junto con la metodología de investigación, una descripción del estado del arte y los debates actuales sobre el problema a investigar. Se busca exponer distintas formas de acercamiento al problema y diferentes abordajes metodológicos que dan cuenta del enfoque y la relevancia dentro de las comunidades científicas que analizan la problemática. Las controversias y las diferencias que existen permiten incorporar nuevos matices y particularidades a la comprensión un problema sobre el cual no existen respuestas únicas establecidas en las investigaciones actuales.

De acuerdo a las preguntas planteadas en este trabajo, la articulación entre el campo de la normativa (CI/DA) y su relación con el ser humano que las habrá de firmar permite plantear los cuestionamientos y el desarrollo de las hipótesis de investigación del trabajo.

Junto con la hipótesis inicial, enunciada en la Introducción, se vinculan los objetivos específicos de comprender la forma que adquieren en cada país la toma de decisiones y su articulación con las demandas presentes en este acto. En ese sentido, considerando la multiplicidad de enfoques que la problemática permite, esta investigación vincula en la segunda hipótesis la demanda de detener el sufrimiento del sujeto con la demanda de control presente en el dispositivo médico-legal a partir de conceptos utilizados por Milner.

Estado de la cuestión

El estudio del Consentimiento Informado (CI) así como de las Disposiciones Anticipadas (DA) posee una larga trayectoria en las investigaciones de la Bioética que incluyen el análisis de los conceptos de autonomía, competencia, universalidad y el abordaje de diferentes alternativas legales para garantizar el cumplimiento de los principios éticos contenidos en ellas (Beauchamp y

Childress, 1989; Belmartino, 2001, 2005; Burgess, 1991; Calo, 2003; Childress, 1982; Costa, 1996; Culver y Gert, 1982; Ortúzar, 1998, 2005; Siurana Aparisi, 2010; Zuñiga Fajuri, 2011).

Actualmente la bibliografía sobre DA se centra, principalmente, en los alcances y usos de la herramienta jurídica, sus aspectos legales, en el concepto de autonomía desde perspectivas filosóficas y desde el señalamiento de la legislación vigente. Desde documentos y guías éticas (Informe Belmont, 1979; Declaración de Helsinki, 2013; Pautas Éticas CIOMS-OMS 2002-2013) se analizan los requerimientos para la organización de los momentos finales de la vida (Farías, 2008) considerando la competencia y capacidad del ser humano consciente para elaborar la información que recibe sobre su estado de salud, la legalidad del acto jurídico, sus alcances y límites (Farías, 2007; Luna y Salles, 1998, 2008). La bibliografía profundiza en torno a los alcances de la herramienta y la posición del sujeto jurídico, sus derechos, su capacidad de decidir y su relación con el sistema de salud (Salles, 2001).

El concepto de autonomía refiere al ser humano consciente, habilitado en sus competencias cívicas dentro de la relación médico paciente, que decide desde una posición *digna* en los momentos finales de su vida (Casado, 2008). La vulnerabilidad, las diferencias de los sistemas de salud, la inclusión del sujeto y la relación de los sujetos como singulares portadores de una historia son conceptos claves, ampliamente desarrollados dentro de las problemáticas bioéticas actuales (Luna, 2008; Salles, 2001), que enriquecen la problematización sobre los alcances de la normativa. Investigaciones recientes dan relevancia a la legislación comparada y el análisis de los derechos individuales (Shiro y Zabala, 2010).⁴

⁴ Al respecto ver: Aznar Martín, Mireia "El derecho de información del paciente. Evitar los vicios del consentimiento"; Gómez López, Noemí. "¿Existen factores de riesgo para no ser informado por parte de los anesthesiólogos en las cirugías de urgencia? Análisis bioético a propósito de la experiencia en el Hospital Germans Trias i Pujol"; Serra Vázquez, Alejandro. "El Consentimiento Informado. Una deriva desde la protección de la Autonomía del paciente hacia la Medicina Defensiva"; Herrera Rodríguez, Judith. "Principio de Autonomía y Voluntades Anticipadas en Trastorno Mental Grave"; Navarro Castro, María Teresa. "Competencia de una madre

Justificación y relevancia del tema

El objetivo de la presente tesis pone énfasis en el análisis de una norma significativa para la problemática de la Bioética. La relación entre los respectivos dispositivos médicos y cómo es enunciado el ser humano, permite la reflexión sobre un tema que interroga la universalidad de la norma. Incorporar la perspectiva psicoanalítica al análisis permite pensar al sujeto que tiene algo para decir y cuestiona con su irrupción los saberes de la ciencia, la regulación y el control jurídico.

Las normativas CI/DA constituyen una expresión clara del derecho de autonomía en sus aspectos de privacidad, reconocimiento de igualdad de oportunidades y autodeterminación del ser humano competente, expresiones de neto corte legal. Es una normativa que no incluye actualmente la discusión sobre la posición del sujeto. Este habrá de reflejarse desde los requisitos previos como el lenguaje y los medios para expresarse. La temporalidad de las decisiones, su actualización, los problemas que llevan a pensar/expresar su propia muerte en voz alta son consideraciones que problematizan el cumplimiento de la norma y su comprensión, en términos jurídicos solamente.

Las diferencias legales son expresión de estas preguntas sin resolver: cuándo usar un poder subrogado, cuál es el criterio del mejor interés, cómo aplicarla en casos en los que el paciente es incompetente pero no terminal. La inclusión de la pregunta sobre el sujeto como síntoma que cuestiona los saberes médicos permite complejizar el debate bioético y las discusiones acerca de la normativa que se encuentra en ambas sociedades.

Finalmente, en vistas de lo sucedido recientemente con el COVID-19 queda abierta la pregunta sobre los sistemas de salud y sus posibilidades para adaptarse a los nuevos problemas.

menor de edad ante decisiones responsables sobre la salud de su hijo. ¿Quién decide? Aspectos éticos y jurídicos": Palacios López, Carlolina. "Competencias bioéticas del consentimiento informado en el personal sanitario"; Sánchez López, Yeimi. "El principio de autonomía en el ejercicio profesional del psicólogo educativo en Colombia"; Pintor Pérez, Luis. "Trastornos de la personalidad y competencia para la toma de decisiones en el ámbito de la salud: estudio sobre su evaluación desde una perspectiva integradora bioético-médico-jurídica"; Santos Echaide, María. "La relación médico-paciente y el consentimiento informado en la actualidad, un recorrido por su evolución en España y México".

La infraestructura sanitaria, la formación de profesionales, el acceso a la información necesaria para evitar el desborde del sistema de atención, la implementación de nuevos protocolos, situación presente en todos los países que se vieron afectados por el virus. Esta pregunta sobre el sistema de salud está atravesada por el lugar en el que son pensadas las normativas de este trabajo: todo CI o DA careció de sentido ante las características de urgencia de la crisis que se extendía. Y entonces, se resignifica la pregunta acerca de cuál es el lugar del sujeto inconsciente, sin representación para la muerte, que demanda alivio a su padecer y muchas veces se expresa al no querer saber y se encuentra invadido por imágenes/información de muertes reproducidas cotidianamente.

Metodología

En la tesis se realiza una investigación de tipo cualitativa, que busca realizar un proceso de intercambio y producción de nuevos cuestionamientos, así como de reflexión sobre los sentidos otorgados desde los distintos campos disciplinares.

Para el desarrollo de los objetivos generales de describir y categorizar los modos en que son concebidos los sistemas de salud, se desarrollan en el capítulo 1 la descripción de los sistemas de salud de cada país, mientras que en capítulo 2 se aborda el análisis de la normativa CI/DA. Sistemas de salud y normativa son considerados unidades de análisis cuya descripción permite aportar datos válidos en esta primera etapa de investigación. Son incluidos también en estos capítulos algunas variables que permiten comprender la caracterización de los discursos hegemónicos de la medicina, del derecho y también elementos que permiten introducir el discurso del Psicoanálisis en la argumentación.

En el capítulo 1 se utilizan variables de análisis socio-históricas para describir la génesis de los sistemas de salud, ya que su desarrollo es un elemento importante para comprender la legitimidad del modelo biomédico en cada una de las sociedades estudiadas. Se analiza la salud

pública como variable comparativa y la relación existente en cada país entre pensar la inversión en salud pública y/o el gasto en salud pública por parte de los organismos competentes. El derecho a recibir información (y los medios implementados para ello), así como las garantías de acceso a la atención dentro de cada sistema de salud, son también descriptos en forma comparativa.

A partir de este recorrido, se analizan las relaciones dentro del sistema de salud de los dispositivos médicos “desde las ciencias sociales para entender uno de los procesos centrales de la vida social como es la salud-enfermedad” (Testa, 2004, p. 69), incorporando un enfoque que permite comenzar a inscribir dentro de la discusión la problemática del sujeto y su cuerpo (Foucault, 2000). En el capítulo 2 es analizada la forma en que, dentro de la normativa CI/DA, se delimitan las diferentes responsabilidades y atribuciones posibles a partir de los principios de beneficencia, competencia y autonomía que atraviesan a los futuros firmantes.

El concepto de autonomía permite pensar cómo se sostienen y vinculan los límites que la salud pública establece al ser humano en el acto de firmar las normativas. ¿Es un hecho privado o afecta políticas de salud pública? ¿Es singular y único o universal e igualitario? En el análisis de la normativa se incorporan los conceptos de dignidad (Casado, 2009) y de vulnerabilidad (Luna y Salles, 2008; Salles, 2001), buscando la mirada de la Bioética para profundizar la discusión relevante en el contexto actual sobre el ser humano presente en ellas.

Se utilizan los medios implementados en cada sociedad como fuentes de análisis para analizar la particularidad que adquiere la comunicación de la normativa CI/DA, variable presente en ambas sociedades. En este sentido, también es empleada para comprender los criterios de comunicación la conceptualización sobre las significaciones imaginarias de Castoriadis (1997).

Uno de los límites en el uso de datos de esta primera etapa de investigación se encuentra en lo disímil de las fuentes analizadas. Considerando que se utilizan como indicadores datos

estadísticos provistos por cada país e información proveniente de organismos internacionales (OMS para Argentina y Canadá; OCDE para Canadá) debe subrayarse la imposibilidad de obtener datos confiables sobre la Argentina posteriores a 2015, período en que se disolvió el Ministerio de Salud de la Nación⁵ y se convirtió en Secretaría de Salud. Consecuentemente, se generó una disminución del presupuesto para la salud pública y una reestructuración de la organización de las prioridades para la Nación, entre las cuales se encuentra la elaboración de datos confiables sobre la población del país. En el caso de Canadá, se consideran los datos provenientes de la OCDE como válidos, los cuales coinciden con los que se difunden desde el Ministerio de Salud del país.

En una segunda etapa de la investigación, se analiza y compara el lugar posible para el ser humano en ambas normativas, considerado desde la descripción y la caracterización de los discursos hegemónicos de la medicina y del derecho. Para ello, se realiza en el capítulo 3 un análisis bibliográfico de distintos autores con la intención de inferir en los discursos médico y legal las distintas concepciones metodológicas en la que sustentan algunas de sus estrategias de producción y análisis del conocimiento desde sus disciplinas.

En ese capítulo se relacionan los conceptos de verdad, contingencia y universalidad aplicados por el saber médico y el jurídico vinculándolos en el dispositivo de atención médica. Se analizan en tanto son considerados relevantes al identificarlos en el dispositivo de atención durante la comunicación de los profesionales de la salud, los abogados y los representantes de las instituciones en el acto de firmar el CI/DA. Son desarrollados, también, los conflictos de los “actos humanos” (Chomsky, 1995) como coherentes y adecuados, pero no causados y el concepto de *universal* utilizado en su acepción de imposible y necesario (Laclau, 2004).

⁵ El Ministerio de Salud de la Nación queda degradado a Secretaría de Salud el 3 de septiembre de 2018 y queda bajo la órbita del Ministerio de desarrollo Social.

En el capítulo 4, se desarrolla la noción de sujeto desde una perspectiva psicoanalítica, así como algunos de los conceptos de la teoría que permiten comprender la necesidad de considerar su importancia en las discusiones sobre el CI/DA. Teoría que se piensa como un saber que se sabe no científico (Lacan, 1964) en activa relación con el saber científico al cual problematiza (Lacan, 1966). Desde esa perspectiva se piensa al sujeto como premisa para el análisis: dividido, barrado, con inconsciente, que cuestiona la noción de yo como racional e indivisible (Freud, 1856; Lacan, 1966). Se busca comprender la emergencia de la singularidad del sujeto a través del discurso, como modo en que cada uno habita el lenguaje (Alemán, 2014), en oposición a pensar la universalidad del ser humano. En ese sentido, los conflictos subjetivos, las contradicciones y los dilemas del sujeto psicoanalítico se establecen en su relación con lo que hace y con aquello que no puede hacer (Laclau, Butler y Žižek, 2004).

Junto con esto, en el capítulo 4, también se desarrolla el análisis de Milner sobre la demanda presente en el sujeto y la demanda de control que él encuentra en la sociedad. Esto permite argumentar la segunda hipótesis de trabajo, en la que la demanda de detener el sufrimiento presente en el sujeto (atravesada por el deseo y el goce) y la demanda de control de la sociedad son parte de un proceso comparable en las dos sociedades dentro del dispositivo médico-legal de firma de CI/DA.

Marco Teórico - Psicoanálisis

Para poder desarrollar y validar las hipótesis propuestas expondremos algunas de las particularidades metodológicas propias del campo psicoanalítico.

Algunos investigadores consideran que es posible pensar el psicoanálisis como un campo disciplinar en el que los proyectos de investigación pueden encontrar la pregunta de su trabajo en el desarrollo de la práctica clínica (Azaretto *et al.*, 2007). Es decir, no se apela a la teoría como

forma de validación exclusiva, sino que se apela junto con ella a los hechos, planteando un modo de producción inductivo del conocimiento a investigar.

La discusión acerca de la investigación en Psicoanálisis no se encuentra cerrada entre los investigadores, dentro y fuera de la disciplina, ya que existen posiciones diversas respecto a si la experiencia clínica constituye o no un ámbito de investigación o de validación posible. Dentro de la investigación científica, las ciencias hegemónicas, cuyo campo de investigación y construcción del conocimiento tiende a lo universalizable, el Psicoanálisis permite ser pensado como una ciencia conjetural opuesta en su metodología a las ciencias exactas o formales (Soliz Checa *et al.*, 2003). De esta manera, la metodología que sigue está basada en conjeturas e inferencias y no en lo medible y cuantificable, herramientas válidas en otras disciplinas.

La pregunta en el marco de este apartado es acerca del estatuto metodológico del Psicoanálisis. ¿Es válida su estrategia metodológica en el momento de introducirse en el campo de las ciencias de investigación? ¿O solo podría pensarse en introducir una pregunta proveniente del campo del Psicoanálisis en tanto este tenga a la teoría como única vía?

De acuerdo con Azaretto (2007), la reducción a los términos empírico y clínico en el momento de especificar lo propio de la investigación psicoanalítica produce una limitación interpretativa acerca de lo que es posible investigar. Tal y como afirma Samaja (1993), podríamos decir que la reflexión y la actividad especulativa constituyen, también, experiencias. Toda investigación atraviesa necesariamente una fase de validación empírica en la que el investigador decide cuál será el objeto del trabajo y elige los tipos de unidades de análisis, las variables y las fuentes que se emplearán en el estudio. En ese momento, en el que se produce el recorte del objeto de entre muchas formas posibles, se habilita la posibilidad de pasar de un sistema conceptual a un sistema operacional con el cual trabajar.

En síntesis, en este apartado incluimos esta investigación dentro del grupo de trabajos cuyos interrogantes (sean estos planteados a partir del análisis teórico y/o de la reflexión psicoanalítica desde la clínica) se traducen en problemas, posibilitando así pensar las diferencias que surgen no como opuestos metodológicos insalvables, sino como constantes y variables que aparecen en los dispositivos de atención y circunscriben los nudos problemáticos. En línea con Lombardi (2000), podemos pensar la indagación, desde el campo del Psicoanálisis, marcada por la exigencia de hacer lugar al sujeto inconsciente. Esta exigencia vuelve la investigación en el área poco apta para generalizaciones y estadísticas e imposible de apreciar desde los criterios usuales de la objetividad científica. En el nivel de la investigación, el Psicoanálisis comparte con otras disciplinas la exigencia de precisión y rigurosidad, condiciones que suponen la explicitación de sus procedimientos de producción que guarden coherencia con la teoría.

El análisis y reflexión de estas diferencias metodológicas, provenientes de los distintos discursos científicos, brindan la oportunidad de identificar nuevos anclajes del problema poniendo desde la metodología de abordaje el conflicto subyacente en la investigación: la discusión con los requisitos del conocimiento científico, la universalidad y la contrastación empírica.

Primera parte

Capítulo 1. Sistemas de salud. Argentina y Canadá: dos propuestas de salud pública.

Los sistemas de salud y los dispositivos de atención

El propósito de este capítulo es desarrollar, de manera descriptiva, los elementos que componen los sistemas de salud argentino y canadiense. Para ello, se realiza un recorte de la normativa, haciendo foco en el encuentro que el sujeto tiene con ella dentro del sistema de salud, es decir, se trabaja la articulación de la legislación de DA/CI. Partimos, entonces, de la suposición de que es a través del encuentro con un agente del sistema de salud que el sujeto habrá de informarse, decidir, pensar y cuestionar o no su proceder. Es en este momento en el que surgen interrogantes respecto a la propia capacidad para decidir o hacer, la capacidad y saberes de los otros y en el que pueden aparecer dudas sobre tener o no tener el conocimiento para decidir. Ese encuentro hace de la normativa (de carácter social y comunitario) un acto individual que los sujetos/pacientes de Canadá y Argentina viven acorde a su historia y su devenir singular.

Desde esta perspectiva, conocer la génesis del sistema de salud de cada país nos permite comprender parte de la estructura institucional en el presente y los modelos legitimados para cada persona. Esto habilita el conocimiento de los lugares, las situaciones y los actores implicados para que las modificaciones posibles no sean de carácter general, sino que sean singularizadas y resulten abordables.

El sistema de salud canadiense, por ejemplo, funciona con un alto grado de confianza de los ciudadanos en él; las respuestas a las diferentes problemáticas pueden o no alcanzar los resultados imaginados/planteados por el ciudadano, pero no es factible pensar que los cuestionen y mucho menos antes de que se ejecute una respuesta a determinada situación sanitaria. Un ejemplo

de esto puede verse durante la pandemia de COVID-19. La organización de la logística de la vacunación estuvo a cargo de un equipo conducido por un médico militar; la provincia de Quebec no ejecutó las decisiones que tomó el Gobierno Nacional en cuanto a políticas de vacunación y no comparte su información epidemiológica en tiempo real: son estos solo algunos ejemplos de políticas de salud que respetan la histórica organización del sistema. Un sistema de salud que alimenta el imaginario sobre él mismo (su eficiencia, su credibilidad) más allá de los resultados que presente.

El sistema de salud argentino, en la misma situación, procedió con medidas anticipatorias que fueron puestas en práctica en varios países posteriormente, entre ellos Canadá. Control de fronteras, aplicación para teléfono celular *Mi Argentina*, cierre de comercios no imprescindibles: ejemplos de políticas sanitarias en donde el Estado nacional toma el control de la situación rápidamente buscando reducir en la población los efectos adversos de la pandemia. Junto con estas medidas, fue uno de los primeros países en vacunar y uno de los pocos en el continente en poder organizar la producción de vacunas. Estas medidas mencionadas fueron tomadas en medio de profundos cuestionamientos y de boicot manifiesto a trabajar colaborativamente entre algunos sectores del sistema (por ejemplo, PAMI y sectores de gestión de medicina privada).

Históricamente, el sistema de salud en Argentina ha funcionado con un alto cuestionamiento a su eficiencia por parte de varios sectores. Esta particularidad se ha desarrollado y desplegado alimentando el imaginario de la fragilidad del sistema y la ineficiencia de las decisiones políticas más allá de los resultados que se hubieran logrado. Estas observaciones nos conducen a inferir que la eficiencia alcanzada por el sistema y las representaciones sociales que existen sobre él no son de ningún modo coincidentes.

Ante esto, nos preguntamos ¿es necesario modificar la representación social sobre un sistema de salud cuando esta no acompaña su presente?, ¿es posible que los sistemas de salud puedan incluir “subjetividades”? Es difícil pensar una respuesta unívoca. Por lo pronto, el interés de desarrollar la génesis y evolución de estos sistemas de salud nos permite pensar que las soluciones a problemáticas (estructurales o pandémicas) van a ser tomadas dentro de sus desarrollos característicos, más allá de lo universal que los atraviese. La pregunta acerca de lo institucional, aquello instituido en la sociedad, que parece no poder incluir al sujeto, podría pensarse dentro de lo que la realidad ha mostrado. La Bioética alcanzó desde sus comités la inclusión como nuevo actor en la dinámica de lo instituido en los sistemas de salud, permitiendo permear las soluciones establecidas hacia una resolución que incluye la ética a la par de lo hegemónico de cualquier campo disciplinar.

La importancia de conocer e interrogar al sistema de salud se piensa en esta tesis a partir de que allí es donde es posible se den muchos de los encuentros entre el sujeto y su época; encuentros con lo legitimado y legalizado en su comunidad que lo condicionará generando nuevos deseos, sentimientos e intenciones más allá de la problemática física/psicológica que lo convoque. El sistema de salud no solo regulará la forma de ser atendido sino también la disponibilidad de recursos para su dolencia, su enfermedad. Es en el sistema de salud de cada país, de cada región donde se dirimen las vulnerabilidades sociales, se le proponen soluciones y caminos al sujeto. Desde la Bioética, el concepto de vulnerabilidad en capas (Luna, 2008) permite precisar la resolución de esas desigualdades considerando no solo las variables materiales. Podemos pensar la situación de los Pueblos Originarios (presentes en Canadá y en Argentina) y su inclusión en el sistema de salud, sus posibilidades de elegir un tratamiento, de ser considerado competente, autónomo en la toma de decisiones en lo que a su salud respecta. El aporte de la Bioética como

disciplina otorga a la persona nuevas herramientas para pensar y/o dirimir sus dilemas personales en el marco de la situación que atraviesa, considerando que muchos de ellos salieron de la esfera individual. Este pasaje a la dimensión de lo público amplía sus perspectivas para decidir y repensar su presente.

De acuerdo a lo planteado en la presentación de esta tesis, los sistemas de salud serán abordados considerando en cada uno de ellos los siguientes aspectos y fuentes:

a) Datos. Con el objetivo de utilizar datos confiables, cuya calidad permita garantizar la validez de la información, se unificarán criterios para los dos países y se trabajará con datos obtenidos a partir de la información de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y los datos propios que informa cada país.

b) Estudio transversal. No se realizarán series temporales. El período que se analiza en cada país incluye una breve génesis del sistema de salud y las características actuales del modelo de atención.

c) Indicadores. Los indicadores que se utilizarán para analizar ambos sistemas de salud y sus posibles implicancias en los dispositivos de atención serán el de la gestión y el del financiamiento del mismo, buscando identificar sus posibles particularidades.

