

Temas bioéticos que fueron “noticia”

Graciela Prece

con la colaboración de Ana Domínguez Mon, desde Río Negro.

En esta sección, como es habitual, presentamos hechos de relevancia para la biótica que ocuparon espacio en los medios gráficos de comunicación y tuvieron repercusión en la opinión pública.

Fueron consultados importantes diarios de la Ciudad de Buenos Aires entre enero y julio de 2012, tanto en sus formatos gráficos como en sus ediciones on line.

Con el fin de favorecer el intercambio ágil y enriquecer la Sección, invitamos a nuestros lectores a enviarnos material. Con mucho gusto recibiremos las “noticias” provenientes de otros medios del país o del exterior, en la dirección: bioetica@flacso.org.ar

ABORTO NO PUNIBLE

■ Rechaza la Iglesia el fallo sobre el aborto. Reacción tras la decisión judicial. Objetó la sentencia de la Corte que lo admite en casos de violación. “No existe motivo que justifique la eliminación de una vida inocente, ni siquiera en el caso lamentable y triste de una violación”, José María Arancedo, Presidente del Episcopado. La sentencia exime de pena a una adolescente de 15 años que se sometió a un aborto, luego de haber sido abusada por su padrastro, en Chubut.

El presidente de la Corte, Ricardo Lorenzetti afirmó, por su parte, que el fallo “sólo interpreta el artículo 86, inciso 2, del Código Penal, vigente desde 1921”. En virtud de la sentencia, la mujer que haya sido violada podrá so-

licitar un aborto, sin importar si es mayor o menor, sana o insana. (La Nación, 14.03.12, pág. 1.)

■ Decisión histórica. La Corte Suprema se expresó sobre el caso de una menor violada. Rechaza la Iglesia el fallo sobre el aborto. Las claves de la sentencia del máximo tribunal. Interpreta el artículo 86 del Código Penal. “El fallo no es una señal ni a favor ni en contra de la despenalización del aborto”, señala Ricardo Lorenzetti, Presidente de la Corte Suprema, “pues este debate debe darse en el Congreso”. Sin impulso oficial. “La despenalización del aborto no está en los planes del Poder Ejecutivo de la Nación”, dice Julio Alak, Ministro de Justicia. Las estadísticas, otro eje polémico. Distintas instituciones cuestionan la falta de cifras confiables

para cuantificar embarazos interrumpidos. El Ministerio de Salud carece de información estadística actualizada sobre la cantidad de abortos practicados en la Argentina, sean punibles o no punibles, confiaron algunos voces de esa cartera. Tampoco hay una estimación “reciente y confiable” de la Organización Mundial de la Salud en la materia. Es la clandestinidad misma del aborto provocado lo que impide conocer con precisión su magnitud. El Juez de la Corte Suprema, Zaffaroni, afirmó que las cifras son alarmantes: “de cada cinco nacimientos hay un aborto”. Por año, unas 80.000 mujeres argentinas terminan hospitalizadas a causa de prácticas abortivas inducidas, incompletas y precarias, pero también espontáneas. La Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires es categórica respecto a la incidencia de los abortos clandestinos como primera causa de muerte. “Se estima que entre el 35 y el 45% de las muertes maternas en nuestro país se deben a complicaciones del aborto inducido. La alta tasa de mortalidad materna, que alcanza al 50 por 100.000 nacidos vivos, no se corresponde con el nivel de alfabetización, atención médica y nivel socioeconómico.” (La Nación, Sociedad, 14.03.12, pág. 10.)

■ Una situación postergada. Por Mario Sebastiani, médico de la *División Tocoginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires*. Tanto las mujeres como los médicos y la sociedad toda necesitábamos una normati-

va clara para evitar la judicialización de estos casos sobre la base de distintas interpretaciones del artículo 86 del Código Penal. Hoy la mujer violada puede interrumpir una gestación si lo solicita, y los médicos no serán penalizados.

La búsqueda de una tercera vía. Por Rafael Pineda, director del *Departamento de Bioética del Hospital Austral*. Ante el drama del aborto no hay dos posturas irreconciliables. Existe una tercera vía, basada en el cuidado de la embarazada en riesgo. Se le da libertad para elegir quedarse con el niño o darlo en adopción. Sea cual fuere su decisión, la ley prevé un esquema de contención social, sanitaria, educativa y económica, tanto para la madre como para el hijo. Ésta es una solución que, a diferencia de la despenalización, descarta cualquier tipo de violencia. (La Nación, Opinión, 14.03.12, pág. 10.)

■ Decisión histórica. La despenalización del aborto en caso de violación. El jefe del Episcopado, Monseñor Arancedo, llevó sus críticas a la Corte. Visitó a Lorenzetti y le expresó que el fallo del máximo tribunal “debilita mucho la defensa de la vida”.

Respaldo de Scioli (Gobernador bonaerense). “Buscamos justicia.” La madre afirma: “Yo y mi hija nos sentimos desamparadas porque la justicia de la ciudad de Comodoro Rivadavia nos cerró las puertas [...] su salud también corría riesgos.” (La Nación, Sociedad, 15.03.12, pág. 22.)

■ Debate por el aborto. Advierten sobre el vacío legal que se originó.

Tras el fallo de la Corte que ratifica que los abortos por violación no son punibles, penalistas explican a *La Nación* cuáles son los puntos débiles del Código Penal sobre este tema. El martes pasado la Corte Suprema de Justicia emitió un fallo histórico que, si bien sienta jurisprudencia con el objetivo de poner fin a las diversas interpretaciones del artículo 86 del Código Penal, también generó algunas dudas en torno a su alcance y limitaciones. Así, al menos, lo dejaron entrever distintos abogados penalistas consultados, al señalar que la propia redacción de dicho artículo encierra ambigüedades que podrían dar lugar a que la práctica del aborto se extienda sin restricciones.

El fallo del tribunal supremo determinó que para que la mujer violada, sea normal o insana, pueda realizarse un aborto, sólo deberá completar una declaración jurada dejando constancia del delito del que fue víctima para que los médicos que la asistan puedan interrumpir el embarazo sin responsabilidad penal.

La necesidad de un protocolo. “Lo primero que se debe hacer ante este fallo, es que todos los ministerios de salud de las distintas jurisdicciones elaboren un protocolo para los casos de pedidos de aborto por violación”, opinó José Jacobo Mass, abogado penalista de Misiones. “Y también un listado de médicos con objeción de conciencia”, agregó. (www.lanacion.com; Opinión, 16.03.12. Por Sol Amaya y Valeria Vera.)

■ Debate por el aborto. La Corte Suprema y el aborto. El máximo tribunal tomó una decisión errónea al aceptar el sacrificio de los hijos de mujeres embarazadas tras una violación. Sin hacer pie en las muy sólidas expresiones de la Iglesia Católica, formuladas por monseñor José María Arancedo en su visita al presidente de la Corte, cuando expresó que “no existe ningún motivo ni razón que justifique la eliminación de una vida inocente”, cabe centrar el debate en una pugna entre lo que se considera el daño psicológico a la madre y el derecho a vivir del hijo por nacer. El conflicto entre el sufrimiento moral de la madre y la eliminación de una vida, más allá del caso concreto que nos ocupa, parece querer resolverse por la eliminación de la vida. Y esta decisión, mirada desde la doctrina de los derechos humanos y la evolución del pensamiento del hombre, resulta inadmisibles.

■ Un derecho que sigue demorado. El juez de Instrucción de El Calafate, Carlos Narvarte, ordenó al Ministerio de Salud de Santa Cruz la “urgente” aplicación de un protocolo hospitalario para la atención de abortos no punibles, a fin de asistir a una adolescente que quedó embarazada tras sufrir una violación. El fallo fue adoptado tras una presentación que realizó la Oficina de Protección a la Niñez y Adolescentes de la localidad patagónica para evitar que se judicialice el caso de la joven de 16 años, como se pretendía hacer desde el hospital local.

Narvarte sostuvo que la judicialización del caso “es innecesaria” y “vulnera los derechos” de la chica quien, junto a sus padres, está pidiendo interrumpir el embarazo. Así, exhortó al director del hospital de El Calafate, Fernando Piedrabuena, y al Ministro de Salud provincial, Daniel Peralta, a “hacer operativo en forma urgente el Protocolo hospitalario para la concreta atención de los abortos no punibles, como el presente caso”. En ese sentido, en declaraciones al diario La Opinión Austral, sostuvo que comparte “a pleno el fallo que la Corte Suprema de Justicia dictó con fecha 3 de marzo, para un caso dado en la provincia de Chubut”.

También consideró que Santa Cruz ya debería contar con un protocolo hospitalario para los casos de aborto no punibles. Es una de las provincias que aún no dio a conocer un procedimiento de ese tipo, aunque el Ministerio de Salud afirmó que está trabajando en su elaboración con los responsables de los hospitales en la jurisdicción provincial. (www.pagina12.com.ar; Sociedad, 14.06.12)

ABUSO SEXUAL - EMBARAZO ADOLESCENTE

- Otro caso de una nena de 11 años violada y embarazada en Corrientes. Ocurrió en la ciudad de Alvear; la niña fue abusada por un allegado a la familia y cursa un embarazo de diez semanas. El juez precisó a DyN que la denuncia fue radicada por la madre de la niña el pasado 17 de enero, luego de

que la chiquita revelara que había sido violada por un allegado de la familia de 27 años, quien actualmente se encuentra prófugo de la justicia. El magistrado aseveró que la menor de edad, residente en la ciudad de Alvear, se encuentra en “buen estado de salud, pero con una angustia muy grande”. Además, destacó que “no hay intención de provocar la interrupción del embarazo”, aunque reveló que la pequeña “demuestra mucho asombro y angustia” por la situación en la que se encuentra. Tercer caso en una semana. El embarazo de la niña de Alvear se suma a los casos de la nena de 10 años de la zona rural de San Miguel, que atraviesa una gestación de seis meses y medio, y al de la chica de 12 años del barrio Esperanza de Corrientes, embarazada de cinco meses, que tomaron estado público en la última semana. Polémicas declaraciones. El ministro de salud de Corrientes, Julio Dindart, afirmó ayer que muchas niñas “se embarazan porque tienen un recurso económico como premio por haber tenido un hijo”, al responder por los casos de nenas embarazadas en esa provincia. Además, responsabilizó a los padres “por no hacerse cargo de sus hijos”. (www.lanacion.com.ar; 20.03.12).

