



— REPÚBLICA ARGENTINA —

DIARIO DE SESIONES

CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN

10ª REUNIÓN – 7ª SESIÓN ORDINARIA (ESPECIAL)

NOVIEMBRE 30 DE 2011

PERÍODO 129º

Presidencia de los señores diputados

Eduardo A. Fellner,

Oscar R. Aguad,

Graciela Camaño

y Graciela M. Giannettasio

Secretarios:

Doctor Enrique R. Hidalgo,

doctor Ricardo J. Vázquez

y don Jorge A. Ocampos

Prosecretarios:

Doña Marta A. Luchetta,

doctor Andrés D. Eleit

e ingeniero Eduardo Santín

PRIMERA PARTE



DIPUTADOS PRESENTES:

ABDALA DE MATARAZZO, Norma A.
 ACOSTA, María Julia
 AGOSTO, Walter Alfredo
 AGUAD, Oscar Raúl
 AGUIRRE DE SORIA, Hilda Clelia
 ALBRIEU, Oscar Edmundo Nicolás
 ALCUAZ, Horacio Alberto
 ALFONSÍN, Ricardo
 ALONSO, Gumersindo Federico
 ALONSO, Laura
 ÁLVAREZ, Elsa María
 ÁLVAREZ, Jorge Mario
 ALVARO, Héctor Jorge
 AMADEO, Eduardo Pablo
 ARBO, José Ameghino
 ARENA, Celia Isabel
 ARETA, María Josefa
 ARGÜELLO, Octavio
 ARGUMEDO, Alcira Susana
 ASEF, Daniel Edgardo
 ASPIAZU, Lucio Bernardo
 ATANASOF, Alfredo Néstor
 BALDATA, Griselda Ángela
 BARBIERI, Mario Leandro
 BARRANDEGUY, Raúl Enrique
 BARRIOS, Miguel Ángel
 BASTEIRO, Sergio Ariel
 BEDANO, Nora Esther
 BELOUS, Nélida
 BENAS, Verónica Claudia
 BENEDETTI, Atilio Francisco Salvador
 BERNAL, María Eugenia
 BERTOL, Paula María
 BERTONE, Rosana Andrea
 BIANCHI, Ivana María
 BIDEGAIN, Gloria
 BLANCO DE PERALTA, Blanca
 BRILLO, José Ricardo
 BRUE, Daniel Agustín
 BULLRICH, Patricia
 BURYAILE, Ricardo
 CAMAÑO, Graciela
 CARCA, Elisa Beatriz
 CARDELLI, Jorge Justo
 CARLOTTO, Remo Gerardo
 CARRANZA, Carlos Alberto
 CASAÑAS, Juan Francisco
 CASTALDO, Norah Susana
 CASTAÑÓN, Hugo
 CEJAS, Jorge Alberto
 CHEMES, Jorge Omar
 CHIENO, María Elena Petrona
 CHIQUICHANO, Rosa Laudelina
 CICILIANI, Alicia Mabel
 CIGOGNA, Luis Francisco Jorge
 COMELLI, Alicia Marcela
 COMI, Carlos Marcelo
 CONTI, Diana Beatriz
 CORDOBA, Stella Maris
 CORTINA, Roy
 COSTA, Eduardo Raúl
 CREMER DE BUSTI, María Cristina
 CUCCOVILLO, Ricardo Oscar
 CURRILÉN, Oscar Rubén
 CUSINATO, Gustavo
 DAHER, Zulema Beatriz
 DAMILANO GRIVARELLO, Viviana M.
 DATO, Alfredo Carlos
 DE LA ROSA, María Graciela
 DE MARCHI, Omar Bruno
 DE NARVÁEZ, Francisco

DEL CAMPILLO, Héctor Eduardo
 DEPETRI, Edgardo F.
 DI TULLIO, Juliana
 DÍAZ BANCALARI, José María
 DÍAZ ROIG, Juan Carlos
 DONKIN, Carlos Guillermo
 DUTTO, Gustavo Alberto
 ERRO, Norberto Pedro
 ESPÍNDOLA, Gladys Susana
 FADEL, Patricia Susana
 FADUL, Liliana
 FAUSTINELLI, Hipólito
 FAVARIO, Carlos Alberto
 FEIN, Mónica Haydé
 FELNER, Eduardo Alfredo
 FERNÁNDEZ, Rodolfo Alfredo
 FERRÁ DE BARTOL, Margarita
 FERRARI, Gustavo Alfredo Horacio
 FIAD, Mario Raymundo
 FIOL, Paulina Esther
 FLORES, Héctor
 FORCONI, Juan Carlos
 FORTE, Ulises Umberto José
 FORTUNA, Francisco José
 GALLARDO, Miriam Graciela del Valle
 GAMBARO, Natalia
 GARCÍA, Irma Adriana
 GARCÍA, María Teresa
 GARCÍA, Susana Rosa
 GARDELLA, Patricia Susana
 GARNERO, Estela Ramona
 GERMANO, Daniel
 GIANNETTASIO, Graciela María
 GIL LAVEDRA, Ricardo Rodolfo
 GIL LOZANO, Claudia Fernanda
 GIUBERGIA, Miguel Ángel
 GIUDICI, Silvana Myriam
 GODOY, Ruperto Eduardo
 GONZÁLEZ, Gladys Esther
 GONZÁLEZ, Juan Dante
 GONZÁLEZ, Nancy Susana
 GRANADOS, Dulce
 GRIBAUDO, Christian Alejandro
 GULLO, Juan Carlos Dante
 GUZMÁN, Olga Elizabeth
 HERRERA, José Alberto
 HOTTON, Cynthia Liliana
 IBARRA, Eduardo Mauricio
 IBARRA, Vilma Lidia
 IGLESIAS, Fernando Adolfo
 IRRAZÁBAL, Juan Manuel
 ITURRASPE, Nora Graciela
 JURI, Mariana
 KATZ, Daniel
 KENNY, Eduardo Enrique Federico
 KORENFELD, Beatriz Liliana
 KUNKEL, Carlos Miguel
 LANCETA, Rubén Orfel
 LANDAU, Jorge Alberto
 LEDESMA, Julio Rubén
 LEGUIZAMÓN, María Laura
 LEVERBERG, Stella Maris
 LINARES, María Virginia
 LLANOS, Ermino Edgardo Marcelo
 LLERA, Timoteo
 LÓPEZ ARIAS, Marcelo Eduardo
 LOZANO, Claudio Raúl
 LUNA DE MARCOS, Ana Zulema
 MACALUSE, Eduardo Gabriel
 MAJDALANI, Silvia Cristina
 MANSUR, Ricardo Alfredo
 MARCONATO, Gustavo Ángel

MARTIARENA, Mario Humberto
 MARTÍNEZ, Ernesto Félix
 MARTÍNEZ, Julio César
 MARTÍNEZ, Soledad
 MARTÍNEZ ODDONE, Heriberto A.
 MAZZARELLA, Susana del Valle
 MERA, Dalmacio Enrique
 MERCHÁN, Paula Cecilia
 MICHETTI, Marta Gabriela
 MILMAN, Gerardo Fabián
 MOLAS, Pedro Omar
 MONTOYA, Jorge Luciano
 MORÁN, Juan Carlos
 MORANTE, Antonio Arnaldo María
 MOREJÓN, Manuel Amor
 MORENO, Carlos Julio
 MOUILLERÓN, Roberto Mario
 NEBREDÁ, Carmen Rosa
 OBEID, Jorge Alberto
 OBIGLIO, Julián Martín
 OLIVA, Cristian Rodolfo
 OLMEDO, Alfredo Horacio
 ORSOLINI, Pablo Eduardo
 PAIS, Juan Mario
 PANSÁ, Sergio Horacio
 PARADA, Liliana Beatriz
 PAREDES URQUIZA, Alberto Nicolás
 PAROLI, Raúl Omar
 PASINI, Ariel Osvaldo Eloy
 PASTORIZA, Mirta Ameliana
 PERALTA, Fabián Francisco
 PÉREZ, Adrián
 PÉREZ, Alberto José
 PERIÉ, Julia Argentina
 PERRONI, Ana María
 PIEMONTE, Héctor Horacio
 PILATTI VERGARA, María Inés
 PINEDO, Federico
 PINTO, Sergio Damián
 PLAINI, Francisco Omar
 PORTELA, Agustín Alberto
 PRIETO, Hugo Nelson
 PUIGGRÓS, Adriana Victoria
 QUINTERO, Marta Beatriz
 QUIROZ, Elsa Siria
 RÉ, Hilma Leonor
 REGAZZOLI, María Cristina
 REYES, María Fernanda
 RIOBOO, Sandra Adriana
 RISKÓ, Silvia Lucrecia
 RIVARA, Raúl Alberto
 RIVAS, Jorge
 ROBLEDO, Roberto Ricardo
 RODRÍGUEZ, Evaristo Arturo
 RODRÍGUEZ, Marcela Virginia
 ROSSI, Agustín Oscar
 ROSSI, Alejandro Luis
 ROSSI, Cipriana Lorena
 RUCCI, Claudia Mónica
 SABBATELLA, Martín
 SALIM, Juan Arturo
 SATRAGNO, Lidia Elsa
 SCALESI, Juan Carlos
 SCIUTTO, Rubén Darío
 SEGARRA, Adela Rosa
 SLUGA, Juan Carlos
 SOLÁ, Felipe Carlos
 SOLANAS, Fernando Ezequiel
 STOLBIZER, Margarita Rosa
 STORANI, María Luisa
 STORNI, Silvia
 TERADA, Alicia

THOMAS, Enrique Luis
TOMAS, Héctor Daniel
TORFE, Mónica Liliana
TRIACA, Alberto Jorge
TUNESSI, Juan Pedro
URLICH, Carlos
VÁZQUEZ, Silvia Beatriz
VEAUTE, Mariana Alejandra
VEGA, Juan Carlos
VIALE, Lisandro Alfredo
VIDELA, Nora Esther
VILARINO, José Antonio
WAYAR, Walter Raúl
WEST, Mariano Federico
YAGÜE, Linda Cristina
YARADE, Rodolfo Fernando

YOMA, Jorge Raúl
ZAVALLLO, Gustavo Marcelo
ZIEGLER, Alex Roberto

AUSENTE, EN MISIÓN OFICIAL:
CALCHAQUÍ, Mariel

AUSENTES, CON LICENCIA
PENDIENTE DE APROBACIÓN
DE LA HONORABLE CÁMARA:

CARRIÓ, Elisa María Avelina
DE PRAT GAY, Alfonso
DONDA PÉREZ, Victoria Analía
HELLER, Carlos Salomón

AUSENTES, CON AVISO:

ALIZEGUI, Antonio Anibal
ÁLVAREZ, Juan José
BONASSO, Miguel Luis
CASELLES, Graciela María
FÉLIX, Omar Chafi
GIOJA, Juan Carlos
LÓPEZ, Rafael Ángel
LORGES, Juan Carlos
MENDOZA, Sandra Marcela
MERLO, Mario Raúl
PEREYRA, Guillermo Antonio
PUERTA, Federico Ramón
RECALDE, Héctor Pedro
SEREBRINSKY, Gustavo Eduardo

—La referencia acerca del distrito, bloque y período de mandato de cada señor diputado puede consultarse en el Diario de Sesiones correspondiente a la sesión preparatoria (20ª reunión, período 127º) de fecha 3 de diciembre de 2009.

SUMARIO

1. **Izamiento de la bandera nacional.** (Pág. 8.)
2. **Convocatoria a sesión especial.** (Pág. 8.)
3. **Consideración** de las **renuncias** a sus bancas presentadas por los señores diputados electos por los distritos electorales de Tucumán, don Germán Enrique Alfaro, don Gerónimo Vargas Aignasse y doña Susana Eladia Díaz; de Catamarca, don Dalmacio Enrique Mera; de Mendoza, don Ricardo Alfredo Mansur; de Buenos Aires, don Mariano Federico West, y de Neuquén, don Horacio Rodolfo Quiroga. (Pág. 13.)
4. **Juramento e incorporación** de la señora diputada electa por el distrito electoral de Neuquén, doña Linda Cristina Yagüe. (Pág. 15.)
5. **Asuntos Entrados.** (Pág. 15.)
6. **Homenajes:**
 - I. A la memoria del diputado nacional, profesor Jorge Raúl Pérez. (Pág. 16.)
 - II. A la memoria del ex diputado nacional, doctor Sergio Alberto Montiel. (Pág. 16.)
 - III. A la memoria del ex diputado nacional, doctor Alberto Adolfo Natale. (Pág. 17.)
7. **Moción de orden** formulada por la señora diputada Fadel de **apartamento de las prescripciones del reglamento**, a fin de incorporar al listado de asuntos a tratar el proyecto de ley del Poder Ejecutivo por el que se acuerda autorización a la señora presidenta de la Nación para ausentarse del país durante el año 2012, cuando razones de gobierno así lo requieran (10-P.E.-2011). Se aprueba. (Pág. 18.)

8. **Consideración** del asunto al que se refiere el número 7 de este sumario. Se sanciona. (Página 19.)
9. **Moción de orden** formulada por el señor diputado Macaluse de **apartamento de las prescripciones del reglamento** a fin de incorporar al listado de asuntos a tratar el proyecto de ley del que es coautor por el que se establece un régimen educativo-ambiental, sobre la base de los principios de la consideración del medio ambiente (1.481-D.-2010). Se posterga su consideración. (Pág. 20.)
10. **Consideración** de los proyectos de ley sin disidencias ni observaciones. (Pág. 20.)
 - I. **Dictamen** de las comisiones de Ciencia y Tecnología y de Acción Social y Salud Pública en el proyecto de ley del señor diputado Fellner por el que se incluye dentro del régimen de academias nacionales a la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba, adoptando el nombre de Academia Nacional de Ciencias Médicas de Córdoba (3.277-D.-2011). Se sanciona. (Página 22.)
 - II. **Dictamen** de las comisiones de Relaciones Exteriores y Culto, de Derechos Humanos y Garantías y de Presupuesto y Hacienda en el proyecto de ley en revisión por el que se aprueba el Acuerdo entre el Gobierno de la República Argentina y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura —UNESCO—, sobre la creación en Buenos Aires (República Argentina) del Centro Internacional para la Promoción de los Derechos Humanos como Centro de Categoría 2 (15-S.-

- de Buenos Aires (279-D.-2010). Se sanciona. (Pág. 139.)
13. **Consideración** de los dictámenes de las comisiones de Legislación General y de Justicia en los proyectos de ley de los señores diputados Giudici y otros (7.243-D.-2010); Di Tullio y otros (7.644-D.-2010) y Conti y otros (8.126-D.-2010) referidos al derecho a la identidad de género. (Pág. 142.)
 14. **Moción de orden** formulada por el señor diputado Ferrari respecto del tratamiento de los proyectos de ley sobre fertilización asistida. (Pág. 200.)
 15. **Continuación** de la consideración del asunto al que se refiere el número 13 de este sumario. Se sanciona con modificaciones el dictamen de mayoría. (Pág. 201.)
 16. **Moción de orden** formulada por el señor diputado Lozano de que se anticipe la consideración del proyecto de ley en revisión por el que se autoriza al Poder Ejecutivo nacional a transferir sin cargo a la Agrupación Mapuche Curruhuinca el dominio en propiedad comunitaria de parcelas de tierras nacionales (34-S.-2010). (Pág. 203.)
 17. **Moción de orden** formulada por la señora diputada Argumedo de **apartamiento de las prescripciones del reglamento** a efectos de que se considere el dictamen de las comisiones de Asuntos Constitucionales, de Población y Desarrollo Humano y de Legislación del Trabajo en los proyectos de ley de las señoras diputadas Vázquez (2.280-D.-2010) y Chiquichano (6.214-D.-2010) sobre ratificación del rango constitucional del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Se difiere su votación. (Pág. 203.)
 18. **Continuación** de la consideración de la moción a la que se refiere el número 16 de este sumario. Se aprueba. (Pág. 203.)
 19. **Constitución** de la Honorable Cámara en **comisión** para la consideración del proyecto de ley en revisión al que se refiere el número 16 de este sumario. Se aprueba. (Pág. 204.)
 20. **Conferencia** para la consideración del proyecto de ley en revisión al que se refiere el número 16 de este sumario. (Pág. 204.)
 21. **Consideración** del proyecto de ley en revisión al que se refiere el número 16 de este sumario. Se sanciona definitivamente (ley 26.725). (Pág. 204.)
 22. **Manifestaciones** de señores diputados referidas al tratamiento de los proyectos que resta considerar. (Pág. 207.)
 23. **Moción de orden** del señor diputado Macaluse de que se pase a cuarto intermedio. Se rechaza. (Pág. 207.)
 24. **Consideración** de los dictámenes de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Legislación General y de Derechos Humanos y Garantías en los proyectos de ley de los señores diputados Bonasso (3.751-D.-2011), Vega y otros (4.086-D.-2011), Milman (4.139-D.-2011) y Rivas y otros (4.855-D.-2011) por los que se modifica la ley 26.529 y se incorpora el concepto de muerte digna. Se sanciona con modificaciones el dictamen de mayoría. (Pág. 208.)
 25. **Consideración** de los dictámenes de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda en los proyectos de ley de los señores diputados Majdalani y Mendoza (492-D.-2010), Vargas Aignasse (2.106-D.-2010), Bonasso y otros (2.459-D.-2010), Bianchi (2.663-D.-2010), González (N.S.) y otros (3.953-D.-2010), Giudici y otros (4.423-D.-2010), Majdalani (5.056-D.-2010), Leguizamón (5.854-D.-2010) y Comelli (48-D.-2011) sobre regulación de técnicas de reproducción humana asistida. Se aprueba en general el dictamen de mayoría. (Pág. 235.)
 26. **Apéndice:**
 - A. **Sanciones de la Honorable Cámara.** (Pág. 276.)
 - B. **Asuntos entrados:**
 - I. **Mensajes del Poder Ejecutivo.** (Página 299.)
 - II. **Jefatura de Gabinete de Ministros.** (Pág. 300.)
 - III. **Comunicaciones del Honorable Senado.** (Pág. 301.)
 - IV. **Comunicaciones de la Presidencia.** (Pág. 308.)
 - V. **Dictámenes de comisiones.** (Página 310.)
 - VI. **Dictámenes observados.** (Pág. 333.)
 - VII. **Comunicaciones de comisiones.** (Página 333.)
 - VIII. **Comunicaciones de señores diputados.** (Pág. 335.)
 - IX. **Comunicaciones oficiales.** (Pág. 343.)
 - X. **Peticiones particulares.** (Pág. 376.)
 - XI. **Proyectos de ley.** (Pág. 384.)

XII. **Proyectos de resolución.** (Pág. 412.)

XIII. **Proyectos de declaración.** (Pág. 454.)

XIV. **Licencias.** (Pág. 470.)

C. **Inserciones** solicitadas por los señores diputados:

1. **Álvarez (E. M.).** (Pág. 472.)
2. **Carranza.** (Pág. 472.)
3. **Castaldo.** (Pág. 477.)
4. **Comelli.** (Pág. 478.)
5. **Comelli.** (Pág. 479.)
6. **Cortina.** (Pág. 480.)
7. **Fortuna.** (Pág. 482.)
8. **Gallardo.** (Pág. 483.)
9. **Milman.** (Pág. 483.)
10. **Molas.** (Pág. 487.)
11. **Obiglio.** (Pág. 487.)
12. **Rioboó.** (Pág. 490.)
13. **Rodríguez.** (Pág. 491.)
14. **Rodríguez.** (Pág. 491.)
15. **Rodríguez.** (Pág. 503.)
16. **Storani.** (Pág. 505.)
17. **Storani.** (Pág. 507.)
18. **Storani.** (Pág. 508.)
19. **Tomas y Ferrá de Bartol.** (Pág. 509.)
20. **Tomas y Ferrá de Bartol.** (Pág. 510.)
21. **Viale.** (Pág. 511.)
22. **Ziegler.** (Pág. 512.)
23. **Chiquichano.** (Pág. 513.)
24. **Chiquichano.** (Pág. 514.)
25. **Fortuna.** (Pág. 515.)
26. **Molas.** (Pág. 516.)

—En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los treinta días del mes de noviembre de 2011, a la hora 14 y 48:

1

IZAMIENTO DE LA BANDERA NACIONAL

Sr. Presidente (Fellner). — Con la presencia de 152 señores diputados queda abierta la sesión especial convocada para el día de hoy, a raíz de un pedido formulado por varios señores diputados en número reglamentario.

Invito al señor diputado por el distrito electoral del Chubut, don Oscar Rubén Currilén, a izar la bandera nacional en el mástil del recinto.

—Puestos de pie los señores diputados y el público asistente a las galerías, el señor

diputado don Oscar Rubén Currilén procede a izar la bandera nacional en el mástil del recinto. (*Aplausos.*)

2

CONVOCATORIA A SESIÓN ESPECIAL

Sr. Presidente (Fellner). — Por Secretaría se dará lectura del pedido de los señores diputados y de la resolución dictada por la Presidencia, mediante la que se convoca a sesión especial.

Sr. Secretario (Hidalgo). — Dice así:

Buenos Aires, 29 de noviembre de 2011.

Al señor presidente de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, doctor Eduardo A. Fellner:

S/D.

De mi mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos al señor presidente a fin de solicitarle que, en los términos de los artículos 35 y 36 del Reglamento de la Honorable Cámara, convoque a sesión especial para el día miércoles 30 de noviembre a las 14 horas, con el objeto de considerar los siguientes temas:

3.277-D.-11: academias nacionales (decreto ley 4.362/55, ratificado por la ley 14.467); inclusión dentro del régimen a la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba, pasando a denominarse Academia Nacional de Ciencias Médicas de Córdoba (Orden del Día N° 2.875).

279-D.-10: inmueble propiedad de la firma Mojacar S.A., sito en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Declaración de utilidad pública y sujeto a expropiación con destino a la Dirección Nacional del Registro Nacional de las Personas, dependiente del Ministerio del Interior (Orden del Día N° 2.088).

7.243-D.-10 (y otros): derecho a la identidad de género (Orden del Día N° 2.913).

3.751-D.-11 (y otros): ley 26.529 —derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud—. Incorporación de la muerte digna (Orden del Día N° 3.040).

492-D.-10 (y otros): fertilización asistida. Incorporar al Programa Médico Obligatorio la infertilidad como enfermedad y su tratamiento (Orden del Día N° 3.018).

15-S.-11: Acuerdo entre el Gobierno de la República Argentina y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura —UNESCO— sobre la Creación en Buenos Aires del Centro Internacional para la Promoción de los Derechos Humanos, como Centro de Categoría 2, suscrito en Buenos Aires el 13 de febrero de 2009. Aprobación (Orden del Día N° 3.013).

29-S.-10: Adhesión de la República Argentina al Fondo Multilateral de Inversión II –FOMIN II– del Banco Interamericano de Desarrollo –BID–. Aprobación (Orden del Día N° 2.091). (Artículo 152.)

51-S.-11: Juzgado Federal de Primera Instancia N° 2 con asiento en la ciudad capital de la provincia de Santiago del Estero. Creación (Orden del Día N° 3.038).

52-S.-11: Juzgado Federal de Primera Instancia con asiento en la ciudad de Puerto Iguazú, provincia de Misiones. Creación (Orden del Día N° 3.019, en impresión). Sin disidencias (artículo 108 del reglamento). Artículo 152. Como antecedente expediente 6.653-D.-10: creación del Juzgado Federal de Primera Instancia con asiento en la ciudad de Iguazú, provincia de Misiones, con jurisdicción sobre los departamentos de Iguazú y Manuel Belgrano.

53-S.-11: Defensoría Pública Oficial y Fiscalía de Primera Instancia que actuarán ante el Juzgado Federal de Primera Instancia de Esquel, provincia del Chubut. Creación (Orden del Día N° 2.350).

54-S.-11: Fiscalía Federal N° 2 con asiento en la ciudad de Neuquén, provincia del Neuquén. Creación (Orden del Día N° 3.020).

77-S.-10 (y otro): ley 20.744 (t. o. 1976), de régimen de contrato de trabajo, sobre indemnización por antigüedad en caso muerte de trabajador. Modificación (Orden del Día N° 2.121).

80-S.-10: Edificio de la actual Facultad de Ingeniería, ex sede central de la Fundación Eva Perón, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Declaración como monumento histórico nacional (Orden del Día N° 2.396).

83-S.-09: Autopista ubicada sobre la ruta nacional 66, situada al sudeste de la provincia de Jujuy, en inmediaciones de la ciudad de San Salvador de Jujuy, entre el empalme con la ruta nacional 9 - Aeropuerto Internacional “Gobernador Horacio Guzmán”. Denominación a la misma como “Presidente doctor Raúl Ricardo Alfonsín” (Orden del Día N° 1.986). (Artículo 152.)