Se realizará un esquema de funcionamiento en el que se visibilicen la organización y los actores principales a efectos de poder relacionar las políticas de salud, entendidas como problema público, y las acciones que el Estado y la sociedad desarrollan.

Canadá. Algunos datos sobre el país. Canadá tiene una superficie de 10 millones de km² y cuenta con una población aproximada de 37.589.262 millones de habitantes⁶. Las provincias de Quebec y Ontario concentran la región más industrializada del país y más de la mitad de la población canadiense está asentada en el sureste del territorio. Su forma de gobierno es una monarquía constitucional, con gobierno federal, repartido entre el gobierno central de Ottawa, diez provincias y tres territorios

El sistema de salud. Las dimensiones del país hicieron que, desde los inicios de su historia, fuese complejo integrar las grandes distancias existentes en el territorio. En junio de 1950, durante la primera reunión anual de la Asociación para la Salud Pública de Ontario (*Ontario Public Health Association*, OPHA), realizada en Toronto junto con la reunión anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública (*Canadian Public Health Association*, CPHA) se mencionó que “un problema descollante en el funcionamiento de la Asociación Canadiense de Salud Pública a lo largo de los años ha sido el de la geografía” (Rutty y Sullivan, 2010, p. 11). Las reuniones de la CPHA se realizaban en las regiones este, central y occidental del país, dejando largos intermedios para la realización de las mismas. Durante la posguerra de la Segunda Guerra Mundial, Canadá comenzó el proceso de unificar el sistema de salud pública a partir de la incorporación de modelos que resultaron probadamente eficaces en la resolución de problemas en algunas provincias, como Alberta y Saskatchewan⁷.

Es durante la década del 50 que se ubica en el sistema de salud canadiense el inicio de un desarrollo conjunto de políticas sociales y políticas de salud pública. En 1956 entró en vigencia el seguro de desempleo (Campins, 2001), primera legislación moderna en la región que planteó la

⁶ Statistics Canada, Censo 2016. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190930/dq190930f-eng.htm?HPA=1&indid=4098-1&indgeo=0>

⁷ Véase *Canadian Public Health Journal* [Revista canadiense de salud pública], Vol. 48, 1957.

responsabilidad del Estado para ayudar a los desempleados y en 1957 se creó el seguro de hospitalización y servicios diagnósticos (Arboleda-Flórez, 1999), a partir del que las provincias recibirían subvenciones federales para garantizar la cobertura universal de estos servicios. En 1961, con la inclusión de la provincia de Quebec, quedan las provincias y los territorios adheridos al primer Programa Nacional de Salud (Ramos y Vinocour, 2000).

A partir de la aprobación de la Ley Federal de Salud (*Canada Health Act*, 1961) se modificó el sistema de atención (mayoritariamente privado) que primaba hasta ese momento y se inició el período de transformación social en los servicios de salud y la incorporación de nuevas herramientas para la atención (Rutty y Sullivan, 2010). Se delinearon, entonces, criterios de políticas públicas que habrían de definir las relaciones entre el Estado, diferentes grupos sociales y el ciudadano a quien estaban destinadas. En 1972, el gobierno estableció los criterios de financiamiento: el régimen público daría cobertura al seguro de salud y a los servicios de los médicos por fuera de los hospitales. La inversión sería repartida entre el gobierno federal y los gobiernos provinciales, los cuales deberían garantizar cinco principios establecidos en la ley de 1961: cobertura universal, exhaustividad de los servicios, accesibilidad, transferibilidad de los servicios de la cobertura médica y gestión política. Las provincias y los territorios quedaron, así, con jurisdicción completa sobre sus sistemas mientras el Gobierno Nacional continúa con la responsabilidad sobre los Pueblos Originarios, las Fuerzas Armadas, veteranos de guerra, miembros del Parlamento y la corresponsabilidad de la financiación del sistema público: hospitales y servicios médicos.

La Constitución de 1982, que rige actualmente, asigna la responsabilidad de la mayor parte de la cobertura de salud a las provincias, y al gobierno central la responsabilidad de aportar los fondos necesarios para que las provincias cumplan con su obligación constitucional. De esta forma,

el Sistema de Salud Canadiense se estructura constitucionalmente debiendo el Estado garantizar una cobertura del 100% de los servicios médicos y hospitalarios. Los hospitales pertenecen a asociaciones sin fines de lucro y los profesionales médicos pueden optar por ejercer su profesión en el sistema público o dedicarse a la práctica privada, según la modalidad de pago por prestación y en algunas provincias coexisten ambos sistemas. El carácter legislativo presente en la génesis del sistema de salud canadiense parece haber encontrado una solución al rasgo del sistema capitalista que sustrae “la condición fundamental de la vida humana: la imposibilidad”, estableciendo una forma que parece a favor del ciudadano: “construcciones político-sociales de significados imaginarios que logran el efecto de creencias” tales como una armonía de discursos y la estabilidad del lazo social (Schor-Landman, 2013).

El sistema de salud canadiense y la OMS. En el proceso de creación y consolidación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el canadiense Brock Chisholm⁸ fue el primer Director General de la organización entre 1948 y 1953. Después de la Segunda Guerra Mundial, a él se atribuyó el objetivo de esta organización internacional de lograr el alcance del máximo nivel posible de salud en la población. La declaración de la OMS como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o minusvalía” estableció los objetivos amplios de salud pública de la comunidad canadiense a partir de la década del 50 (Gunn, 1968), objetivos inviables, pero de relevancia al definir la política pública del país.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) describe el sistema de atención de salud del Canadá de este modo:

Depende de los médicos de atención primaria (médicos de familia y generalistas), que representan 60% de los médicos en actividad. Ellos son los puntos de contacto inicial con el sistema de atención de salud

⁸ Brock Chisholm (1896-1971), 1º Ministro de Salud y Bienestar Nacional en Canadá entre 1944-1946.

oficial y controlan el acceso a los especialistas, prestadores paramédicos, el ingreso a hospitales, las pruebas de diagnóstico y la prescripción de medicamentos. Los médicos no son empleados del Estado: ejercen como profesionales particulares, gozan de un alto grado de autonomía, reciben honorarios por servicios y reclaman su cobro directamente al plan de seguro provincial. (Datos de la OPS actualizados en 2001)⁹

Más de 95% de los hospitales canadienses son administrados por entidades sin fines de lucro que dirigen consejos de administración fiduciaria, instituciones de beneficencia o los municipios. Existen, sin embargo, servicios médicos suplementarios que se prestan mediante financiación privada; con arreglo a las leyes provinciales, los aseguradores privados no pueden ofrecer una cobertura que duplique la de los programas oficiales, pero pueden competir en el mercado de las prestaciones suplementarias. Las autoridades federales, provinciales y territoriales comparten la responsabilidad de la atención sanitaria, incluida la provisión de agua potable, el tratamiento de aguas residuales, la vigilancia de enfermedades transmisibles y la educación para la salud. El ministro de Salud de cada provincia o territorio es el responsable político del funcionamiento del sistema de atención de salud en su esfera de competencia. El Gobierno Federal proporciona servicios terapéuticos y de salud pública en las más remotas comunidades de los Pueblos Originarios a través de la División de Servicios Médicos del Departamento de Salud Federal. Esta división también proporciona o financia las prestaciones médicas no cubiertas por el seguro a todos los miembros de las Pueblos Originarios y a los *inuit* que viven dentro de las reservas y fuera de ellas.

⁹ Información disponible en <https://www.paho.org/spanish/sha/prflcan.htm>

El sistema de salud en la provincia de Ontario. Requisitos de ingreso. La provincia de Ontario cuenta con su propio sistema de atención de la salud, cuyo acceso no es ilimitado ni irrestricto. El *Ontario Health Insurance Plan* (OHIP) establece una serie de requisitos para poder acceder a los servicios de salud, a saber:

- Estar físicamente en Ontario durante 153 días en cualquier período de 12 meses.
- Estar físicamente en Ontario durante al menos 153 días de los primeros 183 días inmediatamente después de haber comenzado a vivir en la provincia, hacer de Ontario su principal residencia.

También se debe cumplir al menos uno de los siguientes requisitos adicionales:

- Ser ciudadano canadiense.
- Ser una persona indígena (registrada en virtud de la Ley federal sobre los indígenas).
- Ser un residente permanente (anteriormente llamado "*landed immigrant*") en términos inmigratorios.
- Haber solicitado la residencia permanente, y que la Oficina de Inmigración, Refugiados y Ciudadanía del Canadá así lo confirme.
- Cumplir con los requisitos de elegibilidad para presentar su solicitud.
- Residir en Ontario con un permiso de trabajo válido y trabajar a tiempo completo en Ontario, para un empleador de Ontario, durante al menos seis meses.
- El cónyuge y los dependientes de él también califican cuando uno lo hace. Están en Ontario con un permiso de trabajo válido bajo el Programa Federal de Cuidadores de niños.
- Ser un refugiado de la Convención o persona protegida, según la definición de la Agencia de Inmigración y Refugiados de Canadá.

- Tener un Permiso de Residencia Temporal (sólo para ciertos tipos de casos, por ejemplo, del 86 al 95).
- Ser un miembro del clero que pueda permanecer legalmente en Canadá y estar ministrando a tiempo completo en Ontario durante al menos seis meses. Su cónyuge y sus dependientes también califican.

Este servicio no cubre: medicamentos recetados proporcionados en entornos no hospitalarios (por ejemplo, antibióticos recetados por su médico de familia); servicios dentales proporcionados en el consultorio de un dentista; anteojos, lentes de contacto; cirugía ocular con láser; cirugía plástica.¹⁰

Modalidad de atención. La tarjeta de salud es la única documentación requerida para ser atendido en cualquiera de los servicios de salud, no siendo necesario que la persona presente algún bono o pago adicional. El método para la atención regula un dispositivo organizado con estrictos condicionamientos.

A través de la página oficial del Ministerio de Salud¹¹ se informa cómo se realiza el ingreso al sistema de atención. En primer lugar, debe concertarse una cita con “un médico de familia o una enfermera practicante (*nurse practitioner*)”, es decir, aquellos profesionales matriculados en sus respectivos colegios que serán los únicos habilitados para incorporar a la persona al sistema de salud. La dificultad puede encontrarse en los límites para encontrar un profesional que esté aceptando nuevos pacientes, ya que los profesionales de la salud habilitados poseen un número limitado de pacientes para atender por día. En la misma página web del Gobierno, se informa que

¹⁰ Fuente: información provista por el Gobierno de Ontario, traducción propia. Datos disponibles en: <https://www.ontario.ca/page/health-care-ontario> y <https://www.ontario.ca/page/apply-ohip-and-get-health-card>

¹¹ Fuente: información del Ministerio de Salud de Canadá disponible en: <https://www.canada.ca/en/health-canada.html> Cita del sitio web del ministerio

las visitas a un médico o enfermero están financiadas con fondos públicos, lo que significa “que usted no tiene que pagar”.

A partir de la visita a ellos podrá ser derivado a un médico especialista. No existe la posibilidad dentro del sistema de atención público de ser atendido por un especialista sin que medie el profesional de la salud (médico o enfermera/o) de familia. Las atribuciones de este profesional se encuentran relacionadas a proveer diagnóstico y tratamiento a enfermedades y lesiones comunes, derivaciones a especialistas de atención médica para un tratamiento específico, apoyo en el manejo de una condición crónica (por ejemplo, diabetes o presión arterial alta), recetas de medicamentos, chequeos regulares, incluyendo exámenes físicos y pruebas de detección de rutina (por ejemplo, para el cáncer). Las enfermeras practicantes (*nurse practitioner*) se desarrollan en su campo profesional realizando las mismas prácticas que los médicos, pero con la excepción de recetar ciertos medicamentos. Entre las posibilidades de atención, junto con los hospitales, se encuentran los Centros de Atención sin cita (*Walk-in Clinic*) y las Clínicas Dirigidas por Enfermeras. En ellas se puede recibir atención de a un profesional enfermero/a o un médico/a, sin cita previa y/o sin historial médico disponible y recibir asesoramiento, evaluación y tratamiento para enfermedades y lesiones, como cortaduras, moretones, infecciones, esguinces y afecciones cutáneas, cubriendo las necesidades iniciales de recetas y/o medicamentos.

Dentro del sistema de salud canadiense, la asistencia a pacientes por equipos de salud integrados por enfermeras, médicos, trabajadores sociales, psicólogos y fisioterapeutas forma parte de lo esperable dentro de la atención institucional. Podría considerarse como norma dentro del sistema el ingreso a la atención a partir del médico de familia o de la enfermera practicante y la norma de trabajo institucional en los hospitales a través de equipos interdisciplinarios. En

tratamientos hospitalarios o crónicos los pacientes pueden solicitar a cualquier integrante del equipo la información sobre su diagnóstico y pronóstico.

Argentina. Algunos datos sobre el país. La República Argentina está organizada como un Estado federal descentralizado, integrado por veintitrés provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, constituida Capital Federal del país. Su forma de gobierno, de acuerdo a la Constitución Nacional es representativa, republicana y federal. Cada provincia tiene autonomía política en el marco de la Constitución que regula su jurisdicción, mantiene los poderes no delegados por el Estado Nacional y garantiza la autonomía de sus municipios. La superficie total de Argentina es de 3.761.274 km², de los cuales 2.791.810 km² corresponden al Continente Americano y 969.464 km² al Continente Antártico, incluyendo las islas Orcadas del Sur y a las islas Australes (Georgias del Sur y Sándwich del Sur). Es uno de los veinte países que tienen presencia permanente en la Antártida, contando con seis bases en total. La población total estimada al 30 de junio de 2016 es de 43.590.368, concentrada principalmente en las provincias del centro del país: Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba.

Principales centros urbanos (localidades de más de 500.000 habitantes)		
Nombre	Población	Porcentaje de población del país [%]
Área Metropolitana de Buenos Aires	12.806.866	31,9
Gran Buenos Aires	9.916.715	24,7
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2.890.151	7,2

Gran Córdoba (1)	1.454.536	3,6
Gran Rosario (2)	1.237.664	3,1
Gran Mendoza (3)	937.154	2,3
Gran San Miguel de Tucumán (4)	800.087	2,0
La Plata	643.133	1,6
Mar del Plata	593.337	1,5
Gran Salta (5)	539.187	1,5
TOTAL	19.011.964	47,4

Fuente: *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (INDEC)*

(1) Incluye: Villa Allende, Saldán, Mendiolaza, Unquillo; La Calera; Río Ceballos, Salsipuedes; Parque Norte-Ciudad de los Niños, La Granja, Agua de Oro, El Manzano y Canteras El Sauce.

(2) Incluye: Villa Gobernador Gálvez, San Lorenzo, Granadero Baigorria, Capitán Bermúdez, Pérez, Funes, Arroyo Seco, Fray Luis Beltrán, Roldán, Pto. General San Martín, Pueblo Esther, Acebal, Zavalla, Ibarlucea, Timbúes, General Lagos, Soldini, Ricardone, Alvear, Pueblo Andino y Piñero.

(3) Incluye: Guaymallén, Godoy Cruz, Las Heras, Maipú y Luján de Cuyo.

(4) Incluye: Banda del Río Salí, Alderetes, Yerba Buena-Marcos Paz, Ingenio San Pablo, El Manantial, Las Talitas y Los Pocitos.

(5) Incluye: Vaqueros, Villa Los Álamos-El Congreso-Las Tunas, La Ciénaga y Barrio San Rafael.

Sobre el sistema de salud en la Argentina. Algunos datos de la OMS nos permiten ver el escenario en la Argentina: el 75,7% de la población es no migrante, proporción que se mantuvo similar en los últimos tres censos. Los inmigrantes provienen principalmente de países limítrofes y del Perú (cerca de 3,5% y 0,9% de otros países).

La sanción de la Ley de Identidad de Género (Ley nacional 26743) consolida desde lo legal el abandono de un paradigma internacional de patologización de ciertas identidades y/o expresiones de género que propiciaron la exclusión, la discriminación y la criminalización de las personas. Esto supone un desafío en la atención, considerando un presente donde hay desconocimiento entre quienes integran los equipos de salud, quizás producto de la falta de acceso a información actualizada durante su formación y/o práctica. Es por esto que debemos propiciar y no dejar de interpelarnos en la práctica diaria de atención, trabajando para hacer de los espacios de salud lugares que alojen, evitando maltratos y expulsiones. Es necesario reflexionar sobre nuestros prejuicios para poder mejorar la atención, brindando una perspectiva integral para el cuidado de las personas.

Según Belmartino (2000),

buscar la equidad en relaciones sociales que nunca la identificaron como valor sustantivo parece una tarea imposible. (...) El acceso a la atención médica se percibe como una cuestión privada, la relación con el médico lo es aún más; ningún dirigente – sindical o médico– ha reconocido nunca el carácter público del sistema de contribuciones obligatorias, rechazando el derecho del Estado para intervenir en su funcionamiento. (p. 76)

Más allá de ciertos períodos, en la Argentina las tensiones entre gasto/inversión, ciudadanía/clientela son las que fueron definiendo el sistema de servicios de atención médica.

Organización. El sistema de salud en Argentina se organiza en tres áreas: público, de seguridad social y privado.

El sector público. Durante el año 2015, la inversión pública consolidada en salud fue del 7,10% sobre el total del Producto Bruto Interno-PBI. Para el mismo año de referencia y en relación al PBI, esta inversión se dividió en: atención pública de la salud: 3,02%; Obras Sociales: 3,03% y INSSJyP: 1,05%.

Esta inversión incluye la red de hospitales y los centros de salud públicos a través de los cuales se atiende de forma gratuita a toda persona que lo demande. Se financia a través de los recursos fiscales del Estado Nacional, Provincial y Municipal, dependiendo de sus respectivos ministerios o secretarías. Recibe pagos a través del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados, lo que sucede en el momento de atención a partir de la declaración de la persona. Es decir, no se encuentra unificada la posibilidad de saber acerca de la pertenencia de las personas a un sector u otro de salud.

Obras Sociales-Seguro social obligatorio. Las Obras Sociales cubren a los trabajadores asalariados y sus familias agrupados de acuerdo con la actividad de pertenencia. Cada provincia cuenta con una cobertura de salud (organizada como Obra Social) para los empleados públicos de su jurisdicción. Dentro de este sector también está el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP – PAMI) que brinda cobertura a los jubilados del Sistema Nacional de Previsión y sus familias. Los datos de Grushka y Cetrangolo¹² (CEPAL: 2000) arrojan que la población jubilados y pensionados en el país

¹² La población total de Argentina pasó de 17 millones en el año 1950 a 37 millones en 2000, mientras que se espera que llegue a 55 millones para el año 2050. Por su parte, la población mayor de 65 años (según la Ley 24.241, es la edad mínima de los varones para acceder a la jubilación ordinaria) aumentó en la segunda mitad del siglo XX de 0,7 a 3,7 millones, proyectándose llegue a 10,0 millones en el año 2050 (CEPAL, 2019b). (...) De igual manera, la esperanza de vida a los 65 años (indicador de la duración promedio del beneficio jubilatorio a partir de esa edad) aumentó durante la segunda mitad del siglo XX de 13 a 16 años y alcanzaría los 21 años para mediados del siglo XXI.

asciende a un 15.6% de la población. Una vez finalizado su período laboral, los trabajadores jubilados deben elegir entre los dos prestadores de salud: aquel al cual aportaron como trabajadores y el que ofrece el Estado (PAMI).

Sector privado. El sector privado incluye: a) las empresas de medicina prepaga, agrupadas en una confederación; las cooperativas y mutuales de salud, entidades no lucrativas que ofrecen planes de salud, pero no operan ni como obra social ni como medicina prepaga; b) los establecimientos asistenciales, contratados también por las obras sociales y c) los profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares, a Obras Sociales específicas o a sistemas privados de medicina prepagada.

La corporación médica participa en el país consolidada como asociación desde 1860 siendo uno de los actores fundamentales del sector privado que participan del dispositivo de atención en forma directa.

Sistema descentralizado. La presencia estatal. El sistema de salud argentino comparte con el sistema canadiense la descentralización y federalización en su financiamiento y gestión. Pero la organización de los sistemas, las prioridades, así como la representación social que se tiene de ellos y de los profesionales de salud es diferente en cada país. La historia de ambos países condiciona el presente de sus modelos, así como las expectativas y las conductas de las personas.

La impronta en la historia de las políticas de salud pública en la Argentina estuvo atravesada por la alteración del orden institucional democrático desde 1930 y consiguientemente

En esta breve descripción no se incluye un análisis detallado de las migraciones debido a que su evolución es más fluctuante y su impacto depende no sólo del volumen en un período determinado sino también de su composición etaria y de la duración en el tiempo. En el caso de Argentina, las proyecciones oficiales preparadas por el INDEC (y publicadas por CEPAL y Naciones Unidas), suponen un saldo migratorio nulo a partir del año 20159. (...) En 2017, los 6,3 millones de beneficios previsionales se agrupan en tres tipos debido al impacto de las moratorias en la última década: 1,8 millones de jubilaciones, 1,3 millones de pensiones por fallecimiento y 3,2 millones de las moratorias, con estructuras por edad y sexo muy diferenciadas.

por la intención y el carácter de las relaciones que se establecieron entre los gobiernos y los diferentes actores que dan cobertura a la salud de la población: sindicatos y sus Obras Sociales, corporaciones de la Industria Farmacéutica y prestadores privados.

Con el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), creado en el año 1970 por la ley 18.610, se reglamentó el objetivo de “promover, coordinar e integrar las actividades de las obras sociales, así como controlarlas en sus aspectos técnicos, administrativos, financieros y contables”. Esta legislación consolidó el modelo de obras sociales sindicales de nuestro país estableciendo la obligatoriedad de la afiliación del trabajador a la obra social, los aportes mínimos y obligatorios a cargo de empleadores y trabajadores, estén o no afiliados al sindicato correspondiente. Fue el primer organismo de control y coordinación del sistema de Obras Sociales, organizado luego el primer Registro Nacional de Obras Sociales (RNOS) y el Registro Nacional de Prestadores, creado a partir de la ley 19.710¹³, la cual normatizó las modalidades de contratación de los prestadores dentro del modelo. La ley 22.269¹⁴, de aplicación parcial, derogó la ley 18.610¹⁵ y complementarias, pero mantuvo al INOS como órgano rector del sistema de Obras Sociales nacionales. El Sistema Nacional del Seguro de Salud, mediante las leyes 23.660¹⁶ (nueva Ley de Obras Sociales) y 23.661¹⁷ (Sistema Nacional del Seguro de Salud), reordenó el régimen de Obras Sociales nacionales, creando en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social, la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS) con jurisdicción sobre las Obras Sociales como organismo de control para los aspectos administrativos y contables. La ley 23.661 también establece a la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) como entidad estatal con autarquía

¹³ BO 03/01/1972

¹⁴ BO 20/08/1980

¹⁵ BO 05/03/1970

¹⁶ BO 20/01/1989

¹⁷ BO 20/01/1989

individual, financiera y administrativa. Ambas leyes preveían la continuidad del INOS hasta la implementación del nuevo esquema reglamentario para los nuevos organismos. Durante estos períodos, en tanto sistema federal, cada provincia mantuvo su autonomía para tomar decisiones y definir políticas sanitarias.