AUTONOMIA DEL PACIENTE - TESTIGOS DE JEHOVA

- Un caso controvertido. La Corte definirá si un testigo de Jehová debe recibir una transfusión de sangre. El padre de Pablo Albarracín, en estado crítico tras haber sido baleado, apeló al

máximo tribunal. Pablo, de 38 años, casado desde hace 5 meses con una mujer con sus mismas creencias religiosas, fue baleado en un robo y está internado en la Clínica Bazterrica. Ayer, la abogada de su padre presentó en su nombre un recurso extraordinario ante la Sala A de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, buscando revertir la decisión de la cámara de impedir la transfusión que había sido autorizada por el juez de primera instancia. Quien apeló aquel primer fallo fue la esposa de Pablo, que ahora debe responder al recurso con el que Jorge (su suegro) pretende llegar a la Corte Suprema. (La Nación, Sociedad, 31.05.12, pág.14.)

- El testigo de Jehová mejora y sus hermanos cuentan toda su intimidad. Pablo Albarracín sigue internado y por su fe no puede recibir una transfusión. Son 144.000 los testigos de Jehová en el país. Surgieron a fines del siglo XX en Estados Unidos. No reverencian los símbolos patrios ni adoran la cruz. Paso a paso, un caso polémico: seis balazos, directivas anticipadas, no aceptó sangre. Los médicos operaron y ordenaron una transfusión, pero en 2008 Pablo había firmado, como Testigo de Jehová, que rechazaba las transfusiones. Se agrava su salud, volvió a ser operado. El padre quiere la transfusión. La Corte no autorizó ir contra su voluntad. Lo que dice el fallo de la Corte: “Mientras una persona no ofenda al orden, a la moral pública, o a los derechos ajenos, sus comportamientos incluso públicos pertenecen a su privacidad, y hay que respetarlos,

aunque [...] resulten molestos para terceros o desentonen con pautas del obrar colectivo”, a tono con el art. 19 de la Constitución Nacional. (Clarín, Sociedad, 03.06.12, pág.44).

- Hay que respetar las decisiones. El fallo de la Corte es correctísimo. Está en concordancia con la Ley de Derechos del Paciente, que habla de las directivas anticipadas y de la voluntad de decidir si uno sigue determinados tratamientos o no. Son decisiones que toma una persona en conciencia y en libertad y deben ser respetadas. Los testigos creen que se salvan a sí mismos no recibiendo sangre de otros. Con sus hijos toman otras decisiones, no los obligan a ser mártires. (Clarín, Opinión, 03.06.12, pág.44. Por Nelly Espiño, abogada, Comité de Bioética de la Universidad Austral.)

BANCOS GENÉTICOS - DERECHO A LA IDENTIDAD

- El derecho a la identidad. Se reabre la polémica por el anonimato en casos de fertilización. Los bancos genéticos preservan la información sobre los que aportan óvulos o espermias.

¿Realidad o ficción? Anteayer, Telefé estrenó *El donante*, una nueva serie que arrancó con polémica y más de 20 puntos de rating. La ficción, en tono de comedia, cuenta la historia de Bruno (Rafael Ferro), un ingeniero que en su juventud solía reunir algún dinero mediante las donaciones de esperma. El día de su cumpleaños número 45, su vida da un vuelco, y ese pasado se

vuelve presente cuando Violeta (María Alche) se empeña en encontrar al donante que le permitió a su madre (María Carámbula) concebirla.

Pero Violeta no es la única. Según la serie, hay otros 144 jóvenes que llevan el ADN de Bruno. Antes de su debut, *El donante* ya desató el rechazo entre algunas asociaciones de pacientes con problemas de fertilidad. “Un donante no es un padre, es simplemente un donante de células con potencialidad de dar vida”, explicó María Teresa Bravo, de *Sumate a Dar Vida*.

Para algunos especialistas en fertilización asistida, esa posibilidad está más cerca de la “telenovela venezolana” que de la realidad de la Argentina. Sin embargo, la escasa donación de gametas (ya sea de óvulos o esperma), el anonimato de los donantes y la falta de una ley que regule la actividad de los bancos en la Argentina permiten imaginar que es un escenario posible.

Los especialistas consultados por *La Nación* afirman que la trama de *El donante* nunca podría darse en nuestro país, aunque admiten el vacío legal y la necesidad de contar con un registro nacional de donantes que sea regulado por el Ministerio de Salud. “En la Argentina hay tres bancos importantes que trabajan con donaciones de gametas, y todos nos guiamos por normas internacionales basadas en datos epidemiológicos para evitar la consanguinidad. En nuestro caso –detalla la doctora Stella Lancuba, directora de *Cimer*– establecemos un máximo de cinco hijos por donante de esperma, aunque el promedio de niños nacidos por donante es de tres.”

El doctor Roberto Coco, de *Fecunditas*, reveló a *La Nación* una fórmula para impedir que dos medios hermanos se crucen: “Según estadísticas internacionales, un mismo donante no puede utilizarse en más de 20 pacientes por cada millón de habitantes”.

En la Argentina, según estimaciones de los expertos, ya que no existen datos oficiales, se inseminan entre 100 y 150 mujeres por año. De hecho, *Cryobank*, uno de los centros pioneros dedicados al congelamiento de semen, fundado en 1988 por el doctor Raymond Osés, ha colaborado en el tratamiento de unas 600 mujeres con semen de donante desde su creación hasta la actualidad.

■ “Culturalmente hay una gran diferencia entre Estados Unidos o los países europeos y lo que sucede en la Argentina y también en América Latina, donde las parejas heterosexuales prefieren agotar todas las opciones con semen propio, aunque sean más agresivas, lo cual les permite asegurarse que el patrimonio genético es de la pareja. Por eso, la demanda de los bancos locales está cada vez más centrada en mujeres solas o parejas homosexuales”, explica el doctor Coco.

Hay voces de expertos que piden la sanción de una ley nacional de fertilización asistida para proteger el derecho a la identidad, “avasallado en nuestro país por la práctica de la donación anónima –dice categórica la doctora Luisa Baron, médica psiquiatra y especialista en reproducción asistida–. “Debe existir una ley que habilite, ampare y regule. El anonimato del donante debe

desaparecer, y deben figurar los datos, claros y suficientes, para que el paciente pueda requerirlos en alguna oportunidad y estos niños, cuando cumplan los 18 años, también tengan el derecho a conocer su identidad.”

Países como Inglaterra, Nueva Zelanda, Suecia, Noruega, Holanda, Canadá, algunos estados de Australia y el estado de Washington, en Estados Unidos, modificaron sus leyes para impedir la donación anónima. Barón insiste en que “acá deberían seguirse los mismos pasos”, pero también están los que creen, como la doctora Lancuba o el doctor Coco, que junto con el fin del anonimato culminará en nuestro país la donación de esperma.

En nuestro país, el proyecto de la reforma al Código Civil avanzó en temas controversiales, como la filiación, al establecer que la relación no estará determinada por el material genético sino por la voluntad de la pareja que realizó el tratamiento. Pero sobre la identidad del donante nada está escrito. Y en la Argentina, donde la inseminación de mujeres con semen de donante tomó impulso en la década del 80 y se fortaleció en los 90, existe una generación que ahora se asoma a ese dilema.

Principales dudas sobre la donación: según los expertos, al donante se le paga entre 150 y 200 pesos en concepto de gastos. No hay una motivación económica sino altruista. El perfil de los donantes es similar en todo el mundo: estudiantes universitarios y hombres jóvenes, con un rango de edad que va de los 23 a los 39 años. En el país, el promedio ronda los 30 años.

Los expertos explican que los bancos de esperma hacen un control estricto de bioseguridad, con estudios infectológicos para descartar enfermedades venéreas. En promedio, de 50 candidatos que se presentan, menos de la mitad está en condiciones de donar.

Se advierte que, si bien no se puede saber nada sobre la identidad del donante, sí es posible seleccionar un fenotipo específico (*matching* entre donante y receptor) y, como un menú a la carta, se puede elegir estatura, edad, color de ojos, de piel, de pelo. También se puede conocer hobbies, nivel de estudio, a qué universidad asiste y hasta el coeficiente intelectual del futuro donante.

(La Nación, Información general, 24.05.12)

CELULAS MADRE - INFERTILIDAD FEMENINA

- Habrían creado óvulos a partir de células madre. Acaba de publicarse en *Nature Medicine*, pero el trabajo aún no fue repetido por otros equipos. Investigadores del *Hospital General de Massachusetts* afirman haber extraído células madre de ovarios humanos y generado óvulos a partir de ellas. El avance, si se confirma, ofrecería una nueva fuente de óvulos para tratar la infertilidad, pero los científicos dicen que es todavía muy temprano para saber si el trabajo permitirá tales resultados. La nueva investigación depende de una proteína especial que marca la superficie de las células reproductivas,

como los óvulos y los espermatozoides. Utilizando una máquina que puede separar las células marcadas, los investigadores obtuvieron células reproductivas de ovarios de ratones y mostraron que las células generarían óvulos viables para ser fertilizados y producir embriones. Después, aplicaron el mismo método a ovarios humanos donados por mujeres del *Centro Médico Saitama*, en Japón, que estaban recibiendo tratamiento por un desorden de identidad sexual. Como con los ratones, el equipo pudo encontrar las células que producen óvulos inmaduros cuando se cultivan en el laboratorio. Estas células, cuando fueron inyectadas en ratones, generaron folículos, la estructura ovárica en la que se forman los óvulos, tanto como óvulos maduros, algunos de los cuales tenían un solo juego de cromosomas, una particularidad característica de los óvulos y los espermatozoides. Los resultados fueron publicados *online* por *Nature Medicine*.

David Albertini, experto en fertilidad femenina del *Centro Médico de la Universidad de Kansas*, calificó el estudio como una verdadera “*tour de force* tecnológica”, pero agregó que todavía no está claro si el procedimiento produce verdaderos óvulos que podrán usarse en fertilidad humana. Incluso si se valida el estudio, las células en cuestión sólo podrían ser utilizadas para la investigación. “El uso en infertilidad está todavía muy lejos”, afirma. (La Nación, Sociedad, 28.02.12. Por Nicholas Wade, The New York Times.)

CELULAS MADRE - INVESTIGACION CLINICA EN NEUROLOGIA

- Neurociencia. Fue aprobado por el *Incucai*. Primer estudio con células madre en ACV. Las células madre son teóricamente capaces de reparar tejidos dañados.

En un panorama frecuentemente dominado por promesas sin fundamento e ilusiones que no se cumplen más que en un puñado de trastornos de la sangre, el *Incucai* acaba de aprobar el primer ensayo clínico del uso de células madre en neurología que se realiza en el país. Científicos de *Fleni* y el *Cemic* estudiarán la seguridad y efectividad de estas entidades, que en cuanto se advirtió su capacidad para reparar los tejidos fueron llamadas “la mina de oro de la biología”. Las emplearán para tratar las secuelas del accidente cerebrovascular (ACV) o ataque cerebral. La investigación, que se realizará en forma absolutamente gratuita y con el consentimiento informado de los participantes, forma parte del Programa Binacional de Terapia Celular (Probitec), una iniciativa conjunta de Brasil y Argentina. Participan seis centros del país vecino, coordinados por la Universidad de Río de Janeiro, y los dos locales, con *Fleni* como centro coordinador.