90-S.-10: Juzgado Federal de Primera Instancia N° 2, con asiento en la ciudad de Rawson, provincia del Chubut. Creación (Orden del Día N° 2.086). (Artículo 152.)

95-S.-11: Acuerdo entre el Gobierno de la República Argentina y el Gobierno de la República Federal de Alemania sobre la Coproducción de Películas, celebrado en Buenos Aires el 8 de marzo de 2010. Aprobación (Orden del Día N° 2.910).

97-S.-11: Protocolo de Integración Educativa y Reconocimiento de Certificados, Títulos y Estudios de Nivel Primario/Fundamental/Básico y Medio/Secundario entre los Estados partes de Mercosur y Estados asociados, suscrito en San Juan, República Argentina, el 2 de agosto de 2010. Aprobación (Orden del Día N° 3.014).

98-S.-11: Acuerdo entre el Gobierno de la República Argentina y el Gobierno de la República Federativa de Brasil relativo al Intercambio de Pasantes, suscrito en Buenos Aires el 14 de agosto de 2001. Aprobación (Orden del Día N° 2.911).

100-S.-11: Protocolo Adicional al Tratado Constitutivo de UNASUR sobre Compromiso con la Democracia, celebrado en Georgetown, República Cooperativa de Guyana, el 26 de noviembre de 2010. Aprobación (Orden del Día N° 2.623).

111-S.-11: Día del Bicentenario de la Creación y Primera Jura de la Bandera, el 27 de febrero de 2012 como feriado extraordinario en todo el territorio nacional. Designación (Orden del Día N° 2.395).

130-S.-11: Entrada de tropas extranjeras al territorio nacional y la salida fuera de él de fuerzas nacionales, según corresponda, para que participen del Programa de Ejercitaciones Combinadas desde el 1° de septiembre de 2011 hasta el 31 de agosto de 2012. Autorización (Orden del Día N° 2.789).

413-D.-11: Designación con el nombre de “Doctor Mariano Moreno” a la Biblioteca Nacional (Orden del Día N° 2.827).

500-D.-11 (y otros): Código Penal, sobre delitos contra la integridad de los menores. Modificación (Orden del Día N° 2.929).

927-D.-11: Cinco (5) juzgados federales de primera instancia de la seguridad social, denominados con los números 11, 12, 13, 14 y 15 con asiento en Capital Federal. Creación (Orden del Día N° 2.223). (Artículo 152.)

1.000-D.-11: Régimen de Contrato de Trabajo aprobado por ley 20.744 (t. o. 1976) y sus modificatorias, sobre la no discriminación. Modificación (Orden del Día N° 2.220).

1.219-D.-11: Feria Internacional de la Alimentación Rosario (FIAR), desarrollada desde el año 1998, en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. Declaración de interés nacional (Orden del Día N° 2.788). (Artículo 152.)

1.433-D.-11: Ley de Impuesto a las Ganancias (texto ordenado por decreto 649/97 y sus modificatorias). Modificación sobre deducciones especiales para personas discapacitadas (Orden del Día N° 2.392). (Artículo 152.)

1.788-D.-11: Régimen para el Fomento, Promoción y Desarrollo de los Camélidos Sudamericanos Domésticos (Orden del Día N° 3.005).

1.981-D.-10: Ley 20.744, de contrato de trabajo y sus modificatorias. Modificación de su artículo 205 sobre salarios (Orden del Día N° 2.431). (Artículo 152.)

2.204-D.-11: Ley de Promoción para la Toma de Conciencia sobre la Relevancia Social de la Donación de Órganos (Orden del Día N° 2.930).

2.821-D.-11: Ley de Promoción, Regulación y Supervisión Pedagógica de las Instituciones que Brindan

Educación y Cuidado a la Primera Infancia (Orden del Día N° 3.012).

3.366-D.-11: Ley 24.600. De estatuto y escalafón para el personal del Congreso de la Nación. Modificación de su artículo 5º, sobre condiciones de ingreso (Orden del Día N° 2.437).

3.640-D.-10: Juzgado Federal de Primera Instancia en la ciudad de San Miguel de Tucumán, provincia de Tucumán. Creación.

4.638-D.-09: Ley 25.284, sobre régimen especial de administración de las entidades deportivas con dificultades económicas. Modificación de su artículo 22. Aceptación de las modificaciones introducidas por el Honorable Senado (Orden del Día N° 2.391).

5.724-D.-08: Inmueble propiedad del Estado nacional ubicado en la estación Remedios de Escalada, partido de Lanús, provincia de Buenos Aires. Transferencia a título gratuito a la Universidad Nacional de Lanús. Aceptación de las modificaciones introducidas por el Honorable Senado (Orden del Día N° 2.563).

6.026-D.-10: Moneda de curso legal con la imagen de las cataratas del Iguazú, en conmemoración del Bicentenario de la Revolución de Mayo de 1810. Acuñación (Orden del Día N° 2.345).

7.039-D.-10: Universidad Autónoma de Entre Ríos. Equiparación de la misma con las universidades nacionales, a los fines de la percepción de recursos extrapresupuestarios de fuente nacional (Orden del Día N° 3.011).

7.342-D.-10: Moneda con la imagen del solar histórico de San Francisco del Monte de Oro, del departamento de Ayacucho, provincia de San Luis, en conmemoración del Bicentenario del natalicio de Domingo Faustino Sarmiento. Acuñación (Orden del Día N° 2.346).

8.611-D.-10: Moneda en conmemoración del centenario de la Ley Sáenz Peña, sobre voto universal, secreto y obligatorio. Acuñación (Orden del Día N° 2.347).

34-S.-10: Autorizar al Poder Ejecutivo nacional a transferir sin cargo a los miembros de la Agrupación Mapuche Curruhuinca la propiedad comunitaria de la porción pública del inmueble sito en la Colonia Pastoral Maipú, departamento Lacar, jurisdicción de la Reserva Nacional Lanín, provincia del Neuquén.

8.385-D.-10: Día de los Adolescentes y Jóvenes por la Inclusión Social y la Convivencia contra toda Forma de Violencia y Discriminación, en conmemoración al natalicio de Ana Frank. Declaración como tal al día 12 de junio (Orden del Día N° 2.922).

Sin otro motivo saludamos a usted muy atentamente.

*Agustín O. Rossi. – María T. García. –
Ricardo R. Gil Lavedra. – Silvana M.
Giudici. – Sergio A. Basteiro. – Ruperto
E. Godoy. – Daniel A. Brue. – Alicia M.*

Ciciliani. – Juan P. Tunessi. – Carlos M. Kunkel.

Buenos Aires, 29 de noviembre de 2011.

Visto la presentación efectuada por el señor diputado Agustín O. Rossi y otros señores diputados, por la que se convoca a la realización de una sesión especial para el día miércoles 30 de noviembre de 2011, a las 14 horas, a fin de considerar los siguientes temas:

3.277-D.-11: Academia de Ciencias Médicas de Córdoba. Inclusión de la misma en el régimen del decreto ley 4.362/55, ratificado por la ley 14.467, pasando a denominarse Academia Nacional de Ciencias Médicas de Córdoba (Orden del Día N° 2.875).

279-D.-10: Inmueble propiedad de la firma Mojacar S.A., sito en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Declaración de utilidad pública y sujeto a expropiación con destino a la Dirección Nacional del Registro Nacional de las Personas, dependiente del Ministerio del Interior (Orden del Día N° 2.088).

7.243-D.-10 (y otros): Derecho a la identidad de género (Orden del Día N° 2.913).

3.751-D.-11 (y otros): Ley 26.529 –derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud–. Incorporación de la muerte digna (Orden del Día N° 3.040, en impresión).

492-D.-10 (y otros): Fertilización asistida. Incorporar al Programa Médico Obligatorio la infertilidad como enfermedad y su tratamiento (Orden del Día N° 3.018).

15-S.-11: Acuerdo entre el Gobierno de la República Argentina y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura –UNESCO– sobre la Creación en Buenos Aires del Centro Internacional para la Promoción de los Derechos Humanos, como Centro de Categoría 2, suscrito en Buenos Aires el 13 de febrero de 2009. Aprobación (Orden del Día N° 3.013, en impresión).

29-S.-10: Adhesión de la República Argentina al Fondo Multilateral de Inversión II –FOMIN II– del Banco Interamericano de Desarrollo –BID–. Aprobación (Orden del Día N° 2.091).

51-S.-11: Juzgado Federal de Primera Instancia N° 2 con asiento en la ciudad capital de la provincia de Santiago del Estero. Creación (Orden del Día N° 3.038, en impresión).

52-S.-11: Juzgado Federal de Primera Instancia con asiento en la ciudad de Puerto Iguazú, provincia de Misiones. Creación (Orden del Día N° 3.019, en impresión).

53-S.-11: Defensoría Pública Oficial y Fiscalía de Primera Instancia que actuarán ante el Juzgado Federal de Primera Instancia de Esquel, provincia del Chubut. Creación (Orden del Día N° 2.350).

54-S.-11: Fiscalía Federal N° 2 con asiento en la ciudad de Neuquén, provincia de Neuquén. Creación (Orden del Día N° 3.020).

77-S.-10 (y otros): Ley 20.744 (t. o. 1976), de régimen de contrato de trabajo, sobre indemnización por antigüedad en caso muerte de trabajador. Modificación (Orden del Día N° 2.121).

80-S.-10: Edificio de la actual Facultad de Ingeniería, ex sede central de la Fundación Eva Perón, ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Declaración como monumento histórico nacional (Orden del Día N° 2.396).

83-S.-09: Autopista ubicada sobre la ruta nacional 66, situada al sudeste de la provincia de Jujuy, en inmediaciones de la ciudad de San Salvador de Jujuy, entre el empalme con la ruta nacional 9 - Aeropuerto Internacional “Gobernador Horacio Guzmán”. Denominación a la misma como “Presidente doctor Raúl Ricardo Alfonsín” (Orden del Día N° 1.986).

90-S.-10: Juzgado Federal de Primera Instancia N° 2, con asiento en la ciudad de Rawson, provincia del Chubut. Creación (Orden del Día N° 2.086).

95-S.-11: Acuerdo entre el Gobierno de la República Argentina y el Gobierno de la República Federal de Alemania sobre la Coproducción de Películas, celebrado en Buenos Aires el 8 de marzo de 2010. Aprobación (Orden del Día N° 2.910).

97-S.-11: Protocolo de Integración Educativa y Reconocimiento de Certificados, Títulos y Estudios de Nivel Primario /Fundamental /Básico y Medio/Secundario entre los Estados partes de Mercosur y Estados asociados, suscrito en San Juan, República Argentina, el 2 de agosto de 2010. Aprobación (Orden del Día N° 3.014).

98-S.-11: Acuerdo entre el Gobierno de la República Argentina y el Gobierno de la República Federativa de Brasil relativo al Intercambio de Pasantes, suscrito en Buenos Aires el 14 de agosto de 2001. Aprobación (Orden del Día N° 2.911).

100-S.-11: Protocolo Adicional al Tratado Constitutivo de UNASUR sobre Compromiso con la Democracia, celebrado en Georgetown, República Cooperativa de Guyana, el 26 de noviembre de 2010. Aprobación (Orden del Día N° 2.623).

111-S.-11: Día del Bicentenario de la Creación y Primera Jura de la Bandera, el 27 de febrero de 2012, como feriado extraordinario en todo el territorio nacional. Designación (Orden del Día N° 2.395).

130-S.-11: Entrada de tropas extranjeras al territorio nacional y la salida fuera de él de fuerzas nacionales, según corresponda, para que participen del Programa de Ejercitaciones Combinadas desde el 1° de septiembre de 2011 hasta el 31 de agosto de 2012. Autorización (Orden del Día N° 2.789).

413-D.-11: Designación con el nombre de “Doctor Mariano Moreno” a la Biblioteca Nacional (Orden del Día N° 2.827).

500-D.-11 (y otros): Código Penal, sobre delitos contra la integridad de los menores. Modificación (Orden del Día N° 2.929).

927-D.-11: Cinco (5) juzgados federales de primera instancia de la seguridad social, denominados con los números 11, 12, 13, 14 y 15 con asiento en Capital Federal. Creación (Orden del Día N° 2.223).

1.000-D.-11: Régimen de Contrato de Trabajo aprobado por ley 20.744 (t. o. 1976) y sus modificatorias, sobre la no discriminación. Modificación (Orden del Día N° 2.220).

1.219-D.-11: Feria Internacional de la Alimentación Rosario (FIAR), desarrollada desde el año 1998, en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. Declaración de interés nacional (Orden del Día N° 2.788).

1.433-D.-11: Ley de Impuesto a las Ganancias (texto ordenado por decreto 649/97 y sus modificatorias). Modificación sobre deducciones especiales para personas discapacitadas (Orden del Día N° 2.392).

1.788-D.-11: Régimen para el Fomento, Promoción y Desarrollo de los Camélidos Sudamericanos Domésticos (Orden del Día N° 3.005).

1.981-D.-10: Ley 20.744, de contrato de trabajo y sus modificatorias. Modificación de su artículo 205 sobre salarios (Orden del Día N° 2.431).

2.204-D.-11: Ley de Promoción para la Toma de Conciencia sobre la Relevancia Social de la Donación de Órganos (Orden del Día N° 2.930).

2.821-D.-11: Ley de Promoción, Regulación y Supervisión Pedagógica de las Instituciones que Brindan Educación y Cuidado a la Primera Infancia (Orden del Día N° 3.012, en impresión).

3.366-D.-11: Ley 24.600. De estatuto y escalafón para el personal del Congreso de la Nación. Modificación de su artículo 5°, sobre condiciones de ingreso (Orden del Día N° 2.437).

3.640-D.-10: Juzgado Federal de Primera Instancia en la ciudad de San Miguel de Tucumán, provincia de Tucumán. Creación (Orden del Día N° 3.021, en impresión).

4.638-D.-09: Ley 25.284, sobre régimen especial de administración de las entidades deportivas con dificultades económicas. Modificación de su artículo 22 (Orden del Día N° 2.391).

5.724-D.-08: Inmueble propiedad del Estado nacional ubicado en la estación Remedios de Escalada, partido de Lanús, provincia de Buenos Aires. Transferencia a título gratuito a la Universidad Nacional de Lanús (Orden del Día N° 2.563).

6.026-D.-10: Moneda de curso legal con la imagen de las cataratas del Iguazú, en conmemoración del Bicentenario de la Revolución de Mayo de 1810. Acuñación (Orden del Día N° 2.345).

7.039-D.-10: Universidad Autónoma de Entre Ríos. Equiparación de la misma con las universidades nacionales, a los fines de la percepción de recursos

extrapresupuestarios de fuente nacional (Orden del Día N° 3.011, en impresión).

7.342-D.-10: Moneda con la imagen del solar histórico de San Francisco del Monte de Oro, del departamento de Ayacucho, provincia de San Luis, en conmemoración del bicentenario del natalicio de Domingo Faustino Sarmiento. Acuñación (Orden del Día N° 2.346).

8.611-D.-10: Moneda en conmemoración del Centenario de la Ley Sáenz Peña, sobre voto universal, secreto y obligatorio. Acuñación (Orden del Día N° 2.347).

34-S.-10: Autorizar al Poder Ejecutivo nacional a transferir sin cargo a la Agrupación Mapuche Curruhuinca el dominio en propiedad comunitaria de diversas parcelas de tierras nacionales.

8.385-D.-10: Día de los Adolescentes y Jóvenes por la Inclusión Social y la Convivencia contra toda Forma de Violencia y Discriminación, en conmemoración al natalicio de Ana Frank. Declaración como tal al día 12 de junio (Orden del Día N° 2.922).

CONSIDERANDO los artículos 35 y 36 del Reglamento de la Honorable Cámara,

El presidente de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación

RESUELVE:

Artículo 1º – Citar a los señores diputados a la realización de una sesión especial para el día 30 de noviembre de 2011, a las 14 horas, a fin de considerar los siguientes temas:

3.277-D.-11: Academia de Ciencias Médicas de Córdoba. Inclusión de la misma en el régimen del decreto ley 4.362/55, ratificado por la ley 14.467, pasando a denominarse Academia Nacional de Ciencias Médicas de Córdoba (Orden del Día N° 2.875).

279-D.-10: Inmueble propiedad de la firma Mojacar S.A., sito en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Declaración de utilidad pública y sujeto a expropiación con destino a la Dirección Nacional del Registro Nacional de las Personas, dependiente del Ministerio del Interior (Orden del Día N° 2.088).

7.243-D.-10 (y otros): Derecho a la identidad de género (Orden del Día N° 2.913).

3.751-D.-11 (y otros): Ley 26.529 –derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud–. Incorporación de la muerte digna (Orden del Día N° 3.040, en impresión).

492-D.-10 (y otros): Fertilización asistida. Incorporar al Programa Médico Obligatorio la infertilidad como enfermedad y su tratamiento (Orden del Día N° 3.018).

15-S.-11: Acuerdo entre el Gobierno de la República Argentina y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura –

UNESCO– sobre la creación en Buenos Aires del Centro Internacional para la Promoción de los Derechos Humanos, como centro de categoría 2, suscrito en Buenos Aires el 13 de febrero de 2009. Aprobación (Orden del Día N° 3.013, en impresión).

29-S.-10: Adhesión de la República Argentina al Fondo Multilateral de Inversión II –FOMIN II– del Banco Interamericano de Desarrollo –BID–. Aprobación (Orden del Día N° 2.091).

51-S.-11: Juzgado Federal de Primera Instancia N° 2 con asiento en la ciudad capital de la provincia de Santiago del Estero. Creación (Orden del Día N° 3.038, en impresión).

52-S.-11: Juzgado Federal de Primera Instancia con asiento en la ciudad de Puerto Iguazú, provincia de Misiones. Creación (Orden del Día N° 3.019, en impresión).

53-S.-11: Defensoría Pública Oficial y Fiscalía de Primera Instancia que actuarán ante el Juzgado Federal de Primera Instancia de Esquel, provincia del Chubut. Creación (Orden del Día N° 2.350).

54-S.-11: Fiscalía Federal N° 2 con asiento en la ciudad de Neuquén, provincia del Neuquén. Creación (Orden del Día N° 3.020).

77-S.-10 (y otros): Ley 20.744 (t. o. 1976), de régimen de contrato de trabajo, sobre indemnización por antigüedad en caso muerte de trabajador. Modificación (Orden del Día N° 2.121).

80-S.-10: Edificio de la actual Facultad de Ingeniería, ex sede central de la Fundación Eva Perón, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Declaración como monumento histórico nacional (Orden del Día N° 2.396).

83-S.-09: Autopista ubicada sobre la ruta nacional 66, situada al sudeste de la provincia de Jujuy, en inmediaciones de la ciudad de San Salvador de Jujuy, entre el empalme con la ruta nacional 9-Aeropuerto Internacional “Gobernador Horacio Guzmán”. Denominación a la misma como “Presidente doctor Raúl Ricardo Alfonsín” (Orden del Día N° 1.986).

90-S.-10: Juzgado Federal de Primera Instancia N° 2, con asiento en la ciudad de Rawson, provincia del Chubut. Creación (Orden del Día N° 2.086).

95-S.-11: Acuerdo entre el Gobierno de la República Argentina y el Gobierno de la República Federal de Alemania sobre la Coproducción de Películas, celebrado en Buenos Aires el 8 de marzo de 2010. Aprobación (Orden del Día N° 2.910).

97-S.-11: Protocolo de Integración Educativa y Reconocimiento de Certificados, Títulos y Estudios de Nivel Primario /Fundamental /Básico y Medio/Secundario entre los Estados partes de Mercosur y Estados asociados, suscrito en San Juan, República Argentina, el 2 de agosto de 2010. Aprobación (Orden del Día N° 3.014).

98-S.-11: Acuerdo entre el Gobierno de la República Argentina y el Gobierno de la República Federativa

de Brasil relativo al Intercambio de Pasantes, suscrito en Buenos Aires el 14 de agosto de 2001. Aprobación (Orden del Día N° 2.911).

100-S.-11: Protocolo Adicional al Tratado Constitutivo de UNASUR sobre Compromiso con la Democracia, celebrado en Georgetown, República Cooperativa de Guyana, el 26 de noviembre de 2010. Aprobación (Orden del Día N° 2.623).

111-S.-11: Día del Bicentenario de la Creación y Primera Jura de la Bandera, el 27 de febrero de 2012, como feriado extraordinario en todo el territorio nacional. Designación (Orden del Día N° 2.395).

130-S.-11: Entrada de tropas extranjeras al territorio nacional y la salida fuera de él de fuerzas nacionales, según corresponda, para que participen del Programa de Ejercitaciones Combinadas desde el 1° de septiembre de 2011 hasta el 31 de agosto de 2012. Autorización (Orden del Día N° 2.789).

413-D.-11: Designación con el nombre de “Doctor Mariano Moreno” a la Biblioteca Nacional (Orden del Día N° 2.827).

500-D.-11 (y otros): Código Penal, sobre delitos contra la integridad de los menores. Modificación (Orden del Día N° 2.929).

927-D.-11: Cinco (5) juzgados federales de primera instancia de la seguridad social, denominados con los números 11, 12, 13, 14 y 15 con asiento en Capital Federal. Creación (Orden del Día N° 2.223).

1.000-D.-11: Régimen de Contrato de Trabajo aprobado por ley 20.744 (t. o. 1976) y sus modificatorias, sobre la no discriminación. Modificación (Orden del Día N° 2.220).

1.219-D.-11: Feria Internacional de la Alimentación Rosario (FIAR), desarrollada desde el año 1998, en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. Declaración de interés nacional (Orden del Día N° 2.788).

1.433-D.-11: Ley de Impuesto a las Ganancias (texto ordenado por decreto 649/97 y sus modificatorias). Modificación sobre deducciones especiales para personas discapacitadas (Orden del Día N° 2.392).

1.788-D.-11: Régimen para el Fomento, Promoción y Desarrollo de los Camélidos Sudamericanos Domésticos (Orden del Día N° 3.005).

1.981-D.-10: Ley 20.744, de contrato de trabajo y sus modificatorias. Modificación de su artículo 205 sobre salarios (Orden del Día N° 2.431).

2.204-D.-11: Ley de Promoción para la Toma de Conciencia sobre la Relevancia Social de la Donación de Órganos (Orden del Día N° 2.930).

2.821-D.-11: Ley de Promoción, Regulación y Supervisión Pedagógica de las Instituciones que Brindan Educación y Cuidado a la Primera Infancia (Orden del Día N° 3.012, en impresión).

3.366-D.-11: Ley 24.600. De estatuto y escalafón para el personal del Congreso de la Nación. Modifi-

cación de su artículo 5°, sobre condiciones de ingreso (Orden del Día N° 2.437).

3.640-D.-10: Juzgado Federal de Primera Instancia en la ciudad de San Miguel de Tucumán, provincia de Tucumán. Creación (Orden del Día N° 3.021, en impresión).

4.638-D.-09: Ley 25.284, sobre régimen especial de administración de las entidades deportivas con dificultades económicas. Modificación de su artículo 22 (Orden del Día N° 2.391).

5.724-D.-08: Inmueble propiedad del Estado nacional ubicado en la estación Remedios de Escalada, partido de Lanús, provincia de Buenos Aires. Transferencia a título gratuito a la Universidad Nacional de Lanús (Orden del Día N° 2.563).

6.026-D.-10: Moneda de curso legal con la imagen de las cataratas del Iguazú, en conmemoración del Bicentenario de la Revolución de Mayo de 1810. Acuñación (Orden del Día N° 2.345).

7.039-D.-10: Universidad Autónoma de Entre Ríos. Equiparación de la misma con las universidades nacionales, a los fines de la percepción de recursos extrapresupuestarios de fuente nacional (Orden del Día N° 3.011, en impresión).

7.342-D.-10: Moneda con la imagen del solar histórico de San Francisco del Monte de Oro, del departamento de Ayacucho, provincia de San Luis, en conmemoración del bicentenario del natalicio de Domingo Faustino Sarmiento. Acuñación (Orden del Día N° 2.346).

8.611-D.-10: Moneda en conmemoración del Centenario de la Ley Sáenz Peña, sobre voto universal, secreto y obligatorio. Acuñación (Orden del Día N° 2.347).

34-S.-10: Autorizar al Poder Ejecutivo nacional a transferir sin cargo a la Agrupación Mapuche Curru-huinca el dominio en propiedad comunitaria de diversas parcelas de tierras nacionales.

8.385-D.-10: Día de los Adolescentes y Jóvenes por la Inclusión Social y la Convivencia contra toda Forma de Violencia y Discriminación, en conmemoración al natalicio de Ana Frank. Declaración como tal al día 12 de junio (Orden del Día N° 2.922).