En la década del 90, el acceso a la salud se transformó en un instrumento de las políticas del neoliberalismo, consolidando la falta de acceso igualitario a la salud pública. Mediante el Decreto 1615/1996 del Poder Ejecutivo Nacional se estableció a la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud) como órgano responsable de la regulación y control del Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS). Este organismo tenía el objetivo de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población. Como organismo descentralizado del Ministerio de Salud de la Nación su deber consistió en fiscalizar las Obras Sociales e institutos previstos en la ley 23.660, así como las entidades de medicina prepaga, los prestadores intervinientes y toda otra entidad prestadora o financiadora de prestaciones médico-asistenciales que se le incluyan (acorde lo previsto por la ley 26.682¹⁸). Entre sus atribuciones se encuentran: dictar las normas necesarias para regular y reglamentar; aprobar las solicitudes de propuestas de ingreso al sistema de las entidades y asegurar la libertad de elección de Obras Sociales de los beneficiarios del sistema, así como garantizar su acceso efectivo. Las personas físicas y jurídicas reguladas por la normativa que expide la SSSalud son las Obras Sociales, las asociaciones de Obras Sociales, las mutuales, las entidades de medicina prepaga, los prestadores y los hospitales integrantes del Régimen de Hospital Público de Gestión Descentralizada entre otros.

¹⁸ BO 16/05/2011

Esta normativa se inscribió en el marco de las políticas neoliberales de la Argentina que permitieron derivar los aportes destinados a las Obras Sociales a prestadores privados, en este caso de salud, así como los aportes jubilatorios. Los trabajadores del Estado, que hasta ese momento tenían un porcentaje de sus salarios destinado a la Obra Social, actualmente pueden optar pasar a las aseguradoras privadas de salud. La disminución de esos ingresos a los sindicatos y gremios significó una fuerte caída en la calidad de los servicios prestados.

Crisis políticas y reordenamientos del sistema. En Argentina, desde la década del 90, el Estado comenzó a perder peso relativo en la distribución del ingreso, cayeron los niveles de producción, se produjo una liberalización de la economía y aumento del desempleo, con el posterior crecimiento de la pobreza estructural en la sociedad. La precarización del trabajo y la informalidad de muchas actividades laborales se vio acompañada de un retroceso de representatividad de los actores sindicales y consiguientemente de la atención brindada a través de las Obras Sociales. Una gran cantidad de trabajadores se vio privada de cobertura médica y aumentó la demanda de atención en hospitales públicos. Estos no llegaron a reestructurarse adecuadamente ya que la falta de recursos humanos y materiales no permitió atender adecuadamente la demanda de atención. Como consecuencia del deterioro del sistema de salud, los profesionales resuelven diariamente la organización y distribución de los recursos en los dispositivos de salud donde atienden. Los recursos y su falta no determinan exclusivamente la relación dentro del dispositivo de atención, pero incidieron históricamente en definir la resolución de determinadas prácticas: “una posición política que con estrategias neoliberales derramaron consecuencias devastadoras en los sujetos y en los conjuntos sociales, perpetrando procesos de fragmentación, desamparo, agresividad, segregación y exclusión en los más íntimo del lazo social” (Schor-Landman, 2013)

Durante ese período, no lograron resolverse las necesidades básicas del ser humano y el Estado no pudo garantizar los derechos relativos al acceso a la atención sanitaria: desarrollos humanos y tecnológicos aplicados en forma equitativa y universal para la comunidad. Según datos de la OMS/OPS hay, comparativamente, un notorio déficit de profesionales de la salud en América a lo que se suma una distribución inadecuada del personal de salud existente. En las zonas urbanas, y con más recursos económicos, se encuentran establecidos la mayoría de los profesionales, mientras que las áreas más vulnerables, tanto de las grandes ciudades como de las zonas remotas, se encuentran un número restringido de médicos y enfermeras. Sumado a esto, hay una limitada capacidad y autonomía para prestar servicios de atención primaria de salud en gran parte de la región. Se establece un modelo de atención donde el no-todo de la atención se extiende junto con la falta de resolución de problemáticas básicas de la mayoría de la población,

El año 2001 se constituyó como un año de fuertes crisis políticas e institucionales, sucediéndose posteriores años de reordenamiento de la economía. Durante los años 2004 y 2014 se produjo una inversión por parte del Estado en políticas sanitarias e inversión en hospitales en el sector público. La política sanitaria de la Argentina orientó sus recursos en salud hacia la promoción de la Atención Primaria en Salud (APS), en concordancia con la tendencia en América Latina, recuperando así las políticas de salud pública del período de la década del 50. La tasa de mortalidad infantil muestra una tendencia decreciente en el período 2010-2014 (de 12,0 a 10,6 por 1 000 nacidos vivos, respectivamente).

Datos estadísticos	
Población total (2016)	43,847,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 0)	no disponible

Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	74/80
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 2018)	10
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)	143/80
Gasto total en salud por habitante (\$ int, 2014)	1,137
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2014)	4.8

Últimos datos disponibles en el Observatorio mundial de la salud

En el año 2015 se inauguró un nuevo período neoliberal. Las realidades y prácticas vigentes, así como las estructuras características del modelo biomédico tradicional y la falta de inversión en las prácticas de cuidados y servicios hospitalarios, redujeron los desarrollos del primer nivel de atención. Durante el período 2015-2019 Argentina disolvió el Ministerio de Salud convirtiéndolo en Secretaría. La Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, a través de su página web, indicaba el reordenamiento de los organismos de su dependencia. Estos organismos distribuían las funciones de gestionar, hacer cumplir la legislación vigente y desarrollar la comunicación, prevención y administración de los recursos del Estado para que se cumpla el derecho a la salud de la población:

1. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).
2. Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria.
3. Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud.
4. Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnología Sanitaria (CUS).
5. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).
6. Dirección de Investigación para la salud (RENIS).

7. Dirección de SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual Hepatitis y Tuberculosis.
8. Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI).
9. Legislación en Salud de la República Argentina (LEGISALUD).
10. Programa SUMAR.
11. Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

El modelo de políticas sanitarias establecido en el período aumentó el malestar y desprotección de sectores vulnerables¹⁹, así como las políticas de discriminación desde los medios de comunicación. Esto se tradujo en los indicadores de salud: aumentó la desigual distribución de profesionales y de recursos, así como reaparecieron, en algunos grupos sociales, enfermedades que se encontraban controladas con consecuencias en la salud individual y comunitaria.

En el 2015, la mortalidad materna fue de 3,9 muertes por cada 10.000 nacidos vivos, con un rango que osciló entre 8,1 (Salta) y 1,9 (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Fe y La Pampa), lo que revela profundas desigualdades entre las distintas provincias del país.

Se produjo un desplazamiento, en este período, del ser humano como destinatario del sistema de salud, donde las políticas públicas no se responsabilizan de las problemáticas de salud-enfermedad y se produce una ruptura en la sociedad en el acceso a la salud como un bien social.

En síntesis

Podemos decir que, al comparar ambos sistemas de salud, fueron resaltados algunos elementos de su funcionamiento y organización; a través de ello se enfatiza el rol del Estado como agente activo en las políticas públicas. El sistema de salud canadiense considera la salud como una

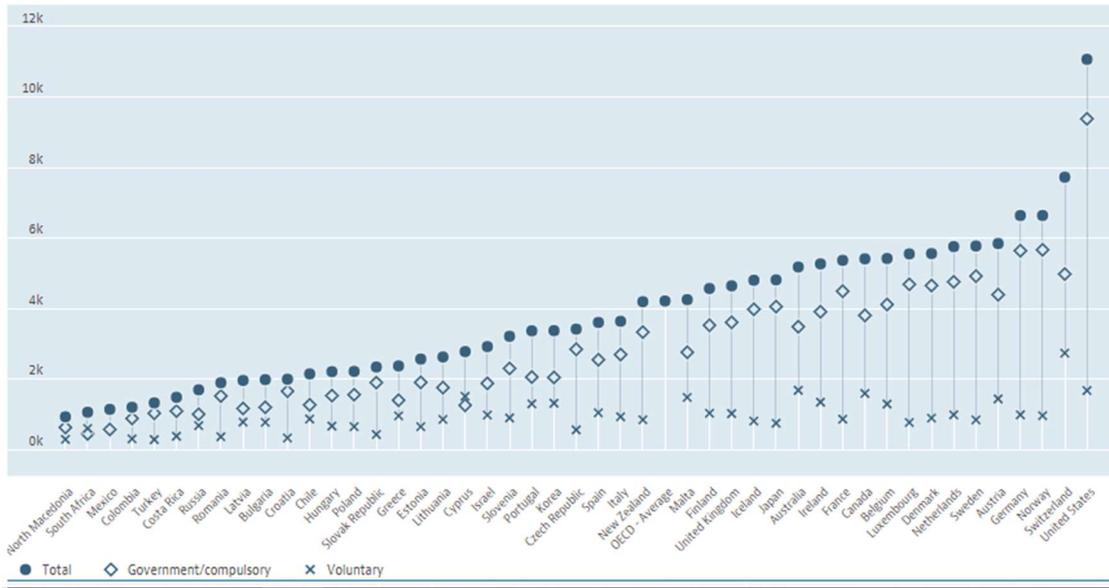
¹⁹ Al respecto ver Kreplaj, Nicolás en <https://www.tiempoar.com.ar/nota/elefantes-blancos-casi-listos-desde-2015-hay-13-hospitales-sin-funcionar> y Tobar, F., El modelo de salud argentino: historia, características, fallas. Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS) Disponible en <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/el-modelo-de-salud-argentino-historia-caracteristicas-fallas>

inversión cuyo responsable es el Estado, siendo este el principal garante y, acorde a la delegación de poderes por la constitución, cada provincia o territorio debe asumir sus respectivas responsabilidades para garantizar el acceso a la salud. Se enfatiza activamente en las políticas de responsabilización individual, por ejemplo, la obligatoriedad de brindar información sobre los derechos de los pacientes en el momento de ingreso al hospital, el fácil acceso y disponibilidad de la información: la misma información en más de 20 idiomas en las páginas oficiales de los hospitales para los usuarios, además del inglés y el francés (lenguas oficiales). Los derechos y responsabilidades de los pacientes se articulan en el imaginario social junto con las responsabilidades y derechos institucionales, familiares y comunitarias.

El sistema de salud canadiense se organiza como un sistema de salud en donde el Estado (nacional, provincial y territorial) garantiza la salud de la población como si fuera un “seguro médico”. Un seguro médico cuyos servicios son pagados por el Estado, y por los que el ciudadano se desentiende de tener que pagar y controlar en su funcionamiento. El sector privado cubre algunos de los servicios que el Estado no brinda: ambulancias, operaciones de la vista con láser, cirugías estéticas, determinados medicamentos entre los 10 y 65 años y algunas prestaciones que varían de acuerdo con cada provincia o región. Es un sistema federal con participación financiera del Estado Nacional.

A continuación, se consignan gráficos de la OECD, con los indicadores²⁰ que son utilizados:

²⁰ OECD (2019), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 20 September 2019): “Health spending measures the final consumption of health care goods and services (i.e. current health expenditure) including personal health care (curative care, rehabilitative care, long-term care, ancillary services and medical goods) and collective services (prevention and public health services as well as health administration), but excluding spending on investments. Health care is financed through a mix of financing arrangements including government spending and compulsory health insurance (“Government/compulsory”) as well as voluntary health insurance and private funds such as households’ out-of-pocket payments, NGOs and private corporations (“Voluntary”). This indicator is presented as a total and by type of financing (“Government/compulsory”, “Voluntary”, “Out-of-pocket”) and is measured as a share of GDP, as a share of total health spending and in USD per capita (using economy-wide PPPs).”. Inversión en salud, es un indicador que se presenta como un total y por tipo de financiación



Fuente: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>.

Canadá es actualmente el país con mayor inversión en políticas de prevención en América y uno de los de mayor inversión en el mundo y se encuentra entre los doce primeros en inversión del Estado en tratamientos de largo plazo para que sus habitantes²¹.

Por su parte, el sistema de salud en la Argentina se vio modificado por los distintos clivajes políticos que se tradujeron en un sistema en donde el Estado estuvo ausente en la inversión en salud durante varios períodos de gobierno (gobiernos de facto o neoliberales). La ausencia del Estado en la inversión en salud se vio reflejada en la falta de continuidad de políticas de

("Gobierno/obligatorio", "Voluntario", "pago directo ") y se mide como una parte del PIB, como una parte del gasto sanitario total y en dólares per cápita. Mide el consumo final de bienes y servicios de asistencia sanitaria (es decir, el gasto sanitario corriente), incluidos los cuidados personales (cuidados curativos, cuidados de rehabilitación, cuidados de larga duración, servicios auxiliares y bienes médicos) y los servicios colectivos (prevención y servicios de salud pública, así como la administración sanitaria), pero excluye el gasto en inversiones. Cuando establece el financiamiento de la atención de la salud, va a hacerlo mediante una combinación de mecanismos de financiación que incluyen el gasto público y el seguro médico obligatorio ("gubernamental/obligatorio"), así como el seguro médico voluntario (aquello que contrata una persona para poder acceder a lo que el estado no cubre) y los fondos privados, que son los pagos directos de los hogares, las ONG y las empresas privadas ("voluntario"). Otra relación a considerar es entre los indicadores utilizados para conocer la presencia en el sistema de salud entre las/los médico/as²⁰ y las/os enfermera/os²⁰ en el campo de atención cada 1000 habitantes: enfermeras/os: 9.960 y médicos/as: 2.760.

²¹ Véase https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/system-of-health-accounts-health-expenditure-by-function_data-00349-en; https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/system-of-health-accounts-health-expenditure-by-function_data-00349-en.

comunicación, de inversión en servicios, de inversión en formación de profesionales. En algún momento todos deben pagar por alguna prestación de salud (pudiendo saberlo o no con anterioridad a la demanda) pertenezcan al sistema de Obra Social, de medicina prepaga o de atención pública. No son de fácil acceso las herramientas para ejercer el control sobre estos servicios y la información, una de las principales herramientas para ello, no tiene el carácter de derecho o de bien público entre los usuarios. A diferencia de los usuarios del sistema de salud en Canadá, los usuarios de Argentina dudan de la eficiencia de su sistema de salud y lo cuestionan sin poder acceder a las herramientas que les permitan evaluar las responsabilidades y los derechos de los distintos actores.

Capítulo 2. CI-DA. Legislación actual en Toronto, Canadá y en Buenos Aires, Argentina

El CI y las DA requieren, en tanto figuras legales, el cumplimiento de requisitos que en términos generales son comunes en ambos países: que la persona reciba y comprenda la información que le permitirá tomar decisiones de manera razonable (considerando a esta la capacidad y competencia en el momento de consentir o de delegar) y que no se encuentre bajo ninguna coerción al firmar, es decir, que sea expresión auténtica de su voluntad²². El principio de beneficencia, el respeto por la autonomía del paciente, promover su bienestar y llevar adelante una práctica legalizada e institucionalizada son aspectos que se encuentran presentes en las leyes de ambos países. El objetivo de la presente tesis no es el análisis de los principios presentes en la legislación; consideramos que la historia de estos instrumentos legales quedó incorporada en su implementación y en el contenido que adquirieron. De esa historia han quedado marcas en la

²² Definición clásica desde la Bioética

legislación y dentro de las políticas públicas de salud. Lo que está permitido cultural y socialmente, lo aceptado en las instituciones de salud, la representación de esa sociedad sobre el saber, así como el respeto de la autonomía de los sujetos fue un proceso que se estableció acorde a las características de cada sociedad. En cada situación se expresará un marco de valores colectivos, individuales y las posibilidades reales y materiales que se encuentran en ella. Expresarán, en términos de Castoriadis (1997), dos significaciones imaginarias intrínsecamente relacionadas: la autonomía del sujeto y la racionalidad del acto jurídico.

La propuesta se da a partir de pensar el consentimiento informado (CI) y las disposiciones anticipadas (DA) como intersecciones de distintos discursos en un instrumento legal²³ donde se encuentran la veracidad de la información brindada al paciente, la responsabilidad de las instituciones implicadas y la autonomía del ser humano para decidir sobre su vida, sobre su cuerpo. Estas decisiones individuales dan cuenta de la salud como un proceso que incluirá (o no) a otras personas cercanas, los criterios médicos hegemónico y la presencia de las instituciones de salud incluidas como una variable del mercado.

Legislación sobre Disposiciones Anticipadas y Poderes de Delegación en Canadá.

Hay tres leyes principales que establecen los requerimientos de delegación del consentimiento en Canadá: la Ley de Consentimiento Informado del Cuidado de la Salud (*Health Care Consent Act, 1996, HCCA*); la Ley sobre la Protección de la Información de Salud Personal (*Personal Health Information Protection Act, 2004, PHIPA*) y la Ley de Decisiones Substituidas (*Substitute Decision Act, 1992, SDA*). Junto con ellas, la Guía sobre los Poderes de Representación

²³ Definición de acuerdo al derecho de lo que es un instrumento legal, hace referencia a escritura, papel o documento con que se justifica o prueba alguna cosa; expresan un acto legal o un acuerdo, para crear, garantizar, modificar o terminar un derecho, o con el propósito de proporcionar evidencia.

(*Ontario/ Power of Attorney Guide*) comunica a los ciudadanos de Ontario las características de la normativa en la provincia.

Ley de Consentimiento Informado del Cuidado de la Salud (*Health Care Consent Act, 1996, HCCA*). La ley enuncia como propósitos específicos establecer las normas con respecto al consentimiento para los tratamientos de la salud de manera coherente en todos los ámbitos donde fuera necesario, resguardar los mecanismos de tratamiento y admisión en los centros de atención y los servicios de asistencia personal a las personas que carezcan de la capacidad de tomar decisiones y *aumentar la autonomía* de las personas para las que se propone tratamiento, para las que se propone la admisión en un centro de asistencia y las que van a recibir servicios de asistencia personal. Asimismo, la ley coloca en iguales términos a las personas incapaces de tomar decisiones en su nombre y a las personas en condiciones de recibir tratamiento. Es decir, sujetos iguales ante la ley para poder decidir y que deben ser respetadas:

iii) exigir que se respeten los deseos expresados por las personas que estén en condiciones de recibir tratamiento, ser internadas en un centro de atención o recibir servicios de asistencia personal cuando sean capaces de hacerlo y después de haber cumplido los 16 años de edad. (...) c) aumentar la autonomía de las personas para las que se propone tratamiento, de las personas para las que se propone la admisión o el confinamiento en un centro de asistencia y de las personas que van a recibir servicios de asistencia personal.
(Ley de Consentimiento Informado)

Regula también la necesidad de que se promueva la comunicación y la comprensión entre los profesionales de la salud y sus pacientes, así como de garantizar el “papel significativo para los miembros de la familia que brindan apoyo cuando una persona carece de la capacidad de tomar una decisión sobre un tratamiento, la admisión en un centro de atención o un servicio de asistencia personal” (2017, c. 25, Art. 5, s. 60). La intervención del representante solo será posible “como último recurso en las decisiones en nombre de personas” (1996, c. 2, Art. A, s. 1). El respeto de la

autonomía de la persona viene asociado a la información, a la comunicación certera de lo que puede suceder, y es el rol de Estado garantizar y exigir su cumplimiento. Igual sucede con el consentimiento para el tratamiento, donde el profesional de la salud será quien defina las condiciones evaluando la capacidad de comprensión del tratamiento (1996, c. 2, Art. A, s. 10 (1)).

La legislación de Ontario no considera la edad un factor decisivo para las decisiones que hacen al cuidado de la salud. En términos generales, los pacientes de cualquier edad son considerados capaces de rechazar o dar el consentimiento a su propio tratamiento en tanto posean la maduración para comprender la información que se les provea. Cuando un paciente es menor de 16 años de edad, la capacidad de dar consentimiento a un tratamiento debe ser considerada caso a caso. El acento estaría puesto en el cumplimiento dentro del dispositivo de salud de la comunicación, información y posterior respeto de las decisiones del paciente. El consentimiento informado aparece presente a través del protocolo a hacer cumplir.

Ley sobre la protección de la información de salud personal (*Personal Health Information Protection Act, 2004, PHIPA*). Los objetivos que esta ley se propone son los de regular la recolección, uso y divulgación de información personal sobre la salud de las personas, así como la de proteger la confidencialidad de esa información garantizando la prestación de atención médica. En relación al uso de la información del paciente, la ley proporciona a las personas el derecho de acceso a su información y las atribuciones de un custodio (profesional de la salud o proveedor del servicio) de la información de salud del paciente. Regula también, desde el año 2016, cómo habrá de realizarse el uso y resguardo electrónico de la información del paciente. Lo relevante de este considerando surge del hecho de que, en Canadá, la información se encuentra centralizada y disponible *on line* para los proveedores y administradores de salud. Esta información sobre la salud del paciente se encuentra a disposición no solo para las instituciones de

salud y los profesionales, sino también para organismos del Estado que así lo requieran, por ejemplo, las oficinas del Ministerio de Transporte encargadas de expedir licencias de conducir. La confidencialidad del diagnóstico de un sujeto en Canadá sería entonces un bien de límites ambiguos entre lo público y o privado.

Ley de Decisiones Substitutivas - *Substitute Decisions Act, 1992, SDA*. Esta ley regula el acto jurídico de delegar decisiones en otra persona, a partir de la cual define capacidades, posibilidades, límites y alcances de las personas como sujetos jurídicos. Entiende la capacidad de delegación de decisiones vitales a partir de la explicitación que vaya a hacer la persona en otro. La conciencia, el estado médico de lucidez es *la* condición para delegar:

- La capacidad para otorgar poderes es general para todo aquel que tenga la capacidad de entender si el representante propuesto tiene una preocupación genuina por el bienestar de la persona; y acuerda que la persona puede necesitar que el abogado propuesto tome decisiones por ella. (1992, c. 30, s. 47 (1)).
- Los poderes otorgados comprenden entre otros: (d) tener acceso a información personal, incluyendo información y registros de salud, a la cual la persona tendría derecho a tener acceso si es capaz, y consentir a la divulgación de esa información a otra persona, excepto para fines de litigio que se relacione con la propiedad de la persona o con el estado o poderes del tutor; (e.1) tomar decisiones sobre el cuidado de la salud, la nutrición y la higiene de la persona; (f) tomar decisiones sobre el empleo, la educación, la formación, el vestido y las actividades recreativas de la persona, así como sobre los servicios sociales que se le presten; y g) ejercerá

las demás facultades y desempeñará las demás funciones que se especifiquen en la orden.