“El programa cuenta con financiación de los ministerios de Ciencia de ambos países” —cuenta el doctor Sebastián Ameriso, jefe del Departamento de Neurología Vasculard de *Fleni* e investigador principal del proyecto—, y agrega: “en estos casos es imprescindible, porque no hay una medicación

de por medio que pueda interesar a una compañía privada: el «medicamento» lo preparamos nosotros.”

Estas células que se pondrán “bajo la lupa” durante los próximos tres años en 140 personas, son capaces de dividirse sin perder sus propiedades o de transformarse en los distintos tejidos del organismo cuando reciben las señales indicadas o se encuentran en las condiciones adecuadas. Para ser admitidos en el estudio, los pacientes deberán haber padecido un ACV de la arteria cerebral media (un cuadro considerado entre moderado y grave) de entre seis horas y siete días de evolución. El tratamiento consistirá en realizarles una punción de médula ósea para obtener las células madre, e inmediatamente procesarlas para identificar las que tengan la capacidad de producir factores neurotróficos (proteínas que protegen a las neuronas). Tras este procedimiento, que en manos experimentadas como las de los hematólogos de *Fleni* y *Cemic*, expertos en trasplante de médula ósea, dura un par de horas, millones de esas células teóricamente prodigiosas serán inyectadas en la arteria media ingresando por la carótida.

Lo que se ha visto con estudios de tomografía de emisión de positrones (*PET*, según sus siglas en inglés) es que estas células productoras de factores neurotróficos son reconocidas y establecen un «diálogo» con las neuronas, y quedan fijas en la zona del infarto varios días durante los cuales las sustancias protectoras que segregan ayudarían a una mejor recuperación.

Datos preliminares: según explica el especialista, ya existen estudios piloto en seres humanos con este mismo protocolo en Brasil, España y Gran Bretaña, y los resultados serían alentadores. La efectividad del tratamiento se evaluará con un instrumento de los *Institutos Nacionales de Salud* de los Estados Unidos, que mide mejoría de los déficits motores, de lenguaje, visuales o cognitivos, a corto o mediano plazo, en una escala aceptada mundialmente de entre 0 y 21 puntos.

■ Para la doctora Fabiana Arzuaga, coordinadora de la Comisión Asesora en Medicina Regenerativa y Terapias Celulares del Ministerio de Ciencia y Tecnología, “el nuevo contexto generado por la investigación con células madre impone el desafío de enfrentarse a nuevas realidades en donde las relaciones de cooperación entre los diferentes sectores, incluyendo a la comunidad, se tornan fundamentales para encontrar soluciones creativas que permitan administrar los riesgos de las nuevas tecnologías y aprovecharlas en beneficio de la sociedad. [En ese sentido] el ensayo clínico con células madre para el tratamiento de pacientes con ACV es un ejemplo claro de cómo el Estado, el sector privado, la comunidad científica y los pacientes pueden cooperar para encontrar nuevas curas a enfermedades que hoy no las tienen”.

Se estima que en la Argentina se producen 481 ACV cada 100.000 habitantes. Según los datos del último censo, esto se traduciría en aproximadamente 40.000 ataques cerebrales isquémicos

anuales. En la actualidad no hay tratamientos probados con células madre para reemplazar los tejidos dañados o lesionados por patologías neurológicas. Los únicos usos establecidos de las células madre son los destinados a tratar enfermedades mediante el trasplante de médula ósea, y aquellos que están supervisados por el organismo de control, que en este caso es el *Incucai*. (La Nación, Sociedad, Neurociencias, 13.06.12)

CRIOPRESERVACIÓN DE EMBRIONES - UN VACÍO LEGAL

■ Un debate congelado. Se calcula que en nuestro país hay unos quince mil embriones congelados, excedente de procedimientos de fecundación *in vitro*. No tienen un destino cierto: podrían ser implantados, donados, utilizados con fines científicos o, incluso, descartados, sin que el Estado regule esa práctica. Para algunos, detrás del persistente vacío legal hay intereses económicos; para otros, la dificultad de legislar sobre el comienzo de la vida humana. En septiembre de 2011, Ana Perasso logró que la Justicia fallara en su favor en un caso polémico: ya separada y pese a la negativa de su ex marido, logró el aval judicial para que le implantaran los embriones que habían obtenido cuando eran una pareja que buscaba un hijo. (La Nación, Enfoques, Sociedad, 29.01.12, págs.1 y 4).

DONACIÓN DE ÓRGANOS - NUEVO RECORD

■ Récord de órganos donados. Ha sido 2011 un año alentador en materia de donación y trasplantes; la Argentina, a la vanguardia de América latina. Nuestro país alcanzó la tasa de 15,1 donantes por millón de habitantes. Un sistema de salud mejor preparado ha sido una de las claves para que creciera significativamente la cantidad de donantes. Del total de trasplantes realizados, 901 fueron renales, 321 hepáticos, 101 cardíacos, 25 pulmonares, 9 pancreáticos, 4 intestinales y 15 combinados. También se realizaron 931 trasplantes de córnea y 68 de células progenitoras hematopoyéticas (CPH). Pero aún falta mucha conciencia sobre la importancia de la donación de órganos; pues actualmente unas 7000 personas están en lista de espera para ser trasplantadas. Según palabras del presidente del *Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (Incucai)*, el doctor Carlos Soratti, “se necesita invertir mucho en planes de capacitación dirigidos a la comunidad hospitalaria y a los usuarios de los centros de salud”. Los médicos y el resto del personal de una institución sanitaria deben tomar conciencia de que la muerte de un paciente tiene que dar paso a la aplicación de una serie de protocolos tendientes a comunicar a sus allegados la posibilidad de donar los órganos. Con la sanción de la ley modificatoria de la de trasplante de órganos y tejidos –la ley

del donante presunto— la Argentina pasa a ser un referente en materia de trasplantes de órganos a nivel mundial (La Nación, Opinión, Editorial, 28.01.12, pág. 28.)

ENFERMOS TERMINALES - EUTANASIA A DOMICILIO

■ En Holanda. Móviles de eutanasia a domicilio. Con una polémica decisión, Holanda rompe nuevamente tabúes en torno a la eutanasia: desde el 1° de marzo contará con seis equipos móviles de médicos y enfermeras que prestarán a domicilio asistencia para garantizar una “muerte digna” a pacientes terminales o con graves trastornos crónicos o mentales. La iniciativa partió de la *Fundación Holandesa para la Finalización Voluntaria de la Vida (NVVE)* y pretende brindar asistencia para una muerte sin dolor a pacientes que no han podido lograr ayuda de, por ejemplo, sus médicos de cabecera para acabar sus días. No obstante, antes de brindar cualquier tipo de asistencia, comprobará que el paciente en cuestión cumple estrictamente con los requisitos de la última legislación holandesa en la materia, que data de hace diez años. En caso de que el paciente no pueda morir en su casa, la NVVE pondrá a disposición una “*Clínica para la terminación de la vida*” (*Levenseindklinik*), el término técnico que emplea la fundación en su página de Internet. “Se trata de un programa de asistencia,

coordinado desde una clínica en La Haya, dentro del marco legal existente en materia de eutanasia en Holanda. En muchas ocasiones, sobre todo por motivos religiosos, muchos médicos se niegan a administrar la eutanasia a los pacientes que hayan dejado claro en su momento (en estado de plena lucidez) su deseo en tal sentido”, explicó Walburg de Jong, vocero de la NVVE. (La Nación, 18.02.12)

■ Una campaña muestra a Sarkozy en estado terminal. La imagen del presidente francés y otros candidatos en las elecciones generales aparecen en afiches para legalizar la eutanasia en Francia. La imagen del presidente francés y candidato a la reelección, Nicolas Sarkozy, aparecerá desde este miércoles en una campaña publicitaria que lo coloca en el lecho de muerte, en un intento para convencerle de que revise su postura contraria a la legalización de la eutanasia en Francia.

Con el típico camisón de hospital, el semblante serio y respirador nasal, al jefe de Estado se le pregunta: “Señor candidato, ¿debemos ponerle en esta postura para hacer que cambie la suya sobre la eutanasia?”. La *Asociación para el Derecho a Morir Dignamente (ADMD)*, autora de esta movilización, se dirige con otros afiches similares a la presidenta del ultraderechista Frente Nacional (FN), Marine Le Pen, y al líder centrista, François Bayrou, que, como Sarkozy, también han manifestado su oposición a la legalización de la eutanasia. El director general de la

ADMD, Philippe Lohéac, explicó que antes de lanzar la campaña preguntaron sobre el tema a los principales candidatos a los comicios presidenciales en Francia, de abril y mayo próximos, y el único que defendió la legalización de la eutanasia fue el socialista, François Hollande. La organización busca con estos carteles que a una persona moribunda se le conceda “la libertad de elegir si quiere continuar hasta el final con su enfermedad, si accede a los cuidados paliativos, o si desea que se le ayude a morir”, como ya sucede, según Lohéac, en países como Bélgica o Luxemburgo. La campaña se completa con un manifiesto a través de internet (www.admd24mars.fr), en el que los ciudadanos firmantes instan a los candidatos a legalizar la eutanasia, y con una manifestación y una conferencia, prevista para el próximo 24 de marzo, para debatir la propuesta. Un sondeo facilitado por esa organización y realizado el pasado agosto por el *Instituto Demoscópico Ifop* para el diario local *Sud Ouest*, reflejó que el 94 por ciento de los encuestados se mostraba a favor o muy a favor de la legalización de la eutanasia, frente a un 6 por ciento que dijo estar en contra. (La Nación, Internacionales, 06.03.12)

- Se reaviva el debate por la eutanasia. El caso Magga provocó polémica en 2006.

La muerte por piedad y el uso discrecional de personal médico sobre un paciente en estado terminal ya fue motivo de gran polémica en Uruguay hace unos años, cuando se conoció el caso de un médico que había suminis-

trado una alta dosis de morfina a pacientes que luego murieron. Diego Magga, acusado de “matar intencionalmente a pacientes no terminales”, fue declarado inocente pero decidió irse del país, en un caso que abrió un fuerte debate sobre la eutanasia. El origen de la denuncia contra el profesional había sido un durísimo informe del Tribunal de Ética de la Federación Médica del Interior, que lo acusaba de responsabilidad directa en la muerte de pacientes que no eran terminales. En julio de 2006, Magga actuaba en el *Hospital de Libertad*, una localidad a no más 100 kilómetros de la capital. Entonces, el gremio lo expulsó de la Federación. A los seis meses, la Justicia uruguaya lo declaró inocente; pero la resolución no impidió que continuara el debate público sobre el caso.

