



**Libertades religiosas: límites y posibilidades en relación al
derecho a la salud en el sistema jurídico argentino. El caso de
los Testigos de Jehová**

Proyecto de Investigación Aplicada (PIA)

Trabajo Final de Abogacía - Universidad Siglo 21

Alumno: Marcos Joel Carabajal

Legajo: VABG67022

DNI 30.364.713

2019

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se propone abordar la delicada tensión que se plantea entre la libertad de culto y sus límites en temas relacionados con la salud que involucran a personas menores de edad, comprendidas entre los trece y dieciséis años¹. Ante una situación límite en que la vida corre peligro, se presentan una serie de dilemas bioéticos, religiosos, filosóficos y de otra índole que resultan alcanzados por las ciencias jurídicas en su afán de esclarecer los principios y derechos que deben prevalecer en cada caso. Las decisiones de la familia, del propio paciente y del equipo médico interviniente, entre otros, quedan alcanzadas –al igual que sus acciones– por lo que determine la justicia al dirimir la controversia planteada.

Estas situaciones se evidencian cuando existen miradas contrapuestas entre los agentes del sistema sanitario, por una parte, y los familiares y el paciente, por la otra, en la búsqueda de soluciones al problema de salud emergente. Ahora bien, es conocido el rechazo a la transfusión sanguínea entre las personas que se reconocen como Testigos de Jehová por considerarla una intervención que “viola la ley de Dios”. A ello se agrega que algunos avances de las ciencias médicas han permitido desarrollar tratamientos alternativos a las prácticas transfusionales.

En cuanto al interrogante de cuándo los adolescentes tienen autonomía para adoptar decisiones que involucran el cuidado de su propio cuerpo, una tendencia de la doctrina y distintas sentencias admiten que en este ámbito cobra mayor relevancia el concepto denominado ‘competencia’ o ‘mayoría médica anticipada’ –más cercano al principio de autonomía progresiva-, que el concepto tradicional de ‘capacidad’. Esta novedosa mirada, originada en la bioética, sostiene la idea de que las personas adquieren conciencia del propio cuerpo mucho antes de alcanzar su mayoría de edad. No obstante, cabe señalar que desde una postura opuesta a la anterior aún se sostiene la ‘incapacidad’ como principio rector para zanjar esta clase de conflictos.

En esta línea, el problema de investigación que se busca dilucidar refiere a si resulta factible hallar soluciones ajustadas a derecho que permitan armonizar las libertades religiosas y el ordenamiento legal argentino cuando se encuentra en juego

¹ Según el art. 25 del CCyC, se denomina adolescente a la persona menor de edad –vgr. menor de dieciocho años- que ha cumplido trece años.

derechos básicos como la vida de un adolescente que debe ser transfundido para no morir, pero tanto el menor como sus padres se oponen a dicha práctica por resultar contraria a sus creencias como Testigos de Jehová.

La hipótesis que se intentará develar con la investigación en lo que respecta a la autonomía de la voluntad del adolescente de entre trece y dieciséis años en decisiones que involucran el cuidado de su cuerpo –en este caso, el rechazo a la transfusión sanguínea-, es si efectivamente en esta clase de conflictos que involucran a familias Testigos de Jehová debe prevalecer el concepto de ‘mayoría médica anticipada’ o ‘competencia’ basado en la perspectiva de que las personas adquieren conciencia del propio cuerpo mucho antes de alcanzar su mayoría de edad.

PERSPECTIVAS FAVORABLES AL RECHAZO A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

La problemática abordada en este trabajo se presenta como un debate enriquecedor dado que en la discusión confluyen principios jurídicos como el respeto a la dignidad e integridad de las personas, la autonomía de la voluntad, la capacidad progresiva de los menores de edad, el interés superior del niño. A su vez, cabe considerar la convergencia de derechos de suma relevancia como el derecho a la vida y a la salud, el derecho personalísimo a disponer del propio cuerpo, el ejercicio del derecho a profesar una religión, la responsabilidad parental ante decisiones trascendentes en la vida de los hijos, el derecho de niños, niñas y adolescentes a ser oídos y a que su opinión sea tenida en cuenta, entre otras aristas.