(1992, c. 30, art. 59 (2); 1996, c. 2, art. 37 (1); 2006, c. 19, Art. B, s. 22 (7)).²⁴

Guía sobre los Poderes de Representación - *Ontario Power of Attorney Guide*. En ella se desarrolla la legislación de salud con el criterio de informar y guiar a las personas acorde a la legislación de la provincia de Ontario. Esta guía desarrolla los aspectos necesarios para que las personas puedan consentir o no el cuidado de su salud en caso de incapacidad. Actualiza también los alcances de las leyes a través su publicación virtual en la página oficial del gobierno y se encuentra disponible en las bibliotecas públicas de la ciudad. La comunicación de los derechos de los ciudadanos, del alcance y límite de estos derechos, así como la forma en que vayan a establecerse estos poderes se dan en un entrecruzamiento de la institución médica como

²⁴ SDA, “Capacity to give power of attorney for personal care 47 (1) A person is capable of giving a power of attorney for personal care if the person, (a) has the ability to understand whether the proposed attorney has a genuine concern for the person’s welfare; and (b) appreciates that the person may need to have the proposed attorney make decisions for the person. 1992, c. 30, s. 47 (1). Powers of guardian (2) Under an order for full guardianship, the guardian may, (a) exercise custodial power over the person under guardianship, determine his or her living arrangements and provide for his or her shelter and safety; (b) be the person’s litigation guardian, except in respect of litigation that relates to the person’s property or to the guardian’s status or powers; (c) settle claims and commence and settle proceedings on the person’s behalf, except claims and proceedings that relate to the person’s property or to the guardian’s status or powers; (d) have access to personal information, including health information and records, to which the person would be entitled to have access if capable, and consent to the release of that information to another person, except for the purposes of litigation that relates to the person’s property or to the guardian’s status or powers; (e) on behalf of the person, make any decision to which the Health Care Consent Act, 1996 applies; (e.1) make decisions about the person’s health care, nutrition and hygiene; (f) make decisions about the person’s employment, education, training, clothing and recreation and about any social services provided to the person; and (g) exercise the other powers and perform the other duties that are specified in the order. 1992, c. 30, s. 59 (2); 1996, c. 2, s. 37 (1); 2006, c. 19, Sched. B, s. 22 (7). (c) settle claims and commence and settle proceedings on the person’s behalf, except claims and proceedings that relate to the person’s property or to the guardian’s status or powers; (d) have access to personal information, including health information and records, to which the person would be entitled to have access if capable, and consent to the release of that information to another person, except for the purposes of litigation that relates to the person’s property or to the guardian’s status or powers; (e) on behalf of the person, make any decision to which the Health Care Consent Act, 1996 applies; (e.1) make decisions about the person’s health care, nutrition and hygiene; (f) make decisions about the person’s employment, education, training, clothing and recreation and about any social services provided to the person; and (g) exercise the other powers and perform the other duties that are specified in the order. 1992, c. 30, s. 59 (2); 1996, c. 2, s. 37 (1); 2006, c. 19, Sched. B, s. 22 (7).

responsable del cumplimiento: el médico o profesional de la salud que establecerá el grado de lucidez y conciencia, y la persona que padece o decide con anticipación delegar futuras decisiones. El Gobierno de Ontario a través de su publicación, disponible en la página oficial, da a conocer las instrucciones y los formularios correspondientes para la elaboración de un Poder para la Propiedad y un Poder para el Cuidado Personal. En ella refiere la posibilidad de “planear con anticipación y estar seguro de que sus planes se llevarán a cabo”²⁵. La normativa, además, asigna al gobierno el rol de actuar como sustituto en la toma de decisiones, en última instancia, en aquellas situaciones donde las personas no tienen a nadie más para tomar decisiones en su nombre. Se adjunta a la guía, junto con modelos para poderes de la propiedad y del cuidado de las personas y definiciones de las figuras legales pertinentes en la firma de un poder. Algunas de ellas son:

Tutor de la persona: Un tribunal puede nombrar a un tutor de la persona para que tome decisiones en nombre de alguien incapaz en algunas o todas las áreas de cuidado personal, generalmente porque no existe un poder notarial para el cuidado personal. El requisito primordial es que el tutor debe tener al menos 16 años de edad.

Incapacidad: Según la Ley de Decisiones Sustitutivas (SDA, 1992), la incapacidad se refiere a la incapacidad mental. Significa que la persona es incapaz de entender la información que es relevante para tomar una decisión o es incapaz de apreciar las consecuencias razonablemente previsibles de una decisión o falta de decisión.

Socios: Se consideran socios a dos personas que han vivido juntas durante al menos un año y que tienen una relación estrecha que es de vital importancia en ambas vidas.

Cuidado personal: El cuidado personal incluye el cuidado de la salud, la nutrición, el refugio, la ropa, la higiene y la seguridad.

²⁵ Traducción propia de la Guía sobre los Poderes de Representación.

Poder para el cuidado personal: Un Poder Notarial para el Cuidado Personal es un documento legal en el cual una persona le da a otra la autoridad para tomar decisiones sobre el cuidado personal en su nombre si se vuelve mentalmente incapaz. Se trata del poder específico que debe firmar una persona que deja decisiones atinentes al cuidado de su salud en otra persona. Este poder, sin embargo, no incluye las decisiones de cuidado de las finanzas y bienes de una persona, sino que estas deben dejarse firmadas en un poder separado y para tal fin.

Decisiones reguladas sobre el cuidado. La guía comienza con una serie de preguntas abiertas que dan el marco de necesidad de los poderes de delegación de decisiones. Interroga a la persona acerca del momento en que se halle sin posibilidades de decidir, le abre la duda acerca de sus posibilidades de control, de manejar su propia vida. Y lo resuelve tanto en la ley y en el cumplimiento de su protocolo:

Si te vuelves mentalmente incapaz, ¿quién decidirá dónde vivirás? ¿Cómo te vestirás? ¿Qué vas a comer? ¿Qué tipo de atención médica recibirá? ¿Cómo se garantizará su seguridad? Bajo la Ley de Decisiones Sustitutivas de 1992, la persona que usted adopte como su representante para el cuidado personal tomará estas decisiones por usted. (Guía sobre los Poderes de Representación)²⁶

Se considera posible personalizar el Formulario de Delegación de Decisiones en tanto cumpla los requisitos legales establecidos en la Ley de Decisiones Sustitutivas de 1992 y sus correspondientes actualizaciones. Las decisiones sobre el cuidado personal involucran la vivienda, la alimentación y el tipo de tratamiento médico. En el formulario que acompaña la guía, se encuentra un apartado con instrucciones si es que se desea algún tipo particular de cuidado. En la guía se refuerza la idea sobre la importancia que reviste el poder que se otorga:

Dar un poder notarial es un asunto muy serio. Su representante puede llegar a ser responsable de decisiones profundamente importantes sobre su bienestar y calidad de vida. Si usted decide nombrar a un abogado para

²⁶ Traducción propia.

el cuidado personal, es importante que lo haga por su propia voluntad, sin la presión de nadie más. Antes de decidir, es posible que desee hablar con su familia o amigos cercanos. (...) Pero recuerde, todas las decisiones dependen de usted. (*ibid.*)

Sobre aquello que hace a la persona que habrá de ser el representante, la guía especifica que no deberá ser nombrado a cambio de ningún tipo de compensación monetaria. En el caso que la persona desee nombrar a más de un individuo como representante existen regulaciones dentro de la ley, previendo sea necesario que los designados tomen decisiones en forma conjunta. Se sugiere darles a los representantes la flexibilidad de tomar decisiones por separado considerando que “por ejemplo, que pasaría si uno de sus abogados no estuviera disponible temporalmente por enfermedad, vacaciones u otra razón. (...)”. Se aconseja que si ha nombrado a más de un abogado y desea que estén autorizados a tomar decisiones por separado, lo certifique con una formalidad jurídica y escriba las palabras "conjunta y solidariamente" en el formulario. La decisión de no dar permiso a tomar decisiones independientes a sus representantes está fundada en “si quiere asegurar que siempre hay un doble control con respecto a las decisiones”.

Es recurrente en la guía la formulación de la idea de que el sujeto debe “pensar cuidadosamente” antes de tomar una decisión y las consecuencias de que alguien vaya a decidir por él, (decisiones acerca del lugar de residencia, hábitos y pautas cotidianas) cuando ya no sea capaz de hacerlo. Refuerza constantemente la idea de acciones claras para garantizar que el ser humano pensante es el sujeto que decide. En relación con el cuidado de la salud, se menciona que la persona puede estar familiarizada con la idea de un "Testamento en vida" (*Living Will*) expresión de uso diario en donde se establece la posibilidad de rechazar o no cierto tratamiento, tales como soportes de vida artificiales en el caso de una enfermedad terminal, pero se debe evaluar el “dar instrucciones sobre cualquier categoría de cuidado personal en la que su representante tenga autoridad para tomar decisiones”. *Living Will*, más allá de dar cuenta de la posibilidad de rechazar

o no un tratamiento, es una noción que forma parte de lo cultural, lo socialmente aceptado en todos los órdenes de la vida: económico, familiar, personal. A diferencia de otras sociedades, donde es pensado el testamento en vida para bienes materiales y son delegadas las decisiones de la salud en el destino o en los profesionales probos. Las premisas de comunicación, la indicación de hablar con su(s) abogado(s) acerca de las instrucciones para asegurar de que realmente entienda lo que la persona está diciendo es también una referencia sobre los valores y creencias que establecen el estatuto del sujeto en la legislación.

El sistema de salud incluye la posibilidad de tener proveedores privados, los cuales deberán estar incluidos en el instrumento legal junto con la persona que ejecutará los deseos del paciente en las decisiones: “si decide dar instrucciones sobre la atención médica, hable con su proveedor de atención médica sobre su salud actual y el tipo de tratamiento médico que podría enfrentar en el futuro. Tenga en cuenta que el lenguaje médico puede ser muy específico, así que asegúrese de que lo que usted escribe realmente expresa lo que quiere decir”. Es detallada la descripción de los intereses, de las necesidades que pudieran aparecer en un caso de delegación de poderes y las posibilidades legales de los sujetos de ejercer su autonomía en términos de un paciente incapacitado de hacerlo:

También puede poner condiciones o restricciones a la autoridad de su abogado. Por ejemplo, usted podría querer que su abogado consulte con personas específicas (como miembros de su familia o su consejero religioso) antes de tomar decisiones. Si usted ha nombrado a más de un abogado, puede especificar de quién será la decisión a seguir si hay un desacuerdo, o puede restringir la categoría de decisiones de cuidado personal que cada abogado puede tomar. (...) Antes de firmar, asegúrese de que:

1. Usted entiende la autoridad que su abogado puede tener.
2. Usted confía en que su abogado actúe de manera responsable y siga las instrucciones que usted le dé.
3. Usted está dando este poder notarial por su propia voluntad.

4. Usted ha considerado cuidadosamente obtener asesoramiento de un abogado y de sus proveedores de atención médica. (...) Si está seguro de que el formulario dice lo que quiere que diga. (...) Usted tiene el derecho de revocar (cancelar) este poder notarial en cualquier momento mientras sea posible. (Guía sobre los Poderes de Representación)

Las leyes en Canadá garantizan que el CI y las DA sean vistas como una acción consciente de un ser humano lúcido y pensante acerca de su situación presente o futura de salud. El conjunto de estas leyes constituye el cuerpo legislativo con el que los ciudadanos y los proveedores de salud conviven. En ellas se señalan las obligaciones de los profesionales de la salud, instituciones públicas y privadas, así como de los seguros médicos. Refieren no solo a las obligaciones y responsabilidades sino las posibles situaciones: se encuentran en ellas la mayor cantidad de ejemplos y definiciones sobre situaciones en donde el sujeto podría hacer uso de la normativa. Los colegios profesionales, a su vez, actualizan los alcances de la ley y supervisan su cumplimiento. Una de las características del sistema de salud es que el ejercicio del control no está relegado en el Estado: los códigos de ética profesional responsabilizan a los profesionales en su ejercicio profesional y en la observación del de sus colegas.

El Testamento Vital y el CI están incluidos en la tradición y la historia de Canadá: la responsabilidad en el acto jurídico no está delegada en tan solo uno de los actores. Se exige el “hacer cumplir” la ley a todos. Los responsables son responsables jurídicos, sujetos conscientes, así son pensados dentro del estado de derecho e, inversamente, todos los conscientes son responsables, condición necesaria para sostener la estabilidad y la confianza del sistema dentro de su imaginario. No hay preguntas abiertas, es un ser humano consciente que piensa y decide en base a la información recibida sobre su presente y su futuro. Lo que no va a poder elegir es no saber y delegar su representación.

El Consentimiento Informado y las Decisiones Anticipadas en Argentina.

El CI y las DA en Argentina expresan tres aspectos del principio de autonomía: la autodeterminación, la privacidad y el reconocimiento de la igualdad de oportunidades (Costa, 1996). Las personas jurídicas son pensadas en estas leyes como sujetos capaces de elaborar sus proyectos, incluidos aquellos que se ejecutarían cuando pierdan la conciencia o no estén en condiciones de hacerlos cumplir. Al igual que la legislación canadiense, se dirige a un ciudadano que en ejercicio de su autonomía deberá tomar una decisión luego de haber recibido la información del profesional, del experto responsable de brindarla.

Leyes. *Ley 26529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*²⁷. Sancionada en el año 2009 es, junto con su modificatoria, la ley 26.742²⁸ sancionada en 2012, la regulación sobre CI y DA en Argentina. La Ciudad de Buenos Aires comunica a través de la página web oficial la información sobre los derechos y obligaciones de los pacientes dentro del sistema de salud.

Esta ley establece en su artículo 1° el ámbito de aplicación, es decir su incumbencia: “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”. Se centra en regular aquellas relaciones, pautas y comportamientos dentro del ámbito de la salud con la persona como el sujeto de derecho, no hay descripciones de situaciones ni desarrollo de responsabilidades compartidas entre los distintos actores. Solidaria con esta idea es la forma en que se incluye el ejercicio de la voluntad

²⁷ BO 20/11/2009

²⁸ BO 24/05/2012

del paciente. En su artículo 2º, Capítulo I refiere a los derechos del paciente y su relación con los profesionales e instituciones de salud, allí expresa:

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. En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable. En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente. *(Inciso sustituido por art. 1º de la [Ley N° 26.742](#) B.O. 24/5/2012) (Ley de Muerte Digna, 2012)*

El CI así como las DA se encuentran explícitamente incluidas en la ley del 2009. La ley fue modificada en 2012, ley 26.742, incorporando mayor precisión en la definición de problemáticas específicas. Su reglamentación posterior, Decreto 1089/2012²⁹, consolida la idea del sujeto que toma decisiones en forma consciente y voluntaria y define la posición y responsabilidad del Estado a través de la mención de la ley 23.661³⁰.

²⁹ BO 6/06/2012

³⁰ Decreto 1089/2012, cap.1 art.2: "La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD deberá adoptar las medidas necesarias para asegurar el correcto ejercicio de los derechos reconocidos por esta Ley a los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud por parte de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud de todo el país, comprendidos por la Ley N° 23.661".

En la ley 26.529, Capítulo III, se expresa en detalle como deberá ser el acto jurídico del CI.

En el aparecen detallados los aspectos relativos al carácter obligatorio de recibir información válida por parte del profesional de la salud para que el paciente ejerza el derecho a recibir o no su tratamiento:

ARTICULO 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 previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;
- g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable;
- h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento. *(Artículo sustituido por art. 2° de la [Ley N° 26.742](#) B.O. 24/5/2012)*

ARTICULO 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. En el supuesto de incapacidad del paciente, o

imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido. Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. *(Artículo sustituido por art. 3° de la [Ley N° 26.742](#) B.O. 24/5/2012)*

ARTICULO 7° — 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 implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley;
- e) Revocación. f) En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5° deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto. *(Inciso incorporado por art. 4° de la [Ley N° 26.742](#) B.O. 24/5/2012)*

ARTICULO 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.

ARTICULO 9° — 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.

ARTICULO 10° — Revocabilidad. La decisión del paciente, 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 conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica. Las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193 podrán revocar su anterior decisión con los requisitos y en el orden de prelación allí establecido. Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. *(Artículo sustituido por art. 5° de la [Ley N° 26.742](#) B.O. 24/5/2012)*

ARTICULO 11° — Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó. *(Artículo sustituido por art. 6° de la [Ley N° 26.742](#) B.O. 24/5/2012)*

ARTICULO 11° bis: Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de la misma. *(Artículo incorporado por art. 7° de la [Ley N° 26.742](#) B.O. 24/5/2012)³¹ (Ley de Muerte Digna, 2012)*

El Código Civil y Comercial argentino fue modificado en el año 2015; el cambio alcanzó a los artículos 59 y 60 al incorporar en ellos el Consentimiento Informado y las Disposiciones Anticipadas. En estos artículos se deja establecido que estas normativas corresponden a “la declaración de voluntad expresada por el paciente, emitida luego de recibir información clara,

³¹ Las oraciones resaltadas corresponden a las resaltadas en el cuerpo de la ley.

precisa y adecuada”. Así, el Código Civil contempla y expresa la condición necesaria de estar informado, ser coherente y autónomo, en el sentido de no manifestarse coerción sobre él al firmar. Las DA, por otro lado, incluyen sus derechos a anticipar directivas y legar decisiones respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad. Designa a la persona o personas que darán el consentimiento para futuros actos médicos y ejercerán su curatela cuando no se esté consciente. Un aspecto importante es que esta declaración de voluntad puede ser libremente revocada en todo momento y no incluyen la posibilidad de legar sobre otro o decidir sobre su propia muerte.

En relación a la información que habrá de recibir el paciente en el momento de firmar CI/DA: debe estar correctamente informado, cumplir los requisitos de los artículos 59 y 60 para poder tomar algunas decisiones a futuro sobre su salud, su cuerpo. Podríamos pensar si esto no expresaría la coexistencia dentro de la legislación de necesidades diferentes referidas a los agentes de salud y por otra parte a los pacientes (*Ley de los derechos del Paciente*). Asimismo, la inclusión de las DA y el CI dentro del código Civil y Comercial consolida el hecho de que cualquier situación conflictiva cuya resolución no pudiera ser aceptada por alguna de las partes (agentes de salud, pacientes, instituciones del sistema de salud) quedará dirimida dentro del sistema judicial, al cual le pertenece la incumbencia final de interpretar la temática referida a estos artículos.

Las leyes sobre CI y DA en la Argentina establecen y regulan el vínculo entre el paciente, la información y el profesional de la salud interviniente. No se legisla acerca de la responsabilidad institucional o del proveedor de salud en la administración del instrumento legal, son mencionados, pero no son corresponsables con el profesional de la salud. El respeto por la autonomía del paciente, el uso de la información sobre su estado de salud, la historia clínica y su actualización sobre los deseos del paciente y las características de estos son responsabilidad del profesional de la salud.

Dentro de la legislación se establece la obligatoriedad en el derecho de participación del paciente en todo lo que implique su estado de salud, pero no se define quien habrá de garantizarlo a excepción del momento en que no se encuentre en estado de plena conciencia.

El ejercicio de la autonomía del paciente se ve limitado por la existencia de riesgo de salud pública, en donde el profesional debe velar por el bien mayor (situación común en ambos países). En la legislación argentina este derecho del profesional de la salud puede extender su competencia si el profesional evalúa una situación de riesgo para el paciente, teniendo el límite de la consulta con el comité de ética para tomar esta decisión.

“Aún en contra de la voluntad del paciente, el profesional de la salud, deberá —bajo su responsabilidad como tratante—, poner en conocimiento de aquél la información sobre su salud, cuando esté en riesgo la integridad física o la vida de otras personas por causas de salud pública. Deberá dejarse registrada esta circunstancia en la historia clínica del paciente y las razones que la justifican. Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo precedente, el paciente mayor de edad y capaz, cuando así lo decida, deberá dejar asentada su voluntad de ejercer su derecho de no recibir información sanitaria vinculada a su salud, estudios o tratamientos, mediante una declaración de voluntad efectuada por escrito, que deberá quedar asentada en su historia clínica. Ante la circunstancia descrita, deberá indicar la persona o personas que autoriza a disponer de dicha información y a decidir sobre su tratamiento o, en su caso, señalar su autorización para que las decisiones pertinentes sean tomadas por él o los profesionales tratantes, con los alcances y del modo previstos en los artículos 4° y 6° de la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742 y esta reglamentación. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica, cuando el profesional actuante entienda que por razones objetivas el conocimiento de la situación de la salud del paciente puede perjudicar su salud de manera grave. En ese caso, deberá dejar asentado en la historia clínica esa situación y comunicarla a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho, según lo previsto en los artículos 4° y 6° de la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742 y esta reglamentación. Estas situaciones deben ser valoradas por los profesionales de la salud de modo restrictivo y excepcional, consultando al Comité de Ética”. (Decreto 1089/2012).

En este sentido, la legislación argentina considera al igual que la canadiense que para poder ejercer la posibilidad de no recibir información el sujeto deberá dejar asentado quien la recibirá por él, persona asociada a la toma de decisiones sobre su posterior tratamiento. No está contemplada la posibilidad para el paciente consciente y lúcido de no querer recibir información y tomar decisiones sobre su salud o su tratamiento. El sujeto, a fin de cuentas, es definido por su capacidad de estar informado, pensar y decidir sobre su futuro.

El decreto remite a los artículos 4 y 6 (anteriormente citado) de la ley.

ARTICULO 4º — Autorización. La información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad. (Decreto Reglamentario 1089/12 del Poder Ejecutivo Nacional).

La información en la Ciudad de Buenos Aires. El sitio de internet de la Ciudad es el medio a través del cual se comunica de manera sintética los aspectos o las características consideradas más relevantes de los derechos y obligaciones de los pacientes en el sistema de salud: asistencia, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, información sanitaria e interconsulta médica. Se informa a los ciudadanos de manera sucinta la normativa referida a CI y DA de acuerdo con las leyes nacionales:

Autonomía de la voluntad

Tienen derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Ello a través de un consentimiento informado, rechazo informado y/o directivas anticipadas.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a tomar decisiones sobre su asistencia y procedimientos médicos, bajo el principio de autonomía progresiva, y de acuerdo a lo establecido por el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación y Ley N° 26.061.

Pueden participar en investigaciones científicas con previo consentimiento escrito y conforme dicte la reglamentación vigente en la materia. (Fuente: página web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires)

Incorpora en la página web oficial, junto con los deberes y derechos, las responsabilidades de los pacientes sobre los espacios físicos comunes dentro de las instituciones³²: “ser cuidadosos en el uso y conservación de las instalaciones, los materiales y equipos médicos que pongan a su disposición”. No presenta una particular lectura de la legislación en la Ciudad sobre los derechos de los pacientes. La información no se dirige a una situación en particular ni incorpora información aclaratoria sobre la legislación vigente.

La responsabilidad institucional, de los profesionales de salud y de los sujetos que deciden no se encuentra diferenciada, la información se presenta como una continuidad de la legislación nacional dirigida a ningún sujeto o colectivo poblacional en particular.

En síntesis

En este capítulo se trabajaron algunos aspectos de las leyes de ambos países que permiten visibilizar similitudes y diferencias. En cada país se establece de diferente manera la información e implementación de los protocolos de aplicación de CI/DA. El temor a los juicios de mala praxis, entre los profesionales y las instituciones médicas se encuentra presente en ambas sociedades que

³² Información página web CABA, disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/bweb/search?keys=consentimiento%20informado&q=bweb>

poseen reglamentaciones precisas en las prácticas médicas que son cubiertas por las aseguradoras. En Argentina, se invierte tiempo y comunicación institucional en políticas que destacan el registro de las decisiones y no se implementan políticas de educación a la población para el uso de la normativa CI/DA. El cumplimiento de las normas y los roles asignados no son controlados de igual forma en Canadá y Argentina. El rol de los distintos actores sociales en el control de las normativas no es ejercido de igual manera. No es un hecho secundario que, en Canadá, a diferencia de Argentina, sea una práctica habitual la firma de CI/DA para todo tipo de práctica médica, tanto como lo es en relación con el futuro de los bienes económicos.