A mediados de 2007, el Tribunal de Ética encomendó el caso a la Oficina Panamericana de la Salud, que lo derivó a un experto en ética y en el manejo de enfermos terminales. Fue el médico argentino Roberto Wenk, presidente de la Sociedad Internacional de Medicina Paliativa, el que analizó los cuatro casos en los que se acusaba a Magga de muerte intencional. El especialista concluyó que en ninguno de los casos estaba “indicado” el tratamiento paliativo que Magga había dado a sus pacientes; por lo tanto, el tratamiento con morfina no correspondía en estos casos. Pero una cosa era equivocarse y otra hacerlo intencionalmente para interrumpir la vida. De todas formas, abrumado por las acusaciones que había recibido, Magga se radicó en Chile.

Otro caso fue el de la enfermera Mary Cranchi, acusada en 2008 de la muerte de un enfermo al que le colocó una sonda gástrica directamente a la sangre. La justicia la envió a prisión por homicidio intencional, aunque años más tarde se cambió la carátula por “homicidio no intencional”.

Las discusiones familiares y en la redes sociales reanimaron el debate sobre la eutanasia luego de que dos enfermeros confesaran múltiples asesinatos, y afirmaran que lo hicieron “por piedad”. La presidenta de la *Asociación de Usuarios del Sistema de Salud*, Bimba Barreda, expresó preocupación por el funcionamiento del sistema. “¿Cómo firmaban los certificados de defunción? ¿Qué dicen los médicos de todos estos casos?”, reclamó. (La Nación, 19.03.12)

ENSAYOS CLINICOS CON NIÑOS - CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Fallo contra Glaxo. Un laboratorio fue multado por ensayos irregulares con niños. Hubo fallas en la solicitud de autorizaciones. Si la Corte Suprema no hace lugar a la apelación, el laboratorio deberá pagar 400.000 pesos.

El laboratorio Glaxo, considerado la segunda empresa farmacéutica del mundo, fue multado por la justicia argentina al detectarse irregularidades en el proceso de autorización de pruebas médicas en 14.000 niños de las provincias de Mendoza, San Juan y Santiago del Estero. Aunque el laboratorio, de origen británico, tenía autorización para hacer ensayos clínicos de

una vacuna contra la neumonía y la otitis aguda, la firma y dos médicos fueron multados en 1 millón de pesos por no respetar los aspectos formales del “consentimiento informado” de los padres. Entre las fallas, la Justicia señaló la vacunación de un niño cuya madre se había negado a participar del estudio y la inadecuada documentación de filiación de los chicos. “En toda investigación en farmacología clínica debe prevalecer el bienestar de las personas sometidas a estudio. Dicha prevalencia lo es, aun por sobre los intereses de la ciencia y la comunidad”, afirmó en una resolución el juez en lo penal económico Marcelo Aguiñsky.

El magistrado confirmó en las últimas horas la multa que, en primera instancia, había fijado la Administración Nacional de Medicamentos (ANMAT) contra el laboratorio GlaxoSmithKline (GSK) y contra los médicos que tuvieron los roles de investigador principal e investigador coordinador. Según la resolución del juez, GSK deberá pagar 400.000 pesos y cada uno de los facultativos tendrá que abonar 300.000. Aun pueden recurrir a la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

“GlaxoSmithKline respeta a la Justicia, pero desea manifestar su desacuerdo ante la multa impuesta al laboratorio y a los investigadores que participaron de los estudios clínicos, y por esto GSK iniciará el proceso de apelaciones correspondientes”, afirmó la empresa en un comunicado.

Según afirmaron a La Nación fuentes judiciales, la Corte Suprema de Justicia ya rechazó abrir un recurso de

queja presentado por GSK contra una multa de la ANMAT ratificada por el juez en lo penal económico Alejandro Catania.

En el comunicado, GSK agregó: “Es importante destacar que la ANMAT en ningún momento cuestionó la seguridad de la vacuna ni del estudio, el cual concluyó en la Argentina con fecha 30 de junio pasado en las tres provincias”. Las irregularidades que se habrían cometido, según inspecciones de la ANMAT, ocurrieron en 2007 y 2008. Todo salió a la luz cuando se advirtió que padres de niños que participaron en los ensayos clínicos eran analfabetos y no comprendían el texto del denominado “consentimiento informado”, que es el formulario que se firma y donde se aceptan las condiciones de las pruebas médicas, informaron a La Nación fuentes judiciales. Ante versiones de que una veintena de bebés habían fallecido después de haber participado de los ensayos, el Ministerio de Salud de la Nación, GSK y voceros judiciales negaron enfáticamente que las muertes hubieran tenido relación con las pruebas de la vacuna aplicada en el marco del estudio, denominado Compass.

Ayer, la directora médica de GSK, Rosana Felice, afirmó a La Nación: “Es una sanción de orden administrativo. La compañía tiene documentación de que no hubo incumplimiento de las normas y será aportada en la instancia de apelación”.

Y agregó que la vacuna, conocida como Synflorix, fue aprobada en la Argentina y en otros 80 países. “Muchos de los cuales ya la incorporaron a su calendario oficial y gratuito de va-

vacunación. Se la considera eficaz y segura para prevenir infecciones graves de una bacteria llamada neumococo”, sostuvo la directora médica de GSK. Además, a través de una solicitada, el laboratorio afirma que en ningún momento se cuestionaron los aspectos de seguridad de la vacuna y los aspectos de seguridad del estudio que se hizo entre 2007 y 2011.

En Mendoza, los estudios se hicieron en el Hospital Humberto Notti. Según consta en la causa judicial, la ANMAT descubrió las siguientes irregularidades en los ensayos clínicos: vacunación de un sujeto cuya madre se habría negado a participar del estudio, inadecuada documentación de filiación de los chicos, falta de documentación de antecedente de niño sano, imposibilidad de documentar qué viales fueron administrados al inicio del estudio, extravío de documento fuente del paciente, falta de documentación de la presencia de defectos congénitos mayores como criterio de eliminación durante el estudio y falta de documentación que avale los criterios de eliminación en pacientes con administración de corticoides durante el desarrollo del estudio, entre otros.

En uno de los casos objetados por la ANMAT, según el expediente judicial, la que dio la autorización para que un menor participara del estudio era una abuela que era analfabeta. En otro de los hechos, la que firmó el consentimiento informado era una madre que tenía antecedentes de psicosis.

“Cuando se trata de cuestiones que hacen a la salud de las personas, el procedimiento encaminado para realizar las prácticas no debe adolecer de la

menor sombra de deficiencia, puesto que aun cuando se halle maculado de irregularidades formales las mismas adquieren relevancia, en la medida en que pueden terminar con directa incidencia en los seres humanos: la repercusión en la salud de los mismos no puede ser apreciada sólo en función de efectos inmediatos, puesto que es sabido que determinadas secuelas sólo son pasibles de ser corroboradas en un futuro”, afirmó el juez Aguinsky, en su resolución.

Y agregó: “Considero que la salud pública excede lo individual, por cuanto conforma un derecho colectivo, de todos los habitantes del planeta. Es un derecho humano de medular importancia que resulta primordial proteger. [...] El consentimiento debe resultar de estricto cumplimiento en cuestiones médicas, ya que tratándose de menores de edad los responsables (padres o tutores) deben estar en condiciones de conocer los riesgos a la salud que implica el sometimiento a ensayos clínicos”, concluyó Aguinsky. (La Nación, Información general, 04.01.12).

EQUIDAD DE GÉNERO - DERECHO A LA IDENTIDAD AUTOPERCIBIDA

■ Identidad de género aprobada. En la misma jornada en que el Senado aprobó el proyecto de muerte digna, también sancionó con 55 votos a favor y una abstención, el proyecto para otorgar el derecho al reconocimiento de la identidad de género y a ser identificado de acuerdo con la vivencia interna de cada individuo en los

instrumentos que acrediten su identidad. Define por identidad de género “la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento de nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo”. El texto permite, además, que toda persona pueda solicitar la rectificación registral del sexo y el cambio de prenombre e imagen “cuando no coincida con su identidad de género autopercebida, sin necesidad de ningún trámite judicial o administrativo”. Establece, asimismo, que los mayores de 18 años puedan acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, “sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa”, en centros de salud, sean estatales o privados. (La Nación, Sociedad, 10.05.12, pág. 14).

■ Entregan los primeros certificados con los nombres cambiados. Partidas de nacimiento con la nueva identidad. El Registro Civil porteño entregó las partidas a cinco personas trans. Recibieron sus nuevos certificados de nacimiento en el que consta su identidad autopercebida y coincidieron en destacar que para ellas fue “como un nuevo nacimiento”. Las cinco personas fueron las primeras en recibir en la Ciudad de Buenos Aires las nuevas partidas con el nombre que concuerda con su orientación sexual, de acuerdo con lo dispuesto por la Ley de Identidad de Género sancionada hace un

mes. El Secretario de varones trans de la Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (Falgbt) y referente de la Red Intersex, Trasgénero y Transexuales Argentinos (Ritta), Kalym Adrián Soria, desdobra su sentimiento al recibir su certificado de nacimiento. “Desde lo general es una gran herramienta porque es el primer elemento que tiene todo ser humano para insertarse socialmente. Desde lo personal, son muchos años de sufrir, de pasar largos silencios”, aseguró. La legisladora porteña y referente de la comunidad, María Rachid, coincidió con que “nuevamente la Argentina se pone a la vanguardia del mundo en la materia. En tanto, César Cigliutti, presidente de la CHA, recordó que “éste es un reclamo de más de 18 años, cuando en una Marcha del Orgullo empezamos a reclamar documentos legales para transexuales”. (www.pagina12.com.ar; Sociedad, 09.06.12)

- Una encuesta que se realizó entre el 21 y el 28 de mayo en la Provincia de Río Negro, hizo hincapié en la Ley de Identidad de Género. El sondeo se hizo sobre 503 casos de la ciudad, y estuvo a cargo del investigador Raúl Aragón, quien integra el Programa de Estudios de Subjetividad Colectiva que funciona en la sede atlántica. El 57% de los encuestados aseguró estar de acuerdo con que una persona pueda cambiar su género mediante una cirugía y sin tener que recurrir a la Justicia como se venía haciendo habitualmente. La respuesta fue coincidente tanto en las mujeres como en los hombres que fueron consultados (el 55%). Sólo

el 10,1% dijo no saber o no contestó las preguntas. Los consultados (el 51,2%) también dijeron estar de acuerdo con la nueva ley que permite a transexuales y travestis modificar su nombre con sólo pedirlo en el Registro Civil sin antes tener que pasar por la Justicia. En tanto que el 40,1% dijo no estar de acuerdo con la posibilidad de concretar esta diligencia. “Puntualmente este tema tiene que ver con las variables culturales que tiene cada sociedad. En otros trabajos hemos medido que el 85% de la población de Viedma es católica”, dijo Aragón, quien agregó que estas dos leyes justamente se contraponen de plano con la doctrina de la Iglesia. Explicó que uno de los principales resultados es que el sistema de valores está cambiando en comparación con las normativas eclesiológicas. Otra de las consultas fue si efectivamente la Ley de Identidad de Género y de Muerte Digna afectará los valores de la sociedad. El 52,1% respondió que no tendrá ninguna consecuencia mientras que el 36,4% indicó que tendría algún tipo de consecuencia. El 11,5% dijo no saber o no contestó esta parte del cuestionario. (www.rionegro.com.ar; 26.06.12)

EQUIDAD SOCIAL - DESPENALIZACION DE LA TENENCIA DE DROGAS

- Por primera vez, el Congreso discute la posibilidad de dejar de perseguir a los usuarios de drogas. Un debate rumbo a la despenalización. Un plenario de comisiones de la Cámara de Diputados arrancó ayer el debate

sobre los proyectos de despenalizar la tenencia de drogas para consumo personal. Fueron convocados Zaffaroni, Cuñarro, Calabrese y funcionarios de la Sedronar.