Art. 2° –Comuníquese y archívese.

Eduardo A. Fellner.

3

RENUNCIAS

Sr. Presidente (Fellner). – La Presidencia informa que obran en Secretaría las renunciaciones correspondientes al período 2007-2011, presentadas por los señores diputados: Germán Enrique Alfaro, a partir de 21 de octubre del corriente año; Gerónimo Vargas Aignasse, a

to; tenemos dos horas y cuarenta y cinco minutos de debate y diecisiete diputados anotados para hacer uso de la palabra en el tratamiento de la primera de las leyes. Yo sugeriría hacer un cuarto intermedio de cinco minutos, permaneciendo en nuestras bancas, para cerrar ahora esos acuerdos y sentarnos a definir qué votamos. Si no, la inercia nos va a llevar a no votar ninguna de las leyes, porque si nadie reduce su tiempo ni se borra de la lista llegaremos a las doce de la noche sin votar siquiera en general la iniciativa que tenemos que tratar ahora.

Sugiero que hagamos un cuarto intermedio de cinco minutos, con permanencia en las bancas, para que los presidentes de los bloques cerremos ese acuerdo, autoricemos las inserciones correspondientes y votemos. Si discursásemos, no votamos. No hay otra posibilidad.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración la moción de pase a cuarto intermedio de cinco minutos, con permanencia de los señores diputados en las bancas.

Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Rossi (A. O.). – Señor presidente: sugiero que empecemos el debate. Me parece que lo que tenemos que hacer es empezar el tratamiento de los proyectos y resolver la situación en el marco del debate.

Un cuarto intermedio de cinco minutos después termina siendo de quince, con lo cual en lugar de dos horas y 45 minutos de debate vamos a tener dos horas y media.

Por lo tanto, reitero mi pedido de que empecemos con el tratamiento del proyecto. Hay un temario acordado. Durante la discusión podemos ver cómo resolvemos la situación. Éstos no son temas que se puedan resolver durante la discusión en general sin que sostengamos también la discusión en particular. Veamos hasta dónde avanzamos en el debate y cómo resolvemos las diferencias que se puedan plantear.

Sr. Presidente (Fellner). – Más allá de lo planteado por el señor diputado por Santa Fe, corresponde que la Honorable Cámara se expida sobre la moción formulada por el señor diputado Macaluse.

Se va a votar.

–Resultado negativa.

Sr. Presidente (Fellner). – Queda rechazada la moción.

24

INCORPORACIÓN DE LA MUERTE DIGNA (Orden del Día N° 3.040)

I

Dictamen de mayoría¹

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Legislación General y de Derechos Humanos y Garantías han considerado el proyecto de ley del señor diputado Bonasso sobre dignidad de los enfermos en situación terminal o de agonía; el proyecto de ley del señor diputado Vega y otros señores diputados sobre muerte digna; el proyecto de ley del señor diputado Milman y el proyecto de ley del señor diputado Rivas y otros señores diputados, ambos sobre derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud –ley 26.529–, modificaciones sobre derechos del paciente e incorporación de la muerte digna y cuidados paliativos integrales, habiendo tenido a la vista el proyecto de ley de la señora diputada Bianchi (expediente 4.214-D.-11) y el del señor diputado Pérez, A. (expediente 5.246-D.-11) y, por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante, aconsejan la sanción del siguiente

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

MODIFICACIÓN DE LA LEY 26.529 –DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACIÓN CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD–. INCORPORACIÓN DE LA MUERTE DIGNA

Artículo 1° – Modifícase el inciso e) del artículo 2° de la ley 26.529 –derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud– el que quedará redactado de la siguiente manera:

e) *Autonomía de la voluntad.* El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, así como también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos

¹ Artículo 108 del reglamento.

médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital; cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a las perspectivas de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado.

En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.

Art. 2° – Modificase el artículo 5° de la ley 26.529 –derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud– el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 5°: *Definición.* Entiéndese por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;
- g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación a las

perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado;

- h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

Art. 3° – Modificase el artículo 6° de la ley 26.529 –derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud– el que quedará redactado de la siguiente manera:

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

En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la ley 24.193, con los requisitos y con en el orden de prelación allí establecido.

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

Art. 4° – Incorpórase en el artículo 7° de la ley 26.529, el siguiente inciso:

- f) En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5° deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto.

Art. 5° – Modifíquese el artículo 10 de la ley 26.529 –derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud– el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 10: *Revocabilidad.* La decisión del paciente, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica.

Las personas mencionadas en el artículo 21 de la ley 24.193 podrán revocar su anterior decisión con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido.

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

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

Art. 6º – Modifíquese el artículo 11 de la ley 26.529 –derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud– el que quedará redactado de la siguiente manera:

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

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.

Art. 7º – Incorpórase como artículo 11 bis de la ley 26.529 –derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud– el siguiente texto:

Artículo 11 bis: Ningún profesional interviene que haya obrado de acuerdo a las disposiciones de la presente ley, está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del estricto cumplimiento de la misma.

Art. 8º – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de las comisiones, 15 de noviembre de 2011.

Vilma L. Ibarra. – Victoria A. Donda Pérez. – Remo G. Carlotto. – María C. Regazzoli. – Jorge Rivas.¹ – Miguel Á. Barrios. – Verónica C. Benas. – Diana B. Conti. – María C. Cremer de Busti. – Juliana di Tullio. – Mónica H. Fein. – Juan C. D. Gullo. – Fabián F. Peralta. – Julia A. Perié. – Ana Perroni. – Adela R. Segarra. – María L. Storani. – Silvia Storni.

En disidencia parcial:

Carlos A. Favario. – Julián M. Obiglio. – Juan C. Vega.

FUNDAMENTOS DE LA DISIDENCIA PARCIAL DEL SEÑOR DIPUTADO JULIÁN OBIGLIO

Señor presidente:

Tengo el agrado de dirigirme a vuestra honorabilidad a fin de fundar mi disidencia parcial al dictamen unificado de mayoría de los proyectos de ley 3.751-D.-11, 4.086-D.-11, 4.139-D.-11 y 4.855-D.-11, en virtud del cual se modifica la ley 26.529, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, incorporando el derecho a la muerte digna.

Es importante destacar que los proyectos unificados en el dictamen de mayoría incorporan a nuestro ordenamiento jurídico positivo el derecho de los pacientes a tener una muerte digna, evitando el encarnizamiento terapéutico, lo que significa consagrar el derecho a rechazar la aplicación de tratamientos desproporcionados o desmesurados en relación a las posibilidades de mejoría del paciente, los cuales prolongan artificial e innecesariamente el proceso natural de la muerte en determinados casos de enfermedad terminal, irreversible o incurable.

Sin embargo, deben suprimirse de la modificación propuesta las referencias contempladas en los artículos 1º y 2º que autorizan al paciente a rechazar su alimentación e hidratación, pues ello no resulta conteste con el concepto de muerte digna, que importa el derecho a recibir de manera natural la muerte, esto es, el fin del ciclo vital, pero este concepto de muerte digna no se relaciona, de ningún modo, con la inducción de la muerte, o con la demora artificial de la muerte.

La alimentación y la hidratación no son algo ajeno a la manera natural de vivir del ser humano. No es artificial comer ni beber. No alimentar ni hidratar a alguien, es eutanasia por omisión. No se puede decir que alimentar e hidratar al enfermo es una manera desmedida de mantener la vida del enfermo terminal. Si la vida del enfermo se mantiene solamente gracias a la alimentación y la hidratación, quiere decir que no se están aplicando otros medios para mantener esa vida, por lo tanto no habría en estos casos encarnizamiento terapéutico, que es, en cambio, la práctica médica reprobada por la norma.

Por otra parte, debe suprimirse del artículo 6º la consagración del derecho del paciente a rechazar los tratamientos médicos paliativos, pues estos tratamientos tienen como finalidad ayudar al paciente a recibir de la manera menos dolorosa posible, su muerte, aliviando sus padecimientos físicos y psíquicos.

De más está decir, que uno de los principios del arte de curar, es precisamente el de aliviar el dolor en la enfermedad.

Por estas razones es que he firmado en disidencia parcial el dictamen unificado de mayoría.

Julián M. Obiglio.

¹ Conste que consultado el señor diputado nacional doctor Jorge Rivas, si era su voluntad firmar el presente dictamen, leído que le fuera, asintió.

INFORME

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Legislación General y de Derechos Humanos y Garantías han considerado el proyecto de ley del señor diputado Bonasso sobre dignidad de los enfermos en situación terminal o de agonía; el proyecto de ley del señor diputado Vega y otros señores diputados sobre muerte digna; el proyecto de ley del señor diputado Milman y el proyecto de ley del señor diputado Rivas y otros señores diputados ambos sobre derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud –ley 26.529–, modificaciones sobre derechos del paciente e incorporación de la muerte digna y cuidados paliativos integrales, habiendo tenido a la vista el proyecto de ley de la señora diputada Bianchi (expediente 4.214-D.-11) y el del señor diputado Pérez, A. (expediente 5.246-D.-11). Luego de su estudio resuelven despacharlos favorablemente con modificaciones unificados en un solo dictamen.

Vilma L. Ibarra. – Victoria Donda Pérez.

II

Dictamen de minoría

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Legislación General y de Derechos Humanos y Garantías han considerado el proyecto de ley del señor diputado Bonasso sobre dignidad de los enfermos en situación terminal o de agonía; el proyecto de ley del señor diputado Vega y otros señores diputados sobre muerte digna; el proyecto de ley del señor diputado Milman y el proyecto de ley del señor diputado Rivas y otros señores diputados ambos sobre derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud –ley 26.529–, modificaciones sobre derechos del paciente e incorporación de la muerte digna y cuidados paliativos integrales, habiendo tenido a la vista el proyecto de ley de la señora diputada Bianchi (expediente 4.214-D.-11) y el del señor diputado Pérez, A. (expediente 5.246-D.-11); y, por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante, aconsejan la sanción del siguiente

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

**MODIFICACIÓN DE LA LEY 26.529
–DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACIÓN
CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES
DE LA SALUD– INCORPORACIÓN
DE LA MUERTE DIGNA**

Artículo 1° – Modifícase el inciso e) del artículo 2° de la ley 26.529 –derechos del paciente en su relación

con los profesionales e instituciones de la salud– el que quedará redactado de la siguiente manera:

e) *Autonomía de la voluntad.* El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, así como también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a las perspectivas de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado.

En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.

Art. 2° – Modifíquese el artículo 5° de la ley 26.529 –derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud– el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 5°: *Definición.* Entiéndese por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;

- g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación a las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado;
- h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

En el supuesto previsto en el inciso g) deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto.

Art. 3° – Modifíquese el artículo de 6° de la ley 26.529 –derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud–, el que quedará redactado de la siguiente manera:

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

En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo será dado por su representante legal o, en su defecto, el cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares del paciente hasta el cuarto grado de consanguinidad.

Art. 4° – Modifíquese el artículo 10 de la ley 26.529 –derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud–, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 10: *Revocabilidad.* La decisión del paciente, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica.

En caso de incapacidad o imposibilidad de firmar del paciente a causa de su estado físico o psíquico, lo hará su representante legal o, en su

defecto, el cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares del paciente hasta el cuarto grado de consanguinidad.

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

Art. 5° – Modifíquese el artículo 11 de la ley 26.529 –derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud– el que quedará redactado de la siguiente manera:

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

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de Primera Instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.

Art. 6° – Incorpórase como artículo 11 bis de la ley 26.529 –derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud– el siguiente texto:

Artículo 11 bis: Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo a las disposiciones de la presente ley, está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del estricto cumplimiento de la misma.

Art. 7° – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de las comisiones, 15 de noviembre de 2011.

Antonio A. M. Morante. – María V. Linares. – María E. P. Chieno. – Mario R. Fiad. – Francisco J. Fortuna. – Nora G. Iturraspe. – Claudio R. Lozano. – Eduardo G. Macaluse. – Silvia C. Majdalani. – Marta G. Michetti. – Héctor H. Piemonte. – Sergio D. Pinto. – Mónica L. Torfe.

INFORME

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Legislación General y de Derechos Humanos y Ga-

rantías han considerado el proyecto de ley del señor diputado Bonasso sobre dignidad de los enfermos en situación terminal o de agonía; el proyecto de ley del señor diputado Vega y otros señores diputados sobre muerte digna; el proyecto de ley del señor diputado Milman y el proyecto de ley del señor diputado Rivas y otros señores diputados, ambos sobre derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud –ley 26.529–, modificaciones sobre derechos del paciente e incorporación de la muerte digna y cuidados paliativos integrales, habiendo tenido a la vista el proyecto de ley de la señora diputada Bianchi (expediente 4.214-D-11) y el del señor diputado Pérez, A. (expediente 5.246-D-11). Luego de su estudio resuelven despacharlos favorablemente con modificaciones unificados en un solo dictamen.

Antonio A. M. Morante.

ANTECEDENTES

1

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

PROTECCIÓN DE LA DIGNIDAD DE LOS ENFERMOS EN SITUACIÓN TERMINAL O DE AGONÍA

Artículo 1º – *Objeto y fines.* La presente ley tiene por objeto regular la protección de la dignidad de los enfermos en situación terminal o de agonía, a cuyo fin garantiza la autonomía de los pacientes y el respeto a su voluntad.

Art. 2º – *Situación terminal y agonía.* La situación terminal se configura ante la presencia de una patología avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de mejora o respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado y en la que pueden concurrir síntomas intensos y cambiantes que requerirán una asistencia paliativa específica.

La agonía es la fase gradual que precede a la muerte y que se manifiesta clínicamente por un deterioro físico grave, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad de relación y de ingesta, pronóstico vital de pocos días.

Art. 3º – *Información.* Toda persona que se encuentre en situación terminal o de agonía deberá ser informada en forma adecuada de su estado clínico, por el profesional o equipo médico interviniente.

Cuando se tratare de un paciente incapaz, o que a causa de su estado terminal o agónico no se encontrare consciente o en uso pleno de sus facultades mentales, la información aludida en el párrafo anterior le será brindada al representante legal o al cónyuge, descendientes, ascendientes, o parientes consanguíneos hasta el segundo grado del paciente, en este orden de prelación.

La decisión libre y voluntaria del paciente de no recibir información acerca de su situación terminal deberá ser respetada por el personal médico. En tal caso, se le solicitará al paciente que designe a una persona para que reciba dicha información y tome las decisiones necesarias en su representación.

Art. 4º – *Rechazo al procedimiento o intervención.* La persona que se encuentre en situación terminal o de agonía tiene derecho a rechazar la aplicación de procedimientos e intervenciones sanitarias propuestas por los profesionales intervinientes y/o revocar el consentimiento prestado ante un procedimiento o intervención concreta, aun cuando tales decisiones pudieran poner en peligro su vida.

Art. 5º – *Forma.* El rechazo o la revocatoria del consentimiento decidida por el paciente frente a determinado procedimiento o intervención sanitaria deberá constar por escrito, ser suscrita por éste e incorporarse a su historia clínica. Si el paciente no pudiese firmar, lo hará su representante legal o cónyuge, descendientes, ascendientes o parientes consanguíneos hasta el segundo grado, en este orden de prelación, quienes actuarán como testigos a su ruego, dejando constancia de su identificación y del motivo que impide la firma de aquél.

Art. 6º – *Alivio del dolor.* El rechazo o la revocatoria del consentimiento decidida por el paciente frente a la aplicación de un procedimiento o intervención sanitaria no comprenderá la interrupción de aquellas medidas tendientes a obtener el alivio de su dolor.

Art. 7º – *Declaración de voluntad en forma anticipada.* Es válida la declaración de voluntad en forma anticipada, respecto del rechazo a la aplicación de procedimientos y/o intervenciones sanitarias en caso de situación terminal o agonía del declarante.

En tales casos, la declaración de voluntad deberá efectuarse por escrito, con la firma del manifestante, en instrumento público y ante un escribano. La declaración de voluntad en forma anticipada sólo es revocable por quien la manifestó.

Art. 8º – *Responsabilidad médica.* Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley estará sujeto a responsabilidad civil, penal o administrativa, derivada del estricto cumplimiento de la misma.

Art. 9º – Comuníquese al Poder Ejecutivo

Miguel L. Bonasso.

2

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

Artículo 1º – *Objeto.* La presente ley tiene como objeto regular el ejercicio de los derechos de la persona durante el proceso de su muerte, los deberes del personal sanitario que atiende a esas personas, así como

las garantías que las instituciones sanitarias estarán obligadas a proporcionar con respecto a ese proceso.

Todo ello reposa en la natural dignidad humana y de la cual, son derivación los derechos humanos sin más.

Art. 2º – *Fines*. La presente ley tiene como fines:

- a) Proteger y asegurar la dignidad e integridad de la vida humana en el proceso de morir, como derecho humano indisponible;
- b) Reconocer y asegurar los proyectos autónomos de la persona así como también, el respeto a su voluntad en el proceso de la muerte, incluyendo la manifestada de forma anticipada mediante una declaración vital de voluntad.

Art. 3º – *Definiciones*. A los efectos de la presente ley, se entiende por:

- a) *Calidad de vida*: Satisfacción individual ante las condiciones objetivas de vida desde los valores y las creencias personales;
- b) *Integridad personal*: Derecho al goce de su integridad física, psíquica y moral a tenor de los alcances del artículo 5º de la Convención Americana de Derechos Humanos;
- c) *Consentimiento informado*: La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada por parte de los profesionales correspondientes, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud;
- d) *Cuidados paliativos*: Conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral, a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal o de agonía, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor y otros síntomas físicos y/o psíquicos;
- e) *Personas en proceso de muerte*: Personas que se encuentran en situación terminal o de agonía;
- f) *Situación de agonía*: Fase gradual que precede a la muerte y que se manifiesta clínicamente por un deterioro físico grave, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad de relación y de ingesta, y pronóstico vital terminal;
- g) *Situación terminal*: Presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado, acreditado todo por médicos especialistas. Certificado que deberá demostrar que concurren síntomas intensos y cambiantes que requieren una gran intensidad en las inter-

venciones específicas por parte de profesionales sanitarios;

- h) *Situación de incapacidad de hecho*: Situación de inconsciencia o su pérdida parcial de tal modo que en las incapaciten para el entendimiento o ejercicio de la voluntad para gobernar su vida en forma autónoma. Para determinar judicialmente este estado de incapacidad, bastará un certificado de médico especialista;
- i) *Declaración vital de voluntad*: Manifestación escrita, hecha para ser incorporada al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas, por una persona capaz que, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones que deben respetarse en la atención sanitaria que reciba en caso de enfermedad terminal;
- j) *Representante*: Persona mayor de edad y capaz que emite el consentimiento por representación de otra, habiendo sido designada para tal función mediante una declaración vital de voluntad anticipada manifestada de cualquier modo escrito y que conste, en la historia clínica o, de no existir éstas, siguiendo las disposiciones legales vigentes en la materia.

Art. 4º – *Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado*.

1. Las personas que se encuentren en el proceso de muerte tienen el derecho a tomar sus decisiones –respecto a las intervenciones sanitarias que les afecten– con el más completo desarrollo informativo que le precede.

Art. 5º – *Derecho al rechazo y a la retirada de una intervención*.

1. La persona que se encuentre en el proceso de muerte, agonía o terminal, tiene derecho a rechazar la intervención propuesta por los profesionales sanitarios –con las salvedades hechas en el artículo 13, siempre que esté fundado en un proceso de información suficiente, aunque con ello, se pueda poner en peligro la propia vida del rechazante. En particular a rechazar tratamientos mecánicos o farmacológicos de prolongación de vida. Dicho rechazo deberá constar por escrito. Si no pudiese firmar, firmará por el paciente una persona que actuará como testigo a su ruego, dejando constancia de su identificación y del motivo que impide la firma por la persona que rechaza la intervención propuesta. Todo deberá constar en la historia clínica o en la declaración vital de voluntad.

Art. 6º – *Derecho a realizar la declaración de voluntad vital anticipada. Inscripción en el Registro Público de Voluntades Anticipadas. Modificación, revocación y sustitución. Excepciones*.

1. Toda persona mayor de edad y en pleno goce de sus facultades mentales –lo cual estará

debidamente certificado por un profesional habilitado— tiene el derecho a formalizar su declaración vital de voluntad en las condiciones establecidas en esta ley y en el resto de normativa que sea de aplicación.

2. Dicha declaración vital de voluntad se expresará por escrito y en forma anticipada, y se podrá inscribir en el Registro Público de Voluntades Anticipadas a crearse, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, en el cual las personas podrán inscribir el otorgamiento, modificación, sustitución y revocación de los documentos de voluntades anticipadas.
3. Esa declaración de voluntad vital anticipada se incorporará a la historia clínica del paciente a su pedido personal y sin mayores formalidades.
4. La declaración vital de voluntad anticipada e inscrita en el Registro referido, podrá ser modificada, revocada o sustituida por otra en cualquier momento y siempre que la persona otorgante goce de las capacidades y aptitudes establecidas en el punto 1 de este artículo. Si el documento de voluntades anticipadas hubiera sido modificado, sustituido o revocado, se tendrá en cuenta el contenido del último documento otorgado. La declaración tendrá una validez jurídica médica de cinco años desde la fecha en que ha sido extendida, y podrá ser revocada tantas veces se quiera.
5. Cuando en la declaración de voluntad vital anticipada se designe a una persona representante, ésta siempre actuará buscando el mayor beneficio y el respeto a la dignidad personal de la persona a la que represente. En todo caso velará para que, en las situaciones clínicas contempladas en la declaración, se cumplan las instrucciones que la persona a la que represente haya dejado establecidas y las que no están previstas las interpretará de la forma y manera en que se represente el juicio decisorio que haría su representado, a cuyo efecto tendrá especialmente en cuenta, los valores u opciones vitales recogidos en la citada declaración.
6. Para la toma de decisiones en las situaciones clínicas no contempladas explícitamente en la declaración de voluntad vital anticipada y no existe representante legal alguno, a fin de presumir la voluntad que tendría el paciente si estuviera en ese momento en situación de capacidad, se tendrá en cuenta el informe de los médicos que lo hayan podido conocer o los registros existentes en la historia clínica.
7. Mientras la persona otorgante conserve su capacidad, su libertad de actuación y la posibilidad de expresarse, su voluntad prevalece sobre las instrucciones contenidas en el do-

cumento de voluntades anticipadas ante cualquier intervención clínica.

Art. 7º – Derechos de las personas en situaciones de incapacidad respecto a la información, la toma de decisiones y el consentimiento informado.

1. Cuando la persona esté en situación de incapacidad de hecho, a criterio de su médico responsable, tanto la recepción de la información, como la prestación del consentimiento, se realizará, por este orden, por la persona designada específicamente a tal fin en la declaración vital de voluntad, por la persona que actúe como representante legal, por el cónyuge o persona vinculada por análoga relación de afectividad, por los familiares de grado más próximo y dentro del mismo grado el de mayor edad, sin perjuicio de lo que pudiera decidir la autoridad judicial competente conforme a la legislación procesal.
2. En el caso de pacientes incapacitados judicialmente se estará a lo dispuesto en la sentencia judicial de incapacidad, salvo que en ella no exista prohibición o limitación expresa sobre la recepción de información o la prestación del consentimiento informado, situación en la cual el médico responsable valorará la capacidad de hecho del paciente, en razón de las particularidades establecidas en los artículos 3º y 4º.
3. La situación de incapacidad no obsta para que el paciente sea informado y participe en el proceso de toma de decisiones de modo adecuado a su grado de discernimiento.
4. El ejercicio de los derechos de los pacientes que se encuentren en situación de incapacidad se hará siempre buscando su mayor beneficio y el respeto a su dignidad personal. Para la interpretación de la voluntad del paciente se tendrán en cuenta tanto sus deseos expresados previamente, como los que hubiera formulado presuntamente de encontrarse ahora en situación de capacidad.

Art. 8º – Deberes respecto a la información clínica.

1. El médico o médica responsable del paciente deberá garantizar el cumplimiento del derecho a la información establecido en el artículo 4º, 5º y 6º.
2. El resto de los profesionales sanitarios que le atiendan durante el proceso asistencial, también tienen obligación de facilitar información clínica en función de su grado de responsabilidad y participación en el proceso de atención sanitaria.
3. Se informará acabadamente acerca de la existencia de los tratamientos médicos paliativos del dolor, que como tal deben estar previstos

de rutina en los establecimientos hospitalarios públicos o privados.

4. Los profesionales a los que se refieren los apartados 1 y 2 dejarán constancia en la historia clínica de que dicha información fue proporcionada.