La reglamentación sobre la información y datos del paciente se halla presente en los dos países. Quizás una de las diferencias que se busca destacar en este trabajo es la relación que se establece entre ellos, el sistema de salud en el que se encuentran y el impacto posible en las personas. Es decir, no es la ausencia o presencia del Estado en el control de datos sino los efectos disímiles en la subjetividad de las personas que esta información producirá.

En Canadá, el manejo de la información y datos del paciente son hegemonizados por el Estado en su carácter de proveedor principal del seguro de salud. No existen voces alternativas que breguen por su control o cuestionen este hecho. Los datos de los estudios médicos realizados a los pacientes se encuentran *online* dentro de lo que constituye su historia clínica, la cual es accesible para los profesionales de la salud que lo atiendan, e inclusive para el Ministerio de Transporte que accederá a ella en el caso de requerirlo (accidentes de tránsito o cuando la persona decida tramitar o renovar su licencia de conducir). El paciente solo accede a sus datos previo pedido manifiesto de ello a su médico (tiene la opción, en algunos hospitales, de generar un acceso a ellos) o pagando por ellos en el caso de los estudios de laboratorio. Esta regulación da cuenta de las características del acceso a los propios datos, circunstancia consolidada a través de los años

que establece un estándar de aceptación de lo que podemos llamar mecanismos de control asociados al sistema de salud. El estándar de aceptación de la sociedad canadiense respecto de estos mecanismos deja abierta la pregunta sobre las posibilidades de cuestionamiento que existen a los dilemas bioéticos planteados. El ciudadano no solicita, ni le es ofrecido, el resultado de los estudios que se hubiera realizado luego de la consulta médica; el vínculo con el profesional de la salud está atravesado por cierta confianza, credibilidad en su saber y en la información que le es brindada. El paciente considera que sus datos no serán usados con otros fines y deposita su confianza, no solo en el vínculo con el profesional, sino en el sistema de salud y sus mecanismos de autorregulación. Entre ellos se encuentran los Colegios Profesionales y los diferentes integrantes del sistema de salud que entienden la responsabilidad de forma transversal: todo trabajador del sistema de salud debe denunciar o dar aviso en calidad de testigo de cualquier situación que considere irregular, ya sea que la presencie o que tome conocimiento.

En Argentina, los datos e información del paciente están legalmente protegidos (Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud), pero la relación con ellos y el acceso dentro del sistema es diferente. El paciente accede a su información y cuestiona la misma en el caso que lo desee; luego de la consulta se lleva consigo la información médica y, en caso de así quererlo, tiene la posibilidad de elegir o cambiar de profesional. Forma parte del imaginario social, legitimado a través de esta ley, la creencia de que le pertenecen los datos obtenidos en sus estudios médicos. Otro de los aspectos que garantiza la ley es el acceso a la información sobre su salud ante su requerimiento, el cual podrá ser brindado por cualquier agente de salud que intervenga en su atención: “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 (...)*” (Ley 26.529 -Capítulo I-

Artículo 2º). Resulta interesante destacar que, en la cotidianeidad de las instituciones de salud, esta práctica no se encuentra legitimada: enfermeros o fisioterapeutas, por ejemplo, no brindan información al paciente sobre su estado durante una internación. Solo el médico actúa como portavoz de la información sobre la salud del paciente. En las instituciones, sean estas de cualquiera de los sectores integrantes del sistema de salud, no es viable efectivizar el cumplimiento de este derecho del paciente, aunque este se encuentre informado sobre sus derechos. Esta circunstancia se ve favorecida, probablemente, por la estructura de mayor verticalidad del sistema de salud en la Argentina y su organización jerarquizada.

¿Cómo se debería garantizar este y otros derechos y garantías del paciente? ¿La legislación actual posee las incumbencias necesarias para hacerlo? ¿Cómo es posible pensar cambios en los sistemas que serán transitados por personas sufrientes, en estado de vulnerabilidad y, la mayoría de las veces, en posición asimétrica con respecto al saber médico? Estas preguntas habilitan el camino para poder seguir reflexionando acerca de la ley y su aplicación, sin dejar de considerar que la legislación argentina se encuentra entre aquellas que han sabido estar a la altura de los cambios de la época.

En la legislación de ambos países está presente la necesidad de preservar la decisión consciente y la obligación médica de salvar vidas respetando estas decisiones. Un punto importante que hace a la posición del sujeto, que no aparece considerado en la legislación, es que habrá de tomar decisiones riesgosas sin garantías en su cumplimiento futuro.

Segunda Parte

Capítulo 3. El lugar del encuentro. Los discursos, los saberes

“Hablamos hasta la muerte un solo y único discurso, y la muerte es la única potencia que puede cortarlo, romper el sostenimiento de nuestro discurso. El discurso es lo nunca castrado. Es lo que recomienza, renace” (Barthes, 2005)

“No hay conocimiento. Pero saber, eso sí, a montones, hasta no saber qué hacer con él, repletos los armarios.” (Lacan, 2012, p. 456)

En este capítulo son analizadas las DA y el CI como parte del ejercicio de los derechos en ambos países, Canadá y Argentina, que revelan las particularidades de la jurisprudencia de cada uno de ellos y son, al mismo tiempo, posibles de ser pensadas a partir de distintos discursos y saberes: los saberes académicos y los saberes presentes que se fueron significando a través de un imaginario en común (Castoriadis, 2008). El psicoanálisis permite inaugurar una mirada sobre el acto jurídico que trae consigo una forma diferente de pensar al sujeto, perspectiva hasta ese momento impensada.

Algunos elementos del marco teórico del Psicoanálisis

El psicoanálisis establece un saber propio del que antes de Freud nada se sabía (Lacan, 2012). Un saber que en la actualidad está presente en ambas sociedades. Un saber que considera no formar parte de la teoría del conocimiento, al que es ajeno en los términos del sentido en que

es planteado. En el marco de la teoría psicoanalítica, los conceptos de *sujeto* y el concepto de *inconsciente* posibilitan pensar la diferencia entre demanda y deseo. Al hacerlo, se inicia y considera una forma distinta de pensar las problemáticas del ser humano:

No hay inconsciente porque hubiese en él un deseo inconsciente, obtuso, pesado, cual Calibán, incluso animal, deseo inconsciente surgido de las profundidades, que fuese primitivo y debiese elevarse al nivel superior de lo consciente. Muy por el contrario, hay un deseo porque hay un inconsciente, es decir, lenguaje que escapa al sujeto en su estructura y sus efectos, y hay siempre a nivel del lenguaje algo que está más allá de la conciencia, y es allí donde puede situarse la función del deseo. (Lacan, 2010, pp. 94-95)

En el marco del psicoanálisis sería posible pensar la articulación del deseo en el ser humano instalando la subjetividad en la enigmática fórmula de Spinoza: “El *deseo (cupiditas)* es la esencia misma del hombre” (Lacan, 2014, p. 524), esencia que hace del deseo en el ser humano una demanda cuya característica es ser una “demanda sometida a la ley” (Lacan, *op. cit.*, p. 477).

La ley, como parte de las formas de regulación en sociedad, es parte de los interrogantes del analista acerca de la relación que establecerá en su práctica. Lacan reflexiona en el *Seminario VI* sobre el lugar del analista, su coherencia en el trabajo que desarrolla y las problemáticas particulares que se presentan en él considerando la relación posible en el análisis entre las normas sociales y la función del analista: “si hay una experiencia que debería enseñarnos cuán problemáticas son esas normas sociales, cuánto hay que interrogarlas, qué lejos de su función de adaptación se encuentra su determinación, es la función del analista” (Lacan, *op. cit.*, p. 534).

Los discursos presentes tanto en el ser humano como en las instituciones interrogan a las CI/DA sobre los presupuestos de veracidad y de sinceridad que deberían cumplirse al momento de firmarlas. En 1915, Freud escribe en *Deliberaciones sobre la guerra y la muerte*, texto en el que hace un recorrido sobre la situación de la posguerra, que las relaciones de los hombres entre sí y entre quienes los gobiernan requieren “un poco más de veracidad y sinceridad para allanar el

camino” (Freud, 1996, p. 2110). Plantea la necesidad de un camino, de un recorrido, que permita una transformación del sujeto y lleve a los seres humanos a ser menos hipócritas (Freud, *op. cit.*): no cediendo simplemente a la educación y las pautas de su propia cultura sino a partir de la elaboración de sus propias pulsiones, sin aparentar estar de acuerdo con las normas de la sociedad. Uno de los peligros de convivir ocultando las pulsiones -egoístas y agresivas- sería que estas aparecen, se visibilizan en algún momento de la historia del sujeto.

Inconsciente, sujeto dividido, el deseo y el goce.

En el discurso psicoanalítico el concepto de inconsciente, la noción de sujeto dividido (Lacan, 2010), sujeto barrado articulan la teoría y la práctica profesional. El concepto de inconsciente permitió, a partir de Freud, pensar al ser humano con un saber sobre sí mismo que no depende de su voluntad y sobre el que no le es evidente el modo de acceder a él. Esto permite entender al ser humano como un sujeto dividido, un ser humano que busca respuestas posibles, que aprende a hacer con lo que no sabe de sí y no sabe del mundo.

Respetando la epistemología planteada por Lacan (Lacan, *op. cit.*), en una lectura transversal diferenciamos un concepto: inconsciente; una noción: sujeto dividido y dos principios: del placer y más allá del principio del placer y al mismo tiempo dos nociones que se desprenden de los principios: deseo y goce.

Sujeto en el que la teoría psicoanalítica reconoce la tensión de deseo y pulsión, atravesadas ambas por lógicas distintas. La pulsión por la lógica de la imposibilidad: “imposibilidad de la satisfacción pulsional-goce total y absoluta”; satisfacción solitaria y parcial. Es también lo imposible de representar, lo adverso, lo que no se deja apresar por lo simbólico y que se encuentra en un equilibrio inestable con el deseo. A diferencia de la pulsión, el deseo exige para su

satisfacción el lazo social (Schor-Landman, 2013) y tiene, además, la característica de pertenecer al orden fantasmático, donde interviene el registro imaginario, “qué hace que el deseo esté suspendido a algo cuya naturaleza no exige verdaderamente la realización” (Lacan, 2002, pp. 95-96). El deseo en el ser humano está sostenido en la palabra, que mediatiza el deseo humano y lo hace comprensible al otro. Ambos, pulsión y deseo condicionan la existencia del ser humano y sus respuestas a lo largo de su vida. Es desde esta perspectiva que la pregunta sobre quién habla no tiene una respuesta obvia en el psicoanálisis y ésta pregunta será pensada en términos de Lacan a partir de interrogarse por el lugar del sujeto consciente cuando este se expresa en su encuentro con el analista. Lacan piensa la importancia de pensar el sujeto desde la práctica profesional cuando afirma que el que habla no puede ser el sujeto del inconsciente: “¿Quién habla? Cuando se trata del sujeto del inconsciente. Pues está respuesta no podría venir de él, si él no sabe lo que dice, ni siquiera que habla, como la experiencia del análisis nos lo enseña” (Lacan, 2009, p. 762).

Discursos hegemónicos y deseos humanos

Los discursos del derecho y del saber médico hegemónico incorporan al ser humano en las CI/DA en consonancia con la comunidad a la que pertenecen. La veracidad esperada en el acto jurídico se relaciona con la ética social planteada en ellos y la sinceridad del sujeto con la autonomía esperada de él. La sinceridad, la falta de hipocresía, serían atributos próximos en estos discursos a la decisión tomada voluntariamente, consciente, lo que no incluye necesariamente que al hacerlo el sujeto exprese sus deseos. Es allí donde el discurso psicoanalítico se diferencia al reconocer, además del ser humano presente, al sujeto deseante.

La ciencia y su hacer con el saber. El discurso de la medicina hegemónica occidental³³

³³ Discurso médico hegemónico: “El conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como

ha ido a través del tiempo encontrando explicaciones y fundamentos biológicos para ordenar su terapéutica; desarrollado investigaciones que refieren a patologías concretas, a enfermedades y condiciones que, en algunos casos, se podrán tornar crónicas en el tiempo. La ciencia las puede curar o prevenir y avanza a condición de poder encontrar un sustrato material y un modo de actuar (Gould, 1991) que le permitirá cumplir con el mandato hipocrático de atención a la persona sufrente, principio de beneficencia incuestionable de la práctica médica. Esa respuesta de la medicina es compartida por la sociedad en donde se encuentra y cada sociedad espera de la ciencia médica que, aunque de “manera torpe e irregular a veces” (Gould, 1997, p. 59), establezca las causas biológicas de aquello que quiere remediar.

El discurso de la ciencia/medicina intenta abarcar el conocimiento de lo inevitable y lo aleatorio, aquello que no puede identificar por sus causas, pero sucede e irrumpe en la vida de las personas y se define en cada contexto social, en cada situación particular (Gould, 1991). En su avance a través del proceso científico, las generalizaciones metodológicas son la “materia prima” de la ciencia tradicional (Gould, *ibid.*), principio articulador que permite anticipar los hechos y disponer de reglas de acción dentro del dispositivo/de los diferentes dispositivos.

El saber y la práctica. En la práctica médica subyacen dos conceptos de la teoría biológica que aparecen velados cuando se comunica un diagnóstico o un pronóstico al paciente: la aleatoriedad y la contingencia.

El dispositivo médico expresa a través del concepto de *contingencia* lo singular del encuentro con el paciente, lo que significaría que el caso ha sido tomado por acontecimientos inmediatos cuyas causas pueden o no ser predecibles y generalizables para todos (Gould, *ibid.*).

la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el estado. En: Menéndez, E., *Morir de alcohol*, cap. 3: El modelo medico hegemónico: estructura, función y crisis.

Lo contingente es expresión al mismo tiempo de lo inevitable y de la posibilidad para los seres humanos de participar en el acontecimiento que los incluye. La contingencia convoca al sujeto en intentos de comprender y lo implica tratando de controlar su propia historia. La singularidad del acontecimiento, en términos del discurso médico, abre una diversidad de recorridos posibles que señalan lo eventual de los resultados futuros.

Cuando una contingencia se vuelve una invariante, algo que va a permanecer en el cuerpo de los individuos de esa población, se abre la posibilidad de describir y de comprender el carácter de aquello contingente que insiste y perdura. El cambio que se ha producido pervive a través de reglas (Monod, 1986) y es a través de reglas que los científicos se plantean la posibilidad de comprender lo conocido ampliando en su campo de acción de las posibilidades de predecir a las posibilidades de controlar.

Pero, una vez inscrito en la estructura del ADN, el accidente singular, y como tal esencialmente imprevisible, va a ser mecánica y fielmente replicado y traducido, es decir a la vez multiplicado y transpuesto a millones o a miles de millones de ejemplares. Sacado del reino del puro azar, entra en el de la necesidad, de las certidumbres más implacables. (Monod, 1986, p. 119).

El concepto de *aleatoriedad* en las ciencias biológicas funcionaría como una garantía para evitar considerar que los cambios son predestinados en el hombre y en ninguna otra especie. Los cambios que se producen y permanecen a través del tiempo no son definidos, se sostienen en los detalles, escribía Darwin al botánico Asa Gray: “el universo funciona con los detalles, sean estos buenos o malos abandonados a un juego que podemos denominar azar” (Citado en Gould, 1991, p. 365). La supervivencia y la muerte tienen en común su origen aleatorio para la biología y son los inexplicables con los que el ser humano convive (Gould, 1991), estos inexplicables se expresan cuando el ser humano se encuentra ante la enfermedad, con lo que esta tiene de aleatorio y contingente. Las particularidades de las contingencias y del devenir azaroso en la vida del ser

humano lo colocan ante la instancia de firmar un CI/DA. Contingencia y azar del discurso médico que conducen a la pertenencia dentro del área legal a las CI/DA, discurso que las generaliza, las hace pertenecer a la normativa universal.

Una de las complejidades de este encuentro surge del hecho de que el discurso de la Biología se expresa planteando al hombre como un “detalle y no un propósito” (Gould, *ibid.*, p. 366) y los pacientes habrán de considerar decisiones sobre *su* futuro incierto. La supervivencia y la muerte se manifiestan, aparecen, irrumpen para todos los actores de manera distinta: médicos, profesionales de la salud, la institución, los allegados afectivamente y los servicios sociales presentes en el acto jurídico se encontrarán con sus propios límites, los sabidos y no sabidos por ellos mismos.

El derecho.

“Por ejemplo, con toda seguridad, la ley-entendamos la ley como ley articulada, entre cuyos muros habitamos y que constituye el derecho- no debe ser considerada como homónima de lo que puede enunciarse en otros casos como justicia”

(Lacan, 2010, p. 45).

“Las nociones de ficción y verdad han jugado un papel determinante en la historia del derecho occidental. No solo en función de sus roles intrínsecos, sino también como elementos estructurantes del discurso jurídico, en particular a partir del nacimiento de la modernidad”.

(Cárcova, 2009, p. 27)

El discurso jurídico³⁴ es probablemente la presencia más explícita en la firma de CI/DA de ambos países. Su saber necesita y exige no solo que sus criterios sean cumplidos, sino que también formen parte de la información comunicada al paciente para garantizar la legitimidad del acto. Al hacerlo, limita a través de reglas del derecho lo posible o no para los seres humanos, afecta el ejercicio del poder institucional y va produciendo efectos de verdad en los sujetos. Estos efectos de verdad buscan garantizar continuidad de/en las instituciones en su funcionamiento y conforman un triángulo de poder, derecho y verdad (Foucault, 1976).

Se despliegan entonces múltiples relaciones de poder entre los seres humanos que atraviesan y caracterizan cada sociedad. En su devenir, al hacerlo se acumula, circula y va estableciéndose el discurso jurídico como un discurso verdadero para y en los seres humanos. En el marco de esta relación constante entre verdad y poder, el poder se ejerce a través de la producción de verdad: la verdad se institucionaliza, se profesionaliza, se recompensa. Es en este escenario es donde el sujeto aparece “condenado” a confesar la verdad o a encontrarla dice Foucault, una verdad que (debería) estar incluida entre las que la sociedad le ofrece.

La verdad, cuando es mirada desde el derecho, Cárcova (2009) la describe como hermana de la realidad y de la objetividad, lo que sería incompatible con el principio de verdad de la ciencia. La expresión (*fórmula* dice Cárcova) la *verdad de los hechos* es usada frecuentemente en el proceso judicial para hacer referencia a la posibilidad de verdad o falsedad en descripciones acerca de lo que sucedió; los hechos existen o no, son o no son.

³⁴ Discurso jurídico hegemónico: Un sistema normativo es hegemónico respecto de otro cuando puede observarse que, en los casos de alternatividad de normas, las suyas tienen mayor efectividad que las del sistema hegemónico o subalterno. "Mayor efectividad" nos remite, nuevamente, a comprobaciones sociológicas. Y "alternatividad de normas" quiere decir que alguna o algunas normas de un sistema obligan a conductas que son prohibidas por el otro. Boletín Mexicano de Derecho Comparado, Número 81.

El discurso jurídico entiende que una persona está enferma o no lo está, presenta signos vitales o no, delega los derechos sobre su salud en otro o no; los actos jurídicos cumplen o no los requisitos que demanda la ley. Los elementos atenuantes de estas verdades, aquellos que hacen que las personas diriman sus diferencias ante terceros, son parte también de la verdad jurídica y de lo que es sostenido a través de la ficción jurídica. Este principio, junto con el de verdad utilizado en la ley y durante el proceso judicial, conforman “un criterio de verdad precario y un sólido entramado de ficciones fundadoras” (Cárcova, *ibid.*, p. 137). Según Cárcova, el derecho occidental contemporáneo hereda de la tradición romana la *fictio juris* (Cárcova, *op. cit.*), la cual es la base de dos principios legitimarios compartidos en el derecho occidental y presentes en cualquier escenario jurídico: todos los hombres son iguales ante la ley y la ley se estima conocida por todos. Esta igualdad ante la ley y la presunción de su conocimiento hace en el CI y las DA un universal que iguala a los seres humanos en sus responsabilidades y derechos individuales.

El discurso jurídico también incluye en su saber el análisis de las causas y consecuencias de los actos jurídicos de una sociedad realizadas a través de sus prácticas y dispositivos. Es considerado como una *práctica social específica* (Cárcova, *op. cit.*). Práctica, sostiene Cárcova, porque se trata de una acción repetitiva, desarrollada en el tiempo y con un estilo diferenciador; social, porque es solo posible a partir de la interacción entre los individuos; y específica, por ser distinguible de otras prácticas sociales como las políticas, económicas, morales, etc. Su naturaleza discursiva se materializa como proceso social de producción de sentido. “Es en el campo del sentido en donde el derecho adquiere su especificidad y produce los efectos que le son propios” (Cárcova, *op. cit.*). Efectos de verdad en el decir de Foucault, efectos de reproducción de su propio discurso que le permiten establecer aquellos dispositivos sociales-judiciales de/en los cuales encuentran su devenir legal los seres humanos.

La Bioética permite, desde su mirada multidisciplinaria, considerar la autonomía del sujeto en situaciones individuales no contempladas en la ley: situaciones posibles, situaciones que tienden a mejorar la ley escrita, situaciones que consideran a la persona en un presente distinto a aquel en que fue pensada la ley en el momento de ser escrita.

En ese sentido, una pregunta que se abre a partir de la discusión sobre la autonomía es si lo singular del ser humano (no la experiencia que puede ser común, sino el sufrimiento de ser humano, tal como es vivido por él) por no estar incorporado a la ley no debe ser pensado. El derecho posee clara incumbencia desde su campo disciplinar para regular/aplicar los límites de la autonomía del ciudadano. Se busca en este trabajo reflexionar sobre las posibilidades de expresión de aquellas necesidades del sujeto que aparecerían más claramente ante situaciones extremas y se ponen de manifiesto ante la firma de CI/DA como límites de su voluntad, de su autonomía ante hechos de la realidad que lo incluyen.³⁵

³⁵ La autonomía de la voluntad de paciente expresada en la Ley 26 529 es una expresión de aquello que la normativa permite: regular para el colectivo sobre situaciones comunes a los individuos (Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud-Capítulo I-DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACION CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD-Art. 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 N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

Los proyectos

*“La piedra angular del método científico es el postulado de la objetividad de la Naturaleza. Es decir, la negativa sistemática de considerar capaz de conducir a un conocimiento verdadero toda interpretación de los fenómenos dada en términos de causas finales, es decir de **proyecto**”.*

(Monod, 1986, p. 30)

¿Puede un sujeto armar un proyecto sobre lo que habrán de ser los momentos en los que no tenga conciencia o esta se encuentre alterada? En términos de certezas científicas, la ciencia no tiene la verdad asociada a un proyecto. Por lo tanto, no podría garantizar cuál habría de ser el proyecto cuyo resultado final sea verdadero en términos de cumplir el deseo del sujeto y las posibilidades materiales realizables en dicho momento.