También se informó sobre el estado de las políticas públicas del Ejecutivo nacional, tras el cambio hacia un paradigma alternativo al prohibicionista, que involucra cambios en la persecución del crimen organizado dedicado a las drogas y en la atención de los usuarios. Zaffaroni aclaró luego que el fenómeno del paco se circunscribe “a una población vulnerable, minoritaria y recuperable”, y las redes de producción y distribución conforman “una mafia barrial, no un cartel de droga que maneja millones”. El magistrado habló de la prohibición del alcohol en Estados Unidos, que producía y distribuía esa sustancia dentro del país, y cómo generó mafias y un mercado informal. Luego la fiscal Mónica Cuñarro –quien coordinó la Comisión de Políticas Públicas en Drogas, que asesoró al gobierno nacional durante cinco años– informó que siguen llegando ese tipo de causas a los juzgados y cada una cuesta 5000 dólares. “Este año en Capital Federal hubo 1230 causas. El 86 por ciento fue contra usuarios”, agregó. La especialista aclaró que no es lo mismo el uso, el abuso y la dependencia a las sustancias. Recordó que se hizo un gran estudio, en 51 mil hogares: “Más del 50 por ciento de abuso y adicción tenía que ver con el alcohol”. Le siguieron el tabaco, los psicofármacos, la marihuana, la cocaína y muy atrás el paco.

Tras repasar los logros legislativos en la materia, como la Ley Antitabaco, de Medicamentos y de Salud Mental, advirtió la necesidad de campañas de prevención por parte del Estado. “En cuanto a la oferta, las causas graves por tráfico no llegan al 2 por ciento del total, nunca se llega al organizador ni al comerciante”. La fiscal se mostró a favor de debatir en Diputados el proyecto de consenso entre Conti, Gil Lavedra y Donda, y aconsejó que se integran a esta reforma, que permite el autocultivo de marihuana y desjudicializa la atención médica. “También agregaría el levantamiento de secreto bancario de las empresas”. Sugirió además que se sume el agravamiento de penas para los funcionarios estatales y judiciales implicados en estos delitos.

Por su parte, Ignacio O’Donell, de la Sedronar, explicó que con tratamiento diferenciado de los consumidores de paco, con protocolos y nuevas modalidades de intervención se puede dar “tratamientos pertinentes e integrales, se puede reinsertarlos y tienen muchas posibilidades”. El funcionario informó que se están inspeccionando los lugares de tratamiento, redireccionando becas a organizaciones de base y mejorando el acceso al tratamiento, poniendo el foco en la atención en los barrios.

El cierre estuvo a cargo del encargado del tema adicciones en el Ministerio de Salud, Alberto Calabrese. Su discurso fue lapidario: “Nosotros, los seres humanos, desde hace 70 años libramos esta guerra contra las sustancias. El adicto, recuerden, puede estar sentado acá, puede ser un familiar o un

primo o un hijo, no es un enemigo, es una persona que se descoloca en un punto porque es lo que se resignificó antes, esto es lo importante. El día que le pusimos el dedo a esta incriminación previa, condenamos a inclusiones y exclusiones de todo tipo y en todo momento. Esta historia empieza con un modelo ético-jurídico, lo sigue un modelo positivista médico, que deviene en el punto de vista médico hegemónico. Esta asociación nefasta hasta el día de hoy nos controla la vida”.

(www.pagina12.com.ar; Sociedad, 07.06.12)

■ En la última ronda de consultas en Diputados hubo consenso para no criminalizar a los usuarios. “Hay drogas que hacen mal y leyes que hacen peor.”

Las comisiones de Diputados que debaten la despenalización de la tenencia escucharon ayer a los últimos invitados. En la última rueda de consultas de las comisiones que debaten en la Cámara de Diputados la despenalización de la tenencia de drogas para uso personal, hubo un fuerte consenso en favor de no criminalizar a los usuarios. “Los casos de consumo problemático deben ser abordados desde la perspectiva social y sanitaria”, dijo ayer la primera exponente, Graciela Touzé, de la Asociación Civil Intercambios. Otros disertantes, ligados con las comunidades terapéuticas o con la Iglesia, trataron de minimizar el impacto de la reforma penal y su urgencia, mostrándola como una iniciativa distractiva ante la falta de inversión en salud pública e inclusión

social. “¡Basta de hipocresía! ¿Seguimos penalizando o damos asistencia? Ésa es la decisión que hay que tomar”, les enrostró luego Alicia Romero, de Madres Contra el Paco y por la Vida. Los diputados de las comisiones se reunirán nuevamente para evaluar los resultados de las tres jornadas de debate y avanzar en un dictamen.

Se mencionó la eliminación de las medidas de seguridad educativa y curativa de la ley actual, se pidió diferenciar penalmente el microtráfico del crimen organizado y “respetar el derecho de un usuario a elegir el momento y el tipo de dispositivo de atención”. También se sugirió que tras esta reforma se reflote el proyecto de ley del Programa Nacional de Atención Integral para Usuarios de Drogas.

Por su parte, Ricardo Paveto, de la Asociación de Reducción de Daños de la Argentina (Arda), advirtió, en referencia a la normativa actual, que “hay drogas que hacen mal, pero hay leyes que hacen peor”. Luego afirmó: “el usuario heredó el estigma del loco: Es peligroso, es incapaz y debe ser encerrado. [...] la óptica de reducción de daños no establece un modelo universal para todos. Es aceptar al sujeto y su singularidad clínica, no atendemos enfermedades, sino pacientes. ¿O el único diálogo posible con la población afectada es la detención policial?”, concluyó.

“Un adicto al paco no tiene libertad de elección, por eso no puede ser considerado un sujeto de derecho como lo hace la Ley de salud mental”, aseguró Gloria Martínez, una de las Madres contra el Paco. “El presupuesto

desaparece y se lo llevan las comunidades terapéuticas, tiene que empezar a haber protocolos y asistencia diferenciada para cada caso. Además, cuando se trata de ganar derechos, la información no puede estar cautiva en una ONG o en una clínica”, agregó Romero. Luego siguieron los activistas cannábicos porteños, quienes defendieron el autocultivo como forma de librarse del mercado negro e insistieron en que no debe judicializarse el uso en la vía pública.

(www.pagina12.com.ar; Sociedad, 14.06.12)

■ Entrevista al padre José María Di Paola. “No es lo mismo un porro en un chico de clase media que en un pibe de la villa”. Conocido como el Padre “Pepe”, o el cura villero, tuvo que dejar la Villa 21-24 amenazado de muerte por narcos. La película *Elefante Blanco* volvió a echar luz sobre su tarea. Ahora en una pequeña capilla de Santiago del Estero asegura llevarse bien con el Gobierno, pero no comparte despenalizar el consumo de drogas. Pese a que su mayor mérito pudiera haber sido el hecho de tomar los hábitos en la villa 21-24 de Capital Federal, su figura tomó notoriedad pública en 2009 después de que unos narcos lo amenazaran de muerte. Recientemente la película *Elefante Blanco*, de Pablo Trapero –y que aún no vio–, puso en los medios nuevamente la tarea de los sacerdotes del Equipo para las Villas de Emergencia. De charla amigable y clara dice que las condiciones de las villas tienen particularidades, pero que la falta del Estado es generalizable.

El padre ‘Pepe’ encabezó durante los últimos años la orden villera que tiene tradición en el párroco Carlos Mujica y los sacerdotes tercermundistas. Su opción es por los pobres y los jóvenes. “La gente de la villa tiene una mentalidad muy positiva por eso las villas crecen tan rápidamente” dice y completa que la falta de intervención del Estado ayudó a que se transforme en “un lugar apropiado para esconderse [...] como también lo es un campo en el medio de la nada”, aclara.

Fue una de las principales voces que se hicieron escuchar ante la problemática del ingreso del paco al país. Y desde entonces cuestionó la urgencia que exigían algunos referentes oficialistas para el tratamiento de una ley de despenalización para el consumo de drogas. Ahora piensa igual. Incluso cree que se ha retrocedido en algunos aspectos. En mayo de 2009 una amenaza narco lo obligó a dejar la villa y solicitar un traslado. “Tenía la intuición que podía complicarle la vida a la gente que estaba ayudando” pensó y aceptó irse a Campo Gallo en el norte de Santiago del Estero.

Violencia y drogas son dos situaciones en las que parecen quedar involucrados los jóvenes. Habla acerca del impacto de la despenalización en las representaciones juveniles. Comenta que, cuando fue el caso Arriola, al otro día todo el mundo te decía “vio, padre, que ahora se puede fumar marihuana?”. “¿Cómo explicás que era un fallo de la Corte para un caso puntual? O sea, hay que medir el impacto que tiene, sobretudo en las clases más pobres, aquellas en que los pibes están en la

calle, que no van a la escuela, o a la universidad. También tienen que explicar los daños que producen las drogas. Sé que quienes quieren despenalizar, salvo algunos personajes siniestros, están diciendo que lo que no quieren es criminalizar al adicto. Todo eso lo sabemos y lo compartimos, porque de hecho nosotros hemos trabajado con adictos y lo que menos queremos hacer es criminalizarlos.”