Art. 9º – Deberes respecto a la toma de decisiones clínicas.

1. El médico o médica responsable, antes de realizar cualquier intervención sanitaria a una persona en proceso de muerte, deberá asegurarse de que la misma está clínicamente indicada, elaborando su juicio clínico al respecto basándose en el estado de la ciencia, en la evidencia científica disponible, en su saber profesional, en su experiencia y en el estado clínico, gravedad y pronóstico de la persona afecta. Cuidará especialmente de no imponer realizaciones médicas propias del encarnizamiento terapéutico. En el caso de que este juicio profesional concluya en la indicación de una intervención sanitaria, someterá entonces la misma al consentimiento libre y voluntario del paciente, que podrá aceptar la intervención propuesta, elegir libremente entre las opciones clínicas disponibles, o rechazarla, en los términos previstos en la presente ley.
2. Todos los profesionales sanitarios implicados en la atención del paciente tienen la obligación de respetar los valores, creencias y preferencias del paciente en la toma de decisiones clínicas, debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas, aunque de tales no ejecuciones se ponga en riesgo vital la persona del enfermo.
3. En todo momento se informa al paciente, respecto de los tratamientos paliativos al dolor y se brindará el máximo posible de contención psicológica, emocional y familiar que sea disponible acorde a la naturaleza del padecimiento.

Art. 10. – Deberes respecto a la declaración vital de voluntad.

1. Todos los profesionales sanitarios están obligados a proporcionar a las personas que se la soliciten, información acerca del derecho a formular la declaración vital de voluntad de igual manera la institución hospitalaria pública o privada deberá contar con información institucional a dicho respeto.
2. Los profesionales sanitarios tienen obligación de respetar los valores e instrucciones contenidas en la declaración vital de voluntad siempre que de ellas no se imponga una conducta

expresamente prohibida por las leyes. La violación a la misma por parte de médicos o instituciones de salud responsables de la atención y cuidado del declarante acarreará la obligación de indemnizar los daños y perjuicios causados a las personas afectadas. Ningún médico o institución de salud será responsable civil o criminalmente por el cumplimiento de esta ley.

Art. 11. – Deberes respecto a las personas que puedan hallarse en situación de incapacidad de hecho.

1. El médico o médica responsable es quien debe valorar si el paciente pudiera hallarse en una situación de incapacidad de hecho que le impidiera decidir por sí mismo. Tal valoración debe constar adecuadamente en la historia clínica del paciente. Para determinar la situación de incapacidad de hecho se evaluarán, entre otros factores que se estimen clínicamente convenientes, los siguientes:
 - a) Si tiene dificultades para comprender la información que se le suministra;
 - b) Si retiene defectuosamente dicha información durante el proceso de toma de decisiones;
 - c) Si no utiliza la información de forma lógica durante el proceso de toma de decisiones;
 - d) Si falla en la apreciación de las posibles consecuencias de las diferentes alternativas;
 - e) Si no logra tomar finalmente una decisión o comunicarla.
2. Para la valoración de estos criterios se podrá contar con la opinión de otros profesionales implicados directamente en la atención del paciente. Asimismo, se podrá consultar a la familia con objeto de conocer su opinión.
3. Una vez establecida la situación de incapacidad de hecho, el médico o médica responsable deberá hacer constar en la historia clínica los datos de la persona que deba actuar por el incapaz.

Art. 12. – Deberes respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico.

1. El médico o médica responsable del paciente, en el ejercicio de una buena práctica clínica, limitará el esfuerzo terapéutico, cuando la situación clínica del paciente lo aconseje, evitando el encarnizamiento terapéutico. La justificación de la limitación deberá constar en la historia clínica del paciente.
2. Dicha limitación requiere la opinión coincidente de, al menos, otros dos profesionales sanitarios de los que participen en la atención

sanitaria del paciente. Al menos uno de ellos deberá ser personal facultativo médico. La identidad de dichos profesionales y su opinión será registrada en la historia clínica.

Art. 13. – El ejercicio de los derechos reconocidos en esta ley no afectan de forma alguna la calidad del cuidado básico de salud (entre ellas: alimentación e hidratación), a la higiene, a la comodidad y seguridad que serán provistos para asegurar el respeto a la dignidad de la persona enferma y los naturales derechos humanos que de ella emergen y la misma calidad de vida que debe ser garantizada hasta el mismo momento de la muerte. Ni impiden la toma de decisiones personalísimas del paciente en situación de agonía terminal sobre prácticas médicas especializadas que busquen poner fin al sufrimiento de la vida humana.

Art. 14. – Créase el registro de voluntades anticipadas dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, en el que las personas voluntariamente podrán inscribir el otorgamiento, modificación, sustitución y la revocación de los documentos de voluntades anticipadas.

Art. 15. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Juan C. Vega. – Oscar E. Albrieu. – Raúl E. Barrandeguy. – Carlos M. Comi. – Francisco J. Fortuna. – Paula C. Merchán.

3

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

MODIFICACIÓN DE LA LEY 26.529. DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACIÓN CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD. INCORPORACIÓN DE LA MUERTE DIGNA

Artículo 1º – Modifíquese el inciso e) del artículo 2º de la ley 26.529, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 2º: *Derechos del paciente.* Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

[...]

e) *Autonomía de la voluntad.* El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, así como también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos a de la ley 26.061, a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

El que padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido un accidente que lo coloque en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación y de reanimación artificial, cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y sufrimiento desmesurado.

De la misma forma toda persona y en cualquier momento puede manifestar su voluntad de que no se implementen o se retiren las medidas de soporte vital que puedan conducir a una prolongación innecesaria de la agonía y que mantengan en forma penosa, gravosa y artificial la vida.

En todos los casos la negativa o el rechazo a la obtención de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación y de reanimación artificial o retiro de medidas de soporte vital no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones tendientes al confort y control de síntomas, para el adecuado control y alivio del dolor y el sufrimiento de las personas.

Art. 2º – Modifíquese el artículo 3º de la ley 26.529, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 3º: *Definición.* A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle, la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos, así como también la posibilidad de la negativa o el rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación de reanimación artificial o retiro de medidas de soporte vital.

Art. 3º – Modifíquese el artículo 5º de la ley 26.529, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 5º: *Definición*. Entiéndese por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;
- g) El derecho que le asiste al que padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido un accidente que lo coloque en igual situación, al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación y de reanimación artificial, cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y sufrimiento desmesurado;
- h) El derecho que le asiste a toda persona y en cualquier momento de que no se implementen o se retiren las medidas de soporte vital que puedan conducir a una prolongación innecesaria de la agonía y que mantengan en forma penosa, gravosa y artificial la vida.

En los supuestos previstos en los incisos g) y h) deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto.

Art. 4º – Modifíquese el artículo de 6º de la ley 26.529, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, el que quedará redactado de la siguiente manera:

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

En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a

causa de su estado físico o psíquico, el mismo será brindado por su representante legal o, en su defecto, el cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

Art. 5º – Modifíquese el artículo 10 de la ley 26.529, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 10: *Rechazo*. La decisión del paciente en cuanto a rechazar los tratamientos indicados por los profesionales actuantes se instrumentará por escrito, será suscrita por éste e incorporada a su historia clínica.

En caso de incapacidad o imposibilidad de firmar del paciente a causa de su estado físico o psíquico, lo hará su representante legal o, en su defecto, el cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

Dicha decisión puede ser revocada, en esos casos el profesional actuante sólo la acatará si se mantienen las condiciones de salud del paciente que en su oportunidad aconsejaron dicho tratamiento, fundándolo debidamente y dejándolo asentado en la historia clínica.

Art. 6º – Modifíquese el artículo 11 de la ley 26.529, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 11: *Directivas anticipadas*. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, respecto de los cuidados, tratamientos o prácticas que esté dispuesta a consentir o rechazar para el caso de encontrarse en una situación en que las circunstancias concurrentes no le permita expresar personalmente su voluntad.

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público; o ante los tribunales de familia para lo cual se requerirá de la presencia de tres testigos, de los cuales dos, como mínimo, no han de tener relación de parentesco hasta el segundo grado con el otorgante ni estar vinculados con él por relación patrimonial. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.

Art. 7º – Incorpórase como artículo 11 bis de la ley 26.529, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, el siguiente texto:

Artículo 11 bis: Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del estricto cumplimiento de la misma.

Art. 8° – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Gerardo F. Milman.

4

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados, ...

REFORMA LEY 26.529

Artículo 1° – Dispónese incorporar como segundo párrafo al artículo 1° de la ley 26.529, el siguiente:

Asimismo y de conformidad con los principios del artículo 2° de la presente ley, con el objeto de proteger la dignidad de la persona humana durante el proceso de su muerte, podrá el paciente enfermo en situación terminal, estado irreversible o de agonía tomar una decisión autónoma.

Queda:

Artículo 1°: El ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica, se rige por la presente ley.

Asimismo y de conformidad con los principios del artículo 2° de la presente ley, con el objeto de proteger la dignidad de la persona humana durante el proceso de su muerte, podrá el paciente enfermo en situación terminal, estado irreversible o de agonía tomar una decisión autónoma.

Art. 2° – Incorpórase como segundo párrafo al artículo 2°, inciso e), de la ley 26.529, el siguiente:

Cuando un paciente se encuentre en situación terminal o de agonía deberá ser informado en forma adecuada de su estado clínico por el profesional o equipo médico interviniente. Cuando se tratare de un paciente incapaz, o que a causa de su estado terminal o agónico no se encontrare consciente o en uso pleno de sus facultades mentales, la información aludida en el párrafo anterior le será brindada al representante legal o al cónyuge, descendientes, ascendientes, o parientes consanguíneos hasta el segundo grado del paciente, en este orden de prelación.

Asimismo, se dispone incorporar como inciso i) al artículo 2° de la ley 26.529, el siguiente:

i) Indemnidad del profesional. Ningún profesional interviniente que haya obrado de

acuerdo a las disposiciones de la presente ley estará sujeto a responsabilidad civil, penal o administrativa, derivada del estricto cumplimiento de la misma.

Queda:

Artículo 2°: Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

- a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;
- b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;
- c) Intimidad. Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la ley 25.326;
- d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;
- e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de

causa, así como también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

Cuando un paciente se encuentre en situación terminal o de agonía deberá ser informado en forma adecuada de su estado clínico, por el profesional o equipo médico interviniente. Cuando se tratare de un paciente incapaz, o que a causa de su estado terminal o agónico no se encontrare consciente o en uso pleno de sus facultades mentales, la información aludida en el párrafo anterior le será brindada al representante legal o al cónyuge, descendientes, ascendientes, o parientes consanguíneos hasta el segundo grado del paciente, en este orden de prelación;

- f) Información sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.
- g) Interconsulta médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.
- i) Indemnidad del profesional. Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo a las disposiciones de la presente ley estará sujeto a responsabilidad civil, penal o administrativa, derivada del estricto cumplimiento de la misma.

Art. 3º – Se dispone incorporar como inciso g) al artículo 5º de la ley 26.529, el siguiente:

- g) La garantía del derecho de todo paciente o enfermo a recibir cuidados paliativos integrales y un adecuado tratamiento del dolor en el proceso de su muerte.

Queda:

Artículo 5º: Entiéndese por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;
- g) La garantía del derecho de todo paciente o enfermo a recibir cuidados paliativos integrales y un adecuado tratamiento del dolor en el proceso de su muerte.

Art. 4º – Se modifica el último párrafo del artículo 11 de la ley 26.529, de la siguiente manera:

Asimismo, si el paciente en estado de agonía o enfermedad terminal decidiera la suspensión o limitación del esfuerzo terapéutico cuando a criterio médico tal medida de soporte vital resulta fútil, ya que sólo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría, tales directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo. Dicha manifestación de voluntad deberá ser escrita dejando constancia en la historia clínica, conforme lo dispuesto en el artículo 7º de la presente ley.

Si el paciente no pudiere firmar, lo hará su representante legal o cónyuge, descendientes, ascendientes o parientes consanguíneos hasta el segundo grado, en este orden de prelación, quienes actuarán como testigos de su ruego, dejando constancia de su identificación y del motivo que impide la firma de aquél.

Queda:

Artículo 11: Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud.

Asimismo, si el paciente en estado de agonía o enfermedad terminal decidiera la suspensión o limitación del esfuerzo terapéutico cuando a criterio médico tal medida de soporte vital resulta fútil, ya que sólo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría, tales directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo. Dicha manifestación de voluntad deberá ser escrita dejando constancia en la historia clínica, conforme lo dispuesto en el artículo 7º de la presente ley.

Si el paciente no pudiere firmar, lo hará su representante legal o cónyuge, descendientes, ascendientes o parientes consanguíneos hasta el segundo grado, en este orden de prelación, quienes actuarán como testigos de su ruego, dejando constancia de su identificación y del motivo que impide la firma de aquél.

Art. 5° – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Jorge Rivas.¹ – Sergio A. Basteiro. – Carlos S. Heller. – Eduardo G. Macaluse. – Paula C. Merchán. – Martín Sabbatella.

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

Sra. Vázquez. – Pido la palabra para una aclaración.

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

Sra. Vázquez. – Señor presidente: simplemente, deseo señalar que es correcto lo que manifestó el señor diputado Rossi respecto de la moción formulada por la señora diputada Argumedo, que a su vez se hacía eco de la primera moción oportunamente presentada para el tratamiento de este tema.

Digo esto porque teniendo en cuenta lo que establece la legislación vigente, de no obtenerse los dos tercios de la totalidad de los integrantes del cuerpo no estaríamos en condiciones de tratar ese proyecto ni de otorgarle jerarquía constitucional a ese derecho.

Seguramente –tal como también lo indicó el señor diputado Rossi– si primara cierta transversalidad seguramente se podrían alcanzar los dos tercios que se necesitan mediante el aporte de los legisladores de todos los bloques, ya sea que estén a favor o en contra de la iniciativa.

Por lo tanto, me parece razonable que empecemos la discusión de los temas que habíamos acordado.

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

Sra. Ibarra. – Señor presidente: en primer término, debo señalar que el proyecto de ley que se ha dado en llamar de “muerte digna” tuvo como cabecera la Comisión de Acción

Social y Salud Pública. Por este motivo, voy a compartir mi tiempo con el presidente de dicha comisión, toda vez que hemos trabajado y llegado a un acuerdo para alcanzar un dictamen único.

Cabe recordar que el proyecto obtuvo un primer dictamen de la Comisión de Acción Social y Salud Pública y que luego fue tratado en un plenario de las comisiones de Legislación General y de Derechos Humanos y Garantías, en el que se introdujeron modificaciones.

En este sentido, si bien no hubo tiempo para que la comisión cabecera se volviera a reunir a efectos de tratar el texto emanado del plenario de las otras dos comisiones, pudimos trabajar con su presidente para avanzar en un único dictamen.

Hecha esta aclaración, debo decir que la llamada ley de muerte digna, en realidad, se vincula más con un título que podría decir “vida digna”. Mediante esta iniciativa proponemos el respeto a la voluntad para que cada persona pueda decidir cómo va a vivir hasta el último minuto de su existencia. Se trata de vivir el tiempo que a uno le resta del modo y con la dignidad que uno elija, evitando el encarnizamiento médico y tratamientos fútiles que simplemente tienden a prolongar un estadio terminal o irreversible por métodos artificiales que a veces las personas rechazan.

Si me permite, quisiera leerles un párrafo de un jurista, profesor de la Universidad de Buenos Aires, que además es especialista en derechos humanos. Me refiero al doctor Andrés Gil Domínguez. El texto dice así: “Desarrollar un plan de vida que no dañe de forma concreta a terceros y sin interferencias del Estado y de los particulares se subsume en el ámbito del derecho a la intimidad que tanto la Constitución argentina como los instrumentos internacionales sobre derechos humanos recogen expresamente. Este poderoso reconocimiento de la libertad personal implica una inversión de la carga argumentativa, de modo tal que toda restricción de ese ámbito debe estar justificada en la legalidad constitucional”.

Con esto queremos plantear que cuando se habla de que una persona pueda rechazar ciertos tratamientos, cirugías o formas de prolongación artificial de su vida, estamos diciendo que no hay colisión con derechos de terceros;

¹ Conste que consultado el señor diputado nacional doctor Jorge Rivas, si era su voluntad firmar el presente dictamen, leído que le fuera, asintió.

son sólo de los derechos personalísimos de la persona involucrada los que se encuentran en juego.

Cada persona tiene derecho a elegir su biografía, y violentar este marco de la autonomía de la voluntad no sólo contribuye efectivamente a deshumanizar la medicina –produciendo lo que se ha llamado el “encarnizamiento médico”–, sino que también ingresa en el marco del artículo 19 de la Constitución, que prohíbe la injerencia del Estado en el ámbito de la autonomía de la voluntad personal, en tanto no afecte derechos de terceros.

De ninguna manera se puede suministrar a una persona, a través del Estado o de terceros, tratamientos que rechaza, en virtud de un dogma o creencias que esa persona no comparte. La autonomía de la voluntad quedaría reducida a nada, a un medio para fines de otras personas, si a quien está involucrado como paciente no le permiten tomar esta decisión respecto de su propia vida y del momento en que le debe llegar naturalmente la muerte.

Los proyectos de ley fueron finalmente incorporados a un único dictamen. Este debate sobre muerte digna no empezó a discutirse porque nouviésemos una norma. De hecho, la ley de derechos del paciente permite que las personas puedan aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, así como revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

En verdad, no hay distinciones ni prohibiciones en este tema. La ley actual ya tiene previsiones, pero nos hemos encontrado con que en algunos casos los tratamientos llamados fútiles –se trata de los que no mejoran, curan o permiten paliar el sufrimiento– son suministrados igual a una persona, aun en contra de su voluntad, y se debe judicializar la posibilidad de que esta persona defienda la autonomía de su voluntad.

En este sentido, hemos incorporado en el artículo 2º de la ley 26.529, de derechos del paciente, en el marco de la autonomía de la voluntad, que el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable, se encuentre en estadio terminal o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su

voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación, de reanimación artificial o retiro de medidas de soporte vital.

En este marco, hemos planteado los distintos derechos del paciente respecto del consentimiento informado y la posibilidad de que, si la persona no está física o psíquicamente en condiciones de dar su consentimiento, se lo pueda brindar a través de las personas mencionadas en el artículo 21 de la ley 24.193, con los requisitos y en el orden de prelación allí establecidos.

También queremos plantear que en todos los casos se debe dejar constancia por escrito, en un acta, de las decisiones tomadas y que, por supuesto, las del paciente respecto de su propia vida y los tratamientos a que está dispuesto a someterse o no, las puede manifestar en forma anticipada, mediante escribano o ante el juzgado de primera instancia que corresponda, y también revocarlas posteriormente, debiendo los médicos atenerse a tal revocatoria.

Finalmente, a raíz de una inquietud de varios diputados y diputadas –que también nos alcanzó el diputado Gil Lavedra–, hemos marcado una distinción en lo que se refiere a que los procedimientos suministrados sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría o produzcan un sufrimiento desmesurado. Esta exigencia de ser “extraordinarios” o “desmesurados” en cuanto al sufrimiento se aplica respecto de los procedimientos quirúrgicos pero no respecto de aquellos de hidratación y alimentación porque éstos, efectivamente, no son desmesurados.

Sr. Rossi. – ¿Me permite una interrupción, señora diputada, con la venia de la Presidencia?

Sra. Ibarra. – Sí, señor diputado.

Sr. Presidente (Fellner). – Para una interrupción tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Rossi (A. O.). – Señor presidente: los presidentes de bloque y quienes se acercaron a la Presidencia convocados por usted, queremos proponer al conjunto de la Cámara la siguiente metodología respecto del tema que estamos considerando, para acelerar el debate y votarlo: que los dos presidentes de comisión que abren

como miembros informantes sean los únicos oradores en el marco del debate en general. (*Aplausos.*) Una vez concluida la votación en general, el resto de los diputados que quieran participar de la discusión en particular podrán hacer uso de la palabra sólo durante tres minutos en cada uno de los artículos.

Si la Cámara está de acuerdo, de esta manera se agilizaría el tratamiento de este tema en particular. Con respecto al proyecto sobre fertilización asistida, habrá que determinar sobre la marcha el procedimiento a seguir porque ya no resulta tan fácil el acuerdo.

Sr. Presidente (Fellner). – Entonces, la propuesta consiste en que únicamente hagan uso de la palabra durante el debate en general los presidentes de las dos comisiones. Ya viene haciendo uso de su tiempo la señora diputada Ibarra y, por su parte, el señor diputado Morante dispondrá también de otros diez minutos para exponer. No habrá otros oradores durante la discusión en general, y en el debate en particular cada diputado dispondrá de tres minutos para formular propuestas y fundarlas. Asimismo, se irá votando artículo por artículo. ¿Es así, señor diputado Rossi?

Sr. Rossi (A. O.). – Sí, señor presidente.

Sr. Presidente (Fellner). – Está claro que va a resultar difícil mantener el quórum.

En consideración la moción formulada por el señor diputado Rossi.

Se va a votar.

–Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Fellner). – Queda aprobada la moción.

Continúa en el uso de la palabra la señora diputada por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A su término, expondrá el señor diputado Morante y a continuación pasaremos al debate en particular.

Sra. Ibarra. – Señor presidente: quiero referirme solamente a un tema importante que han planteado varios señores diputados. En el dictamen de comisión, en principio, se hablaba del rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación, de reanimación artificial o del retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas. Algunos diputados mencionaron que

respecto de ciertas situaciones como la alimentación y la hidratación, si se plantea el requisito de que sean extraordinarias o desproporcionadas, efectivamente nunca se va a poder hacer lugar porque no son tratamientos desproporcionados, sino que simplemente son procedimientos fútiles, esto es, alargan la situación de mantener latente una vida vegetativa, en estado terminal e irreversible, pero no alivian el sufrimiento, no mejoran y no curan.

Por tal motivo, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o el retiro de medidas de soporte vital, se exige que sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría. Y también se podrán rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando estos produzcan, como único efecto, la prolongación en el tiempo, del estadio terminal irreversible o incurable. De esta forma, abarcamos todos los tipos de procedimientos mencionados, a los efectos de que claramente rija la autonomía de la voluntad para rechazarlos y que la muerte se produzca naturalmente sin necesidad de prolongarla de manera artificial, dando lugar así al encarnizamiento médico, a procedimientos fútiles o al alargamiento de situaciones de vida vegetativa.

Dejo en uso de la palabra al presidente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública.

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

Sr. Morante. – Señor presidente: seré lo más sintético posible, ya que la señora diputada Ibarra fue muy clara al comentar las modificaciones a la ley sobre derecho de los pacientes.

Muchos diputados presentaron en la Cámara proyectos sobre el tema que nos ocupa, y tales iniciativas fueron giradas a la Comisión de Acción Social y Salud Pública. Quiero destacar el esfuerzo realizado por cada uno de los autores de tales proyectos al momento de buscar consensos a los fines de un dictamen único. Creo que esto es muy importante en relación con un tema tan trascendente como éste, relativo a los derechos de los pacientes y a la decisión de morir dignamente.

Éste es un momento histórico, pues tenemos en nuestras manos la posibilidad de garantizar el derecho que toda persona tiene a morir de manera digna. Hoy, los progresos de la ciencia, de la medicina, permiten la implementación de acciones y técnicas terapéuticas que posibilitan extender la vida hasta límites impensados. Hay un cambio notorio, ya que antes las personas morían en su casa rodeadas de sus afectos, familiares y seres queridos.

En la actualidad, el avance de la ciencia y de la tecnología lleva a que la gente fallezca internada en instituciones en las que, mediante diferentes procedimientos, se extiende la vida a costa del sufrimiento físico y psíquico, no sólo del paciente sino también de sus familiares y seres queridos.

El respeto por la dignidad humana está consagrado en el Preámbulo de nuestra Constitución Nacional al asegurar los beneficios de la libertad, lo cual significa respetar la dignidad y los derechos individuales.

La Constitución consagra ese respeto por la dignidad, al igual que distintos tratados y pactos internacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención sobre los Derechos del Niño, etcétera.

Los problemas y los interrogantes éticos y jurídicos que se presentan frente a la muerte encuentran su fundamento en el valor de la vida humana. Los tratamientos y procedimientos invasores, dolorosos, generalmente largos, ponen al paciente y su entorno ante un dilema sumamente angustioso: morir tranquilamente y en paz o extender la vida por un tiempo indeterminado y en condiciones extremas.

Finalizo mi discurso diciendo que el objetivo de la medicina no es sólo combatir la muerte sino luchar contra la muerte prematura e inoportuna, y cuando ello no es posible, evitar el dolor y el sufrimiento para permitir una muerte tranquila.