El derecho, cuando lo hace y garantiza, en términos generales termina siendo moral en un sentido altamente restrictivo: delimitará la legitimidad del proyecto de acuerdo a la ley existente para todos los sujetos. Las instituciones tienen proyectos propios que son coincidentes con las verdades instituidas en sí y para sí, aquellas que son definidas dentro de los objetivos institucionales, de las visiones y misiones que enuncian³⁶ públicamente.

En cada sociedad coexisten los discursos del Derecho y de la Ciencia que han producido sus enunciados efectivos y son paulatinamente incorporados a través del tiempo por las personas. Cada ser humano se encuentra habitando una sociedad con el mundo instituido como “su mundo” e investido imaginariamente de sentidos y valores que dan lugar a proyectos propios insertos en

³⁶ Cita del portal de las instituciones de salud: Htal Italiano, Fernández, Michel Garron, St. Michel

esa realidad. Se encuentra ante determinaciones y leyes, diferentes formas jurídicas, diferentes maneras de percibir el mundo social, el mundo físico y sus prácticas que legitiman su actuar en él. En palabras de Castoriadis (2016), la creación social remite a la capacidad creadora del individuo humano (a su poder instituyente) y revela su “modo de ser” propio:

Y, aunque exista un basamento físico que le sirve de apoyo, se puede decir que la institución del mundo “hace ser” un mundo natural, social y sobrenatural que se impone como “negación del caos”. (...) Aun cuando la significación parece cerrada y total, siempre queda un resto de indeterminación que amenaza con poner en peligro la estabilidad de “lo instituido”³⁷. (Castoriadis, *ibid.*, p. 109)

La significación instituida en cada sociedad emerge para recubrir el caos y al mismo tiempo, emerge de ese caos y hace ser un “modo de ser” que se plantea como negación del caos percibido. Esta negación del caos es ordenadora, es tranquilizadora para el sujeto. Le permite prever un futuro incierto e invertir lo desconocido de manera de poder conocerlo y relacionarse. (Castoriadis, 1982-1983).

Esta posición del sujeto en un mundo de significaciones conocidas le permite cierto control, (o la ilusión de ello) sobre su entorno cotidiano. En este mundo ordenado el derecho, no solo la ley sino el conjunto de aparatos, de instituciones, de reglamentos que aplican el derecho (Foucault, 2000) vehiculizan y ponen en acción relaciones de dominación a través de múltiples formas que pueden ejercerse en la sociedad. El sistema de derecho sería entonces el vehículo permanente del campo del poder, un poder que circula, que se transmite en cadena, en red en donde las personas no son objeto pasivo, sufriente del poder, sino que también lo ejercen. El poder transita por los individuos (Foucault, 2000) y este poder se expresa simultáneamente en las instituciones médicas y en los seres humanos en el momento en que se encuentran. El CI y las DA hacen de punto de

³⁷ CLACSO revista Diferencias N°2. Pg. 109

encuentro. Son parte del entramado social de leyes, instituciones y sujetos en un caso en donde las diferentes voces se expresan. Es en ellos donde los sujetos tienen la posibilidad de establecer su proyecto, aspecto/semblante visible del poder que transita por ellos. Este proyecto se encuentra en la sociedad a través del lenguaje; el lenguaje, incluso en sus más humildes empleos, es casi siempre innovador: traduce una experiencia subjetiva, una simulación particular, siempre nueva (Chomsky, 2004). El hombre sabe narrar sus experiencias subjetivas y de esa manera su experiencia subjetiva se instala en la comunidad, en el grupo a través del lenguaje.

En las DA y el CI el lenguaje del sujeto se ve compelido a expresar, a través de un formulario, específicas voluntades/deseos/intereses propios en un rango de expresión que tanto en Canadá como en Argentina se enuncian en similares discursos jurídicos. A partir de la información científica que le será brindada al sujeto, respetando el marco jurídico e institucional en que se encuentre, podría desplegar su capacidad de innovar ante su singular contingencia en tanto pueda poner en juego algo de esa capacidad de innovar, de traducir su experiencia.

Si pensamos en la posibilidad de modificar la posición del ser humano en el mundo jurídico que él mismo ha creado y las posibilidades de que se produzcan cambios “para mejorar sus propias condiciones” (parafraseando las expectativas de Darwin, citado por Gould, 1991), ¿dadas qué circunstancias se produciría esto? Los factores de éxito individual en las sociedades contemporáneas son relevantes y significativos en la historia de cada sujeto, pero no se inscriben en el tiempo como beneficios comunitarios. No generan invariantes en la cultura que se transmitan a través de generaciones o sincrónicamente a diferentes grupos culturales sin que medien procesos de carácter socio-histórico. En palabras de Monod: “En el hombre, las instituciones sociales, puramente culturales, no podrán jamás alcanzar una estabilidad así; además, ¿quién la desea?” (Monod, 1986, p. 158).

Esa estabilidad de la que habla Monod, y que no transmitirá el ser humano de generación en generación, es desde las instituciones y desde el discurso jurídico un imaginario sostenido por idea de ser un *individuo* que “incluso en medio de la miseria más atroz, se convierte o en un emprendedor de sí, en un empresario de su vida o en un deudor, atrapado en una red sin salida” (Alemán, 2014, p. 36). El discurso psicoanalítico reconoce en el respeto de la singularidad del sujeto la posibilidad de cada ser hablante de salir de “la condena de ser un *individuo*” (Alemán, *op. cit.*, p. 34-35) al que el discurso capitalista atrapa/somete/construye. Esta producción de subjetividad que es propia del sistema capitalista la que refiere Alemán (que hace del ser humano un individuo) es diferente de la que Lacan denominó *sujeto del inconsciente* (Alemán, *op. cit.*: 100).

Seres humanos que no son naturales. Entones seres del lenguaje, sexuados y mortales que no responden a la lógica estímulo-respuesta. Que no son por fuera de los lazos sociales, ni son pura consciencia. Seres fracturados por el inconsciente que pueden ir contra sí mismos y contra otros en la medida que en la constitución subjetiva existe un mal imposible de suprimir respecto de la cultura. (Schor-Landman, 2013).

En síntesis

En este capítulo se distinguen dos planos presentes en la normativa CI/DA: el discurso jurídico, que habla al sujeto unidad del derecho comprendido en el discurso de regulación social, y el discurso psicoanalítico, que piensa al sujeto del inconsciente, barrado, que sabe una parte de sí y otra de la que no es consciente. Son discursos y saberes diferentes, contruidos metodológicamente con distintas premisas. Discurso jurídico, sostenido en una ficción verdadera, solidario con la metodología de las ciencias positivistas que sostienen su

construcción objetiva del conocimiento; ellos destacan la importancia de lo universalizable, de la posibilidad de generalizar para comprender y regular. El psicoanálisis, en cambio, se ubica dentro de las ciencias conjeturales, pensado desde un método que apunta a la conjetura no a la objetividad; donde lo que importa en la construcción del conocimiento es a partir de lo particular, lo singular. La noción de contingencia es posible de entender a partir de comprender la categoría de lo real, como aquello imposible de simbolizar. El psicoanálisis plantea una perspectiva cuyo alcance permite pensar de forma distinta al sujeto.

Capítulo 4. El ser humano consciente y presente, demanda de control.

El sujeto que irrumpe, demanda de sufrimiento.

“En la teoría del sujeto, desde el punto de vista psicoanalítico, existen dos órdenes de satisfacción. Por un lado, la satisfacción del deseo que siempre va a ser variable e incierta y que se corresponde al principio del placer. Por otro lado, la satisfacción pulsional, goce, que es constante y certera, que va más allá del principio del placer.”

(Schor-Landman, 2013)

El objetivo de este capítulo es articular aquellos conceptos introducidos en el capítulo 3 que permiten comprender el sujeto desde una perspectiva psicoanalítica, y explorar su valor en la discusión sobre CI/DA y las demandas presentes en el dispositivo de atención. El sujeto psicoanalítico es sujeto de la hipótesis principal de esta tesis, en la cual se habilita la pregunta sobre la posibilidad de irrumpir en el momento de firmar CI/DA. Pensar una perspectiva que lo

incluya permite introducir una argumentación que enriquece la discusión bioética; Milner (2007) plantea en ese sentido la relevancia de incorporar en los análisis sobre dispositivos legales y de atención en salud la demanda de control.

La pregunta sobre la universalidad de las normas en ambos países plantea, también, dilucidar el criterio de universalidad presente. En ese sentido, este capítulo indaga al sujeto en tensión entre la demanda de sufrimiento (propia del sujeto) y la demanda de control presente en la sociedad. Este hilo argumentativo se realizará siguiendo la propuesta de Jean Claude Milner.

Freud y lo arduo de (no) pensar la muerte

“Así, la escuela psicoanalítica ha podido arriesgar el aserto de que, en el fondo, nadie cree en su propia muerte, o, lo que es lo mismo, que en el inconsciente todos nosotros estamos convencidos de nuestra inmortalidad”
(Freud, 1996, tomo II, p. 2110)

Freud introduce en *Consideraciones* el concepto de inconsciente a partir de la creencia que de él tiene el ser humano. Nuestro inconsciente “no cree en la propia muerte” (Freud, 1996, p. 2110), sino que se conduce como si fuéramos inmortales, no conoce las contradicciones y ninguna negación se encuentra en él, por lo tanto, tampoco tiene inscrita la propia muerte, la cual solo podría tener un contenido negativo para el sujeto. En ese sentido, Freud encuentra que un desprecio absoluto por la prohibición de matar puede convivir sin ninguna contradicción con el hecho de negar su realidad en el inconsciente. La muerte propia parece adquirir una doble presencia para él,

siendo inaccesible, imposible siquiera de ser pensada y al mismo tiempo se permite en algunas circunstancias expresiones de odio hacia personas desconocidas.

La actitud ante la muerte es descrita por Freud como no sincera en los seres humanos. Suele hablarse de ella como “un desenlace natural de toda vida” (Freud, 1996), donde cada uno de nosotros es deudor ante la naturaleza y todos cumplimos esa deuda indefectiblemente: parte del universo natural, incuestionable e imposible de evitar. Pero en realidad, dice Freud, nos conducimos como si fuera de otro modo, a diferencia de otras expresiones de la naturaleza, en la vida cotidiana los seres humanos en general prefieren no hablar de la muerte. No pertenece a los temas de conversación en la vida cotidiana; sí puede ser parte de una reflexión académica en diversas disciplinas, así como en las religiones que reflexionan sobre ella. En esos ámbitos será alojada dentro de las particularidades de cada uno de ellos, pero fuera de estos espacios no se opina sobre la propia muerte ni la ajena.

Continúa su análisis Freud describiendo situaciones en donde destaca que preguntar por un enfermo cuando el diagnóstico es incierto o es este el de una enfermedad que conlleva un alto riesgo para su vida, se realiza utilizando la menor cantidad de palabras, con cierta distancia, tratando de no incomodar. De igual manera, las conversaciones pueden ser esquivas o elusivas cuando se habla con una persona que está cercana a morir, sea predecible o no su cercanía. Freud, afirma sobre la muerte que esta no es un plausible de representación en el sujeto, solo los niños, dice Freud (1991) pueden hablar de ella sin cuestionarse el lugar o lo propio del tema, los adultos actúan como si no existiese. Reforzando esta argumentación, describe esta posición que llega a una consideración singular ante la muerte de alguien cercano: se lo exime de toda crítica, se soslayan los reclamos y queda un dejo de admiración “como si hubiera realizado una hazaña” (Freud, 1996).

Por otra parte, vincula el lenguaje con numerosas manifestaciones de expresiones populares que dan cuenta de impulsos de eliminar a quienes ofenden o perjudican. Adjudica Freud estas expresiones a un serio deseo de muerte en el inconsciente el cual se rige por la pena de muerte para todo delito (“como en la antigua ley draconiana”, dice Freud), teniendo la misma intensidad que en la antigua horda primitiva, pero sin la misma disposición para llevarlo a cabo:

(Pero) difícilmente haya otro dominio en el cual nuestras ideas y nuestros sentimientos se hayan modificado tan poco desde los tiempos primitivos, en el cual lo arcaico se ha conservado tan incólume bajo un ligero barniz, como en el de *nuestras relaciones con la muerte* (...) Dos factores explican la detención del desarrollo: la fuerza de nuestras reacciones afectivas primarias y la incertidumbre de nuestro conocimiento científico. (Freud, 1996, tomo III, p. 2408)

La muerte está rodeada en diferentes sociedades/culturas de elementos que circulan por la magia y el encantamiento junto con la necesidad de encontrar respuestas ciertas/fundadas del ser humano (la ciencia) y se expresa permitiéndole, dentro de la particularidad de su estructura, una respuesta singular a su propia invención del mundo. Un mundo que lo sorprende con lo imposible de representar, con lo siniestro, aquello con lo que nadie quiere o espera encontrarse. Siniestro como lo reprimido que retorna en la vida cotidiana, en repeticiones no intencionales, en el “retorno inesperado de lo idéntico” (Freud, *ibid.*, p. 2500-2501). Cuando lo siniestro es retorno de lo reprimido, la cuestión de la realidad material ni siquiera se plantea: es contenido psíquico que vuelve sin desaparecer la creencia en la realidad de ese contenido y al hacerlo parece “hallar una nueva confirmación” (Freud, *ibid.*, p. 2503).

Esta actitud ante la muerte influirá en el ser humano en la forma de los vínculos, en la forma de establecer lazo social, con la pena que se genera al saber de las pérdidas futuras. Los riesgos en la vida serán también medidos acorde al peligro que impliquen en el futuro: quién quedará a cargo de quién si es que se produce un fallecimiento en el círculo cercano de afectos.

“Ante el cadáver de la persona amada nacieron no solo la teoría del alma, la creencia en la inmortalidad y una poderosa raíz del sentimiento de culpabilidad de los hombres, sino también los primeros mandamientos éticos”. (Freud, *ibid.*, p. 2014)

El sujeto y su demanda

“En la medida en que el registro de la relación médica con la salud se modifica, donde esa suerte de poder generalizado que es el poder de la ciencia brinda a toda la posibilidad de ir a pedirle al médico su cuota de beneficios con un objetivo preciso inmediato, vemos dibujarse la originalidad de una dimensión que llamo la demanda.”

(Lacan, 1986, p. 90)

Podríamos pensar que ante la firma del CI/DA se expresa la complejidad de la demanda. Tanto en Canadá como en Argentina, como se describió en el capítulo 2, los profesionales informan al paciente acerca de la herramienta legal y se hallan obligados a describir los alcances y límites de estas al paciente o a quien sea su responsable si lo hubiere. Deberán, además, explicar las características de la enfermedad si fuera necesario, y el impacto que esta podría tener en su cuerpo, en su vida y en su futura autonomía.

En este punto, habría una demanda de cura a su sufrimiento, de detenerlo, una demanda que se encontró con la eventualidad, la contingencia de realizar una acción a futuro que lo implica. Esta implicancia podríamos describirla considerando los conceptos analizados en el capítulo 3 y en este como una demanda subjetiva.

Esta demanda requiere de él que resuelva ante las instituciones su interés de saber o no sobre su padecer; deberá poner en palabras ante otros lo que cree debería pasar con su cuerpo y con sus bienes. Escenario, además, en donde expresa en forma pública su posición ante la muerte, idea de muerte que según se desarrolló, no representaba en su vida diaria ningún objeto imaginable. No tendría, al firmar CI/DA, la garantía de ninguna disciplina académica: la decisión sobre su futuro queda limitada a la contingencia de ese presente, a los detalles con los que cuente para sostener(se) en la decisión y a las indicaciones de los profesionales de las diferentes disciplinas con quienes se encuentre (médicos, profesionales de la salud, letrados). Ninguna certeza. Es en ese momento, donde siguiendo un punto de vista propuesto por Lacan podríamos pensar que el sujeto se encuentra en una situación en donde “suponiendo que haya reducido todos los prestigios de su Yo para tener acceso al ser-para-la-muerte, ningún otro saber, ya sea inmediato o construido, puede tener su preferencia para que haga de él un poder” (Lacan, 2009, p. 336).

La respuesta a la demanda. Las instituciones, los saberes.

“Existen dos tipos de demandas:

una que nace del sufrimiento, Lacan situaba allí la curación.

La otra es la demanda de peritaje: una demanda que no tiene que ver con el sufrimiento y todo con el control”

(Milner, 2007, p. 42)

Cuando el sujeto se plantea (teniendo o no una dolencia) la firma del CI/DA, se abre la comunicación con profesionales de salud y una relación con las instituciones de la sociedad que mediarán en ella. Ambas relaciones comparten una demanda: demanda que nace de un sufrimiento

corporal, de la inquietud ante presentes o futuras dolencias y la posibilidad de encontrar una forma de control en dicha situación. A través de la firma de estos actos jurídicos es la demanda de control, entendiéndola como es planteada por Milner, la que queda habilitada a ser resuelta ya que la demanda de sufrimiento permanece dentro del espectro del incierto saber de la ciencia médica.

Acorde a las leyes de ambos países, este acto requiere necesariamente una evaluación del sujeto: sus competencias y comprensión de lo que le sucede (o podría sucederle), los criterios de autonomía y veracidad con los que toma decisiones y expresa sus intenciones. Esto nos permite analizar la situación observando que incluirá intervenir en lo más “íntimo y secreto de los individuos” (Milner, 2007, p. 14). Es decir, que esta decisión pone al descubierto lo que el ser humano piensa, lo que dice desear, lo que teme podría sucederle. Los conceptos utilizados por Milner permiten describir los efectos posibles de una evaluación que puede ejercerse sobre las instituciones (evaluación de cosas dice Milner) y sobre lo más profundo del ser humano, que conlleva una evaluación de cada sujeto en su singularidad: “evaluar a los seres hablantes, en masa y con detalle, evaluarlos en cuerpo y en alma, a eso se llama un control” (Milner: *ibid.*, p. 15). La idea de control atraviesa el análisis de estas sociedades en los dispositivos médicos. Al firmar un documento legal que incluye el futuro/el largo plazo sobre la vida del ser humano podríamos plantear, en línea con lo propuesto, que estas decisiones son ejemplos del control por ser decisiones que descansan en la evaluación del estado del sujeto y de sus intenciones.

Siguiendo esta línea de desarrollo sobre las consecuencias de estas prácticas en los seres humanos, podríamos decir que las garantías jurídicas resultan necesarias para el ejercicio de las libertades individuales actuando como un reaseguro institucional para el ser humano en la vida comunitaria. Uno de los aspectos que subraya Milner es que los deseos del sujeto estarían entonces

conectados con la normalidad del grupo (Milner, 2007) y queda la evaluación realizada conectando todo: lo público que se expresará en las DA/CI y lo secreto del sujeto que deberá decir públicamente (Cárcova, 2009).

El derecho al secreto en el sujeto, dice Milner, asegura la desconexión entre lo singular y lo colectivo a partir de una resistencia material, no una resistencia de índole moral ante lo legal: “para utilizar una propiedad que Kant le atribuía a la materia, la impenetrabilidad” dice fundamentando el carácter de la resistencia ejercida por el sujeto (Milner, *op. cit.*). El peligro potencial de cruzar el límite de permitir evaluar los secretos, de incluir lo nunca dicho ni pensado en voz alta es que el evaluador no sea un instrumento, sino que se convierta en el poder mismo (Milner, *ibid*). La paradoja que encierra esta situación es que el interlocutor del sujeto, quien lo evaluará o dará fe de la evaluación, es en la mayoría de los casos un profesional de la salud, alguien en quien el sujeto confía en esos momentos especiales. Él deberá comunicar en forma cierta y dar testimonio de la autonomía y comprensión del paciente sobre la información recibida de su proceso de salud-enfermedad, sin garantizarle cómo evolucionará o si se producirá alguna modificación inesperada. La palabra autorizada de los médicos es escuchada y no cuestionada pese a las contingencias y la aleatoriedad que obscurecen su discurso: sin garantías, el sujeto debe contar con él mismo para consentir y disponer sobre el futuro incierto de su cuerpo.

En este momento es que el ser humano devenido cuerpo reproduce los mecanismos de control y se convierte en su propio evaluador. Él se ajustará a las palabras escuchadas, considerará las indicaciones y firmará en forma consciente sus decisiones.

El saber del paciente y la firma del CI/DA

“Porque el control tiene esa capacidad de hacerse tan natural
que uno puede hacerse su agente sin haberlo decidido”

(Milner, 2007, p. 48)

¿Con qué saberes cuenta el sujeto que sufre? ¿A cuáles acude ante la decisión que debe tomar? La necesidad de evaluación que impone la firma de los actos jurídicos lleva a tener que tomar una posición de experto y/o a considerar la posición de experto de otro que será quien evalúe autorizadamente y certifique los requerimientos. Al elegir la evaluación, la sociedad a través de sus instituciones elige el control, dejando afuera la demanda de sufrimiento que queda librada a su propia suerte (Milner, 2007), la resolución desde el control es indiferente al sufrimiento y deja a la demanda de sufrimiento en el secreto de sufrir por tener que pensar su propia muerte en un escenario de control.

La demanda y el sistema.

El sujeto del psicoanálisis “hay que entenderlo, con Lacan, como sujeto dividido, y es propio del orden capitalista no ofrecer las condiciones para que la experiencia del inconsciente - incurable- se realice” (Alemán, 2014, p. 33). Lo incurable en esta cita de Alemán no refiere a cierta dolencia particular, sino a lo incurable en un sentido psicoanalítico de aquello con lo que el sujeto debe aprender *a saber hacer ahí*. En este punto, sostiene Alemán (*op. cit*), que ese saber no hace referencia a un saber o a un procedimiento previamente establecido, sino a esa contingencia que el sujeto va inventando para sostenerse frente a lo (real) incurable. Los distintos saberes con los que cuenta el sujeto en su *saber hacer* podrían ser pensados en una compleja distribución de instancias de legitimidad, no en pugna entre legítimos e ilegítimos (Derrida, 2009). En el momento de firmar las CI/DA el sujeto tropieza con un aspecto no contemplado previamente: *debe* recibir

la información por parte de los representantes del saber médico-legal como condición indispensable para firmar sobre el futuro incierto de su cuerpo. No está contemplada en la legislación de ambos países la posibilidad de *no querer saber y decidir*: el sujeto que quiere firmar un CI/DA debe ser informado fehacientemente y al hacerlo será evaluado en sus competencias y comprensión.

En las circunstancias en las que el cuerpo avasalla al sujeto, o la posibilidad de que ello pueda suceder, hay quienes toman la decisión de decidir qué habrá de ser de su cuerpo en los días futuros. Pueden pensar diferentes variables sobre cómo sería la delegación en otros, por ejemplo, lo cual se halla regulado y contemplado en la normativa de ambos países. Dentro de ese universo amplio de quienes piensan firmar CI/DA hay sujetos que no quieren saber sobre su estado de salud y aún así deciden tomar decisiones sobre su presente y su incierto futuro. A estos últimos la ley no los contempla en ninguno de los dos países. De acuerdo con las legislaciones de ambos países, como se desarrolló en el capítulo 2, es condición para el sujeto *saber sobre su condición de salud*, escuchar y dar muestras de entendimiento de la situación en la que se haya para tomar decisiones. La competencia enunciada como condición para firmar DA y CI lleva implícita el conocimiento/el discernimiento sobre la situación de su propia salud, no solo el conocimiento de los derechos y responsabilidades legales.