“Creo que primero tenés que tener un programa educativo serio durante varios años, tenés que preparar un trabajo para los chicos que se drogan, camas en hospitales que sean apropiadas para desintoxicación, lugares en los que si es necesario el tratamiento sea accesible. Hay primero pasos en el orden educativo, en el orden sanitario, en el orden de aclarar que también se escuche la voz de la gente. Creo que los legisladores piensan que una vez que los votan pueden hacer lo que quieran. Para mí seguimos igual que antes o, en algunas cosas, se dieron pasos para atrás.” (www.rionegro.com.ar; Sociedad)

EQUIDAD EN FERTILIZACION ASISTIDA - TRATAMIENTOS GRATUITOS

- Avanza la inclusión en la cobertura médica de la fertilización asistida. Obtuvo dictamen en la Cámara de Diputados y a fin de mes sería debatido en el recinto. La Cámara de Diputados avanzó en el debate del proyecto de ley para incluir en el Plan Médico Obligatorio (PMO) los tratamientos y procedimientos de fertilización asisti-

da. Un plenario de comisiones despachó ayer el dictamen respectivo y todo indica que a fin de mes podría ser sancionado en el recinto. El proyecto, que se aprobó en las comisiones de Salud, Familia y Presupuesto con el respaldo del oficialismo y de sectores de la oposición, establece que las obras sociales, las entidades de medicina prepaga y el sistema de salud pública deberán incorporar como prestaciones obligatorias la cobertura integral e interdisciplinaria de los procedimientos que la Organización Mundial de la Salud define como “reproducción humana asistida”. Estos procedimientos incluyen la inducción de ovulación, la estimulación ovárica controlada, el desencadenamiento de la ovulación, las técnicas de reproducción humana asistida y la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con gametos del esposo, pareja o de un donante. También deberán quedar incluidos en el PMO el diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo, con los criterios y modalidades de cobertura que establezca el Ministerio de Salud de la Nación, que no podrá introducir requisitos o limitaciones que impliquen la exclusión debido a la orientación sexual o el estado civil de los destinatarios.

Aun así, la presidenta de la Comisión de Salud, la oficialista María Elena Chieno, reconoció que “se deja de lado la discusión de fondo, que será legislada durante el debate del nuevo Código Civil y Comercial”, como el manejo de los gametos y embriones. “Con esta ley avanzaremos en un derecho más –sostuvo el diputado Juan Pedro Tunessi (UCR)–. Quienes tienen

dinero pueden acceder al derecho de concebir con asistencia médica y quienes no cuentan con recursos no lo pueden hacer. La OMS considera la infertilidad o la esterilidad una enfermedad, y por lo tanto debe ser incluida en el PMO.”, afirmó.

Pese al consenso alcanzado, algunos legisladores expresaron sus objeciones. “El dictamen no contempla temas centrales, como el derecho a la identidad del nacido por una donación –advirtió la diputada Silvia Majdalani (Pro)–. Además, no incluye taxativamente todas las técnicas de reproducción asistida existentes y no regula la donación de gametos ni la criopreservación.” (La Nación, Sociedad, 14.06.12)

- Lanzan una campaña de firmas para lograr el debate de una ley de fertilización asistida. Mañana se realizará la recolección de adhesiones que lanzó una asociación civil de pacientes con dificultades para concebir. Movilizados por sus dificultades para concebir, un grupo de personas nucleadas en la asociación civil *Sumate a dar vida* lanzó una campaña para juntar firmas, exigir que se respeten los derechos de los pacientes infértiles y lograr que el Estado apruebe una Ley de fertilización asistida no restrictiva. Plantea, además, la inclusión de “todos los tratamientos y procedimientos que se practican en la actualidad y que se desarrollen a futuro como productos del avance de la ciencia”. En la Argentina una de cada seis parejas tienen problemas para concebir de manera natural. La campaña de firmas, que apunta a reunir un piso de

433.000, las necesarias para que el Congreso trate el proyecto según lo dice la ley 24.747 de Iniciativa legislativa popular, tiende a comenzar a brindarles soluciones. (La Nación, 22.06.12)

MATERNIDAD SUBROGADA - GRATUIDAD EN EL ALQUILER DE VIENTRES - ANTEPROYECTO DE GESTACION POR SUSTITUCIÓN

- El “alquiler” de vientre será posible, pero sin retribución. Quienes nazcan producto de una fertilización asistida podrán conocer la identidad del donante. Marisa Brel acaba de llegar de Miami. Está expectante, pendiente de algunos resultados que confirmen la noticia que tanto espera. Ella inició el proceso para alquilar un vientre que le permita convertirse en madre por segunda vez. Genéticamente ese niño será ciento por ciento hijo de ella y de su marido, el productor teatral Carlos Evaristo, sólo que no se desarrollará en su vientre porque existe una indicación médica que lo impide. Brel debió recorrer miles de kilómetros para volver a cumplir el sueño de ser madre porque aquí, hasta ahora, no está permitida la maternidad subrogada. Sin embargo, ya no sería necesario viajar para alquilar un vientre porque es uno de los cambios presentes en el anteproyecto de modificación del Código Civil.

En la gestación por sustitución –tal es el nombre que figura en el anteproyecto– la filiación queda establecida entre el niño y la pareja que decidió

realizar el tratamiento cuando al menos uno de los dos miembros haya aportado sus gametas. Y también siempre y cuando la gestante no haya aportado sus óvulos. Otro de los requisitos es que la madre subrogante no debe recibir retribución alguna por gestar al niño y debe al menos tener un hijo propio y no haber atravesado más de dos procesos de gestación por sustitución. Brel, que hace un año presentó un proyecto de ley de madre subrogada, es cautelosa respecto de este cambio porque cree que es necesario crear un sistema como el que existe en Florida, estado norteamericano donde el sistema funciona hace 20 años. En Estados Unidos, se cobran 20.000 dólares, a razón de 2000 dólares por mes. “Más allá del dinero, que no es tanto, existe allí un espíritu de servicio, de ayudar, que no sé si acá existe”, opinó. Allí, las madres sustitutas son elegidas por agencias que se encargan de hacer la búsqueda y siguen de cerca el proceso de gestación. Otro aspecto importante es que para proceder con la transferencia embrionaria al útero sustituto se necesitará una autorización judicial previa, es decir, el centro de salud no podrá hacerlo en forma directa, de lo contrario la filiación se determinará por naturaleza, de modo que la madre será quien dé a luz al niño. En muchos casos, la mujer lleva adelante el embarazo pero sin aportar sus gametas. Como Rita Sandes, que cumplió su deseo de ser madre a los 54 años. Aunque pudo experimentar la sensación del embarazo, su hijo es producto de una ovodonación, ya que sus óvulos no eran

aptos para ser fertilizados con el espermatozoide de su marido. Benjamín, su pequeño de casi dos años, es producto de la ciencia y de la perseverancia, y aunque no comparta con su hijo la información genética, Sandes no duda ni un segundo de que Benja es su hijo. Pero la Justicia se encargaría de darles un marco legal a las certezas que da el amor materno y paterno.

Otra de las novedades que surgen del anteproyecto es la figura de “voluntad procreacional”, es decir, que la filiación en los casos donde un embarazo se logra mediante la donación de gametas no está dada genéticamente, sino mediante un consentimiento previo de reproducción humana asistida que todos los centros de salud deberán hacer firmar a la pareja, antes del inicio de un tratamiento. Este consentimiento debe renovarse cada vez que se inicie un nuevo procedimiento médico, y podrá revocarse mientras no se haya producido la implantación del embrión y la concepción en la mujer.

Uno de los puntos que destaca el anteproyecto es el derecho a la información en las técnicas de reproducción asistida. Una persona que ha nacido con estas técnicas podrá pedir a un juez que revele la identidad del donante anteponiendo una causa que lo justifique u obtener la información relativa a datos médicos de quien aportó el ADN en el centro de salud donde se realizó la fecundación cuando exista riesgo para su salud.

Concepción post mórtem. La posibilidad de realizar concepciones post mórtem es otra de las novedades que formarían parte del nuevo Código Civil.

La viuda del cónyuge o conviviente podría someterse a una implantación embrionaria si la transferencia se produce dentro del año de la muerte de su pareja o si el fallecido hubiere redactado un testamento embrionario en el que autoriza la transferencia de sus gametas después de su muerte. Si ninguna de estas condiciones se cumple, la mujer podrá implantarse el embrión, pero no existirá vínculo filial entre el bebé nacido y la persona fallecida. Según la doctora Stella Lancuba, directora médica de *Cimer*, un centro especializado en medicina reproductiva, es importante que se legisle en materia de reproducción asistida. “Es relevante comunicar la verdad a los nacidos de estas técnicas, respetar la confidencialidad de los donantes de gametas y comunicar la identidad [filial] de esa persona.” Para los especialistas, la voluntad procreacional es un concepto más jurídico que médico, pero que servirá para darle un marco legal a los tratamientos que se realizan. (La Nación, Sociedad, 01.04.12)

- La reforma del Código Civil. Maternidad subrogada. Un tema que deja de ser tabú. Ya hay alquileres de vientres en el país. Lo deciden cada vez más parejas ante el alto costo de hacerlo en el exterior; no está regulado, pero lo contemplará el nuevo Código Civil. Elsa Saint Girons sostiene en sus brazos a su hija Cayetana, nacida tras un alquiler de vientre en la India. Pero mientras muchos buscan hacerlo en el exterior, ya hay quienes alquilan vientres en la Argentina, donde, si bien hoy la maternidad subrogada no está legislada –tampoco prohibida–, esta prácti-

ca estará contemplada en el reformado Código Civil, que debate el Congreso. Los casos de maternidad subrogada en el país existen y son cada vez más. “Ya hay casos de vientre alquilado en curso. Hay matrimonios que han elegido a una argentina para madre subrogada al amparo de las modificaciones previstas en el Código Civil. En la Argentina esta forma de maternidad no está prohibida, pero tampoco está legislada”, dijo a La Nación la abogada especialista en familia Fabiana Quaini, que asesora legalmente a varias de estas familias. Las consultas en su estudio empezaron hace un año. “Son parejas de argentinos que no van a Estados Unidos porque no pueden pagar el tratamiento, que allá cuesta entre 90.000 y 150.000 dólares, según el estado donde lo hagan, y menos ahora por la restricción que existe para comprar dólares. Consultan decenas de personas, mucho más desde que se anunció la reforma del Código Civil”, explicó.

Seguridad vs. costos. El destino que ofrece mayor seguridad jurídica actualmente es Estados Unidos. Allí, Miami, Chicago y California, sobre todo entre las celebridades y parejas homosexuales, asoman como las principales opciones.

“California es el estado más favorable para la subrogación. Permite a los futuros padres, ya sean solteros o parejas heterosexuales u homosexuales, incluir sus nombres en el acta de nacimiento y en toda la documentación aún antes de que nazca el bebé”, explicó a LA NACION Melinda Guy, directora de *Case Management* de la agencia *Surrogate Alternatives*, con

sede en ese estado norteamericano. Allí, el doctor Fernando Akerman, argentino especializado en reproducción asistida, ovodonación y alquiler de vientres, que es director del *Centro de Fertilidad y Fertilización In Vitro* de Miami, reconoce que las consultas de argentinos que desean alquilar un vientre se quintuplicaron en los últimos años. “Recibimos de la Argentina más de 1000 consultas anuales sobre alquiler de vientres, y entre el 6% y el 12% de las parejas interesadas termina por firmar el contrato que da comienzo a la gestación por sustitución”, contó Akerman.