Para avanzar en forma ordenada conviene en primer lugar centrar la atención en algunos dispositivos internacionales que integran el bloque de constitucionalidad federal mediante el art. 75, inc. 22 CN, y que reconocen la autonomía de la voluntad y la protección de la vida humana. Entre otros es posible destacar los siguientes: el art. 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el art. 6.1 de la Declaración Americana de los Derechos Civiles y Políticos, el art. 4.1 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos, y los arts. 6.1 y 6.2 de la Convención sobre los Derechos del Niño –en adelante, CDN-.

Asimismo, la CDN también da cuenta de que los Estados deben garantizar el derecho de los niños a expresar sus opiniones en todos los asuntos que los afectan, y que su opinión sea tenida en cuenta de acuerdo a su edad y grado de desarrollo o madurez – art. 12, inc. 1 CDN-. Esta disposición se hace extensiva a los procedimientos judiciales o administrativos que involucren a los niños –art. 12, inc.2 CDN-. En este andarivel, se reafirma el respeto a la libertad de pensamiento, conciencia y religión que deben prestar los Estados –art, 14, inc. 1 CDN-.

En esta línea, cabe agregar que en los últimos años se observa una marcada tendencia a la consagración de la autonomía de la voluntad en la legislación argentina relacionada con el derecho a la salud. Consecuentemente, el carácter de derecho humano fundamental atribuido al derecho a la salud ha experimentado un notable

impulso. Tal es así que, ante situaciones controversiales que han arribado a los tribunales de nuestro país, se han dictado sentencias donde se ponen de relieve distintos criterios orientadores que están presentes tanto en normas de derecho interno como en los tratados internacionales aludidos anteriormente. En este estado, la dignidad humana se constituye en un valor supremo que ha sido invocado, por ejemplo, para requerir la interrupción de tratamientos considerados invasivos (Tinant, 2010).

En lo que se refiere al derecho interno, progresos notables se han registrado en el campo del derecho a la salud. A título enunciativo, es posible mencionar como punto clave la revalorización de los derechos del paciente, aunque también vale la pena resaltar otras disposiciones como la posibilidad de brindar directivas médicas de voluntad anticipada –mecanismo de uso frecuente entre las personas Testigos de Jehová-, el derecho a recibir cuidados paliativos integrales y la opción de rechazar el denominado encarnizamiento terapéutico ante determinadas prácticas.

Entre los antecedentes legislativos más destacados se encuentra la Ley 26.742 que modificó la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Entre las particularidades de aquella norma está la posibilidad de aceptar o repeler tratamientos médicos con o sin expresión de causa; la reserva en cabeza de la persona con enfermedad terminal, irreversible o crónica para rechazar procedimientos desproporcionados o extraordinarios; la negativa a mantener medidas de soporte vital –alimentación e hidratación- en la fase terminal de enfermedades severas; el reconocimiento del consentimiento informado, y la posibilidad de acceder a la medicina paliativa (Delgado Berbere, 2012; Lorenzetti, 2014).

A su vez, situaciones controversiales ventiladas en tribunales argentinos han sido resueltas de acuerdo a criterios emanados de los tratados que integran el bloque de constitucionalidad federal. De tal manera que el debate en torno al derecho a la salud y el rechazo a transfusiones sanguíneas sostenido por personas Testigos de Jehová ha tenido despliegue jurisprudencial, con resultados dispares.

AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD EN ADOLESCENTE TESTIGO DE JEHOVÁ

Argentina es un país con una larga tradición en lo que refiere a garantizar las libertades religiosas y donde la religión católica y otras iglesias y cultos –judíos, protestantes, musulmanes, Hare Krishnas, mormones, adventistas del Séptimo Día, pentecostales, etc.- han convivido en armónica tolerancia. En ese variopinto mosaico de formas religiosas que coexisten en nuestro país se insertan los Testigos de Jehová, una comunidad que supera las 150 mil personas. Según información publicada en su sitio oficial², la representatividad en Argentina es equivalente a un Testigo de Jehová cada 292 habitantes.

En este marco, las soluciones que propicie el sistema jurídico ante los dilemas que se plantean cuando el diagnóstico médico recomienda la realización de transfusión sanguínea a una persona cuya salud se encuentra en riesgo, adquiere distinta relevancia si el implicado es un Testigo de Jehová: según sus interpretaciones de la Biblia, utilizar transfusiones de sangre atentaría contra las leyes de Dios (Génesis 9:4; Levítico 17:10; Samuel 14:33; Hechos 15:20.29).

Entre quienes se identifican como Testigos de Jehová está muy extendida la idea de solicitar la abstención del facultativo ante ciertas prácticas médicas que estarían reñidas con sus creencias. Desde esta perspectiva se brinda una significativa importancia a la autonomía de la voluntad y la dignidad personal como elementos trascendentales y como eje para tomar decisiones relacionadas a la salud del paciente. En su vertiente más ortodoxa, la manifestación de voluntad basada en el libre consentimiento de la persona implicada bastaría para dar validez a cualquier determinación en torno a su salud o su vida.

Al respecto, en esta visión la noción de autodeterminación adquiere una particular preeminencia. Así, el interés individual tendería a fortalecerse en detrimento del interés público, tal como expresan Medina y Senra (2005). Esta contraposición contribuye a dilucidar la función del Estado ante cuadros clínicos que exigen distinta

² “Datos generales de Argentina” (s/f). *Jw.org*. Consultado el 19/9/2018 de: <https://www.jw.org/es/testigos-de-jehov%C3%A1/por-todo-el-mundo/AR/>

ponderación. La intrusión estatal disminuiría a medida que mayor sea el grado de injerencia personal en las decisiones que afecten la salud de la persona afectada.

A su vez, en lo que respecta al ejercicio de los derechos por parte de niños, niñas y adolescentes tanto el plexo normativo internacional –en particular, la CDN- como en la legislación nacional –en especial, el Código Civil y Comercial de la Nación- exhiben avances significativos que se inscriben en el ámbito de los derechos personalísimos. El principio de la autonomía progresiva contempla a las personas menores de edad como sujetos de derecho en contraposición a la consideración como objetos de protección que regía en el Código de Vélez (Lloveras & Salomón, 2009).

Si se parte de una concepción menos rígida en la que la madurez y la conciencia moral ya no aparecen en un momento puntual sino que forman parte de un proceso, es posible coincidir con Ciruzzi (2011, p.44) cuando expresa que “esto ha llevado a que aquellos menores capaces de tomar decisiones y evaluar las consecuencias, puedan manifestar sus decisiones en todo lo relativo a su salud”.

En este contexto, una de las cuestiones no resueltas completamente en la norma de fondo se relaciona a cómo se delimita la autonomía en el caso de los adolescentes. Las decisiones y los criterios que esgriman los jueces para respaldar sus sentencias en uno u otro sentido van a echar luz sobre aquellos aspectos controversiales. Un ejemplo de ello es la disposición del cuerpo por parte de los adolescentes teniendo en cuenta su grado de desarrollo y madurez.

Ahora bien, si el adolescente pone en riesgo su integridad al ejercer sus derechos en forma autónoma, sus progenitores podrían intervenir para orientar sus acciones. De hecho, una parte de la doctrina nacional se pregunta cómo resolver los conflictos cuando existen posiciones divergentes entre progenitores e hijos (Solari, 2006). En cambio, poco se ha escrito respecto a si esa decisión “riesgosa” es respaldada por ambos padres, situación que no está alejada de la realidad de una familia Testigos de Jehová que se oponga a una práctica transfusional.