La formulación legal es legitimadora y regulativa de la convivencia social, lo cual la coloca en un momento históricamente delimitado. Decimos que es regulativa de la convivencia porque se hace predecible para todos los ciudadanos lo que debe o no hacerse en ese momento para esa comunidad. Pero lo legalizado no incluye todo lo legítimo y es factible que no todo lo legalizado sea legítimo para todo el universo de esa comunidad.

Ahora bien, la normativa CI/DA es, en sus fundamentos y en su enunciación, similar en ambos países. La pregunta de esta tesis se construye acerca de qué es lo universalizable en la legislación de ambos países: ¿la forma de garantizar la convivencia social?, ¿la democracia entendida como sistema político que respeta la libertad de los individuos a partir de garantizarles la última decisión sobre sus cuerpos?

Podemos pensar a la ley bajo dos grandes aspectos: uno de ellos corresponde a aquello que regula y legitima; otro, refiere a la pregunta permanente de lo que queda por fuera de ella, pero no por eso es menos legítimo o menos deseable de que sea legal.³⁸

Por todo lo anteriormente expresado, consideramos que la ley es para muchos/algunos difícil de comprender en forma cabal al momento de firmar CI/DA. Eso no le quita la necesidad de ser aplicada, sino que le añade la necesidad de ser pensada, revisada en los momentos en los que las personas manifiesten alguna otra demanda que no haya sido expresada aún en la ley, considerando que la legislación contempla actualmente como público situaciones que antes quedaban dentro del ámbito de lo privado del sujeto (fertilización, tratamientos que antes eran de la esfera privada etc.).

Creemos que una acción posible sería la formación de profesionales de la salud para escuchar al sujeto. Así como la Ley Micaela (Ley 27499) establece como obligatoria la formación de ciudadanos en función pública en problemáticas de violencia de género, la velocidad de los

³⁸ Un ejemplo contemporáneo de esta problemática podemos encontrarlo en el llamado Juicio a las Juntas Militares de la última dictadura en la Argentina. Entre los delitos de lesa humanidad, luego del Juicio, se estableció la no prescripción del delito de apropiación de niños (no fue incluido dentro de la llamada ley de Obediencia Debida) y la violencia sexual ejercida en los campos de concentración fue incluida como delito de lesa humanidad en el año 2012. ¿Fue el carácter del delito el que cambió? ¿Qué le quitó legitimidad, la impunidad al hecho? Ese es el punto en el que esta tesis no pretende brindar tiene una respuesta, ya que excede las competencias de quien escribe.

cambios en la biología/medicina dentro de los espacios de atención exigiría un proceso de adecuación de la preparación entre quienes escuchan como parte de su práctica en el campo de la salud. Los dilemas (relativos a fertilización asistida, interrupción de embarazo, alimentación, eutanasia, derecho a interrumpir tratamiento, a congelar embriones, etc.) se presentan en todos los actores del sistema de salud. Si de mantener la convivencia se trata, es dable pensar que incluir la problemática de la subjetividad ayudaría a ello: saber que existe como demanda y estar preparado para escucharla, resolverla o aceptar que no se puede resolver, sería un primer paso.

La expresión del malestar en la sociedad, aquella que la legislación de alguna manera intenta reparar regulando la convivencia social, no logra evitar dejar su huella en el sujeto. En el espacio de atención psicológico/psicoanalítico, el paciente se permite escuchar aquellas demandas que le son propias (atravesadas por su deseo) junto con las que son comunes a su tiempo.

El problema que plantea esta tesis surge de la práctica en el campo de la salud mental: en el ejercicio de ella se escucha a los pacientes plantearse dilemas que atraviesan la ética, la racionalidad, la lógica filosófica y la política. El sujeto en el espacio de la consulta se pregunta/se angustia al escuchar al médico hablarle de su muerte, de su futuro trágico de su deber aceptar o no tratamientos de los que no entiende qué significarán en su futuro, solo sabe que *debe* hacerlo corriendo riesgos que no puede evaluar.

El ser humano consciente, entiende que puede tomar decisiones sobre su vida y no se siente seguro de relegarlas; comprende su estado de salud, pero no quiere conocer los detalles médicos ni sus pronósticos; cree que, aunque se lo expliquen, esas decisiones las debe tomar el profesional.

Podemos considerar que no habría sistema de salud que pueda garantizar la expresión del sujeto. Lo que sí podemos intentar/buscar/plantear es que existan sistemas de salud que tengan los recursos para no ignorarlo en sus necesidades, en sus demandas (materiales y aquellas que son

expresión de sufrimiento). Incluir al sujeto puede ser, quizás, no minimizar sus demandas, aprender a escucharlas sin reducirlas a las posibilidades de respuestas materiales y legales con las que se cuenta. Formar profesionales de salud que puedan escuchar la demanda del sujeto por más inesperada que esta sea en términos legales, por ejemplo, sería un principio.

Otro de los aspectos interesantes de la ley es que funciona por lo que dice, pero también por sus silencios. El silencio de la ley hace posible que la entendamos como una expresión de la soberanía del Estado: a diferencia de un contrato entre pares en donde debe quedar todo claramente especificado y no es válido lo que no se dice. La ley funciona como garante de la libertad dentro de las sociedades contemporáneas y *permite todo aquello que no está prohibido*. Pensándolo desde esta perspectiva, aceptada como regla dentro de los sistemas democráticos/liberales, quizás la propuesta sería “no prohibir” para poder permitir así la expresión de la singularidad de los seres humanos. Dentro de la lógica del contrato, la evaluación es fundamental (*evaluación a priori y a posteriori*), es un hecho necesario para el acuerdo. Podríamos pensar, también, en fortalecer los aspectos legales y debatir la expresión de los contractuales dentro de la legislación en Salud.

Desde una perspectiva psicoanalítica, la demanda de sufrimiento puede ser demanda de ser curado y no ser demanda de dejar de estar enfermo (Lacan, 2002). Es decir, puede pasar que no todos los sujetos deseen en su singularidad abandonar la posición de enfermos. Esa consideración hacia el ser humano nos permite entender algo del encuentro con el sujeto, su singularidad. Encuentro en donde se puede rescatar la heterogeneidad presente en el ser humano, que en palabras de Derrida es lo que no se opone siquiera, lo que no se deja integrar, que opone resistencia al “sistema, designando el sitio donde el sistema no se cierra”; el punto donde el sistema no solo no se cierra, sino que se constituye (Derrida, 2009, pp. 18-50).

Este aspecto de la legislación en ambos países nos permite ilustrar el concepto de universalidad de la norma desde otro punto de vista. Siendo uno de los conceptos de la Bioética que son problematizados en la normativa y poseen amplios debates en la bibliografía, la pregunta que surge desde la hipótesis secundaria de esta tesis se dirige más hacia la descripción del por qué es aceptada en forma universal una legislación que tiende homogeneizar a los seres humanos despojándolos de sus singularidades, su historia, de sus secretos. Normativas que favorecen la reproducción de estándares en los dispositivos médicos y condicionan a través de evaluaciones, generalizaciones, clasificaciones y protocolos homogeneizadores. Condiciones de la legislación que desplazan el análisis del sufrimiento y reducirían las preguntas al control y su eficiencia en el procedimiento.

El sufrimiento individual en el ámbito de la salud ha sido regulado en distintas instancias. Por ejemplo, durante los primeros años del VIH en la Argentina, cuando todavía no estaba incorporado el actual cóctel de drogas, los pacientes solo recibían AZT como tratamiento. Estos debían presentar en la dependencia correspondiente de su Obra Social u hospital público una orden médica para ser autorizada y así adquirir el medicamento. Esta orden era presentada y el paciente debía aguardar en la sala de espera a ser llamados una vez que la receta médica fuera autorizada. Ese requisito era necesario para todas las prácticas médicas asociadas a su enfermedad. En ese momento, los empleados no dudaban en llamar a viva voz a los pacientes con VIH: “el/la del HIV que vino a autorizar”. Distintas acciones individuales y colectivas llevaron a revertir esa práctica de los empleados del sistema de salud legitimada y no prohibida hasta ese momento legalmente. Actualmente, sería impensable que esto sucediera sin que hubiese una intervención legal. Es decir, fue legalizada la prohibición de ocasionar sufrimiento individual.

Entendemos que cada campo disciplinar aborda la solución de un problema (el sufrimiento subjetivo, en este caso) con los conceptos y las herramientas metodológicas con las que cuenta. Si dejásemos el sufrimiento individual en el campo de la atención psicológica/psicoanalítica estrictamente, tal vez la sociedad estaría dejando en el campo de la atención individual la imposibilidad de modificar prácticas que ocasionan sufrimiento. El psicoanálisis y la psicología, no son sin ley: sin ley que regule y piense el sufrimiento subjetivo como una condición del ser humano. Los códigos de ética profesionales establecen el ejercicio de los que trabajan con el sufrimiento individual dentro del marco de la ley, pensar que lo inverso también sería una posibilidad.

En síntesis

En este capítulo se ha intentado a través de una descripción y análisis de algunos conceptos del psicoanálisis llevar las preguntas y pensar las hipótesis propuestas buscando poder situar la posición del sujeto presente en el momento de firmar las CI/DA. Deseo, pulsión, sujeto dividido, el inconsciente y su relación con la muerte nos permiten pensar al ser humano como un ser hablante, considerando su singularidad en los dispositivos médicos-legales que, siguiendo a Milner, podríamos definir de control. Al mismo tiempo podemos pensar estos dispositivos médicos como dispositivos de control y en ellos el margen de irrupción del sujeto. Irrupción que no fue posible de establecer en un sistema con más garantías de realización que en el otro.

Sujeto del derecho, sujeto social, sujeto del psicoanálisis diferente a la idea del sujeto equiparada a la noción de organismo. La demanda de sufrimiento, esa demanda de que pare el sufrimiento y se reduzca el dolor (presente o en un futuro) queda incluida en el dispositivo médico.

Lo que no incluye este dispositivo es la posibilidad de que el sujeto no anhele saber para decidir y que no todos demanden que se detenga el sufrimiento físico, que se detenga el goce individual.

Conclusión

*“...diría que la pregunta **Quién** me parece en todo momento la gran pregunta; llámese biográfica, autobiográfica o existencial, es la forma de la pregunta **Quién** lo que me importa en su forma kierkegaardiana, nietzscheana, blanchotiana...*

¿Quién? ¿Quién formula la pregunta Quién? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Quién llega?

*Siempre es la pregunta más difícil, la irreductibilidad del **quién** al **qué** o el lugar donde entre **quién** y **qué** tiembla el límite, en cierto modo.”*

(Derrida, 2009, p. 61)

La propuesta de esta tesis fue comparar en países con sistemas de salud y problemáticas sociales diferentes, las Disposiciones Anticipadas y el Consentimiento Informado analizando las posibilidades de irrupción del sujeto en ellas, entendiendo al sujeto desde una perspectiva psicoanalítica. La idea de trabajar ambas legislaciones fue producto de considerarlas como disparadores que nos permitan reflexionar acerca del lugar posible del sujeto ante la toma de decisiones que, no van a comprometer el presente, sino que serán parte de un futuro del que ningún saber puede dar certezas. La hipótesis de trabajo se desprende de los interrogantes acerca de la universalidad de las normativas en países distintos, con trayectorias legales y médicas diferentes. Las preguntas que surgieron de esta hipótesis fueron hacia lo que las haría universalizables: ¿el modelo biomédico hegemónico en ambos países?, ¿la construcción de un ser humano como un

órgano sobre el cual se puede intervenir desde dispositivos médico-legales?, ¿dispositivos médicos en donde seres humanos cuidan-protogen-atienden-sanar a otros seres humanos y no involucran sujetos singulares?

Las hipótesis del trabajo, así como los interrogantes planteados, intentaron abordar esta problemática desde donde la Bioética y el Psicoanálisis entrecruzan sus saberes. Las investigaciones sobre CI/DA se centraron fundamentalmente en el análisis y descripción de sus aspectos legales, de las particularidades de las normativas y de los alcances de los principios éticos en el momento de diseñar los protocolos y su aplicación.

En la tesis se intentó poner de manera relevante la necesidad de incorporar una perspectiva psicoanalítica en la discusión sobre el CI y las DA. Pensar desde el psicoanálisis la normativa lleva la impronta de involucrar al sujeto en ella, sus deseos, lo manifiesto que dice y aquello que manifiesta al no querer decir. Desde un punto de vista teórico, el Psicoanálisis también aporta a la discusión al establecer el concepto de muerte colocando su mirada desde el sujeto y su imposibilidad de representación para él.

La falta de representación sobre la muerte es un elemento presente en el vínculo entre el profesional de la salud y el paciente (Freud: 1996). Consideramos que no es el mismo escenario atender a alguien que tiene una enfermedad terminal, una enfermedad crónica sin pronóstico o está iniciando un tratamiento de fertilidad riesgoso, por ejemplo, sabiendo que además de lo que le aqueja, el paciente no sabe (ni nadie puede decirle) que significa que “se puede morir”. El médico o quien le atienda le podrá explicar el desarrollo del tratamiento, de la enfermedad, síntomas y complicaciones, pero no qué significado tiene la expresión “quizás no sea exitoso el tratamiento”. Junto con ello, le informa que debe firmar CI/DA para poder continuar con las prácticas médicas dentro del circuito de atención. El Psicoanálisis aporta a la relación de atención una variable que

se suma a la médico-legal: nadie tiene una idea de su propia muerte. Saber sobre este desconocimiento podría incorporar en el momento de firmar CI/DA una consideración mayor sobre la realidad del paciente.

Lo necesario de incorporar una perspectiva psicoanalítica en el análisis de estos temas es a partir de considerar su aporte para nuevos abordajes sobre la legislación. El Psicoanálisis contribuye desde su cuerpo teórico con bases conceptuales que permiten repensar los dispositivos tanto de atención como legales. Al hacerlo, su posición es solidaria con la de la Bioética, incluye al ser humano e interroga al aparato burocrático administrativo de los dispositivos de atención en salud. Poder pensar la singularidad y considerar al sujeto como efecto del discurso, del lazo social, contemplando su historia y lo diverso es probablemente lo opuesto a aceptar el modelo universal de personas de derecho -con derechos- que habitan la verdad establecida como una ficción, tomando los conceptos de Cárcova.

A modo de *racconto* del trabajo realizado, la tesis está compuesta de una introducción, cuatro capítulos y una conclusión. En la *introducción* fueron desarrolladas la hipótesis principal y la secundaria y junto con ellas, preguntas iniciales que como interrogantes abiertos sobre la temática permitieron surgir nuevas problematizaciones.

En el *capítulo 1* se analizan los principales temas que se encuentran en la bibliografía sobre el Consentimiento Informado y las Disposiciones Anticipadas a través de un estado de la cuestión en las investigaciones actuales. Se desarrollaron los conceptos del marco teórico habría de utilizar y se presentaron distintos enfoques epistemológicos para las mismas problemáticas desde las disciplinas que se acercan a ellos. Considerando la naturaleza misma de los acontecimientos que estudia la Bioética, los cuales entrecruzan problemáticas comunes al Derecho, al saber médico, a las ciencias biológica y al amplio espectro de lo que se denomina Ciencias Sociales, fue necesario

circunscribir el estudio a algunos conceptos de estas disciplinas para luego utilizarlos durante la investigación. De igual manera, se tomaron algunos conceptos de la teoría psicoanalítica que resultaron indispensables para pensar estas problemáticas

El acto individual de firmar un CI/DA implica la presencia de profesionales de la salud y del derecho que desde sus prácticas acompañan, guían y controlan la legitimidad de este acto jurídico-médico. Este escenario fue el marco necesario para desarrollar algunos de los principios básicos de la biomedicina así como del derecho en los capítulos siguientes.

En el *capítulo 2* se describieron y analizaron los sistemas de salud de cada país buscando una reflexión sobre la relación entre la historia que atravesaron ellos y el sistema de salud que contiene el CI/DA en la actualidad. El *capítulo 3* tuvo como propósito describir la enunciación del CI/DA: la especificidad desde donde se pone de manifiesto la hipótesis de la tesis, el lugar de enunciación en la normativa del ser humano y su relación con las posibilidades del sujeto de expresarse en el momento de firmar CI/DA.

Ambos capítulos permiten desarrollar elementos para la segunda hipótesis. La pregunta acerca de cómo es posible la universalidad de la norma en países que construyen subjetividades distintas, acordes al desarrollo del capitalismo que les es propio, y con disímiles genealogías de sus sistemas de salud. En estos dos capítulos fueron utilizadas variables de análisis socio-históricas que dan cuenta de la legitimidad del modelo biomédico, su construcción del cuerpo humano, y las relaciones que se establecen entre las normas y las decisiones individuales.

En la segunda parte de esta tesis se argumentó en la hipótesis principal que plantea analizar en las Disposiciones Anticipadas y el Consentimiento Informado la posible irrupción del sujeto utilizando conceptos del marco teórico del Psicoanálisis.

En el *capítulo 3* se realizó un análisis de los conceptos de verdad, contingencia y universalidad aplicados por los discursos del saber médico y del jurídico que confluyen en la normativa junto con los de autonomía y coerción. Se abordó en forma descriptiva algunos elementos considerados relevantes enfocando su análisis a partir de identificarlos en los profesionales de la salud, los abogados y los representantes de las instituciones presentes en el acto de firmar el CI/DA. En este capítulo se introdujo la noción de sujeto desde una perspectiva psicoanalítica, así como algunos de los conceptos de la teoría que permiten comprender la necesidad de considerar su importancia en las discusiones sobre el CI/DA.

En el *capítulo 4* se vincularon los conceptos del capítulo 4 con el análisis del concepto demanda que realiza Milner. Esto permitió considerar la demanda de sufrimiento del sujeto y la demanda de control de la sociedad como parte de un proceso común en las dos sociedades dentro del dispositivo médico-legal de firma de CI/DA. En este capítulo también se trabajó el análisis del concepto de muerte y la complejidad de la demanda del sujeto (atravesada por el deseo y el goce) como aportes de la teoría psicoanalítica destacando la relevancia de poder aludir a ella en las normativas de los países estudiados.

En esta tesis se ha buscado analizar las estrategias posibles de las que dispone dentro de la legislación de cada país el ser humano enunciado en ellas para expresar su subjetividad, la singularidad de su deseo en el momento de tomar decisiones vitales en un futuro donde no tuviera conciencia o el dolor pudiera alterar la. Desde ese inicio se abrieron numerosas preguntas entre las que se encuentra la ambigüedad en relación con lo que debe ser compartido en el momento de firmar CI/DA y lo que para el sujeto no necesita expresarse o no puede ser expresado. En ese punto son coincidentes las normativas de ambos países, tal como se desarrolló en el capítulo 2, al no

contemplar la posibilidad de “no querer saber” sobre su estado de salud o sobre las consecuencias futuras de este para poder firmar CI/DA.

Es allí donde nos podemos preguntar acerca de los mecanismos de control biomédico en las sociedades capitalistas que han logrado construir subjetividades en donde prima la creencia de lo imprescindible de saber lo que *hay que saber* para saber lo que *hay que hacer*. Junto con ello, los actos del ser humano que quedan bajo la égida de la Medicina deben ser rigurosamente supervisados por los profesionales implicados (de la salud o del derecho), por las instituciones adecuadas o por el sujeto que debe asumir la posición de control sobre ellos. Asumir el control consciente de sus actos es una posición de la que con diferentes gradientes se espera que actúe el sujeto en las dos sociedades. Esta ambigüedad en el momento de decidir podría ser pensada en discusiones posteriores como el doble estándar que se abre entre los principios éticos de las leyes promulgadas y su posibilidad concreta de efectivizarse que se da en la sociedad.

Como fue descripto en la tesis, capítulos 1 y 2, el sistema de salud canadiense es más eficiente en términos de comunicación de los derechos y las responsabilidades del Estado y los ciudadanos en los dispositivos de atención la salud, incluyendo en ellos a los alcances legales de los individuos implicados. El sistema de salud en la Argentina no da a conocer ni resguarda como un valor el manejo de la información, la comunicación transparente de derechos y las diferentes responsabilidades entre los distintos actores.

Luego de años de ejercicio de estas formas de interrelación, con mejores resultados al acceso y cobertura en el proceso de salud-enfermedad, podríamos pensar que los beneficiarios del sistema de salud canadiense confían en las indicaciones que habrán de recibir al firmar CI/DA: tienen una historia de generaciones que les permite creer en lo que el sistema les indica. El proceso de credibilidad de la gestión del sistema de salud logró individuos comprometidos con el control

de sus propios cuerpos, de sus límites. Individuos conscientes que regulan convencidos sus acciones y deciden autónomamente sobre su futuro. Este escenario no es el que se plantea entre la población que accede al sistema de salud en Buenos Aires, Argentina, donde no es comparable en resultados el sistema de salud para el mismo período y la (no) credibilidad en el sistema acompaña la falta de confianza en las autoridades de control sanitario.

La pregunta sobre la universalidad de la norma surgió al pensar cómo es posible que, en países tan distintos, con burocracias médico-legales de tan disímiles funcionamientos se haya podido universalizar una legislación. ¿Qué sería lo universal? ¿Los principios éticos que los sostiene en las sociedades y son legitimados pese a las diferencias entre ellas? ¿Son universales los sujetos devenidos cuerpos a quienes estas normas se dirigen?

Al finalizar la tesis quedan abiertos interrogantes a los que el Psicoanálisis puede aportar desde otro enfoque, no solo en la respuesta sino también en la pregunta, al dirigir su mirada al sujeto, sus deseos, sus dudas, sus contingencias. La demanda del sujeto, tomando los conceptos de Milner, queda ignorada en el acto de firmar un CI/DA. Esto autoriza aún más la necesidad de plantear como alojarla en un futuro ¿En qué momento naturalizamos que la biología tome el control del cuerpo del ser humano? Lacan plantea que, al hacerlo en el momento de curación, la medicina empezó a actuar moralmente, dando certezas, buscando certezas donde no las hay. La ciencia biológica sabe que no se puede llegar a un conocimiento verdadero en términos de pensar proyectos. La naturaleza no tiene proyectos, en ella es aleatoria la vida y la muerte. Si el lenguaje nos construye a nosotros más que nosotros al lenguaje (Monod y no Lacan) ¿Cómo no revisar los formularios que firmamos y las leyes que nos regulan buscando incluir al sujeto?

El objetivo de esta tesis fue realizar un recorrido a través de leyes cuya pregnancia en la vida de las personas hacen a la discusión bioética y psicoanalítica incluyendo, empezando a pensar

en incluir preguntas claves de la teoría psicoanalítica. Leyes que hacen pensar la demanda del sujeto puesta en juego y los principios con que pensamos las discusiones bioéticas actuales.