Por último, deseo rescatar una expresión de la Organización Mundial de la Salud: “La preservación de la vida a cualquier costo no es necesariamente la medida correcta, especialmente cuando el sacrificio personal es tal que el paciente lo encuentre inaceptable”.

En los últimos años, en esta Cámara hemos podido debatir y votar muchos proyectos sobre el tema de la salud extremadamente importantes como la regulación de la medicina prepaga, la prevención del tabaquismo, la obligatoriedad de la venta exclusiva de medicamentos en farmacias, la ley que permite la producción pública de medicamentos, etcétera.

Creo que éste es un tema central, muy importante, pero también lo es el proyecto que vamos a debatir y votar próximamente como es la fertilización asistida, esperado durante tantos años.

Voy a solicitar la inserción del discurso que pensaba pronunciar. Y quiero solicitar a los señores diputados su acompañamiento para que podamos aprobar esta iniciativa. *(Aplausos.)*

Sr. Presidente (Fellner). – Conforme lo resuelto por la Cámara, vamos a proceder a la votación en general del dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y otras referido al proyecto de ley sobre incorporación de la muerte digna a la ley 26.529, derecho del paciente en relación con los profesionales e instituciones de la salud (Orden del Día N° 3.040).

– Se va a votar en forma nominal.

– Conforme al tablero electrónico, sobre 153 señores diputados presentes, 142 han votado por la afirmativa y 6 por la negativa, registrándose además 4 abstenciones.

Sra. Secretaria (Luchetta). – Se han registrado 142 votos por la afirmativa y 6 por la negativa. *(Aplausos.)*

– Votan por la afirmativa los señores diputados: Acosta, Aguirre de Soria, Albrieu, Alcuaz, Alfonsín, Alonso (G. F.), Alonso (L.), Álvarez (E. M.), Álvarez (J. M.), Amadeo, Arena, Areta, Argüello, Argumedo, Atanasof, Baldato, Barrandeguy, Barrios, Basteiro, Bedano, Belous, Benas, Benedetti, Bernal, Bertol, Bianchi, Bidegain, Brillo, Bullrich (P.), Carlotto, Castañón, Cejas, Chieno, Ciciliani, Cigogna, Comelli, Comi, Conti, Córdoba, Cortina, Costa, Cremer de Busti, Cuccovillo, Currielén, Cusinato, Daher, Damilano Grivarello, De la Rosa, Del Campillo, Di Tullio, Díaz Bancalari, Donkin, Fadul, Favario, Fein, Fiad, Fiol, Fortuna, Gallardo, Gambaro, García (I. A.), García (M. T.), Garnero, Giannettasio, Gil Lozano, Giubergia, Giudici, González (G. E.), Gon-

zález (N. S.), Gullo, Guzmán, Ibarra (V. L.), Iglesias, Iturraspe, Juri, Korenfeld, Kunkel, Landau, Leguizamón, Leverberg, Linares, López Arias, Lozano, Majdalani, Mansur, Martiarena, Martínez (E. F.), Martínez (S.), Mazzarella, Milman, Morante, Morejón, Moreno, Mouilleron, Nebreda, Obiglio, Olmedo, Orsolini, Pais, Pansa, Parada, Paredes Urquiza, Pastoriza, Peralta, Perié (J. A.), Perroni, Piemonte, Pinedo, Plaini, Puiggrós, Quintero, Ré, Regazzoli, Reyes, Rioboó, Risko, Rivara, Rivas, Robledo, Rodríguez (E. A.), Rodríguez (M. V.), Rossi (A. O.), Rossi (C. L.), Rucci, Sabbatella, Salim, Satragno, Sciutto, Stolbizer, Storani, Storni, Thomas, Torfe, Tunessi, Ulrich, Vega, Viale, Videla, Vilariño, Wayar, West y Ziegler.

– Votan por la negativa los señores diputados: De Marchi, Hotton, Ibarra, Molas, Paroli y Pérez (A. J.).

– Se abstienen de votar los señores diputados: Carca, Castaldo, Pasini y Quiroz.

Sr. Presidente (Fellner). – Queda constancia del voto afirmativo de las señoras diputadas Conti y Cremer de Busti.

En consideración el artículo 1°.

Tiene la palabra el señor diputado por Córdoba.

Sr. Vega. – Señor presidente: voy a tratar de usar exactamente los tres minutos acordados por la Cámara. En primer lugar, en el concepto de “muerte digna” que prevé esta ley existen tres cuestiones de bioética y de derecho que se deben aclarar, que son muerte digna, eutanasia y suicidio asistido.

En esta ley está excluida la eutanasia, está incluida la muerte digna y también el suicidio asistido. Digo esto por una razón casi académica, en el sentido de que estamos haciendo la interpretación auténtica de la ley y es para evitar que haya interpretaciones incorrectas el día de mañana con respecto al alcance de la norma legal.

La segunda aclaración que quiero realizar para una interpretación auténtica de la ley es que otro tema central es la no judicialización de la decisión del paciente, para que no nos vaya a suceder como con el artículo 86 in fine del Código Penal en materia de aborto. Que quede claro a los médicos y a los jueces que la decisión del paciente, sea ésta tomada a través del registro anticipado de la voluntad o de la

historia clínica, no necesita de aprobación previa ni posterior de un juez.

La tercera aclaración es que el fundamento jurídico central de esta ley siguen siendo los artículos 4° y 5° de la Convención Americana. Esto lo digo porque he visto muchas opiniones en los diarios acerca de que los diputados, en vez de legislar sobre la muerte digna, deben hacerlo sobre la vida digna. Estamos legislando sobre la vida digna. El sentido último de esta ley es evitar el “encarnizamiento terapéutico”, que quiere decir evitar la indignidad de una vida.

En segundo lugar, el sentido de esta ley es evitar la industria de la muerte que se da en la última etapa de vida del paciente agónico o terminal.

En definitiva, esta ley de “muerte digna” es una ley de “vida digna”.

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

Sr. Piemonte. – Señor presidente: entiendo que como ya se ha votado en general, los señores diputados deben referirse a cada artículo en particular, sin hacer referencias de orden general, de lo contrario este tratamiento llevará tres horas.

Sr. Presidente (Fellner). – Estoy de acuerdo con usted, señor diputado, pero no puedo saber de qué va a hablar cada diputado que se ha anotado para hacer uso de la palabra en particular, en este caso del artículo 1°, que es el que está en consideración.

Tiene la palabra el señor diputado por Chubut.

Sr. Pais. – Señor presidente: quiero aclarar, para que no se interprete como la voluntad auténtica del legislador, que no estamos legislando sobre el suicidio asistido. En toda esta norma no existe ningún aspecto sobre esa cuestión.

Técnicamente, tampoco estamos legislando sobre muerte digna sino que lo hacemos sobre determinadas prácticas médicas para evitar el sufrimiento ante lo irreversible.

Estamos modificando una ley, legislando en materia de autonomía de la voluntad, de consentimiento informado y de responsabilidad médica. No se puede sostener que el texto de la

norma legisle explícita o implícitamente sobre suicidio asistido.

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

Sr. Comi. – Señor presidente: me escapo un instante del tratamiento en particular del artículo 1º para reivindicar, como ocurrió con la ley anterior, el proceso de discusión de esta norma.

El debate se llevó a distintas ciudades, y contó especialmente con la participación de familiares de personas que pasan por esta situación, como la señora Selva Herbón, que logró que este tema se abriera camino en la agenda pública de diputados y senadores y ha sido muy importante para que hoy estemos tratando este proyecto. Quiero reconocerle que en la circunstancia más difícil que puede atravesar una persona con un hijo, haya tenido la fortaleza para venir a cambiar la ley argentina. *(Aplausos.)*

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

Sr. Viale. – Señor presidente: solicito autorización para insertar en el Diario de Sesiones los fundamentos de la posición del bloque Socialista, ya que no la hemos podido expresar antes de la votación.

Sr. Presidente (Fellner). – Ya están autorizadas todas las inserciones que los señores diputados quieran efectuar.

Tiene la palabra la señora diputada por Córdoba.

Sra. Nebreda. – Señor presidente: solicito autorización para insertar mi discurso y dejar en claro que, como dijo el señor diputado Pais, estamos legislando sobre la “vida digna”. En ningún momento hablamos de eutanasia ni de suicidio asistido.

Nos hemos pasado toda la tarde refiriéndonos a los derechos que tenemos. Entiendo que este proyecto de ley es coherente con todo lo que hemos estado discutiendo en cuanto a los adultos y a los niños.

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

Sr. Obiglio. – Señor presidente: los diputados que me precedieron en el uso de la palabra tocaron un tema central, pero se han incluido

cuestiones que exceden lo que es la muerte digna. Lo ha dicho claramente el señor diputado Vega.

Debemos ser conscientes de lo que vamos a votar, porque no se trata de una norma que va a facultar al paciente a renunciar a ciertos cuidados terapéuticos o al “encarnizamiento terapéutico”.

Queda en claro que esta iniciativa tiene por objetivo que los tratamientos no sean desmesurados en relación con la posibilidad de mejoría del paciente; también se busca que el proceso de la muerte sea natural. Sin embargo, con la introducción de algunos temas se ha llegado a hablar del suicidio asistido, como bien ha dicho el señor diputado Vega. O sea que si esto se vota como está estaríamos aprobando el suicidio asistido, como acontece en otros países del mundo.

Cuando se incluye la facultad del paciente de renunciar a la hidratación y a la alimentación, justamente es algo que nada tiene que ver con el encarnizamiento terapéutico. La alimentación y la hidratación no son algo ajeno a la vida del paciente. No es artificial comer ni beber. Hidratar al enfermo o alimentarlo no es una manera desmedida de prolongarle la vida en una forma artificial.

Cuando el paciente mantiene su vida solamente por ser alimentado o hidratado, no se están aplicando otros mecanismos externos o artificiales para prolongarle la vida. En consecuencia, el paciente está viviendo por sus propios medios.

Si el artículo 1º va a quedar como está, en el que existe la facultad de renunciar a la hidratación y a la alimentación, tengamos en claro que introducimos la “inducción a la muerte”. O sea que una persona que decide no ser alimentada ni hidratada la vamos a dejar morir en una camilla.

Mi propuesta para este artículo 1º, que quiero votar afirmativamente, consiste en eliminar las palabras “hidratación” y “alimentación”.

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

Sra. Bullrich. – Señor presidente: lo que ha dicho el señor diputado Obiglio es un concep-

to relativo. En determinadas circunstancias la hidratación y la alimentación hacen a la vida.

Sin embargo, cuando los órganos de una persona no funcionan, tanto el agua como los sólidos no van a ningún lado. No alimentan ni hidratan el cuerpo humano. O sea que lo que puede suceder es que esa persona alargue sus días de agonía.

Por eso, la cuestión no es tal como la plantea el señor diputado Obiglio. Hay circunstancias y circunstancias. Sin duda que una persona que no se hidrata ni se alimenta en algún momento se va a morir. Pero si a una persona la hidratación o la alimentación no le cambian en nada su estado, porque sus órganos vitales están destruidos, lo único que hacemos es alargarle la vida de forma artificial. Todo depende de la condición médica del paciente. Esto es lo que hay que aclarar.

Esto se podría sintetizar en un texto como el que me dio la señora diputada Bertol: “Podrá rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal e irreversible o incurable”. Esto significa que está acotado; no es que una persona pueda decir que deja de comer y está sana. ¿Qué pasaría si alguien privado de la libertad decidiera dejar de comer y el médico dijera: “Bueno, no come más”? ¿Qué hace el Estado? Nada. Por eso, esta forma de plantear la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal e irreversible o incurable acota el tema de la hidratación y la alimentación cuando eso ya no surte el efecto vital.

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

Sr. Milman. – Señor presidente...

Sr. Pais. – ¿Me permite una interrupción, señor diputado, con la autorización de la Presidencia?

Sr. Milman. – Sí, señor diputado.

Sr. Presidente (Fellner). – Para una aclaración tiene la palabra el señor diputado por Chubut.

Sr. Pais. – Señor presidente: es correcta la observación que efectuó el señor diputado Obiglio. Pero además la norma lo acota específicamente porque no se puede negar la hidratación o alimentación. La negativa está

condicionada de manera expresa en el texto al decir: “...cuando sean extraordinarias o desproporcionadas...”. En otras circunstancias no se podrá negar. Por ello, en modo alguno el proyecto puede inducir al suicidio: lo acota a causas extraordinarias y desproporcionadas. En consecuencia, si la alimentación es proporcionada y adecuada nunca se podrá negar y el médico la tendrá que aplicar.

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

Sr. Milman. – Señor presidente: ciertamente no discutimos sólo un proyecto de ley sino una cuestión filosófica que viene de los tiempos: el concepto de la vida.

La Divina Comedia dice que los condenados en el infierno no tenían la esperanza de morir, y André Malraux sostuvo que la muerte sólo tiene importancia en la medida en que nos hace reflexionar sobre el valor de la vida.

Respecto a lo que está en debate, el retiro de la obligación de la alimentación e hidratación, existe una cuestión ética que gira en torno a cuatro aspectos: su categorización como tratamiento médico o cuidado básico, su valor simbólico, el posible sufrimiento que causa la muerte sin estas medidas y la interpretación de que el retiro de estas medidas es eutanasia.

En cuanto a la categorización como tratamiento médico, si bien existe debate, su conceptualización como tal pasa como mínimo por el cumplimiento de un procedimiento que requiere los conocimientos y participación de los profesionales de la salud, cuya instauración supone una invasión corporal.

Siguiendo estos criterios se puede afirmar que tanto la hidratación y alimentación enteral –enterostomías quirúrgicas o percutáneas–, como la parenteral –por vía periférica o central– son tratamientos médicos.

La pregunta que hay que responder antes de instaurar o suprimir una nutrición, ya sea enteral o parenteral, es si hay equilibrio entre los beneficios que se espera obtener y los riesgos, molestias y efectos secundarios que se ocasionan al enfermo.

Hay un valor simbólico. El ser humano se caracteriza por su capacidad de dar sentido a través de funciones simbólicas originarias que señalan cuáles son los modelos ejemplares y

las acciones humanas significativas. Dar de comer y beber obviamente es una acción humana significativa.

Ahora bien, una cosa es tener presentes las simbologías de las culturas y otra afirmar que sea razón suficiente para en este caso sostener que en ninguna situación se pueden retirar la alimentación y la nutrición artificial.

El criterio es siempre si ese tratamiento persigue los mejores intereses del paciente y si es proporcional y adecuado a su situación biológica.

En cuanto al posible padecimiento que causa la muerte sin estas medidas, el sufrimiento hipotético tiene que ver con la posible sensación de hambre y sed. Las investigaciones demuestran que no sólo la anorexia es un síntoma frecuente en el período agónico, no hay sensación de hambre, sino también que estos enfermos no suelen experimentar sed.

Al contrario de lo que se cree, la inanición completa produce cierta sensación de euforia y analgesia que se explica fisiológicamente por el aumento de opiáceos endógenos en el hipotálamo y en el plasma. Sin embargo hay críticas que vienen, por supuesto, de sectores confesionales.

—Ocupa la Presidencia la señora presidenta de la Comisión de Ciencia y Tecnología, doctora Graciela María Giannettasio.

Sr. Milman. — Por eso, quiero leer un párrafo expuesto en 2004 por Juan Pablo II. Dice así: “En particular, quisiera poner de relieve que la administración de agua y alimento, aunque se lleve a cabo por vías artificiales, representa siempre un medio natural de conservación de la vida; no un acto médico. Por tanto, su uso se debe considerar, en principio, ordinario y proporcionado, y como tal obligatorio, en la medida y hasta que demuestre alcanzar su finalidad propia que en este caso consiste en proporcionar alimento al paciente y alivio a sus sufrimientos”.

Quiero tomar este último párrafo de Juan Pablo II, porque dice “...proporcionar alimento al paciente y alivio a sus sufrimientos”. Este mensaje, la teoría y las praxis médicas muestran cómo a veces otorgando alimentación e hidratación lo único que se produce son causas que provocan mayor sufrimiento al paciente,

mayor prolongación de la agonía y nada de lo que se supone que debería ocurrir.

Termino citando unas palabras que anoche escuché decir a la mamá de Camila, la señora Selva Herbón, que se encuentra presente en este recinto: “Nadie tiene la obligación de permanecer y sufrir este sentimiento”. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta (Giannettasio). — Tiene la palabra la señora diputada por San Luis.

Sra. Bianchi. — Señora presidenta: solicito autorización para insertar mi discurso.

De todos modos, quisiera consultar a los miembros informantes si van a permitir la modificación del articulado.

Sra. Presidenta (Giannettasio). — Vamos a consultar a los diputados Ibarra y Morante, que son los miembros informantes, y le responderemos oportunamente.

Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Favario. — Señora presidenta: he votado en general el proyecto que está a consideración del cuerpo en el convencimiento de que he adherido a lo que establece la ley, y que no voté la regulación de un régimen de suicidio asistido.

En un primer momento, pude tener la misma inquietud que expresaron algunos diputados hace instantes pero, a posteriori —y voy a leer una opinión fundada—, esa argumentación modificó mi pensamiento original.

Por eso, coincido con la exposición de la señora diputada Bullrich, y a los fines de reforzar esa argumentación daré lectura a una opinión formulada por la doctora Stella Maris Martínez, presidenta de la Comisión de Bioética de la Universidad de Rosario, profesora titular de biología de la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario e investigadora reconocida en la materia.

La doctora Martínez dice al respecto: “Nutrición e hidratación artificiales”, y se interroga: “¿Tratamiento médico o cuidado básico?”. Y al respecto manifiesta: “Es un tema aún controvertido a nivel internacional porque parece obedecer al menos en parte al gran valor simbólico que posee la comida: alimentar al hambriento y brindar agua al sediento existente en todas las culturas. Su retiro puede considerarse cruel ya que se podría pensar en un paciente

sufriendo hambre y también sed. Pero esas sensaciones no existen...”.

Sra. Presidenta (Giannettasio). – Señor diputado Favario: el diputado Pérez le solicita una interrupción. ¿Se la concede?

Sr. Favario. – Si me permite terminar el concepto que estoy expresando, después me podrá interrumpir. Además, no se trata de una opinión mía; estoy leyendo una opinión ajena.

Decía “que su retiro puede considerarse cruel, ya que se podría pensar en un paciente sufriendo hambre y sed, pero esas sensaciones no existen en aquellos privados de la conciencia.

”La venoclisis y la sonda gástrica son medios artificiales de alimentación. Claramente no son naturales, ya que se trata del suministro de compuestos químicos por vías o medios artificiales, por lo que su uso bien podría estar interfiriendo en el proceso natural de morir”.

Sra. Presidenta (Giannettasio). – Señor diputado: su tiempo ha terminado. Le pido que redondee el concepto, por favor.

Sr. Favario. – Concluyo en medio minuto, señora presidenta.

“De ser así, son tratamientos médicos mal empleados y equiparables a toda medida de soporte vital sostenida en forma maleficiente. Por eso, se sostiene que no deben instaurarse en enfermos terminales ni sostenerse en el tiempo cuando se consideren fútiles si hay inconsciencia, más allá de toda duda y salvaguardas adecuadas para confirmar la precisión del diagnóstico.”

Ésta es la posición de organismos como la American Medical Association - Council on Ethical and Judicial Affairs y el Grupo de Bioética y Neurología de la Sociedad Italiana de Neurología, entre otros.

Considero que de este modo quedan debidamente aclaradas las dudas que pudieran existir al respecto.

Sra. Presidenta (Giannettasio). – Ha finalizado la lista de oradores para referirse al artículo 1º. La señora diputada Bianchi quería proponer modificaciones. Los señores diputados Vilma Ibarra y Morante quedan en el uso de la palabra para decidir si van a aceptar o no cambios en el artículo 1º.

Tiene la palabra la señora diputada por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sra. Ibarra. – Señora presidenta: voy a leer el texto tal como ha sido acordado por las comisiones, luego del pedido de varios diputados y diputadas de que introdujéramos algunas modificaciones. Esto fue trabajado con muchos bloques en las comisiones de Legislación General, de Acción Social y Salud Pública y de Derechos Humanos y Garantías. En este marco se llegó a una redacción que contiene muy pocas modificaciones al dictamen.

Dice así: “Artículo 1º – Modifícase el inciso e) del artículo 2º de la ley 26.529 - Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de la salud, el que quedará redactado de la siguiente manera:

‘e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

””Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

””En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

””En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.””

Quiero aclarar –como recién lo comentaba con el presidente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública– que de ninguna manera estamos legislando el suicidio asistido. Esta aclaración la hago más allá de mi opinión personal.

Reitero que, a través de esta iniciativa, de ninguna manera estamos reglamentando el suicidio asistido. Tengo en mi poder las definiciones que rigen en otros países sobre esta materia, que claramente establecen que existe suicidio asistido cuando se provee al paciente de todos los medios e información para que pueda quitarse la vida.

En este caso no ocurre nada de eso. Simplemente, estamos frenando el encarnizamiento médico e impidiendo tratamientos fútiles que no van a mejorar al paciente, no van a curarlo ni a disminuir el sufrimiento. Se trata de procedimientos que simplemente van a mantener una situación latente en una persona que no va a ser curada. De este modo, propendemos a que la persona pueda manejar su autonomía de la voluntad y decidir libremente si se la mantiene artificialmente con vida, dado que la muerte ocurriría si no se aplicaran esos procedimientos fútiles que –repito– de ninguna manera curan.

Creo que esto habla de la humanización de la medicina, del respeto a los derechos humanos y de la autonomía de la voluntad garantizada por la Constitución Nacional. En este marco el Estado no puede imponer su voluntad por sobre la de la persona involucrada.

Por lo expuesto, solicito que se apruebe el artículo tal como lo he leído.

Sra. Presidenta (Giannettasio). – No habiendo número, se va a llamar para votar.

– Mientras se llama para votar:

– Ocupa la Presidencia el señor presidente de la Honorable Cámara, doctor Eduardo Alfredo Fellner.

Sr. Presidente (Fellner). – Se va a votar el artículo 1º propuesto por la señora diputada Ibarra.

– Resulta afirmativa.

Sr. Obiglio. – Señor presidente: quiero dejar constancia de mi voto negativo al artículo que se acaba de votar.

Sr. Presidente (Fellner). – Así se hará, señor diputado.

En consideración el artículo 2º.

Tiene la palabra la señora diputada por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sra. Ibarra. – Señor presidente: en este artículo proponemos introducir una modificación en el inciso g), que se adecua a lo establecido en el artículo 1º recientemente aprobado.

En consecuencia, el inciso quedaría redactado de la siguiente manera: “El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación a las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable”.

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

Sr. Obiglio. – Señor presidente: en este artículo también se incluyen los conceptos de hidratación y alimentación, con respecto a los cuales había propuesto una modificación. Como doy por sentado que esa propuesta no fue aceptada, adelanto mi voto negativo también a este artículo.

Sr. Presidente (Fellner). – Se va a votar el artículo 2º con la modificación propuesta por la señora diputada Ibarra.

– Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración el artículo 3º.

Tiene la palabra la señora diputada por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sra. Ibarra. – Señor presidente: como este artículo también ha merecido alguna modificación, voy a leer cómo proponemos que quede redactado. Dice así: “Modifícase el artículo 6º de la ley 26.529 –Derechos del paciente en su

relación con los profesionales e instituciones de la salud—, el que quedará redactado de la siguiente manera:

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

”En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido.

”Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.”

Sr. Presidente (Fellner). — Tiene la palabra el señor diputado por La Rioja.

Sr. Paredes Urquiza. — Señor presidente: he votado en general por la afirmativa en el entendimiento de que la conformidad era una expresión de la persona que sufría la problemática.

Sin embargo, el texto del artículo 3º, en cuanto modifica el artículo 6º mencionado, supone la intervención de terceras personas. Si bien son allegados a quien sufre la enfermedad, se trata de terceras personas que participen de un proceso en el que el involucrado no puede —por las razones que se expresan en el texto— dar su conformidad.

En este caso en particular, quiero expresar mi voto por la negativa a los supuestos previstos en los párrafos segundo y tercero del artículo 3º, en cuanto modifican el artículo 6º de la ley 26.529.

Sr. Presidente (Fellner). — Se va a votar el artículo 3º, según los términos señalados por la comisión.

—Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Fellner). — En consideración el artículo 4º.

Tiene la palabra la señora diputada por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sra. Ibarra. — Señor presidente: el artículo 4º dice así: “Incorpórase en el artículo 7º de la ley 26.529, el siguiente inciso: f) En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5º deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto”.

Sr. Presidente (Fellner). — Se va a votar el artículo 4º, de conformidad con la lectura, que coincide con el texto que figura en el dictamen.

—Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Fellner). — En consideración el artículo 5º.