PERSPECTIVAS QUE CONVALIDAN LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN ADOLESCENTE TESTIGO DE JEHOVÁ

El ordenamiento jurídico argentino ha experimentado en las últimas décadas avances notables en la consagración de derechos y garantías que colocan en el centro de la escena a la persona humana desde distintas esferas. Esto no sólo está relacionado a los tratados internacionales con jerarquía constitucional -art. 75 inc. 22, CN-, sino también a una serie de normas de derecho interno que han modificado el tradicional enfoque paternalista que supo caracterizar históricamente a la relación médico/paciente para arribar a un escenario en que las personas bajo tratamiento tienen mayor injerencia en las decisiones que afectan a su salud e inclusive pueden rechazar o requerir que la institución o el facultativo interviniente se abstenga de aplicar ciertas prácticas.

Ante este panorama, cobran relevancia los resortes legales que ofrece el ordenamiento jurídico para convalidar posiciones contrapuestas, como así también la posibilidad de armonizar los intereses en pugna con la intención de hallar respuestas ajustadas a derecho. Lo expresado hasta aquí adquiere una mayor complejidad si se consideran casos de las características reseñadas –salud en riesgo y transfusión sanguínea recomendada- donde el involucrado es una persona Testigo de Jehová menor de edad, comprendida entre los trece y dieciséis años. Echar luz sobre controversias de esta naturaleza resulta significativo considerando la numerosa comunidad de Testigos de Jehová que habitan en Argentina, en el contexto de los avances registrados en el Derecho argentino en materia de niñez y adolescencia, en especial a través del principio de la autonomía progresiva (Kemelmajer, Herrera, Lamm & Fernández, 2015).

Es importante subrayar que se asiste a un debate complejo donde existe un amplio abanico de aspectos a considerar y que exige un alto compromiso de los operadores del Derecho, de los equipos de salud, y otros actores para hallar soluciones que permitan armonizar los principios y derechos en pugna. Lo que sí se vislumbra en esta discusión es un conflicto de derechos, en donde también entran en juego los valores que sostienen cada uno de esos derechos.

Por una parte, se encuentran los facultativos aconsejando un tratamiento para salvaguardar el derecho/valor vida y salud; por otra parte, se halla la dignidad y autonomía del paciente, cuando ha rechazado la terapia propuesta por los médicos. Aun

en el caso de pacientes pediátricos, “el límite a esa negativa estará dada por su razonabilidad, razonabilidad que debe ser juzgada por el equipo de salud a la luz de los valores, principios y creencias de ese niño y de esa familia” (Ciruzzi, 2011, p.151).

Además de las consideraciones expresadas, es importante distinguir si se encuentra en juego la vida de la persona menor de edad y si, en tal supuesto, la transfusión sanguínea se constituye en el único tratamiento viable. Estos elementos serán aportados a través del dictamen emitido por el equipo médico tratante, mediante informe brindado por el Comité de Enlace de los Hospitales –o el organismos que lo reemplace- y la opinión del propio Comité de Ética de la institución asistencial. En caso de observarse plena coincidencia de criterios respecto a la posibilidad de colocar en grave riesgo la vida del involucrado, disminuyen las chances de aplicar o sostener en el tiempo terapias o tratamientos alternativos a la práctica transfusional.

Aun cuando los progenitores respalden a su hijo adolescente en orden al rechazo a realizarse una transfusión sanguínea basándose en fundamentos religiosos o escudándose en el rol que ejercen en el marco de la responsabilidad parental, ello no es óbice para reconocer que una interpretación armónica del art. 19 de la Constitución Nacional exige considerar que las acciones privadas de los hombres encuentran un límite cuando puedan afectar a terceros –en este supuesto, ese lugar sería ocupado por el hijo-. A todo ello cabe añadir que el instituto de la responsabilidad parental tiene como finalidad principal “la protección, desarrollo y formación integral” del hijo menor de edad –art. 638, CCCN-, por lo que implicaría un contrasentido rechazar un tratamiento médico indispensable para la salud o sobrevivencia del adolescente³.