Leyes que nos permitan ampliar la posibilidad del sujeto de aparecer, de irrumpir, de incluir su “saber hacer con eso que no sabe”, que no entiende, que no controla, que sufre, que lo invade, aquello que es su propio saber y del que no sabe aún, pero las contingencias de su vida lo han colocado ante la posibilidad de expresarse, de convertirse en enunciado. Derecho y Ciencia cambian histórica y socialmente. Son expresión de lo instituido, de lo legitimado socialmente, sincronía del sentido común y los saberes que se entrecruzan. Cada país cuenta con sus propios desafíos para resolver aquellas cuestiones que intentan permitir acercar la legislación a estándares más justos para el sujeto, que permitan su irrupción, que le permitan expresar su demanda. Cada país da cuenta a través de sus dispositivos de atención de las distintas formas de resolver aquello que *menos mal* sigue abierto para ser pensado.

Bibliografía

- Alemán, J. (2003). Nota sobre Lacan y Sartre: El decisionismo. En Autor (Ed.) *Derivas del discurso capitalista: Notas sobre psicoanálisis y política*. Málaga: Miguel Gómez Ediciones.
- Alemán, J. (2014). *En la frontera. Sujeto y capitalismo. El malestar en el presente neoliberal*. Barcelona: Gedisa.
- AMM (Asociación Médica Mundial). (1964). *Declaración de Helsinki*. Finlandia.
- AMM (Asociación Médica Mundial). (2013) *Declaración de Helsinki*. Brasil.
- Appelbaum P. et al. (1987). *False Hopes and Best Data: Consent or Therapeutic Misconception*. Hastings Center Report.
- Arboleda-Flórez, J. (1999). Acceso a los servicios de salud en el marco del Tratado de Libre Comercio -TLC, pg.8. *Pan American Health Organization*.
- Asociación Médica Argentina (AMA). (s. f.) Código de Ética para el Equipo de Salud. *IBIS (International Bioethical Information System)*. Hipertexto e hipermedia sobre ética profesional. Sistema multimedial en CD-ROM.
- Badiou, A., Milner, J.C. (2014). *Controversia. Dialogo sobre la política y la filosofía de nuestro tiempo*. Buenos Aires: Edhasa.
- Barbesi, B. (2003). Consentimiento informado en psicoterapia. En *Perspectivas Bioéticas*. Año 8. N° 15 Bis. Págs.83-93. Buenos Aires: Ediciones del signo.
- Barthes, R. (2005). *Cómo vivir juntos. Simulaciones novelescas de algunos espacios cotidianos*. Argentina: Siglo XXI.
- Base de datos Legisalud hasta 2019. Disponible en: <http://datos.salud.gob.ar/dataset/legisalud-argentina/archivo/83e9453c-5156-4c5a-83a1-87e6658071c9>
- Baudrillard, J. (1996). *El crimen perfecto*. Barcelona: Anagrama.
- Baudrillard, J. (2001). *La ilusión vital*. Argentina: Siglo XXI.
- Bauman, Z.; Bordoni, C. (2016). *El estado de crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, S. (2002). *La fundación del inconsciente. Destinos de pulsión, destinos del sujeto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Brock Chishom (1896-1971), 1° Ministro de Salud y Bienestar Nacional en Canadá entre 1944-1946
- Brock, D. (1996). Surrogate Decision Making for Incompetent Adult: an ethical framework, en Mappes, T., De grazia, D., (Ed) *Biomedical Ethics*, New York: McGraw Hill.
- Butler, J. et al. (2000). *Contingencia, hegemonía, universalidad. Diálogos contemporáneos en la Izquierda*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Calo, O. (2002). La interacción del profesional con los códigos. *Revista Argentina de Psicología*. Año XXXIV. N° 45, 25-36.
- Calo, O. (2003). Consentimiento Informado en Psicoterapia. Notas para una discusión. En *Perspectivas Bioéticas*. Año 8. N° 15 Bis, 61-67. Buenos Aires: Ediciones del signo.
- Calo, O.; Hermosilla, A. M. (Comp). (2000). *Psicología, Ética y Profesión: Aportes deontológicos para la integración de los psicólogos del Mercosur*. Mar del Plata: Departamento de servicios gráficos de la UNMDP.
- Campins, M. (Comp) (2001). *Conservadores, progresistas y revolucionarios en los siglos XIX y XX*. Buenos Aires: Ediciones del Signo.

- Canadian Public Health Journal [Revista canadiense de salud pública], Vol. 48, 1957.
- Cárcova, Carlos M. (2009). *Las teorías jurídicas post-positivistas*. Buenos Aires: Abeledo Perrot.
- Carrillo, Ramón. (1974). Contribuciones al conocimiento Sanitario. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Eudeba.
- Casado, M. (Ed.) (2009) *Sobre la Dignidad y los Principios. Análisis de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO*. Navarra: Ed. Civitas.
- Casado, María (Coord.) (2009). *Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO*. Barcelona: Ed. CIVITAS.
- Castilla García, A., Castilla San José, M.L. (2001). El Consentimiento Informado en Psicoterapia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol XXI, Nro. 80, 1445-1457.
- Castoriadis, C. (1997). *El avance de la insignificancia*. Buenos Aires: Eudeba.
- Castoriadis, C. (1997). El Imaginario Social Instituyente. *Zona Erógena*. Nro. 35. Recuperado de <http://www.educ.ar>.
- Castoriadis, C. (2008). *El mundo fragmentado*. La Plata: Terramar.
- Castoriadis, C. (2010). *La institución imaginaria de la sociedad*. Buenos Aires: Tusquets Editores.
- Castoriadis, C. (mayo 2016). Autonomía, institución y sujeto. *Revista Diferencias* Nro. 2. CLACSO.
- Cecchetto, S. (2000). Antecedentes históricos del consentimiento del paciente informado en Argentina. *Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal*. 77-87.
- Cecchetto, S. (2001). *Teoría y práctica del consentimiento informado en el área neonatal*. Mar del Plata: Ediciones Suárez.
- Chávez, G. et al. (2014). El consentimiento informado en las publicaciones latinoamericanas de Psicología. *Avances en Psicología Latinoamericana*. Vol. 32(2). 345-359.
- Chomsky, N. (1995). *Política y cultura a finales del siglo XX. Un panorama de las actuales tendencias*. Barcelona: Ariel.
- Chomsky, N. (2003). *Radical Priorities*. Editor AK Press.
- Chomsky, N. (2004). *Los dilemas de la dominación. Nueva hegemonía mundial. Alternativas de cambio y movimientos sociales*. Buenos Aires: CLACSO. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/se/20100613081758/2chom.pdf>
- Chomsky, N. (2004). *PER VIVENCIA El dominio mundial de EEUU*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- CIOMS (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas) (2002). *Pautas éticas internacionales para la investigación en seres humanos. Desarrolladas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra. Recuperado de https://cioms.ch/wp-content/uploads/2016/08/PAUTAS_ETICAS_INTERNACIONALES.pdf
- Costa, M.V. (1996). El Concepto de Autonomía en la Ética Médica: Problemas de Fundamentación y Aplicación. En *Perspectivas Bioéticas de las Américas*. FLACSO Nro. 2.
- Craven-Bartle, J. (2005). Bioética & Debat. *Aspectos Bioéticos de la relación asistencial en situación de fragilidad*. Institut Borja de Bioética. Año XI N°40, 3-6.
- Deleuze, G., Foucault, M., Negri, A., Zizek, S. y Agamben, G. (2007). En Giorgi, G. y Rodríguez, F. (comps.). *Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Derrida, J. y Ferraris, M. (2009). *El gusto del secreto*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Díaz Muñoz, A., Levcovich, M., Lima Quintana, L. y Ramos, S. (1994). *Sistemas de salud en proceso de reforma*. Buenos Aires: OPS.
- Dworkin, R. (1994). *El dominio de la vida*. Barcelona: Ariel.

- Emanuel, E. y Flory, J. (2004). Interventions to Improve Research Participants Understanding in Informed Consent for Research. *JAMA (Journal of the American Medical Association)*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/8248721_Interventions_to_improve_research_participants'_understanding_in_informed_consent_for_research_A_systematic_review.
- Faden, R. y Beauchamp, T. (1986). *A History and theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press.
- Fair, H. (2019). El Discurso Capitalista Neoliberal desde una perspectiva lacaniana. *Desafíos*, 31(1), 193-235. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/desafios/a.5586>
- Fariás, G. (2004). *Suicidio Asistido, eutanasia voluntaria y DDHH*. (Tesis doctoral). Biblioteca Facultad de Derecho y Ciencias. Sociales. UBA
- Fariás, G. (2007). *Muerte voluntaria: sedación, suicidio asistido, eutanasia. Etapa de agonía, dolor, encarnizamiento médico, decisiones ante el final de la vida, jurisprudencia, rechazo, abstención y retiro de tratamiento*. Buenos Aires: Astrea.
- Fariás, G. (2012). Desobedecer la vida: abismos de la libertad. *Perspectivas bioéticas – FLACSO*, Nro. 32.
- Fariña, J. (1995). Ética Profesional. En *Dossiers bibliográficos en Salud Mental y Derechos Humanos*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Fariña, J. (1998). La ética de lo simbólico en la era de lo formal. En *Ética: un horizonte en quiebra*. Buenos Aires: Eudeba.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA). (1999). *Código de Ética de la FePRA*.
- Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad. Clase del 14 de enero de 1976*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Franco, A., Mendoza, N. y Mora, M. (2004). Consentimiento informado en psicoterapia. Revisión desde la MBE. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIII (2), 182-192. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80633207>. [Fecha de consulta 20 de septiembre de 2020].
- Freud, S. (1996). Carta 52. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1996). Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte. En *Obras Completas*, Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1996). Duelo y Melancolía. En *Obras Completas*, Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1996). El malestar en la cultura. En *Obras Completas*, Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1996). Tótem y Tabú. En *Obras Completas*, Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fridman, P. (2003). Discusión acerca del consentimiento informado en psicoterapias. *Perspectivas Bioéticas*. Año 8. Nro 15 Bis. Págs.77-82. Buenos Aires: Ediciones del signo.
- Garay, O. E. (abril de 2010). Apostillas acerca de la ley 26.529 de Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. UNESCO.
- Gervasoni, M. (2009). *La información en el Consentimiento Informado. Preferencias en una muestra de la población urbana en Uruguay*. (Tesis de Maestría en Bioética), Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas.
- González García, G. (s.f.) Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. *Revista Panamericana de Salud*. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2001.v9n6/406-412/#ModalArticles>

- González Pla, F., Salomone, G. (2016). El consentimiento informado en el campo de la salud mental. De la pauta deontológico-jurídica a la dimensión clínica. *Anuario de Investigaciones*, XXIII, 219-225. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369152696063>. [Fecha de consulta 20 de septiembre de 2020].
- González Sánchez, M. (octubre de 1997). *Intimidación y secreto médico*. Madrid: IV Congreso nacional de Derecho Sanitario, organizado por la Asociación española de Derecho Sanitario.
- Gould, S.J. (1991). *La vida maravillosa*. Barcelona: Crítica.
- Gramsci, A. (1971). *El materialismo histórico y la filosofía de Benedetto Croce*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Gunn, S.W.A. (7 de diciembre de 1968). The Canadian Contribution to the World Health Organization. *Canadian Medical Association Journal*, 99, 1080-88. World Health Organization,
- Habermas, J. (1986). *La modernidad: un proyecto incompleto*. Barcelona: Kairós.
- Health Care Consent Act, 1996, S.O. 1996, c. 2, Sched. A. Recuperado de <https://www.ontario.ca/laws/statute/96h02>.
- Hermosilla, A., et al (2013). Competencia profesional: Evaluación de la aplicabilidad del consentimiento informado en el ámbito clínico. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 10 (4), 80-91. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483549015011>. [Fecha de consulta 20 de septiembre de 2020].
- Hermosilla, A., et al. (2015). *La actualización del Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina: fundamentos y modificaciones*. Mar del Plata: Mundos impresos.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández-Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Highton, E. y Wierzba, S. M. (2003). *La relación médico-paciente: el consentimiento informado*, (2ª. edición actualizada y ampliada) cap. XI. Buenos Aires: Ad Hoc. Recuperado de <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es>
https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Analisis_Reforma_Sector_Salud-SubRegion_Andina_2002.pdf
- Infante, A., De la Mata, I. y López Acuña, D. (s.f.). Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *SciELO. Revista Panamericana de Salud*. Recuperado de <https://scielosp.org/article/rpsp/2000.v8n1-2/13-20/#ModalArticles>
- Informe Belmont. (abril de 1979). *Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en investigación*.
- Jameson, F. et al. (1998). *Estudios Culturales. Reflexiones sobre el multiculturalismo*. Argentina: Paidós.
- Keegan, E. y Rutzstein, G. (2003). Justo y necesario. El consentimiento informado en Psicoterapia. *Perspectivas Bioéticas*. Año 8. Nro 15 Bis. pp.55-60. Buenos Aires: Ediciones del Signo.
- Kojeve, A. (2006). *La noción de autoridad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lacan, J. (2002). El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos*. Madrid: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2002). Psicoanálisis y medicina. En *Escritos*. Madrid: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2002). *Seminario VII. La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

- Lacan, J. (2008). *Seminario XVII. El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2009) *Escritos 2*. México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2010). *Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Laclau, E. (1996). *Emancipación y diferencia*. Buenos Aires: Ariel.
- Laurent, E. (2014). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Laurent, E. (octubre/noviembre 2009). El delirio de la normalidad. *Virtualia 19. Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana*.
- Leclaire, S. (2009). *Matan a un niño. Ensayo sobre el narcisismo primario y la pulsión de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ley 18610. Obras Sociales. Sancionada 23 de febrero de 1970 por el Poder Ejecutivo Nacional. Derogada por Ley 22269.
- Ley 19710. Obras Sociales (modificatoria) Sancionada 3 de enero de 1972 por el Poder Ejecutivo Nacional. Derogada por Ley 22269.
- Ley 22269. *Obras Sociales*. Sancionada el 15 de agosto de 1980 por el Honorable Congreso de la Nación Argentina. Publicada en el Boletín Oficial el 20 de agosto de 1980.
- Ley 23660. *Obras sociales. Nuevo régimen*. Sancionada por el Honorable Congreso de la Nación Argentina el 29 de diciembre de 1988. Publicada en el Boletín Oficial el 20 de enero de 1989.
- Ley 26529. *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. Sancionada: octubre 21 de 2009. Promulgada de Hecho: noviembre 19 de 2009.
- Ley 2661. *Creación de Sistema Nacional de Seguro de Salud (ANSSAL)*. Sancionada por el Honorable Congreso de la Nación Argentina el 29 de diciembre de 1988. Publicada en el Boletín Oficial el 20 de enero de 1989.
- Ley 26682. *Marco Regulatorio de Medicina Prepaga*. Sancionada por el Honorable Congreso de la Nación Argentina el 4 de mayo de 2011. Promulgada el 16 de mayo de 2011.
- Ley 26742. Muerte Digna. Sancionada por el Honorable Congreso de la Nación Argentina el 9 de mayo de 2012. Publicada en el Boletín Oficial el 24 de mayo de 2012.
- Ley Nacional 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental. Publicada en el B.O. el 3 de diciembre de 2010.
- López de la Vieja, M.T. (2013). *Bioética y ciudadanía. Nuevas fronteras de la Ética*. México: Siglo XXI.
- Luna, F. (2008). "Vulnerabilidad: la metáfora de las capas". *Jurisprudencia Argentina*, IV, fascículo N°1.
- Luna, F. y Salles, A. L. F. (1998). *Bioética: investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Luna, F. y Salles, A. L. F. (2008). *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Méndez Baiges, V. y Silveira Gorski, H. (2007). *Bioética y derecho*. Barcelona: Editorial UOC.
- Miller, J. A. (2001). *Los divinos detalles*. Barcelona: Paidós..
- Milner, J.C. (2007). *La política de las cosas*. Málaga: Miguel Gómez Ediciones.
- Monti, G. (s.f). *Valor legal y ético del consentimiento informado*. Recuperado de https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/10428_26-1%2031-33.Bioetica.pdf.
- Nesis, J. (2003). Ética y psicoterapia: una edición dedicada al consentimiento Informado. *Perspectivas Bioéticas*. Año 8. Nro. 15 Bis. Págs.9-14. Buenos Aires: Ediciones del signo.

- Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud. (septiembre 2012). *Bioética: hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud. Documento conceptual*. 28.a Conferencia Sanitaria Panamericana 64.a Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Conversaciones sobre Salud Gestión de información, diálogos e intercambio de conocimientos para acercarnos al acceso universal a la salud*. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28391>.
- Organización Panamericana de la Salud. "Salud en las Américas, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país". Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <http://iris.paho.org>
- Ormart, E y Brunetti, J. (2010). *La confidencialidad en la práctica de la psicología: aspectos clínicos, deontológicos y legales*. Actas del I Congreso Internacional II Nacional y III Regional de Psicología. La formación del Psicólogo en el Siglo XXI. Organizado por la Facultad de Psicología UNR.
- Ormart, E. (2010). El problema de los límites en las relaciones psicológicas: aspectos clínicos, éticos y legales. *Revista Bioética & debat*. Barcelona: Institut Borja de Bioética de la Universidad de Lull.
- Pakman, M. (2003). Consentimiento Informado, bioética, derechos humanos y discurso legal. *Perspectivas Bioéticas*. Año 8. Nro. 15 Bis. Págs.45-52. Buenos Aires: Ediciones del Signo.
- Pérez Sánchez, E. (s.f.). *Eutanasia, Autonomía y la Libre Disponibilidad de la Propia Vida*. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/cgi-bin/library.cgi?c=ar/ar-001&a=d&d=article7314oai> .
- Personal Health Information Protection Act, 2004, S.O. 2004, c. 3, Sched. A. Recuperado de <https://www.ontario.ca/laws/statute/04p03>.
- Portal de las instituciones de salud: Hospital Italiano, Hospital Fernández, Hospital Michel Garron, Hospital St. Michel
- Portantiero, J.C. (1977). *Los usos de Gramsci*. Méjico: Cuadernos del Pasado y Presente. N°54.
- Ramos S. y Vinocour P. (2000). *Sistemas de salud y reformas. Diferentes respuestas a la relación entre el Estados y el mercado*. Argentina: Flacso-Cedes.
- Ranciere, J. (1998). *La policía de la familia*. Valencia: Pretextos.
- Regulated Health Professions Act, 1991, S.O. 1991, c. 18. Recuperado de <https://www.ontario.ca/laws/statute/91r18>.
- Rovere, M. (2004). *La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto*. Recuperado de <http://bam21.org.ar/comunidad/mod/data/view.php?d=4&rid=503>.
- Rovere, M. (2012). Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde em Debate*, 36 (94), 327-342. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000300003>.
- Royes, A. (Coord). (2001). Documento sobre las voluntades anticipadas. Document sobre les voluntats anticipades. Document on living wills. *Observatori de Bioética i Dret*.
- Rutty, C. y Sullivan S. (2010). *Esto es salud pública: una historia canadiense*. Canadian Public Health Association. CPHA 100.
- Salles, A. (2001). Autonomía y cultura: el caso de Latinoamérica. *Perspectivas Bioéticas*, 6:12, pp.: 73-86.

- Salomone, G. Z. (2006). Consideraciones sobre la Ética Profesional: dimensión clínica y campo deontológico-jurídico. En *La transmisión de la ética. Clínica y deontología*. Vol. I: Fundamentos. Letra Viva.
- Salomone, G. Z. (2006). El sujeto autónomo y la responsabilidad. En *La transmisión de la ética. Clínica y deontología*. Vol. I: Fundamentos. Letra Viva.
- Salomone, G. Z. (s. f.) *El principio de neutralidad y la regla de abstinencia: la perspectiva freudiana*. En página web de la cátedra
- Samaja, J. (2000). Universal, particular, individual. Las dimensiones de todo concepto. En *Semiótica y dialéctica*. Buenos Aires: Ediciones JVE.
- Schiro, M. y Zabala, G. (s. f.). *Fraccionamientos y desfraccionamientos del valor verdad en los criterios de decisiones terapéuticas y disposiciones anticipadas*. Universidad Nacional del Centro.
- Schor-Landman, C. (2004). *Temas de interconsulta. Diálogos entre al Psicoanálisis, el Derecho y la mediación*. Buenos Aires: Galerna.
- Schor-Landman, C. (2013). *Salud mental: salud social. Implicaciones entre los términos mental y social. Dilemas contemporáneos del amor el goce y el deseo en la construcción de los lazos sociales*. (Tesis doctoral inédita). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Siurana Aparisi, J. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, Nro 22, 121-157. Universidad de Valencia.
- Soler, C. (2009). *¿Qué se espera del psicoanálisis y del psicoanalista?* Buenos Aires: Letra Viva.
- Soliz Checa, D., y Unzueta Nostas, C. I. (2003). Investigación y psicoanálisis. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 1(2), 49-57. Recuperado en 22 de agosto de 2020, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000200006&lng=es&tlng=es.
- Statistics Canada. Censo 2016. Recuperado de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190930/dq190930f-eng.htm?HPA=1&indid=4098-1&indgeo=0>.
- Substitute Decisions Act, 1992, S.O. 1992, c. 30. Recuperado de <https://www.ontario.ca/laws/statute/92s30>.
- Testa, M. (2004). *Pensar en salud*. Buenos aires: Lugar.
- Tobar, F. (coord). (s.f.). *Reformas de los sistemas de salud*. ISALUD. Recuperado de <https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2014/09/reforma-de-los-sistemas-de-salud-en-amca-latina.pdf>.
- Tomkiewicz, S. (1977). *Deontología y psiquiatría*. Conferencia en la Universidad de Ginebra II. Ediciones CEP.
- Ulloa, F. (1986). La ética del analista ante lo siniestro. *Territorios*, 2. Buenos Aires: MSSM.
- Verástegui, E. (2008). El Consentimiento Informado en Pacientes Vulnerables. *Boletín Fármacos*, Volumen 11, número 1. Disponible en: <http://www.saludyfarmacos.org/wp-content/files/jan08.pdf>.
- Viar, J. (2002). Algunas cuestiones jurídico-legales en el ejercicio de la psicología. *Revista Argentina de Psicología*, APBA, 45, pp. 99-118.
- Wierzba, S. (s.f.) *Consentimiento informado 3: voluntad*. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/84>.
- Zaffaroni, E. (2001). El discurso racista: eficacia de su estructura. *Índice*, año 35, N° 21; 7- 16.

- Zaragoza-Martí, M. et al. (s. f.). El Documento de Voluntades Anticipadas como instrumento de planificación ético-jurídico: especial atención a la salud mental. *Revista de Bioética y Derecho*. Perspectivas Bioéticas. Recuperado de www.bioeticayderecho.ub.edu.
- Zavala, S., Sogi, C., Delgado, A., y Cárdenas, M. (2010). Consentimiento informado en la práctica médica: factores asociados a su conocimiento en una población de médicos peruanos. *Anales de la Facultad de Medicina*, 71(3), 171-178. Recuperado en 20 de septiembre de 2020 de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000300006&lng=es&tlng=es.