Tiene la palabra la señora diputada por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sra. Ibarra. — Señor presidente: el artículo 5º dice así: “Modifícase el artículo 10 de la ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud—, el que quedará redactado de la siguiente manera.

” ‘Artículo 10: *Revocabilidad*. La decisión del paciente, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica.

” ‘Las personas mencionadas en el artículo 21 de la ley 24.193 podrán revocar su anterior decisión con los requisitos y en el orden de prelación allí establecido.

” ‘Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

” ‘En los casos en que el paciente o su representante legal revoquen el rechazo dado a tratamientos indicados, el profesional actuante sólo acatará tal decisión si se mantienen las condiciones de salud del paciente que en su oportunidad aconsejaron dicho tratamiento,

fundándolo debidamente y dejándolo asentado en la historia clínica’.”

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

Sr. Favario. – Señor presidente: he suscrito el dictamen de comisión en disidencia, la que está vinculada con el último párrafo que acaba de leer la presidenta de la comisión. Entiendo que en una norma como ésta debemos tratar de tener la mayor claridad posible en lo que respecta a su futura interpretación, porque están en juego en gran medida el futuro y la suerte de muchos profesionales médicos intervinientes.

En este país, donde tantas veces se han inventado industrias de juicios, debemos tener un especial cuidado en la redacción de la norma que vamos a votar. Pido que se preste especial atención en lo que respecta a la redacción. El artículo dice: “En los casos en que el paciente o su representante legal revoquen el rechazo dado a tratamientos indicados, el profesional actuante sólo acatará tal decisión si se mantienen las condiciones de salud del paciente que en su oportunidad aconsejaron dicho tratamiento, fundándolo debidamente y dejándolo asentado en la historia clínica”. Me parece que esto no es claro.

Cuando dice “...si se mantienen las condiciones de salud del paciente...”, no sé a qué condiciones de salud se están refiriendo, porque el paciente está revocando la decisión original. Esa decisión original era que no aceptaba absolutamente ningún tipo de tratamiento. Entonces, si están revocando esa decisión en la interpretación de que se encuentra en un estado de mejoría, creo que eso no puede estar condicionado a la aceptación que el profesional debe hacer de inmediato y automáticamente.

Por lo tanto, propongo que el artículo quede redactado tal como está pero suprimiendo la parte en que se imponen las condiciones al profesional. Lo que vale es la autonomía del paciente; es decir, que decida en libertad qué es lo que desea, y no el profesional, que eventualmente quiera mantener el no tratamiento, ya que está revocando la decisión que rechaza la atención.

Me parece que de esta manera la cuestión quedaría clara y que estaríamos mejorando sustancialmente la norma, en la medida en que

suprimamos estos tres renglones de la redacción original. Concretamente, propongo que ese párrafo quede redactado de la siguiente manera: “En los casos en que el paciente o su representante legal revoquen el rechazo dado a tratamientos indicados, el profesional actuante sólo acatará tal decisión, fundándolo debidamente y dejándolo asentado en la historia clínica”.

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

Sra. Ibarra. – Señor presidente: esto lo dije en la reunión de comisión, y también lo mencionaron diversos diputados y diputadas. Está claro que la revocación de voluntad puede producirse tal vez meses después, con lo cual la situación clínica del paciente puede ser distinta. Entonces, un médico no puede aplicar un tratamiento que siete meses atrás había sido rechazado por el paciente y era útil y, en cambio, luego de ese tiempo ya no sirve o incluso puede resultar contraproducente. Aquí también estaría en juego su responsabilidad médica. Éste es el sentido del artículo y en general así se considera este tema en la legislación comparada. Por lo tanto, vamos a mantener el dictamen tal como fue leído.

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

Sra. Bullrich. – Señor presidente: está claro el porqué de este artículo, pero me parece que la palabra “acatará” puede generar una verdadera industria del juicio. Digo esto porque si se revoca alguna decisión y sólo se “acatará”, es en el profesional médico en quien recae la responsabilidad de esa evaluación. Me parece que la lógica es que si la revocación ya no tiene sentido porque ha pasado el tiempo y las condiciones son distintas, en realidad tal revocación no debería tener valor en sí; de lo contrario, la responsabilidad del acatamiento recaería sobre el médico, y en consecuencia, luego la familia podría decir que éste tomó una decisión subjetiva, lo cual generaría la posibilidad de una causa judicial respecto del profesional.

Por lo expuesto, entiendo que deberíamos modificar el artículo en cuestión.

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

Sr. Favario. – Señor presidente: me parece que la presidenta de la comisión está dentro de una confusión, porque ha interpretado un artículo del dictamen que establece algo diferente de lo que ella dice.

El concepto es el siguiente. Supongamos que en algún momento el paciente rechaza todo tipo de asistencia porque quiere dejarse morir, pero luego modifica esa decisión original y acepta la terapia que se le quiere aplicar. Eso no quiere decir que el médico deba seguir el tratamiento que pensó en un principio. El único que tiene derecho a decidir es el paciente; si éste, después de haber rechazado la atención médica, decide que se lo vuelva a atender, entonces eso debe primar. No es posible condicionar la decisión del médico a las circunstancias, porque en tal caso esto sí acarrearía juicios, ya que los parientes terminarían demandando al profesional por una decisión contraria a la del propio paciente. Creo que ésta es una cuestión excesivamente clara.

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

Sra. Ibarra. – Señor presidente: vamos a acoger el pedido formulado por el señor diputado Favario. Sin perjuicio de que la redacción del artículo es clara, con mucho criterio el señor diputado Albrieu señala que, aun suprimiendo esta norma, si ante la revocatoria de una decisión el profesional aplicara un procedimiento que no es aconsejable desde el punto de vista médico, habría mala praxis. Es decir que siempre estará presente la evaluación del médico.

Por lo tanto, en razón de que ese punto está provocando preocupación, las tres comisiones intervinientes –entiendo que la señora diputada Donda Pérez está referenciada en este punto– podemos eliminar el último párrafo del artículo 10 de la ley 26.529, cuya modificación se proyecta, que comienza: “En los casos en que el paciente...”.

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

Sr. Favario. – Señor presidente: debemos suprimir no el último párrafo sino sólo tres renglones de él; de lo contrario, estaríamos de-

jando de legislar sobre el eventual supuesto en que se revoca la decisión original del paciente. Lo que debe ser eliminado es la referencia que condiciona al médico a acatar la determinación en caso de que se mantengan las condiciones de salud del paciente. La decisión de éste es válida a los fines de revocar su decisión anterior.

Sr. Presidente (Fellner). – La Presidencia comprende la impaciencia de muchos señores diputados, pero debemos tener en cuenta que estamos considerando un tema delicado; sin perjuicio de ello, solicito evitar la reiteración de conceptos.

Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

Sr. Milman. – Señor presidente: ciertamente, el médico siempre está condicionado por la ciencia. El médico tiene que responder de acuerdo con lo que la ciencia dicta, lo que ha estudiado, sus conocimientos. El médico no puede hacer en cualquier caso lo que el paciente desee, salvo lo que el paciente, de acuerdo con la autonomía de su voluntad, decida no hacerse sobre su cuerpo.

Lo que no puede hacer el médico es utilizar aparatologías o lociones farmacológicas que no tienen nada que ver con su mejoría ni su estado en el momento en que cambie la decisión.

Siempre el profesional de la salud estará condicionado por la ciencia, y esto es inevitable.

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

Sr. López Arias. – Señor presidente: tratando de aportar brevemente una idea, debo decir que a mi entender el artículo es bastante claro, como dijo la señora diputada Ibarra, pero podría serlo más aún si le damos esta redacción: “En los casos en que el paciente o su representante legal revoquen el rechazo dado a tratamientos indicados...”. Y acá viene la modificación propuesta: “Esta revocación sólo será operativa o sólo tendrá efecto si se mantienen las condiciones de salud del paciente”, es decir que no está sujeta a la voluntad de acatamiento del médico, sino que se deja mayor claridad en el sentido de que sólo opera la revocación si las condiciones que habían técnicamente aconsejado la medida se mantienen.

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

Sr. Fortuna. – Señor presidente: creo que esto lo podemos aclarar con un ejemplo. Hay situaciones donde un paciente padece, por ejemplo, gangrena en un miembro inferior. En ese caso, si hay condiciones físicas suficientes y el paciente no está séptico, o sea, no tiene un problema que haya trascendido su situación local, a lo mejor es posible practicarle una amputación del miembro.

Suele darse muchas veces en la práctica que el paciente no quiere que se le ampute el miembro, pero después pierde biológicamente la condición vital y por más que se lo amputen se va a morir lo mismo.

En esos casos el médico decide cuál es la terapéutica más adecuada. No se puede adaptar el procedimiento médico siempre y estrictamente a la voluntad del paciente.

Quiero dejarlo claro, porque hay situaciones donde es el médico el que puede aconsejar o no la acción terapéutica.

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

Sr. Martínez (E. F.). – Señor presidente: es para apoyar expresamente lo que ha consentido la señora presidenta de la comisión en cuanto a suprimir este último párrafo, porque lo único que va a traer son problemas.

El diputado Fortuna y el diputado Milman han sido precisos: si sobreviene la revocabilidad o el rechazo del acuerdo prestado por el paciente o sus allegados con anterioridad, lo que debe hacer el profesional médico es continuar el tratamiento conforme a las reglas del arte médico y según el estado en que el paciente se encuentre.

Si suprimimos este párrafo entiendo que se termina el problema, no surgirán cuestiones de interpretación futura y podremos pasar rápidamente a aprobar este artículo y seguir con los demás.

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

Sra. Ibarra. – Señor presidente: quiero señalar que efectivamente vamos a proceder a la supresión del párrafo, pero aclaro a todos los colegas que esta norma no fue incorporada por

este proyecto de ley; está en la ley de derechos del paciente, o sea que estamos discutiendo algo que es norma vigente.

Me parece pertinente suprimir el párrafo. Las dos comisiones aquí presentes aceptamos eliminarlo, pero reitero que no lo elaboramos o incorporamos con este proyecto de ley sino que está vigente por la ley de derechos del paciente.

Sr. Presidente (Fellner). – Se va a votar el artículo 5º con las modificaciones aceptadas por la comisión.

–Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración el artículo 6º.

Tiene la palabra el señor diputado por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sr. Obiglio. – Señor presidente: en este artículo se incorpora la facultad del paciente de renunciar a los cuidados paliativos. Dichos cuidados son pequeñas curaciones que se realizan al paciente, que no sanan. Son curaciones para aliviar el padecimiento del enfermo, por lo cual no entiendo por qué se ha incorporado la facultad de renunciar a ellas. Lo que, provocan esto, por ejemplo, es que a un paciente al cual no se le cura una escara, que es una pequeña lesión que se produce después de estar mucho tiempo en la camilla o en la cama, se le infecta y el paciente muere por esa infección.

Lo que estamos haciendo nuevamente, al igual que cuando eliminamos la hidratación y la alimentación, es provocar o inducir la muerte del paciente.

Mi propuesta, para mantener el espíritu de la ley, es eliminar directamente la palabra “paliativos”.

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

Sra. Ibarra. – Señor presidente: quiero aclarar que el texto del primer párrafo del artículo 11 de la ley 26.529 se encuentra vigente, y lo único que incorporamos es el segundo párrafo, que dice: “La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos tes-

tigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó”.

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

Sra. Bianchi. – Señor presidente: propongo que antes de la declaración de voluntad se agregue lo siguiente: “Debe suscribirse exclusivamente en el momento en que se le informe la irreversibilidad de su enfermedad al paciente o su familia o entorno afectivo, si el paciente no está en capacidad de recepcionarlo”.

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

Sra. Ibarra. – Señor presidente: no vamos a aceptar esa modificación porque ya está incorporada en el consentimiento informado y es parte de la ley. En ese mismo sentido, está previsto en otros artículos.

Pido que se pase a votar el texto que he leído.

Sr. Presidente (Fellner). – Se va a votar el artículo 6° en los términos del dictamen de mayoría.

–Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Fellner). – Queda constancia del voto negativo de los diputados Obiglio y Bianchi.

En consideración el artículo 7°.

Tiene la palabra la señora diputada por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sra. Bullrich. – Señor presidente: en la misma línea de lo que veníamos hablando sobre los problemas que pueden derivarse de esta ley, propongo eliminar la palabra “estricto” que se utiliza en la propuesta de artículo 11 bis, dado que es un término de carácter subjetivo y puede generar problemas de interpretación.

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

Sr. Martínez (J. C.). – Señor presidente: anticipo mi voto negativo y, en todo caso, que se consigne con respecto al artículo 11 bis que se propone incorporar mediante este artículo 7°, ya que del cumplimiento de la ley no puede derivarse responsabilidad para ninguno que actúe en tal sentido, pues es un principio general del derecho. Respetuosamente, me parece una redundancia en la que seguramente se incurre

de buena fe para proteger a los médicos intervinientes.

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

Sra. Ibarra. – Señor presidente: en principio, soy de la opinión del diputado preopinante, pero he recogido inquietudes de distintos bloques que me formularon el planteo de mantener esa redacción.

Tiene razón la señora diputada Bullrich en cuanto a eliminar la palabra “estricto”. Es cierto que cuando uno actúa en cumplimiento de la ley no lo pueden alcanzar las normas penales ni las responsabilidades civiles.

Aparentemente, esta redacción fue elaborada con la vocación de poner un mayor énfasis en la protección del médico, y he recibido opiniones en el sentido de que era mejor mantenerla. Por lo tanto, vamos a mantenerla pero sin la palabra “estricto”.

Sr. Presidente (Fellner). – Se va a votar el artículo 7° en los términos del dictamen de mayoría y con la eliminación de la palabra “estricto”.

–Resulta afirmativa.

–El artículo 8° es de forma.

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

Se comunicará al Honorable Senado. (*Aplausos*.)

25

REGULACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA (Orden del Día N° 3.018)

I

Dictamen de mayoría²

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda han considerado el proyecto de ley de la señora diputada Majdalani: incorporar al Programa Médico Obligatorio –PMO– la infertilidad como enfermedad; el del

¹ Véase el texto de la sanción en el Apéndice. (Pág. 276.)

² Artículo 108 del reglamento.

–**Majdalani**: para el 7 de septiembre de 2011, por razones particulares (4.437-D.-11).

–**Córdoba (S. M.)**: para el 7 de septiembre de 2011, por razones particulares (4.439-D.-11).

–**Baldato**: para el 7 de septiembre de 2011, por razones particulares (4.441-D.-11).

–**Herrera (J. A.)**: para el 7 de septiembre de 2011, por razones particulares (4.443-D.-11).

–**Damilano Grivarello**: para el 7 de septiembre de 2011, por razones particulares (4.444-D.-11).

–**Brillo**: para el 7 de septiembre de 2011, por razones particulares (4.446-D.-11).

–**Guzmán**: para el 7 de septiembre de 2011, por razones particulares (4.447-D.-11).

–**Mansur**: para el 7 de septiembre de 2011, por razones de salud (4.456-D.-11).

–**Martínez (S.)**: desde el 6 al 13 de septiembre de 2011, por razones particulares (4.563-D.-11).

–**Brillo**: desde el 27 de septiembre al 21 de octubre de 2011, por razones particulares (4.771-D.-11).

–**Currilén**: para el 5 de octubre de 2011, por razones particulares (4.971-D.-11).

–**Heller**: desde el 29 de octubre al 6 de noviembre de 2011 por razones particulares (5.206-D.-11).

–**Iturraspe**: desde el 11 al 22 de noviembre de 2011 por razones particulares (5.291-D.-11).

–**Asef**: desde el 19 al 30 de noviembre de 2011, por razones particulares (5.301-D.-11).

–**Heller**: para los días 14 y 15 de noviembre de 2011, por razones particulares (5.527-D.-11).

–**Donda Pérez**: desde el 24 de noviembre al 1º de diciembre de 2011, por razones particulares (5.689-D.-11).

–**Carrió**: desde el 22 de noviembre al 11 de diciembre de 2011, por razones particulares (5.710-D.-11).

–**Santín**: del 27 al 29 de noviembre de 2011, por razones particulares (5.737-D.-11). *(A la Presidencia.)*

–**De Prat Gay**: desde el 30 de noviembre al 2 de diciembre de 2011, por razones particulares (5.753-D.-11).

–**Heller**: desde el 28 de noviembre al 2 de diciembre de 2011, por razones particulares (5.765-D.-11).

(Sobre tablas.)

C. INSERCIONES

1

INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA DIPUTADA ÁLVAREZ

Fundamentos del apoyo de la señora diputada al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Legislación General y de Derechos Humanos y Garantías en los proyectos de ley por los que se modifica la ley 26.529, y se incorpora el concepto de muerte digna

El tema es ciertamente complejo y las opiniones contrapuestas no dejan de tener un fuerte componente emocional. Los médicos se resisten a tomar decisiones que puedan colocarlos en conflicto moral, en violación del juramento hipocrático o en una presunta situación delictual.

En los casos en los que la voluntad del enfermo no puede intervenir en modo alguno, es imposible cumplir con lo que se ha dado en llamar el “consentimiento informado”, que consiste en que el paciente tenga plena conciencia de la realidad de su situación médica.

Se trata de evitar el “encarnizamiento terapéutico”, definido como el abuso de medios para la prolongación de la vida más allá de lo razonable, cuando se tiene la convicción médica de que son sólo remedios artificiales para mantener una situación irremediable.

Es el “pretender prolongar la vida a toda costa sabiendo que los medios empleados no mejorarán el estado terminal del paciente”.

Esta situación es la que configura un atentado a la dignidad del paciente porque afecta su condición de ser humano. Es una situación a la que no debería someterse. Obviamente, la muerte también atenta contra lo más precioso del ser: su existencia.

Quienes han estudiado el asunto, de por sí delicado, piensan que no es posible cortar o suspender la hidratación, alimentación o higiene, pues son bienes que toda persona tiene derecho natural a recibir. Pero, en cambio, no sería reprochable suspender tratamientos cuya prolongación sólo implique una postergación de lo inevitable, sin posibilidad alguna de que la situación se revierta.

Dicho de otro modo, no es posible atentar contra la vida pero, dadas las circunstancias, es aceptable que, manteniendo siempre las prestaciones naturales aludidas, se permita que por fin llegue la muerte.

Los médicos deberían aceptar que, cuando por decisión de los familiares —en caso de que el enfermo no pueda prestar su consentimiento—, se interrumpa el uso de un medio mecánico que mantiene la vida artificialmente, no se está practicando la eutanasia, sino dejando obrar a las leyes naturales que, tarde o temprano, desembocarán en la muerte física.

zación sobre la donación de órganos, su importancia y beneficios, en un porcentaje no menor al 10 por ciento de la totalidad de los espacios disponibles.

Dicha iniciativa registra giro a las comisiones de Comunicaciones e Informática y de Acción Social y Salud Pública, sin haber merecido a la fecha tratamiento alguno.

Hoy me despido de esta Honorable Cámara formulando votos para que acciones como las que propiciamos sean realmente masivas y no limitadas a un sector de la población —como en este caso al espectro educativo, sin que esto signifique que no avalo la iniciativa— tendientes a lograr una mejor convivencia ciudadana.

Así estaremos más cerca de asegurar el derecho a la salud, afianzando los principios de igualdad y el pleno respeto por los derechos humanos.

4

INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA DIPUTADA COMELLI

Fundamentos del apoyo de la señora diputada al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Legislación General y de Derechos Humanos y Garantías en los proyectos de ley por los que se modifica la ley 26.529, y se incorpora el concepto de muerte digna

En relación con el proyecto que nos ocupa, me gustaría hacer algunas reflexiones partiendo de que tanto la vida como la muerte son acontecimientos de la naturaleza misma. Sin embargo, hoy el tema está más relacionado al dolor y la muerte. El dolor forma parte de la vida humana desde que nacemos, en medio de los dolores de parto de nuestra madre, hasta que morimos, causando dolor a los que nos quieren y sufriendo por el propio proceso que lleva a la muerte. Absolutamente nadie es ajeno al dolor, que nos acompaña desde la más tierna infancia hasta los umbrales de la muerte, y más aún viene relacionado a los miedos ancestrales a la muerte.

La muerte es el destino inevitable de todo ser humano. Una etapa en la vida de todos los seres vivos que —quírase o no, guste o no— constituye el horizonte natural del proceso vital. En consecuencia, el dolor y la muerte no son obstáculos para la vida, sino dimensiones o fases de ella. En efecto, podríamos concluir que obstáculo para la vida es la actitud de quien se niega a admitir la naturalidad de estos hechos constitutivos de toda vida sobre la Tierra, intentando huir de ellos como si fuesen totalmente evitables, hasta el punto de convertir tal huida en valor supremo: esta negación de la propia realidad sí que puede llegar a ser causa de deshumanización y de frustración vital.

Por ello, podríamos preguntarnos si debería el hombre renunciar a huir del dolor en general y del dolor de la agonía en particular. Todo ser humano huye casi por instinto del dolor y de todo aquello que cause su-

frimiento. Y esta actitud es adecuada a la constitución natural del hombre y de todos los seres vivos que reaccionan con aversión ante lo que atente contra su vida y más aún cuando ello viene unido al dolor.

Estas ideas son especialmente patentes en el caso de la agonía, de los dolores que, eventualmente, pueden preceder a la muerte. Convertir la ausencia del dolor en el criterio preferente y aun exclusivo para reconocer un pretendido carácter digno de la muerte puede llevar a legitimar homicidios —bajo el nombre de eutanasia— y a privar a la persona moribunda del efecto humanizador que el mismo dolor puede tener.

El dolor y el sufrimiento, como cualquier otra dimensión natural de la vida humana, pueden tener también un valor positivo si nos ayudan a comprender mejor nuestra naturaleza y sus limitaciones. Si sabemos integrarlos en nuestro proceso de crecimiento y maduración. Ahora, si la muerte es inevitable, y el dolor es una “escuela de vida”, ¿qué sentido tienen los esfuerzos de la investigación científica para mitigar el dolor y para alejar lo más posible el momento de la muerte?

El dolor es inevitable en toda vida humana, pero todos tenemos la clara idea de que el hombre aspira a la felicidad, luchar por mitigarlo es positivo, y el esfuerzo de la ciencia moderna en tal sentido es encomiable. Pero convertir esta lucha y este esfuerzo en valores absolutos es injusto, pues obliga a renunciar a otras dimensiones valiosas de la vida humana.

De alguna manera, al referirnos al derecho a una muerte digna, estamos refiriendo a que quien se encuentre en situación terminal o de agonía tiene derecho a rechazar la aplicación de procedimientos e intervenciones médicas. En efecto, la persona lo que quiere evitar imperiosamente es el miedo al dolor y al sufrimiento innecesario, o entiende que esos tratamientos son extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y producen dolor y sufrimiento desmesurado. Desde mi concepción personal, creo que no existe en realidad miedo a la muerte, sino que lo que todo ser humano tiene es miedo al dolor y al sufrimiento.

Por ello, entiendo que, en realidad, ante una enfermedad irreversible o terminal, científicamente comprobada, lo mejor es la creación de programas de cuidados paliativos, considerando a los mismos como un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable, que pretende mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes que afrontan la enfermedad como de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales (según definición de la OMS).

Los cuidados paliativos, y por extensión los equipos de cuidados paliativos, tienen como objetivo:

—Proporcionar alivio al dolor y a otros síntomas.

–Defender la vida, aunque contemplando la muerte como un proceso natural.

–No intentan acelerar ni posponer el fallecimiento.

–Incorporar los aspectos psicológico y espiritual en la atención al paciente.

–Proporcionar apoyo para ayudar a los pacientes a mantener hasta el fallecimiento, dentro de sus limitaciones, el mayor nivel de actividad.

–Ofrecer su ayuda a la familia a lo largo del proceso de la enfermedad y, luego, en el duelo.

–Trabajar en equipo para resolver el conjunto de necesidades del paciente y de sus familiares incluido, cuando es preciso, el apoyo en el duelo.

–No sólo pretenden mejorar la calidad de vida, sino que pueden influir también de manera positiva en el curso de la enfermedad.

–Se pueden aplicar de manera temprana en la evolución de la enfermedad asociados a otros tratamientos como la quimioterapia y la radioterapia, dirigidos a prolongar la supervivencia, y abarcan también los estudios encaminados a comprender y a tratar de manera más adecuada las complicaciones que puedan afectar al paciente.

En el último siglo, algunas ideologías han considerado determinadas dimensiones parciales o relativas del ser humano como valores absolutos y, al hacerlo, han generado clamorosas injusticias. Esto, que es evidente en las ideologías totalitarias, no aparece con tanta claridad en las actitudes actualmente proclives a ver la salud como bien absoluto y a la ausencia de dolor como valor supremo del hombre, pero el fenómeno es el mismo: de estas actitudes emana la legitimación de acciones contra quienes no responden a ese ideal absoluto de “calidad de vida”: los deficientes, los enfermos, los moribundos, los ancianos, etcétera.