La complejidad que implica establecer una regulación en materia de derechos personalísimos para personas menores de edad en lo relativo al ejercicio de derechos sobre la salud y el propio cuerpo ha sido advertida por Herrera (2011) al analizar las relaciones entre obligaciones estatales contrapuestas. Desde una faz positiva, el Estado debe velar por la protección ante la vulnerabilidad, en tanto que desde un enfoque negativo debe evitar injerencias arbitrarias. En ambos casos, la responsabilidad del Estado puede ser puesta en entredicho tanto si se reconoce una autonomía en demasía como en ausencia de un adecuado reconocimiento.

³ CSJN, N. 157. XLVI, “N.N. o D., v. s/ protección y guarda de personas”, 12/6/2012.

En definitiva, la distinción introducida por el nuevo Código diferencia entre niños y adolescentes en el campo sanitario regulando la participación de los segundos en forma personal al establecer un límite etario en los 16 años –art. 26, CCCN-, impide que los comprendidos entre los 13 y 15 años cuenten con un margen de autonomía similar. Sin embargo, y tal como explica Fernández (2015, p.188) su aplicación se encuentra asociada a una presunción *iuris tantum* en la que se debe tener en cuenta “la variabilidad y complejidad de las cuestiones de salud y las grandes diferencias en el grado de madurez física y psíquica que presentan los adolescentes de una misma edad”.

CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo se ha centrado la atención en los argumentos que pueden servir de apoyo –y aquellos que desalientan- al adolescente que, reconociéndose como Testigo de Jehová, pretende tomar una decisión sobre su propio cuerpo que involucra a su salud: el rechazo a la transfusión sanguínea. En línea con las pautas etarias fijadas por el Código unificado, se ha focalizado en los adolescentes comprendidos entre los 13 y 15 años, a tenor de la disposición contenida en la última parte del art. 26 que equipara al adolescente con el adulto a partir de los dieciséis años “para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo”.

En este marco, se ha puesto de relieve que en esta clase de conflictos ha cobrado relevancia el concepto de ‘mayoría médica anticipada’ o ‘competencia’ basado en la perspectiva de que las personas adquieren conciencia del propio cuerpo mucho antes de alcanzar su mayoría de edad. Este enfoque surge en los años 1980 en Inglaterra a partir del resonante caso “Gillick”⁴ y se utiliza para referirse a personas que en función de su edad y grado de madurez se encuentran en condiciones de prestar consentimiento frente a derechos personalísimos, a pesar de no contar con la edad legal para ello.

En este andarivel, cabe señalar que el principio de autonomía progresiva que se constituye en uno de los pilares del instituto de la responsabilidad parental –art. 639 inc. b), CCCN-, postula una relación inversamente proporcional entre padres e hijos. Así, la representación de los progenitores disminuye a medida que el niño, niña o adolescente alcanza mayor autonomía.

Desde una lectura analítica del art. 26 CCCN en lo que respecta a la esfera sanitaria, siempre que se trate de tratamientos no invasivos y que no afecten la integridad de los adolescentes de entre 13 y 16 años se presume su aptitud para tomar decisiones sobre su propio cuerpo. El asentimiento de los progenitores también debe constar si está comprometida la salud del menor. En este último supuesto la norma regula cuando hay discrepancia entre el hijo y los progenitores pero la controversia se

⁴ Corte de los Loes, Gran Bretaña, “Gillick C. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority” (1986). El fallo convalida que menores de 16 años con madurez suficiente puedan solicitar asesoramiento médico y brindar consentimiento para la realización de prácticas aunque exista oposición de sus progenitores.

complejiza si existe acuerdo entre los miembros de un núcleo familiar de Testigos de Jehová en repeler un procedimiento vital como la práctica transfusional.