En www.unhijosposible.com, que brinda información en español sobre el alquiler de vientres en Estados Unidos, la Argentina es el segundo país después de España desde donde se reciben más consultas. “A partir de este año la demanda de visitantes argentinos creció 50 por ciento”, contó Sabrina Berger, abogada especialista en maternidad subrogada y representante legal del sitio. Sin embargo, a pesar del incremento de consultas, en la mayoría de los casos el contacto no pasa de recabar algo de información; pues aun en Miami el tratamiento es muy costoso para la mayoría de las parejas, por eso, algunas optan por otros países, como India o Tailandia, que ofrecen estos servicios de maternidad subrogada a un precio muy inferior al de los de Estados Unidos. En total se puede desembolsar un máximo de 30.000 dólares. Sin embargo, allí se presentan problemas a la hora de inscribir al bebé, hecho que se hizo público con el caso de una argentina y un

español que firmaron un contrato de subrogación en India y no podían sacar al bebé del país. “En India se paga a la madre biológica entre 5000 y 10.000 dólares, eso allí es mucha plata. Muchos maridos las presionan para dar su vientre en alquiler porque esa suma implica vivir por siete años sin trabajar. En Estados Unidos, no. La mayoría de las madres de alquiler son estudiantes que lo hacen para pagar sus carreras universitarias. Los costos en Rusia y en Ucrania no están muy alejados de los de Miami, por eso los que pueden pagarlo van a Estados Unidos”, dijo Quaini. Quienes no pueden enfrentar el costo de hacerlo en el exterior, optan para realizarlo en el país.

Los cambios que vienen. La reforma del Código Civil argentino prevé que la maternidad subrogada sea altruista, es decir, que quien preste su vientre para gestar al bebe de una pareja no reciba ninguna compensación económica a cambio, tal como sucede en Gran Bretaña o en Grecia. “Esto no me parece bien, si una persona alberga un embrión, es normal que tenga una remuneración. Es malo que no se le pague nada y es malo que se le pague mucho. Si se le paga un sueldo por mes, no veo que esto pueda alterar la ética. ¿Acaso no se le paga a alguien por cuidar a un niño? ¿Por qué no se le puede pagar para cuidar a un embrión?”, cuestionó Quaini. Otra de las exigencias previstas en el anteproyecto del Código Civil es que al menos uno de los miembros de la pareja aporte su gameto y que la madre sustituta no haya aportado su óvulo. Quaini opinó: “Habría que tener en cuenta los casos en que ninguno de

los dos puede aportar sus gametos. He tenido consultas de este tipo. No son pocos, no se puede discriminar. Esto debería estar previsto con la figura de adopción prenatal. Si se puede adoptar un niño, se debería poder adoptar un embrión". Sin embargo, la complejidad de estas técnicas no sólo requiere de asesoramiento legal, sino también psicológico. La doctora Luisa Barón, médica psiquiatra especialista en reproducción asistida y presidenta de la *Fundación para la Investigación Médico-Psicológica (Impsi)* trabaja hace años con parejas que se someten a este tipo de tratamientos. La primera consulta de maternidad subrogada la tuvo hace cinco años y afirma que en los últimos años aumentó mucho, y estimó que a partir de la reforma del Código Civil va a aumentar más. También explicó: "De todos los tratamientos de fertilidad, la subrogación es el más complejo desde el punto de vista emocional. Lo primero que hay que hacer es atravesar un sentimiento de duelo porque no hay útero o hay uno pero no puede ser usado. Es un proceso largo, la pareja debe atravesar este duelo unida". Lo segundo más complejo es encontrar a la gestante. Además, la pareja debe generar un vínculo emocional con ella y su familia, porque la pareja (si la tiene) y los hijos de la gestante también establecen un vínculo con esa panza, precisó Barón.

Apoyo psicológico. Incluso, la madre que inició el tratamiento debe luchar en el proceso con varios sentimientos contradictorios: celos, envidia, miedo, desconfianza son todos sentimientos que afloran. Por eso

no se debería permitir iniciar este tipo de tratamientos sin apoyo psicológico con alguien especializado. (www.lanacion.com; Sociedad, 07.07.12)

- Poner el cuerpo. Alquiler de vientre. Gabriela Acosta recibió cincuenta mil dólares por llevar en su panza un bebé para una pareja estadounidense. Hacerlo aquí todavía no es legal. Las reformas al Código Civil permitirán la gestación sustituta, pero sin que se pague por ella. Lo impredecible del vacío legal. Será legal, pero sin dinero de por medio. (Viva. La Revista de Clarín, 15.07.12, págs. 20-26)

MUERTE DIGNA - INTERRUMPIR EL ESFUERZO TERAPEUTICO

- Aprueban la muerte digna. Abru- madora mayoría en el Senado. Permiten limitar terapias en los enfermos terminales. Los pacientes o sus familiares podrán oponerse a prácticas extremas que produzcan sufrimiento. Este derecho podrá ser ejercido por los que sufran una enfermedad incurable, irreversible o se encuentren en estado terminal y que hayan sido debidamente informados por los médicos sobre el alcance y las consecuencias de la decisión. Esta determinación podrá ser revocada y los profesionales médicos estarán obligados a acatar la marcha atrás, dejando expresa constancia, en la historia clínica, de la nueva decisión. En realidad, la nueva norma incorpora varios artículos de la Ley de derechos del paciente (N°26.529) sancionada en 2009 y que nunca fue

reglamentada por el Ministerio de Salud. El Presidente de la Comisión de Salud, José Cano (UCR-Tucumán) destacó que “esta ley garantiza la libertad y la autonomía del paciente, y que bajo ningún punto de vista es imperativa y cercena derechos”. Se insiste en que en todos los casos, la decisión de interrumpir el esfuerzo terapéutico deberá ser hecha previa información de los alcances y consecuencias de la enfermedad y los procedimientos médicos que se le podrían aplicar. Los niños, niñas y adolescentes tienen el 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. En su exposición como miembro informante, Cano aseguró que esta ley “evitará la judicialización a la que se ven obligados los pacientes para evitar el encarnizamiento terapéutico”, al tiempo que también desliga a los médicos de posibles juicios por mala praxis. En realidad, ya dos provincias argentinas habían avanzado con legislaciones respecto de protocolos médicos en caso de pacientes terminales. En Río Negro, en 2007, y en Neuquén, en 2008, se promovieron leyes que establecieron los derechos y obligaciones de pacientes del sistema público y privado de salud, en el que se incluye el derecho a la muerte digna. Con la sanción de esta ley, la Argentina se suma a una lista bastante pequeña de países donde están habilitados este tipo de procedimientos como Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Suiza, y para algunos casos, Colombia y Gran

Bretaña. En algunos estados norteamericanos también hay mecanismos para interrumpir la vida de un paciente terminal. (La Nación, Sociedad, 10.05.12, págs. 1 y 14).

■ Muerte digna. Ya es ley la “muerte digna” en casos terminales o irreversibles. Se aprobó ayer en el Senado por unanimidad. Habilita a rechazar los tratamientos que prolonguen artificialmente la vida. El consentimiento podrá ser dado por el paciente o por sus familiares. Apoyo desde el palco. Selva Herbón, madre de una nena en estado vegetativo, y familiares de otros pacientes, escucharon los debates que se extendieron durante casi cuatro horas. La historia de Camila, la beba que puso el tema en discusión. Nueve meses. Triste paradoja, un embarazo fue lo que le costó a Selva Herbón que se sancionara la ley de muerte digna. Esta mujer, madre de una nena que está en estado vegetativo desde que nació hace tres años, hizo pública su historia en agosto pasado. Y pidió la sanción de la ley ante la negativa de los médicos a desconectar a Camila. Selva habló hasta el cansancio de encarnizamiento terapéutico, y suplicó esta ley para que un marco legal ampare a los médicos y los familiares de las cientos de personas que hay en el país en estado de salud irreversible. Lo logró. Ayer, en menos de cuatro horas, Senadores le dio la media sanción que le faltaba al proyecto, aprobado en Diputados en noviembre. La votación en Senadores fue unánime: 55 votos a favor y sólo cuatro objeciones a artículos en particular (en Diputados el

resultado había sido 142 a favor y 6 en contra). En sus discursos, muchos de los legisladores adelantaron su voto de apoyo antes de dar sus argumentos. Todos, de alguna manera, quisieron dejar bien en claro que nadie habla de eutanasia, sino de ponerle un punto final a la vida cuando ya no es tal. O como dijo la senadora Elena Corregido (FPV Chaco): “La vida es un derecho y no una obligación”.

El proyecto –aprobado tal como fue girado desde Diputados– incorpora una modificación a la Ley N° 26.529 (“Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”), aprobada en 2009, pero que todavía no fue reglamentada.

Los puntos centrales son: evitar el encarnizamiento terapéutico; humanizar la medicina, recuperando la deteriorada relación médico-paciente; respetar, ante todo, la autonomía de la voluntad del paciente cuando se trate de decisiones que tienen que ver con su propia calidad de vida; evitar la judicialización de las decisiones de los pacientes o de sus familiares con relación a tratamientos extraordinarios cuando no sirven para curar, mejorar ni aliviar el dolor y que sólo están destinados a prolongar de manera artificial la agonía; garantizar la falta de responsabilidad médica, tanto civil como penal, de los médicos ante la decisión del paciente de renunciar a la continuación de tratamientos innecesarios.

Así, lo fundamental es que se incorpore la muerte digna, que significa el derecho de todo paciente que padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en estado terminal o

haya sufrido un accidente, a manifestar su voluntad de rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación y reanimación artificial, cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y sufrimiento desmesurado.

El texto votado fue resultado de la unificación de varios proyectos, que llevan la firma de numerosos legisladores de distintos bloques. También contempla el derecho del paciente a recibir información sobre su enfermedad para que pueda prestar un consentimiento informado y le da al paciente la facultad de dejar directivas anticipadas y la posibilidad de rechazo por un representante legal o un familiar de los tratamientos médicos para aquellos pacientes que no están capacitados para dar su consentimiento, como sería el caso de Camila. “Ante la imposibilidad del paciente de manifestar la voluntad, el proyecto faculta a los familiares a tomar decisiones sobre la abstención y retiro del soporte vital.” La flamante ley también establece que ningún profesional que obre de acuerdo a la ley será sujeto de responsabilidad civil, penal ni administrativa.