Por todo lo expuesto hasta ahora, tiene más sentido y es mucho más natural tener miedo al modo de morir más que a la muerte misma.

Desde luego, es natural sentir miedo a una muerte dolorosa, como es natural tener miedo a una vida sumida en el dolor. El miedo a un modo de morir doloroso y dramático puede llegar a ser tan intenso que, al anular todos los demás valores, puede conducir a desear la muerte misma como medio de evitar tan penosa situación. Por ello, éste es, de hecho, el principal estímulo para quienes preconizan la aceptación legal y social de la eutanasia. Pero la experiencia demuestra que cuando un enfermo que sufre pide que den fin a su vida, en realidad está pidiendo casi siempre que le alivien los padecimientos, tanto los físicos como los morales: la soledad, la incompreensión, la falta de afecto y consuelo en el trance supremo, etcétera. Cuando el enfermo recibe alivio físico y consuelo psicológico y moral, deja de solicitar que acaben con su vida, según la experiencia común.

En síntesis, el dolor y la muerte no son criterios aptos para medir la dignidad humana, pues ésta convie-

ne a todos los seres humanos por el hecho de serlo; el dolor y la muerte serán dignos si son aceptados y vividos por la persona; pero no lo serán si alguien los instrumenta para atentar contra esa persona.

Una muerte digna no consiste sólo en la ausencia de tribulaciones externas, sino que nace de la grandeza de ánimo de quien se enfrenta a ella. Es claro que, llegado el momento supremo de la muerte, el protagonista de este trance ha de afrontarlo en las condiciones más llevaderas posible, tanto desde el punto de vista del dolor físico como también del sufrimiento moral. Los analgésicos y la medicina paliativa por un lado, y el consuelo moral, la compañía, el calor humano y el auxilio espiritual, por otro, son los medios que enaltecen la dignidad de la muerte de un ser humano que siempre, aun en el umbral de la muerte, conserva la misma dignidad.

5

INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA DIPUTADA COMELLI

Fundamentos del apoyo de la señora diputada al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda en los proyectos de ley por los que se regulan las técnicas de reproducción humana asistida

Este Honorable Congreso asiste a una ocasión memorable que intenta avanzar con el tratamiento y aprobación del proyecto referente a las técnicas de reproducción humana asistida, el cual ha apuntado a representar un marco regulatorio, considerando el avance significativo que ha tenido la genética en los últimos años y el gran peligro que representa la manipulación de embriones. Para ello se ha apuntado a obtener una clara normativa específica, un organismo de aplicación y control conveniente y la especial consideración a los derechos del paciente, sea en orden a su propio cuerpo como respecto de los profesionales e instituciones de salud asistentes.

Y en esto debo decir que ya hemos escuchado grandes alocuciones técnicas de los oradores que me precedieron, destacando no sólo la buena técnica normativa utilizada sino, igualmente, el gran cuidado que se ha dado en ratificar no sólo los derechos del paciente (ley 26.529), sino también el inevitable vínculo generado con los profesionales de la salud y las instituciones intervinientes existiendo, inclusive, un capítulo dedicado a las sanciones, intentando ratificar –por todos los medios– que el procedimiento propuesto apunta indiscutiblemente a la transparencia.

Pero, considerando que mi tiempo de alocución es breve, quiero sólo aludir a una temática con la que he impreso mis discursos cuando la mujer está involucrada. Mis pares conocen de mis continuas y periódicas

luchas por la perspectiva de género, por la igualdad de género y por la reivindicación de la mujer.

Todos sabemos que por más cuidadoso y transparente que sea el procedimiento, quien ofrece su cuerpo como depositario de la reproducción es justamente la mujer. Y si bien la decisión de recurrir a estas técnicas es conjunta, quien debe sostener este procedimiento en el plano físico para poder procrear un hijo biológico es la mujer.

Previo a continuar, destaquemos que la Argentina fue protagonista del primer embarazo de una mujer tucumana por fertilización asistida en el año 1985, con el nacimiento de los mellizos Dellaporte. Esto representó que nuestro país ingresara definitivamente en una nueva era cual es la reproducción humana asistida, es decir, aquellas técnicas que permiten que se produzca artificialmente la fecundación y, por ende, el embarazo esperado.

Pero aquella asistencia no hubiera sido tal ni se hubiera iniciado este camino si, paralelamente, no se hubieran sancionado otras leyes complementarias que pusieran su eje y abrieran el debate sobre cuestiones de la vida de las grandes protagonistas de todo este andamiaje legal del que hablamos. La situación de la mujer, sus problemáticas y su inserción en el mundo han sido el punto de partida para abordar temas “rispidos” para nuestra formación, como ha sido la Ley de Salud Sexual y Reproductiva, la educación sexual y el debate que se viene dando sobre la interrupción voluntaria del embarazo, entre otros.

Y si bien la concepción de un hijo suele ser una decisión que se toma en el seno de una pareja, no es menos cierto que las mujeres hemos sido blanco de críticas porque se ha visto postergado el período en el cual queremos concebir. Se sabe que estadísticamente las mujeres planifican la concepción de su primer hijo pasados los treinta y cinco años, acortando el llamado período fértil ideal que se estima entre los 20 y 30 años. Ello ha conducido a que se estime que una de cada diez parejas tiene dificultades para concebir, pero lo que no se ha difundido de la misma manera es que se ha demostrado igualmente que casi el 40 por ciento de las causales de infertilidad en la pareja son masculinas.

Pero, además de este cambio que venimos transitando en la sociedad actual, es necesario destacar que los tratamientos existentes para una pareja con problemas de concepción no son accesibles principalmente por los costos económicos. Por ello, algunas provincias ya han ido abriendo este camino declarando a la infertilidad como patológica y, por ende, incorporándola en sus programas médicos. De hecho, la provincia de Buenos Aires nos ha precedido en la sanción de la ley 14.208, que fuera aprobada en diciembre de 2010, y ello ha significado que la gran prestadora de salud estatal, IOMA, como las prepagas privadas, hayan debido incorporar en sus nomencladores a los tratamientos de fertilización asistida. Además, autoriza

a cuatro centros asistenciales a atender a quienes no tienen obra social: el Hospital “Güemes” (Haedo), el Policlínico “General San Martín” (La Plata), el Hospital “Penna” (Bahía Blanca) y el “Allende” (Mar del Plata).

En mi caso particular, esta problemática que afecta a tantas parejas es un tema conocido y trabajado en profundidad desde el año 2007. Ya desde aquel entonces, y sin contar con los avances que la ciencia hizo en forma posterior, planteé ante esta Honorable Cámara de Diputados la necesidad de reformular la ley 25.673, de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, donde establecía la garantía a toda la población del acceso a métodos de fertilización humana asistida. En aquel momento la iniciativa por mí presentada ingresó con número de expediente 5.616-D.-2007 y, luego de cumplido su período de vigencia parlamentaria, ha sido representada desde entonces con el fin de instalar el tema y darnos al intercambio de opiniones.

El deseo y la imposibilidad de concebir un hijo nos obligan a darnos el debate como sociedad en todos los aspectos referidos a la vida. La interrupción de un embarazo, la posibilidad de debatir acerca de un régimen de muerte digna y las barreras que debemos sortear a veces para poder concebir son todas facetas de un mismo cristal: la vida y sus vicisitudes. No resulta extraño entonces que justamente en esta sesión estemos hablando de la vida y de las cuestiones bioéticas en el plano teórico y práctico, desde la concepción misma hasta el fin.

Para finalizar, deseo cerrar mi participación en este debate adelantando mi voto positivo en este tema, no sin antes recordar las bellas palabras de una balada con la que nos deleitaran varios solistas de nuestro país, como Eladia Blázquez cuando entonaba: “...eso de durar y transcurrir... no nos da derecho a presumir... porque no es lo mismo que vivir... honrar la vida”.

Hoy estamos intentando no transcurrir simplemente, sino honrar la vida desde su comienzo y hasta su final, teniendo en cuenta los derechos del paciente como su integridad física y emocional, en consonancia con lo que fija nuestra Carta Magna en su artículo 75, inciso 22.

6

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR DIPUTADO CORTINA

Fundamentos del apoyo del señor diputado al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Legislación General y de Derechos Humanos y Garantías en los proyectos de ley por los que se modifica la ley 26.529, y se incorpora el concepto de muerte digna

El progreso de las ciencias en general y de la medicina en particular ha favorecido el desarrollo de técni-

cas terapéuticas que abrieron posibilidades hasta hace algunas décadas impensadas y que trajeron aparejada una gran cantidad de beneficios para la salud de las personas.

Sin embargo, al mismo tiempo, ha posibilitado que se instrumentaran tratamientos –como la respiración, hidratación y nutrición artificial destinadas a prolongar artificialmente la vida–, muchas veces extraordinarios y desproporcionados en función de las expectativas de recuperación de los pacientes.

Sin normas capaces de resolver esa contradicción entre un supuesto deber de asistencia médica y el derecho a una vida/muerte digna, muchos de estos casos han terminado dirimiéndose en sede judicial, de diferentes formas.

En líneas generales, podría decirse que la jurisprudencia se ha expresado a favor del reconocimiento de la validez de directivas anticipadas otorgadas por el propio paciente y en contra de los pedidos de suspensión de tratamientos efectuados por algún familiar, ante la inexistencia de las mencionadas leyes.

Lo que acabo de expresar nos pone frente al desafío de avanzar en una legislación que permita poner límites a los esfuerzos médico-terapéuticos frente a enfermedades terminales o irreversibles.

Ése es, en definitiva, el objetivo de los proyectos que estamos debatiendo hoy, a través de los cuales nos proponemos reformar la ley 26.529, que trata sobre los derechos de los pacientes.

Porque los artículos que estamos modificando e incorporando apuntan a garantizar expresamente el derecho a la dignidad de las personas y el derecho a recibir un adecuado tratamiento del dolor, a la par del derecho a rechazar o decidir la interrupción de tratamientos que aparezcan como una tentativa desesperada y cruel de prolongar la vida a toda costa.

Es una concepción que viene a reafirmar la importancia de la vida, aceptando a la muerte como parte de un proceso natural. No pretende acelerar la muerte pero tampoco extender la agonía, luchando contra lo imposible.

Creo, en este sentido, que uno de los aspectos más destacados del dictamen que tenemos sobre nuestras bancas –logrado a partir de un amplio consenso entre los distintos bloques integrantes de esta Cámara– es que evita caer en los extremos que representan el encarnizamiento terapéutico, por un lado, y la eutanasia, por el otro.

Porque la eutanasia, entendida como una acción u omisión realizada con la intención de provocar la muerte del paciente por compasión, es una noción que excede la idea de la muerte digna que supone, simplemente, evitar el sufrimiento innecesario del paciente que representaría mantenerlo vivo a cualquier precio, garantizándole todo el alivio y los consuelos humanos posibles.

Este derecho, el derecho a la muerte digna, tiene como antecedente necesario –y así lo contempla el despacho– el derecho del paciente a recibir información clara y precisa sobre su enfermedad a efectos de poder consentir o rechazar las prácticas que se le proponen, respetando su autonomía individual consagrada en el artículo 19 de la Constitución Nacional.

Pero también es fundamental que los familiares y las personas cercanas al paciente puedan tomar este tipo de decisiones, en el ámbito sanitario y sin recurrir a la Justicia, cuando aquél no dejó expresada su voluntad anticipada en este sentido, o en el caso de las personas menores de edad.

En estos casos, los pacientes incapaces gozan de los mismos derechos que los capaces, aunque la forma en la que los ejercen sea necesariamente diferente; sea a través de sus representantes o familiares.

En este punto, vale la pena señalar la importancia de la modificación propuesta al artículo 6° de la ley 26.529, que incorpora un orden de prelación para este tipo de decisiones, tomando como base el que rige actualmente para la donación de órganos.

Para tener una comprensión cabal de lo que estamos hablando, me permito recordar cuánto sufrimiento podríamos haberle ahorrado con una ley como la que estamos tratando, a Alejandro McGuire y a su esposa “Marichú” que, después del nacimiento de su cuarto hijo, sufrió un paro cardiorrespiratorio y fue resucitada pero quedó en estado vegetativo permanente.

A él –que tuvo el coraje de hacer pública su historia a través de los medios masivos de comunicación– le tocó enfrentar la negativa de la familia de su esposa para retirarle el soporte vital.

La Justicia le negó la posibilidad de brindarle a su mujer una muerte digna y “Marichú” falleció el 2 de enero de 2010, por causas naturales, luego de pasar más de una década en esa dramática condición.

En la misma dirección, también me gustaría resaltar la importancia de revisar –como lo estamos haciendo– las distintas disposiciones vigentes en materia de responsabilidad médica, para evitar sanciones civiles y penales contra los profesionales intervinientes y reducir intervenciones judiciales que no hacen más que prolongar situaciones agónicas, como la que acabo de describir.

Ésa es la finalidad del artículo 11 bis, cuya incorporación a la ley 26.529 se plantea, en tanto deja perfectamente en claro que ningún profesional que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la ley está sujeto a responsabilidades civiles, penales o administrativas por el cumplimiento de la misma.

El interés del Estado en preservar la vida tiene que ceder necesariamente cuando la finalidad del tratamiento que se rechaza o cuya suspensión se solicita es la mera prolongación de un proceso de muerte ya iniciado.

También, debe hacerlo en los supuestos en los que el tratamiento no aporta mejoras –no ya referidas a las posibilidades de curación–, sino a la calidad de vida del paciente.

El conmovedor tenor de la carta pública que Selva Herbón le envió a la presidenta de la Nación en aras de alcanzar la muerte digna de su hija Camila –en estado vegetativo desde su nacimiento hace un par de años–, no deja lugar a dudas respecto a la urgencia de avanzar en la sanción de esta ley.

Decía Selva: “Le pido que me ayude en este dolor, que no es sólo mío, sino de una parte de la sociedad que sufre situaciones tan extremas como la de tener una familiar en situación irreversible”.

Si la ley de muerte digna se aprueba en la Argentina es, en buena medida, por la valentía de ese reclamo.

Conforme las consideraciones expuestas y atendiendo a esa lucha que supo hacerse fuerte y trascender a partir de la tragedia, es que el bloque del Partido Socialista va a votar favorablemente el dictamen en consideración.

7

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR DIPUTADO FORTUNA

Fundamentos del apoyo del bloque del señor diputado al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Legislación General y de Derechos Humanos y Garantías en los proyectos de ley por los que se modifica la ley 26.529, y se incorpora el concepto de muerte digna

Nuestra Constitución Nacional y diferentes tratados internacionales con jerarquía constitucional reconocen los derechos a la salud, a una vida digna y a la autonomía de la voluntad, por lo que subyace en ellos el derecho a una “muerte digna”.

Entre esos tratados podemos mencionar el Pacto de San José de Costa Rica o el artículo 5º de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que expresa que “toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral”.

El tratamiento de una cuestión de la complejidad de la “muerte digna” exige una visión integral, donde se contemplen tanto las condiciones y derechos de los pacientes como los deberes y derechos de los profesionales de la salud.

Ello por cuanto no estamos hablando de cuestiones abstractas; por el contrario, hacemos referencia al dolor y al sufrimiento de personas, que no es indiferente ni a familiares, ni a amigos, ni a médicos y mucho menos a la misma persona que sufre.

En ese sentido, en primer término, conviene recordar que diversos especialistas entienden por “muerte digna” a la exigencia ética que atiende a la forma de

morir y al derecho con que cuenta todo ser humano para elegir o exigir para sí, y para una persona a su cargo, una “muerte a tiempo”.

Es decir, una muerte sin abreviaciones tajantes –que nos pondría en presencia de una “eutanasia”, ni prolongaciones irracionales (que implican una “distanasia”) o cruelmente obstinadas “encarnizamiento médico”–, del proceso de morir.

Se trata de un final donde prevalezca la abstención, supresión o limitación de tratamientos extraordinarios, desproporcionados o injustificadamente prolongados, de forma tal de proteger la dignidad e integridad de la vida humana en el proceso de morir.

Sin bien no voy a abordar el articulado de este proyecto, que por otra parte ha sido extensamente referenciado por quienes me precedieron en el uso de la palabra, sí quiero resaltar dos aspectos:

El primero de ellos se refiere a la importancia de la modificación del inciso e) del artículo 2º de la ley 26.529 –derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud–, en tanto establece que el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría o produzcan un sufrimiento desmesurado.

Se dispone que, en todos los casos, la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.

Vinculado a ello, también se contempla el derecho del paciente a recibir información sobre su enfermedad a efectos de que pueda prestar un consentimiento informado.

Para quienes venimos de la rama de los profesionales de la salud, evitar los sufrimientos innecesarios y excesivos de nuestros pacientes es una de las cuestiones que poseen un peso específico propio frente a la toma de decisiones.

El segundo aspecto que estimamos relevante se vincula con los profesionales de la salud, en tanto se prescribe que ningún profesional interviniente, que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley, está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa derivadas del estricto cumplimiento de la misma.

Este aspecto es también relevante, puesto que muchos profesionales de la salud, coincidiendo con las directrices de este proyecto, no contaban con el marco legal que les permitiera actuar en tal sentido.

Por ello, en el entendimiento de que se trata de una ley largamente esperada, que es un paso adelante para lograr un mejor trato de las personas que están transitando en etapas de la vida como las aquí abordadas, y que se propone una mayor “humanización” de los procesos médicos y paliativos frente a esas realidades, es que el bloque de Córdoba Federal va a apoyar el presente proyecto.

8

INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA
DIPUTADA GALLARDO

Fundamentos del apoyo de la señora diputada al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda en los proyectos de ley por los que se regulan las técnicas de reproducción humana asistida

Antes que nada, quiero dejar en claro que era prioritario que el Estado jugase un rol activo en el campo de la salud que hoy nos ocupa. Es insoslayable el seguimiento permanente de la problemática de la infertilidad en sus aspectos epidemiológicos, de validación científica, de educación y difusión para la salud y de equidad en la concreción del derecho a la reproducción humana asistida.

Para que haya absoluta claridad en esta propuesta, considero importante mencionar y destacar algunas cuestiones puntuales: la infertilidad es una enfermedad que afecta entre un 15 y 20 por ciento de las parejas en edad reproductiva, lo que equivale a decir que una de cada cinco parejas tiene problemas para lograr el embarazo.

En función de esto nosotros, los legisladores, tenemos la responsabilidad y obligación de empezar a dar respuestas concretas a esta problemática. El objetivo último es lograr el reconocimiento de la infertilidad como una enfermedad para que sea incluida en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y asumida y asistida de esta manera por todas las obras sociales del país y por las instituciones médicas en la modalidad de prepagas. Ahora bien, el derecho a decidir la forma de planificar la familia y de poder tener acceso a métodos adecuados, es donde esta diputada, como mujer y como madre, más hincapié quiere realizar.

A través de los años, la ciencia en materia de salud sexual y reproducción ha avanzado a pasos agigantados, permitiendo a las parejas poder planificar sus familias, sobre todo cuando la naturaleza no se lo permitía. Pero estos procedimientos no estaban al alcance de toda la sociedad, sino que, por el contrario, sólo podían acceder a ellos personas con un muy alto poder adquisitivo, por el no reconocimiento de la infertilidad como una enfermedad.

Hoy son los jueces quienes a través de sus fallos han legislado en este tema. Por eso celebro en esta oportunidad que en el Congreso de la Nación seamos los legisladores quienes hagamos justicia con todas aquellas parejas que ni siquiera podían acceder a pagar el costo de estas prácticas y debían someterse durante varios años a procesos judiciales lentos, para que le reconozcan el derecho inalienable de todo ser humano a procrear.

Desde ya, adelanto mi voto positivo a este proyecto.

9

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR
DIPUTADO MILMAN

Fundamentos del apoyo del señor diputado al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Legislación General y de Derechos Humanos y Garantías en los proyectos de ley por los que se modifica la ley 26.529, y se incorpora el concepto de muerte digna

Me siento honrado de dar este debate, que tengo la certeza que será histórico, pues el Parlamento argentino no sólo está por sancionar una ley (a la que me referiré puntualmente más adelante), sino que está llevando a cabo una discusión filosófica esencial que viene dándose desde la hora de los tiempos.

Vamos hablar de muerte y por consiguiente de vida.

En un excelente trabajo, María Jesús Buxó Rey, catedrática de antropología social de la Universidad de Barcelona, destaca que sorprende que, siendo la muerte un aspecto decisivo de la historia de nuestras vidas y un punto culminante del simbolismo ritual en todas las culturas, sea en estos tiempos una temática encubierta.

Para ella, y coincido, la razón de este encubrimiento hay que buscarla en que la muerte ha pasado a ser el último tabú en nuestras sociedades.

La muerte forma parte del origen sexual de la vida humana. La reproducción no es por división celular indefinida, sino por la fusión aleatoria de células del sexo opuesto, de ahí que la condición de la vida sea la muerte.

Hasta hace no mucho, el tema sobre el cual se centraba la mayor sanción moral y la represión ideológica era la sexualidad.

Ahora, ante la preocupación y la incertidumbre que generan los cambios globales y los avances en ciencia y tecnología, el debate intelectual, político y social se sitúa en los desequilibrios y la desclasificación de las categorías de vida y muerte, no como algo que adviene, el morir de mortalidad, el fin del ciclo, sino como resultado de la construcción de nuevas realidades biotecnológicas.

Desde siempre los seres humanos hemos pensado la muerte para explicar la vida, entender la ausencia, resolver el dolor y reorganizarnos socialmente.

La muerte es parte integral del ciclo de vida, pero su carácter impredecible y misterioso genera en la conciencia humana una gran ansiedad, que ha hecho que psicológicamente resolvamos la muerte por medio de la única arma real, potente y eficaz que poseemos: el simbolismo.

Todas las culturas han enseñado a elaborar con imágenes y emociones el temor a la disolución de la identidad personal, desde el chamanismo hasta los relatos tibetanos del *Bardo Thodol*, *El libro de los muertos* del antiguo Egipto, los misterios de Eleusis y el *Ars moriendi*.

El simbolismo ritual de la muerte ayudó a entender esotéricamente el proceso de la vida como un viaje de gran valor iniciático en busca de uno mismo, la anátesis y la catátesis de los antiguos griegos.

Y en todo descenso o entierro, siendo la tierra el símbolo de la madre, se representa la vuelta al claustro materno y el renacimiento. Así, morir es nacer.

Sin embargo, el mundo moderno nos atrapa en un concepto de la muerte que está anclado entre la ansiedad y la negación y que ahora, sin el entorno simbólico de antaño, se diluye entre otros en la burocratización de las funerarias y la asepsia de los hospitales.

Existen cinco escenarios posibles en torno de las terminologías sobre los problemas éticos y jurídicos del final de la vida:

1. La eutanasia, como las actuaciones de los profesionales sanitarios que causan directamente la muerte de los pacientes.

2. El suicidio médicamente asistido, como la actuación de los profesionales para facilitar los medios necesarios para que los pacientes pongan fin a su vida.

3. La limitación del esfuerzo terapéutico, que es la retirada o no instauración de una medida de soporte vital debido a que el pronóstico del paciente los convierte en algo fútil; es lo que conocemos como encarnizamiento o ensañamiento terapéutico o distanasia.

4. El rechazo de tratamiento, que es la retirada o no instauración de un tratamiento que aunque el profesional puede considerarlo clínicamente indicado el paciente no da su consentimiento informado.

5. La sedación paliativa, que es la administración de fármacos para reducir la conciencia de un paciente en situación terminal.

De lo que hablamos en esta norma es de los presupuestos de limitación, rechazo y sedación paliativa.

La pregunta que nos hacemos es si existe un derecho a morir. ¿O acaso morir no es tan natural como nacer? ¿No tenemos derecho a morir serenamente, en el momento de nuestro destino, sin prolongaciones artificiales de la apariencia de vida? ¿No tenemos dere-

cho a que no sea más triste y lamentable que la propia muerte la manera de morir?

Para remedio del dolor y la muerte debe hacerse todo lo posible, pero todo lo posible, ¿incluye también lo imposible o lo rigurosamente improbable? ¿Es verdaderamente humanitario mantener vidas muertas?

Los condenados en el infierno de la *Divina comedia* no tenían la esperanza de morir.

¿Es necesaria la posibilidad atroz de vivir muertos en la estremecedora soledad de una habitación, en una clínica, que se cansen de visitar, al cabo del tiempo, nuestros familiares y nuestros amigos?

La evolución cultural de nuestra sociedad ha colocado a la muerte en distintos lugares durante nuestra historia, y esta evolución sociocultural ha implicado un avance en los propios derechos, y la gestión de la propia vida es hoy uno de los componentes del derecho a la libertad.