No resulta factible, por ejemplo, que el adolescente formule una declaración asimilable a directivas médicas anticipadas –art. 60, CCCN- en virtud de que sólo las personas “plenamente” capaces pueden hacerlo. En cambio, estas manifestaciones sí cobran relevancia como expresión del joven de su derecho a ser oído y deben ser valoradas considerando su edad y grado de madurez. Esto es así dado que el nuevo Código mantiene la regla de la representación legal para las personas menores de 18 años.

No obstante, importa destacar que entre los desafíos y conquistas logradas se plantean significativas excepciones a dicho sistema que gravitan con particular intensidad en el campo del derecho a la salud. El dinamismo que permea los actos relacionados con el derecho a la salud de la persona menor de edad ha llevado a la adopción en materia legislativa de un criterio flexible en lo que refiere al uso de conceptos jurídicos indeterminados como “riesgo grave” o “tratamiento invasivo”, entre otros.

Ahora bien, una perspectiva superadora en torno al cuidado del propio cuerpo implica considerar la flexibilidad resultante de la interacción entre norma y realidad en un escenario signado por una mayor consolidación del principio de autonomía progresiva. En acuerdo con empinada doctrina, el trabajo de los operadores jurídicos en este campo debe estar orientado a contar con herramientas legales e interpretaciones que encuentren en el principio de autonomía progresiva un camino a profundizar para alcanzar prácticas consistentes con el respeto y satisfacción de los derechos humanos.

Dicho esto, ante la negativa del adolescente entre los 13 y 16 años a someterse a transfusión sanguínea basada en sus creencias –Testigo de Jehová- o frente a intervenciones que ponen en riesgo su vida, se considera suficiente que su consentimiento encuentre respaldo en, al menos, uno de sus representantes legales sin que deba ejercerse otro tipo de injerencia. Sólo subsidiariamente deberá requerirse autorización judicial para que la negativa a transfundirse sea respetada considerando las particularidades del caso y la posibilidad de implementar tratamientos y terapias alternativas.

BIBLIOGRAFÍA

Doctrina

Ciruzzi, M. (2011). *La autonomía del paciente pediátrico: ¿mito, utopía o realidad?* Primera edición. Buenos Aires: Cathedra Jurídica.

Delgado Berbere, J. (2012). “El fin de la distansia, comentario sobre la modificación de la Ley 26.529”. Suplemento Especial: *Identidad de Género y Muerte Digna*. Mayo de 2012. Buenos Aires: La Ley.

Fernández, S. (2015). “La responsabilidad parental en el Código Civil y Comercial ¿cuánto de autonomía progresiva? Construyendo equilibrios”, en *Suplemento Especial Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación. Familia: Filiación y Responsabilidad Parental*, 20/05/2015. Buenos Aires: La Ley.

Fernández, S.; Herrera, M. & Lamm, E. (2017). “El principio de autonomía progresiva en el campo de la salud”, en Revista Jurídica *La Ley*, 28/11/2017. Buenos Aires: La Ley.

Gelli, M. (2012). “La autonomía personal y los derechos de los pacientes a vivir con dignidad” [versión electrónica]. Suplemento Especial La Ley. *Identidad de Género y Muerte Digna*. Recuperado el 20/05/2016 de: <https://cpodhhbrandt.files.wordpress.com/2016/03/gelli-derechos-del-paciente.pdf>

Hernández S., Fernández C. & Baptista L. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Herrera, M. y De La Torre, N. (2011). “Biopolítica y salud. El rol del Estado en la prevención del daño en adolescentes. Autonomía y paternalismo justificado”. *Daños a la salud. Revista de derecho de daños*. 2011-3. Santa Fe: Rubinzal-Culzoni, p. 538 y 539.

Kemelmajer de Carlucci, A.; Herrera, M.; Lamm, E. & Fernández, S. (2015). “El principio de autonomía progresiva en el Código Civil y Comercial. Algunas reglas para su aplicación”. [Versión digital] *Sistema Argentino de Información Jurídica*, 18/8/2015. Id SAIJ: DACF150461.