“Insto al Poder Ejecutivo Nacional a que no prolongue la imperdonable mora en la que se encuentra y reglamente la ley de derechos del paciente con las modificaciones que hoy sancionamos –sostuvo el senador José Cano, presidente de la Comisión de Salud y Deportes–. Sólo me resta insistir en que el derecho a una vida digna comprende, necesariamente, el derecho a una muerte digna. Respetar

al hombre en su fase final, implica respetar el encuentro del hombre con Dios (cualquiera fuera su religión), excluyendo tanto el poder de anticipar la muerte (eutanasia), como el poder de impedir este encuentro con una suerte de tiranía médica y tecnológica (ensañamiento terapéutico)”.

Ahora resta que la ley sea reglamentada por el Poder Ejecutivo. “Hay voluntad de reglamentar esta ley en 60 días”, aseguró a Clarín el senador porteño Manuel Cabanchik (ProBaFe). Entonces será el Ministerio de Salud de la Nación el responsable de garantizar su aplicación. (www.clarin.com, Sociedad, 10.05.12)

■ El derecho a decidir cómo morir. El Senado aprobó un proyecto que ofrece una lúcida respuesta normativa, cuyo principal propósito es brindar amplios espacios de libertad para que cada uno pueda ejercer su derecho al rechazo o retiro de tratamientos médicos de acuerdo con sus propias creencias y preferencias. Un aspecto central del proyecto es la inclusión de tratamientos independientemente de su complejidad tecnológica o finalidad propia. Es por ello plausible la admisión del rechazo a la alimentación e hidratación artificial, soportes vitales que en innumerables casos su única motivación real es la prolongación artificial, penosa y gravosa de la agonía y de una muerte segura. Se introduce un derecho sustancial en los finales de la vida, el “derecho a permitir morir”, sin intromisiones religiosas, morales, médicas o jurídicas; en ningún caso se

trata de convalidar prácticas activas u omisivas dirigidas exclusivamente a abreviar el curso vital. Es tiempo también de despejar la falsa creencia de que existe un deber social de curarse, y reafirmar que más allá de pretendidas racionalidades médicas o jurídicas, puedan coexistir armónicamente distintas formas de pensar la salud, la vida y la muerte. (La Nación, Opinión, 10.05.12, pág.14. Por Ignacio Maglio, Jefe de la sección Riesgo Médico Legal del Hospital Muñiz.)

■ Vivir dignamente, morir en paz. Por muerte digna, debemos entender el derecho del paciente a decidir por sí mismo el tratamiento de su enfermedad. Cuando el cuerpo ya ha cumplido su ciclo normal de vida, no hay obligación de recurrir “a métodos extraordinarios” para prolongar la vida. El enfermo tiene derecho a pedir que lo dejen morir en paz. Los sufrimientos de una agonía prolongada no tienen sentido. Pero una cosa es prescindir de tratamientos extraordinarios y otra, provocar la muerte positivamente: ésta es la eutanasia. La ley recién aprobada debería evitar la muerte por inanición al quitar la hidratación y la nutrición (salvo que el paciente se encuentre ya en la fase final de agonía); y en su aplicación, los médicos deberemos pensar siempre que hemos estudiado para ayudar a vivir dignamente, y que parte de esa dignidad es ayudar a las personas a morir en paz.

(La Nación, Opinión, 10.05.12, pág. 14. Por Rafael Pineda, Director del Departamento de Bioética de la Universidad Austral.)

■ Opinan los médicos. Muerte digna: afirman que se reconocen derechos vigentes.

Ya se podía declarar la voluntad de aceptar o rechazar terapias. La nueva ley permite ejercer la autonomía del paciente. Se aportaron nuevas certezas. Para la Iglesia hay aspectos positivos y negativos. En la práctica, será poco lo que sume el flamante texto de la ley de muerte digna. La obligación de los médicos de respetar la voluntad del paciente, o de sus familiares cuando él no pudiera hacerlo, de aceptar o rechazar terapias o procedimientos y de dejar directivas anticipadas sobre su salud en el final de la vida, ya se reconocían en otras normas, sostienen los especialistas.

Además de la Constitución Nacional, las leyes de ejercicio de la medicina y de los derechos del paciente eran bastante claras para analizar los casos que llegaban a los comités de ética de los hospitales. Los inconvenientes podían surgir con pacientes en estado irreversible o con enfermedades incurables que querían acceder a los cuidados paliativos cuando la medicina quedaba derrotada.

Para el doctor Gustavo De Simone, presidente de la Asociación Argentina de Cuidados Paliativos y director médico del *Instituto Pallium*, la nueva ley es “un marco legal, de seguridad, de un tema muy difícil”. Todo lo que figura en la ley de derechos del paciente está incluido en esta ley, que inicialmente parecía más enfocada a limitar el tratamiento excesivo y finalmente incorporó el derecho a acceder a los cuidados paliativos.

En sus artículos, la ley vuelve a definir la autonomía de la voluntad, el consentimiento informado y recuerda la obligación que tienen los médicos de centros públicos y privados de contar con esa aprobación del paciente o de que lo haga un familiar o un tutor. Además, recuerda que se puede revocar la decisión de “consentir o rechazar los tratamientos” en cualquier momento. El artículo sexto introduce una de las modificaciones más cuestionadas a la Ley 26.529 de derechos del paciente, promulgada hace tres años, pero aún sin reglamentar. Al referirse a las directivas anticipadas, que los comités de ética de distintos hospitales ofrecen gratuitamente, el nuevo texto obliga a formalizarlas “por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia”, con dos testigos. El trámite ante un escribano cuesta más de 1000 o 1500 pesos. (La Nación, 11.05.12)

■ El drama infinito de Luz Milagros: ya no recibirá tratamiento. Había sido dada por muerta en Chaco. Sólo tendrá cuidados paliativos y asistencia respiratoria; funciona un 10% de su cerebro. Dramática situación. Se agravó la salud de la beba chaqueña. Tras una reunión de los padres con el Comité de Bioética, se decidió que sólo reciba cuidados paliativos; es irreversible el daño cerebral. “No la voy a desconectar!” gritaba la mamá, Analía, una y otra vez. Los médicos decidieron sacarle los medicamentos, hidratarla y seguir con el respirador artificial, pero no invadirla para que no

sufra. Confirmaron que el daño neurológico es irreversible, pero sostuvieron que la decisión acerca del retiro del soporte vital “sólo la puede tomar la propia familia”. (La Nación, Sociedad, 31.05.12, págs. 1 y 14).

■ Cuando quitar el sostén vital es lo justo. En los casos en que los daños en el organismo se transforman en irreversibles o el tratamiento aplicado durante varios días no trae modificación o una evolución en el estado del paciente, no tiene sentido, desde el punto de vista médico y humano, mantener el sostén vital. Se trata de no sostener la vida a cualquier costo; de no prolongar la agonía; de no condenar a la paciente a una existencia vegetativa. La ley de muerte digna, aprobada por el Congreso nacional hace apenas unas semanas, vino a dar un marco legal para este tipo de decisiones, que nunca son fáciles de tomar, pero que en la práctica los profesionales de la medicina estamos obligados a enfrentar casi a diario. La decisión no es sólo médica. Todos los comités de ética de los hospitales más reconocidos del mundo están integrados por, además de médicos de distintas especialidades, antropólogos, sociólogos, psicólogos, enfermeras y abogados para aportar una visión multidisciplinaria e integral. Un aspecto importante –señala el autor– es no otorgar una valoración moral superior a la tarea de iniciar el sostén vital por sobre la suspensión del mismo. (Pues), levantar el sostén vital es, sin dudas, una decisión beneficiosa, justa y fundamental. (La

Nación, Sociedad, Opinión, 31.05.12, pág.14. Por Mario Sebastiani, médico, integrante del Comité de ética del Hospital Italiano.)

■ Qué dice la ley de muerte digna. Sancionada a principios de mes, establece “el derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también revocar posteriormente su manifestación de la voluntad”. La ley apunta a garantizar que en un estado de irreversibilidad, en el cual los recursos médicos no son capaces de desandar la condición terminal del paciente, el paciente mismo o, en el caso en que no esté en condiciones de expresar su voluntad, su familia, pueda hacer valer su decisión de detener todo acto terapéutico que sea considerado innecesario. Además de rechazar el denominado “encarnizamiento terapéutico” la ley reconoce también la potestad de los pacientes y de sus familiares a interrumpir la hidratación y la alimentación parenteral, por suero intravenoso. (La Nación, Sociedad, 31.05.12, pág. 14.)

■ Viedmenses acuerdan con dar una muerte digna a un familiar. El 50,6% de los viedmenses estaría dispuesto a desconectar a un familiar que estuviera en estado vegetativo y de esa manera aplicar la Ley de Muerte Digna aprobada recientemente por el Congreso de la Nación según una encuesta efectuada el mes pasado en la capital de la provincia de Río Negro. El 16,7% de los consultados aseguró que

sería una medida que no llevaría adelante mientras que el 32,8% dijo no saber la determinación que tomaría al presentarse una situación de ese tipo. El relevamiento fue dado a conocer desde la Universidad de Río Negro en base a un trabajo que realizaron entre personas no sólo de distinta edad sino también de distinto estrato social. De los encuestados el 24,7% dijo estar “muy de acuerdo” con la nueva ley mientras que el 49,5% aseguró estar sólo “de acuerdo”. (www.rionegro.com.ar; 26.06.12)

SUICIDIO ASISTIDO - ÉTICA DE LA ASISTENCIA PARA MORIR

■ ¿El suicidio asistido es un delito o una forma de la compasión? Gloria Taylor, canadiense, tiene esclerosis lateral amiotrófica (ELA), conocida como enfermedad de Lou Gehrig. Dentro de unos años sus músculos se debilitarán hasta que ya no pueda caminar, utilizar las manos, masticar, tragar, hablar y, al final, respirar. Entonces morirá. Taylor no quiere pasar por todo eso. Quiere morir en el momento que ella misma elija. El suicidio no es delito en Canadá. La Juez

Lynn Smith examinó las cuestiones éticas que se le habían planteado, recibió dictámenes periciales de figuras destacadas de Australia, Bélgica, Nueva Zelanda, Suiza, los Países Bajos, el Reino Unido y los Estados Unidos, y dictó sentencia. El caso podría servir de libro de texto sobre los datos, la legislación y la ética de la asistencia para morir. Acepta el argumento de Wayne Summer –distinguido filósofo canadiense– que aduce: “si las circunstancias del paciente son tales que el suicidio resultaría éticamente permisible, en caso de que el paciente pudiera cometerlo, en ese caso también es éticamente permisible que el médico facilite el medio para que el paciente lo haga.” Finalmente, Smith declaró que las disposiciones del Código Penal que impiden la asistencia médica para morir violan el derecho de las personas discapacitadas no sólo a la igualdad, sino también a la vida, la libertad y la seguridad. La decisión será recurrida, casi con seguridad, pero es probable que esté vigente en el futuro.

(Clarín, En debate, 22.07.12, pág. 35. Por Peter Singer, experto en Bioética, Universidad de Princeton.)