Lafferriere, J. (2015). “Avanza la autonomía, retrocede el derecho a la vida”. *Todo sobre la Corte* [en línea]. Recuperado el 20/10/2018 de: <http://todosobrelacorte.com/2015/07/08/avanza-la-autonomia-retrocede-el-derecho-a-la-vida/>

Lloveras, N. & Salomón, M. (2009). *El derecho de familia desde la Constitución Nacional*. Buenos Aires: Editorial Universidad.

Lorenzetti, R. (2014). *Código Civil y Comercial de la Nación comentado*. Tomo I. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni.

Medina, G. & Senra, M. (2005). “Eutanasia (II). Aspectos Legales: Lo que dicen las leyes y los jueces”. En: *Encrucijadas*, Nro. 34. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <http://repositorioubasibsi.uba.ar>

Solari, N. (2006). “La autodeterminación del niño en el régimen de tenencia”. Revista jurídica *La Ley Litoral*. 2006-882. Buenos Aires: La Ley.

Tinant, E. (2010). “Educación médica en el final de la vida. Reflexiones sobre la dignidad e integridad de la persona”. *Boletín del Consejo Académico de Ética en Medicina*. Año 7, junio 2010. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Academia Nacional de Medicina.

Yuni J. y Urbano, C. (2006). *Técnicas para Investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Córdoba: Brujas.

Legislación

Código Civil de Vélez, 25 de septiembre de 1869, mediante la ley Nro. 340. Promulgada el 29 de diciembre del mismo año.

Código Civil y Comercial de la Nación, Ley N° 26.994. Promulgado según Dec. 1795/2014.

Constitución de la Nación Argentina. Ley N° 24.430. Sanción: 15/12/1994. Promulgación: 03/01/1995.

Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José). San José, Costa Rica 7 al 22 de noviembre de 1969.

Convención internacional sobre los Derechos del Niño. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989.

Declaración Universal de Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (iii) del 10 de diciembre de 1948.

Fundamentos del Anteproyecto de Código Civil y Comercial de la Nación elaborados por la Comisión Redactora, en Proyecto de Código Civil y Comercial de la Nación (2012), Bs. As.: Ediciones Infojus.

Ley N° 23.849, Convención sobre los Derechos del Niño. Promulgada de hecho: Octubre 16 de 1990.

Ley Nro. 26061, Ley de Protección Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes. Promulgada el 21 de octubre del 2005.

Ley 26.742. Modifícase la Ley N° 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. Sanción: 09/5/2012. Promulgación de hecho: 24/5/2012.

Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sanción: 21/10/2009.

Jurisprudencia

-State of Brooks, 205 N.E.2d 435, 439-40 (Ill. 1965).

- Corte de los Loes, Gran Bretaña, “Gillick C. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority” (1986).

-“Malettevs Shulman”, 72 O.R. 2d 417 (Ont. Ct. App. 1990).

- C.S.J.N., N. 157. XLVI, “N.N. o D., v. s/ protección y guarda de personas”, 12/6/2012.

-Trib. de Menores N° 2, San Martín, Bs. As., “G., M. M. s/Artículo 10 de la Ley N° 10.067”, 02/10/2000.

-Dirección General de Asuntos Jurídicos, Ministerio de Salud, Santa Fe, “D.R c/ Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia”, Dictamen N° 77.318, 03/07/2007.

-Juzg. Fed. N° 1, La Plata, Bs. As., “L., A. J. c/Dirección Nacional de Prestaciones Médicas Programa Federal de Salud (PROFE) s/Acción de Amparo – Medida cautelar”, 19/05/2010.

-Juzg. Flia. N° 1, Pilar, Bs. As., “M., I. s/ Autorización”, 14/04/2011.

-Trib. Flia. N°7, Rosario, “Hospital Provincial de Rosario c/ R. L. H. y otro s/venia”, 06/06/2014.