Lo que esta ley pone a debate es la libertad personal a vivir o morir.

No existe un aprendizaje para morir. No se puede repetir si sale mal; sólo tenemos una oportunidad única; por esto conviene prepararse para ello, hablar de ello. Nos cuesta, nos da miedo, nos da pudor, pero no hacerlo es morboso y masoquista. Es mejor ser conscientes de lo limitado de nuestra historia, comprender que el libro de nuestra biografía tuvo una primera página y tiene que tener una última.

“La muerte sólo tiene importancia en la medida en que nos hace reflexionar sobre el valor de la vida”, escribía André Malraux.

Todos queremos morir bien. Con calidad y calidez humana. Dignamente, como el acto final de una vida que ha aspirado a ser también digna.

Pero lo que significa morir bien ha ido cambiando en nuestra historia. Morir en combate, defendiendo la patria, el rey, la religión o la ley pudo ser el ideal de muerte digna hace siglos. Morir asumiendo el dolor como imagen de Cristo sufriente lo fue; pero en nuestra sociedad moderna, asediada por la ambivalencia tecnológica médica, morir dignamente, tiene otros matices.

Hoy, sabemos que significa morir con el mínimo sufrimiento físico, psíquico o espiritual. Morir sin dolor. Morir acompañado de los seres queridos. Morir bien informado si se desea y no en la mentira falsamente compasiva.

Morir pudiendo rechazar los tratamientos que uno no quiere, haciéndolo uno mismo si se está consciente, o a través de un documento escrito, antes llamado testamento vital, si ya se está inconsciente, morir en la intimidad personal y familiar.

Morir sin que el profesional sanitario, con buena intención pero errada, se obstine en mantener tratamientos que ya no son útiles y sólo alargan el sufrimiento del fin. Morir en casa, si se puede. Morir dormido, sedado, si uno lo solicita, morir despierto si se prefiere.

re. Morir bien cuidado. Morir de acuerdo a nuestras creencias. Morir a tiempo. Morir en paz.

La moderna bioética no viene a ser más que el intento de aplicar a la realidad de la biomedicina y la biología modernas los postulados de una ética caracterizada como civil y laica, cuyo paradigma es la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

En este intento, la bioética busca la manera de justificar los juicios y las acciones como respetuosos de dignidad de los seres humanos, sin necesidad de apelar a convicciones religiosas.

Sólo a partir del acuerdo, el consenso dialógico, en torno tanto a los principios básicos como a los procesos de decisión.

Los cuatro principios generales de la bioética son:

1. El principio de no maleficencia: debe evitarse realizar daño físico, psíquico o moral a las personas.
2. El principio de justicia: debe procurarse un reparto equitativo de los beneficios y las cargas facilitando un acceso no discriminatorio.
3. El principio de autonomía: debe respetarse que las personas gestionen su propia vida y tomen decisiones respecto a su salud y su enfermedad
4. El principio de beneficencia: debe promocionarse el bienestar de las personas.

En definitiva, este proyecto va en el sentido de que el consentimiento informado es la clave de las relaciones sanitarias modernas; no es más que el resultado de un proceso de deliberación acerca de las obligaciones éticas derivadas de la autonomía y la beneficencia, en un marco predeterminado por la no maleficencia y la justicia.

Una decisión clínica debe empezar siempre confrontándose con los principios del marco no-maleficencia y justicia, y sólo si los supera debe ponderarse en función de los del contenido autonomía-beneficencia.

Quiero detenerme aquí en lo que hoy es sin duda el punto de mayor controversia del dictamen: el retiro de la obligación de la alimentación e hidratación.

Antes de cualquier desarrollo es preciso tener en cuenta qué dice el dictamen en cuanto a esto.

Expresamente sostiene que podrá ser retirada tanto la alimentación como la hidratación si se cumplieren dos requisitos:

1. Cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con las perspectivas de mejoría, o
2. Produzcan un sufrimiento desmesurado.

Agregando que: “En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente”.

La reflexión ética sobre la nutrición e hidratación artificial gira en torno a cuatro aspectos:

1. Su categorización como tratamiento médico o cuidado básico.
2. Su valor simbólico.
3. El posible sufrimiento que causa la muerte sin estas medidas.
4. La interpretación de que el retiro de estas medidas es eutanasia.

1. *Su categorización como tratamiento médico o cuidado básico*

Si bien existe debate, su conceptualización como tratamiento médico pasa como mínimo por el cumplimiento de dos criterios:

- a) Ser un procedimiento que requiere los conocimientos y participación de los profesionales de la sanidad.
- b) Y cuya instauración supone una invasión corporal.

Siguiendo estos criterios se puede afirmar que tanto la hidratación y alimentación enteral –enterostomías quirúrgicas o percutáneas– como la parenteral –por vía periférica o central– son tratamientos médicos.

La pregunta que hay que responder antes de instaurar o suprimir una nutrición, ya sea enteral o parenteral, es si hay un equilibrio entre los beneficios que se espera obtener y los riesgos, molestias y efectos secundarios que se ocasionan al enfermo.

2. *Su valor simbólico*

El ser humano se caracteriza por su capacidad de dar sentido a través de funciones simbólicas originarias, que señalan cuáles son los modelos ejemplares y las acciones humanas significativas.

Dar de comer y beber es, obviamente, una acción humana significativa de respeto a la vida y de cuidado hacia los semejantes.

Ahora bien, una cosa es tener presente las simbologías de las culturas y otra afirmar que sea razón suficiente para, en este caso, sostener que en ninguna situación se puede retirar la alimentación y la nutrición artificial.

El criterio es siempre si ese tratamiento persigue los mejores intereses del paciente, y si es proporcional y adecuado a su situación biológica.

3. *El posible sufrimiento que causa la muerte sin estas medidas*

El sufrimiento hipotético tiene que ver con la posible sensación de hambre y sed. Las investigaciones demuestran no sólo que la anorexia es un síntoma frecuente en el período agónico, sin sensación de hambre (Sullivan, R. J.: “Accepting death without artificial nutrition or hydration”. *J. Gen. Intern. Med.*, 1993, 8:220), sino también que estos enfermos no suelen experimentar sed.

Al contrario de lo que se cree, la inanición completa produce cierta sensación de euforia y analgesia que se

explica fisiológicamente por el aumento de opiáceos endógenos en el hipotálamo y en el plasma (Printz, L. A.: “Termynal dehydration, a compassionate treatment”. *Arch. Intern. Med.*, 1992, 152:697-700).

Algunos trabajos señalan que la deshidratación sistémica preterminal sería más agradable para el paciente que la hidratación sistémica; esta última agravaría las secreciones respiratorias agónicas, favorecería las náuseas y los vómitos, facilitaría la presencia de edemas periféricos y daría lugar a una micción frecuente (Sullivan, R. J.: “Accepting death without artificial nutrition or hydration”. *J. Gen. Intern. Med.*, 1993, 8:220.12. Andrew, M.; Bell, E. R.; Smith, S. A.; Tischler, J. F. y Veglia, J. M.: “Dehydration in terminally in patients. Is it appropriate paliativecare? *Pot. Grad. Med.*, 1993, 9314. Burk, R.: “Feeding, withdrawing and withholding: ethical perspectives”. *Nutr. Clin. Pract.*, 1996, 11:243-253).

Sin embargo, las mayores críticas provienen de sectores confesionales.

En 2004, Juan Pablo II tomó postura clara en esta cuestión en un discurso a los participantes en un congreso de especialistas de neurología.

“En particular, quisiera poner de relieve que la administración de agua y alimento, aunque se lleve a cabo por vías artificiales, representa siempre un medio natural de conservación de la vida, no un acto médico. Por tanto, su uso se debe considerar, en principio, ordinario y proporcionado, y como tal moralmente obligatorio, en la medida y hasta que demuestre alcanzar su finalidad propia, que en este caso consiste en proporcionar alimento al paciente y alivio a sus sufrimientos.”

No voy a entrar en la discusión de si es acto médico o no; ni siquiera qué se considera alimentación natural o artificial, lo que se torna irrelevante, pues el argumento más importante a favor de lo propuesto en el dictamen se encuentra en la segunda parte de lo afirmado por el Santo Padre, que marca expresamente los límites de la obligación moral de administrar líquido o alimento:

“Por tanto, su uso se debe considerar, en principio, ordinario y proporcionado, y como tal moralmente obligatorio, en la medida y hasta que demuestre alcanzar su finalidad propia, que en este caso consiste en proporcionar alimento al paciente y alivio a sus sufrimientos.”

El mensaje del documento es que cuando los alimentos y el líquido ya no contribuyan a la alimentación ni al alivio de los sufrimientos del paciente no hay obligación moral de aceptarlos o de ofrecerlos.

La teoría y la praxis médica conocen situaciones al final de la vida en las cuales la alimentación y suministro de líquido han perdido su sentido.

Así, el suministro de alimento no es ya razonable si el proceso de biodegradación o catabolismo es ya mucho más fuerte que el de recuperación (anabolismo).

Debido a la disfunción de la resorción y/o la falta de síntesis de proteínas una intensificación de la alimentación e hidratación no produciría el efecto deseado.

4. La negación de estas medidas como sinónimo de eutanasia

No son pocas las personas que califican como eutanasia la retirada de la nutrición e hidratación, argumentando que la causa directa de la muerte deriva de que no se inicie o se suprima su administración.

Hay aquí un grave error conceptual, que es denominar como “eutanasia” a todo aquello que finalice con la muerte de un paciente.

Para poder hablar de eutanasia tienen que darse tres elementos:

1. Elemento objetivo: la situación de enfermedad grave, terminal o irreversible, que conduce a la muerte o que causa graves padecimientos.
2. Elemento subjetivo: la petición expresa y reiterada del paciente.
3. Una acción o cooperación directa que causa la muerte.

Es esencial el criterio de causalidad, en el sentido de que en el enfermo terminal existe otra causa independientemente del retiro de la hidratación y alimentación, que es irreversible, y que conduce hasta la muerte.

Esta causa es la enfermedad de base.

Hay que decir, por tanto, que el paciente no se muere por no comer, sino que no come porque se está muriendo.

Dentro de un programa sistemático de cuidados paliativos, la nutrición y la hidratación no son objetivos en sí mismos para atender a los enfermos terminales, sobre todo cuando la desnutrición está relacionada con la progresión de la enfermedad sistémica, y por ello no responde al tratamiento específico.

Por lo tanto, técnicamente no está justificada la nutrición ni la hidratación cuando los pacientes ya no obtienen beneficio de ello.

Al principio de mi exposición dije que estábamos dando una discusión filosófica pero también estamos dando una discusión ideológica, porque subyace en torno a esta cuestión una ideología que concibe la muerte por radical oposición a la vida y en la que concurren en complicidad las ideas de progreso y tecnociencia.

Desde la perspectiva del progreso, la muerte es el fin de las posibilidades humanas, la inactividad, la ruptura de un estilo de vida estructurado sobre el dinamismo del conocimiento experto y la economía.

Sólo está vivo aquel que produce y consume, por eso hay grandes intereses en seguir manteniendo a algunos con vida.

Entre la comprensión vulgar de la muerte en forma de resignación o esperanza consoladora como paso para una comprensión mayor del más allá y la negación sistemática de su sentido en la vida, se impone

una reflexión que nos ayude a conciliar la muerte con la dignidad humana.

Pensar la muerte y el morir no nos enfrenta a misterios, sino a problemas de responsabilidad social, cultural y bioética de los que debemos hacernos cargo.

Y también de acompañar el dolor, no sólo de los pacientes, sino de sus seres queridos, porque, como dice Selva, la mamá de Camila, “No se puede con tanto dolor”.

10

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR DIPUTADO MOLAS

Fundamentos del rechazo del señor diputado al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Legislación General y de Derechos Humanos y Garantías en los proyectos de ley por los que se modifica la ley 26.529, y se incorpora el concepto de muerte digna

El tema que hoy nos reúne está íntimamente relacionado con el derecho a la vida: ¿tenemos derecho a decidir por nosotros mismos o por nuestros representantes legales, como dice el proyecto de ley puesto a consideración, si queremos vivir o morir?

La Iglesia Católica nunca ha enseñado que debamos prolongarle la vida a todo enfermo terminal hasta el último momento, utilizando para ello todo medio posible. Ella nos enseña que Dios es quien determina el momento de la muerte de toda persona, y que por lo tanto es tan ilícito el intentar extender dicho momento como abreviarlo. En su Declaración sobre la Eutanasia, la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe nos dice: “Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo las curas normales debidas al enfermo en casos similares”. Obsérvese que la inminencia de la muerte de la cual se habla aquí ocurre a pesar de los medios empleados y no por causa de retirar unos medios o por emplear otros medios (letales), ambos actos serían eutanásicos y por tanto moralmente graves.

La diferencia entre “medios proporcionados” y “medios desproporcionados” es a la vez sutil y abismal.

¿Podemos, como dice el artículo 1° de este proyecto, rechazar las curas normales como la atención higiénica, la ventilación, el agua y la alimentación que todo enfermo necesita? Entiendo que no: esto, según la declaración antes mencionada, forma parte de los medios proporcionados que no le deben ser retirados al enfermo.

Apartándonos del fundamento religioso, veamos la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948, ella dice en su artículo 3°: “Todos tenemos el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de las personas”. Este fundamento

pone en desafío a la humanidad: debemos reconocer la dignidad inherente y los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana. Hoy, algunos países miembros o jurisdicciones dentro de ellos han legalizado el aborto y están al borde de legalizar la eutanasia. Ambos son una violación directa de la garantía de la declaración del derecho a la vida.

En mi entender, la eutanasia voluntaria es innecesaria porque siempre existen tratamientos alternativos. Hay un punto intermedio entre los que mueren lentamente en sufrimiento o reciben eutanasia: es la medicina paliativa.

Un paciente con una enfermedad terminal es vulnerable. No puede aliviar sus propios síntomas y puede padecer miedo sobre su futuro. No es objetivo sobre su propio estado.

Con la eutanasia voluntaria desalentamos la investigación médica. Ella cambia la conciencia pública y viola códigos históricamente aceptados de ética médica, llevándonos inevitablemente a la eutanasia involuntaria.

Para concluir, no estoy de acuerdo con lo establecido en el tercer párrafo de artículo 1° de la presente ley. Entiendo que los niños, niñas y adolescentes no están capacitados para tomar decisiones sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o su salud.

Tampoco coincido con lo expuesto en el párrafo tercero de su artículo 4°; es mi opinión que ningún profesional actuante puede intervenir en la decisión del paciente o de su representante legal de revocar el rechazo a los tratamientos indicados para su enfermedad.

Considero que para que exista la muerte debe existir la vida, ¿acaso podemos desdoblar esa unión indisoluble que existe entre la moral, la ética, la religión y las disposiciones legales que condenan este tipo de prácticas?

Por todo lo expuesto y por convicción personal, adelanto mi voto negativo al presente proyecto de ley.

11

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR DIPUTADO OBIGLIO

Fundamentos de la disidencia parcial del señor diputado al proyecto de ley en revisión por el que se autoriza al Poder Ejecutivo a transferir sin cargo a la agrupación mapuche Curruhuinca el dominio en propiedad comunitaria de parcelas de tierras nacionales

Parece ya tarde habiendo arribado a esta instancia, dar marcha atrás en todo lo que se ha hecho en pos de lograr que estas tierras sean transferidas en carácter de propiedad comunitaria a la agrupación mapuche Curruhuinca.

la descriminalización de las identidades travesti, transexuales e intersexuales, mediante la efectivización de políticas públicas que sean inclusivas de las diferentes identidades, generando así empoderamiento en derechos de ciudadanía.

Hemos escuchado en las audiencias públicas organizadas por las comisiones de esta Cámara relatos de experiencias personales, relatos de padres preocupados por el futuro de sus hijos que tienen una identidad diferente de su sexo biológico. Hemos compartido el sufrimiento de esos padres, que nos manifiestan que estas identidades surgen de una compleja red de experiencias particulares y colectivas en las que se entrecruzan diferentes elementos simbólicos, prácticas sexuales, sociales, donde el mundo exterior es muy importante cuando se pone en ejercicio esa identidad elegida.

En la Argentina, el vacío legal para la rectificación registral del sexo y nombre de las personas trans ha generado abundante jurisprudencia, siendo importante el fallo donde se autorizó la rectificación registral de sexo (de masculino a femenino) y cambio de nombre sin el requisito ineludible de cirugía de reasignación sexual. El fallo dice: “La realidad nos indica que la amparista ‘T’ es y debe ser considerada perteneciente al género femenino, y el derecho no puede ni debe desconocer esa inequívoca realidad social. Es por ello que supeditar la sentencia de reasignación sexual, sustitución de sus pronombres legales por el cual desde hace muchos años la solicitante se identifica, y es reconocida en su medio, a la previa realización de una intervención quirúrgica, que queda ciertamente prevista pero en un tiempo futuro, implicaría una seria incongruencia: sería nuevamente quedarnos en una visión reduccionista que equipara presencia de órganos genitales externos masculinos en desmedro de la identidad personal, evaluada desde una perspectiva totalizadora y a partir de fundados dictámenes periciales...”.

Si nos remitimos a la comparación con las leyes de otros países, vemos que varios han avanzado en esta temática: Noruega, Alemania, Italia, Suecia, Austria, Dinamarca, Sudáfrica, Holanda, Panamá, algunos estados de EE.UU., Uruguay. Este país la debatió en el año 2008 y su ley es muy parecida a la que estamos hoy discutiendo.

También hemos podido ver que desde las políticas públicas se ha avanzado para que se tome conciencia de la necesidad de dar una respuesta y una atención específica a estos grupos de personas transexuales, travestis, transgénero que padecen diariamente discriminación y violaciones a sus derechos humanos.

Quiero hacer un reconocimiento especial a la sociedad civil organizada como la Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (FALGBTB), a la Comunidad Homosexual Argentina (CHA) y a ALITT, MAL y la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgénero de la República Argentina (ATTA) por su aporte permanente en la

introducción del tema en esta Cámara y también por su trabajo de visibilización e instalación en la sociedad.

Yo soy diputada de la Unión Cívica Radical, el partido que proclama la igualdad y la libertad, el respeto a la autonomía de las personas y el respeto a la diversidad.

Por eso, vamos a votar a favor de la Ley de Identidad de Género. Muchas gracias.

18

INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA DIPUTADA STORANI

Fundamentos del apoyo de la señora diputada al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Legislación General y de Derechos Humanos y Garantías en los proyectos de ley por los que se modifica la ley 26.529, y se incorpora el concepto de muerte digna

Hoy estamos debatiendo un proyecto de suma importancia, ya que se ha convertido en una demanda de personas que están padeciendo situaciones extremas cercanas a la muerte. Esperemos que este proyecto se convierta muy pronto en ley.

Todos los seres humanos aspiran a vivir dignamente. El ordenamiento jurídico trata de concretar y simultáneamente proteger esta aspiración. Pero la muerte también forma parte de la vida. Morir constituye el acto final de la biografía personal de cada ser humano y no puede ser separada de aquella como algo distinto. Por tanto, el imperativo de la vida digna alcanza también a la muerte. Una vida digna requiere una muerte digna.

El objeto de esta ley es el respeto a la calidad de vida y a la dignidad de los enfermos terminales. Cuando el bienestar o la integridad física han sido jaqueados por una enfermedad o un accidente que aproxima la muerte de manera irreversible e impide un ejercicio íntegro de la autonomía o la racionalidad, la calidad de vida se ubica muy por debajo del nivel que requiere para ser considerada digna.

En tales casos, mantener la existencia biológica, prolongar el dolor y el desconsuelo mediante el sometimiento a infructuosos tratamientos médicos que socavan la estima cuando ya se perdieron las esperanzas de recuperación, es un modo de atentar contra la dignidad humana.

El derecho a una muerte digna implica entender la vida como un derecho y no como una obligación.

El progreso médico ha generado en los últimos años una serie de técnicas terapéuticas que permite posibilidades de sobrevivida impensadas anteriormente. Este avance ha traído innumerables beneficios como la cura de enfermedades y el alivio del dolor, pero también desventajas.

Una correcta y lícita práctica médica sería la que permite al paciente con una enfermedad terminal morir lo más aliviado y naturalmente posible, y autoriza a los médicos a prescindir de procedimientos o medicamentos desproporcionados e inútiles que prolonguen la agonía, sin que ello signifique dejar de apoyar a las personas ni abandonar la medicación que brinde tranquilidad y reduzca el dolor del enfermo.

El proceso de muerte de una persona es una parte extremadamente relevante de su vida e, indudablemente, afrontarlo con dignidad también es un derecho. El problema radica, por supuesto, en establecer sus contenidos concretos y superar los miedos que despiertan algunas de las preguntas que nos formula.

La discusión no es en absoluto novedosa y, de hecho, nuestra legislación ya reconoce hoy el derecho de los pacientes a aceptar o rechazar las terapias y procedimientos que les son sugeridos.

Pero, con todo, han llegado a nuestro conocimiento distintos casos, como el de Camila Herbón, que nos han convencido de la necesidad de ofrecer precisiones adicionales.

Hemos buscado reafirmar que siempre que no exista afectación directa de derechos de terceros, nadie puede obligar a una persona a someterse a un tratamiento sanitario contra su voluntad.

Aunque a veces sea doloroso, debemos reconocer que hasta un enfermo en peligro de muerte puede tener razones adecuadas y valederas, tanto desde un punto de vista humano como ético, para rechazar una operación, aun cuando sólo por medio de ella sea posible liberarse de su dolencia, y que este límite es violentado cuando, en una actitud paternalista, imponemos cargas y sacrificios a las personas y les negamos la posibilidad de decidir sobre su propio destino.

Como dijo Luis Niño: “Hoy no está en nuestro horizonte ético ni jurídico programar cuándo nos vamos a morir”. Pero al menos, si esta iniciativa es convertida en ley por el Senado, algunos tendrán la posibilidad de decidir por sí mismos cómo desean despedirse.

19

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR
DIPUTADO TOMÁS Y LA SEÑORA DIPUTADA
FERRÁ DE BARTOL

**Fundamentos del rechazo del señor diputado
y de la señora diputada al dictamen de mayoría
de las comisiones de Legislación General
y de Justicia en los proyectos de ley referidos
al derecho a la identidad de género**

En primer lugar, quiero expresarle, independientemente del sentido de mi voto, mi conformidad con el debate de esta iniciativa de gran trascendencia social, como lo es el proyecto contenido en el ex-

pediente 7.243-D.-2010 y otros, sobre identidad de género.

Cabe destacar que la evolución social exige, de modo ineludible, reconocer nuevas situaciones. Asimismo, también se impone el deber de proteger ciertos estados particulares. Por otro lado, no se puede dejar aparte el principio de autonomía individual, en tanto no violenta derechos de terceros. Por ende, el Estado debe respetar un margen de autodeterminación de terceros, siempre dentro de pautas razonables, y al mismo tiempo debe garantizar los medios para que los individuos se desenvuelvan en sociedad libremente.

Este complejo esquema, que emerge de cualquier sistema constitucional moderno, asigna un objetivo claro: alcanzar la armonía entre la protección estatal general (dirigida a la realización del interés colectivo), la libertad individual y la regulación de derechos en particular. Está probado que las libertades necesitan una estructura que garantice su ejercicio. Esa estructura viene dada por el Estado y el ordenamiento jurídico. Luego, resulta que para gozar de ciertos derechos es necesario limitar otros. De allí deviene, entonces, la potestad constitucional para regular, que en nuestro sistema se halla consagrada por los artículos 14, 16, 19 y 28, entre otros, de la Constitución Nacional. Se parte del principio de libertad individual (artículo 19), pero se reconoce que los derechos están sujetos a las leyes que reglamenten su ejercicio (artículo 14), siempre que la regulación sea igualitaria (artículo 16) y razonable (artículo 28).

Tal marco normativo y político reafirma el compromiso de los legisladores en la participación y sanción de leyes, en tanto estas últimas se traduzcan en pilares de la interacción social. Por eso, al tratar los temas a debatir, debemos estar conscientes de las consecuencias, lo cual implica exigir la mayor precisión posible de la técnica legislativa. Ningún tema puede ser tratado ligeramente, pero también es evidente que hay temas en los cuales un mínimo error puede ocasionar efectos adversos de mayor envergadura. Y uno de esos temas, el de la identidad de género, debe ser analizado rigurosamente para alcanzar una ley que responda a las necesidades complejas de la sociedad.

Es cierto que los objetivos del proyecto son claros, evidentes e irreprochables. Sin embargo, no se puede dejar de señalar que el proyecto debe jugar armónicamente con los principios constitucionales y convencionales y con pautas legales.

No se puede desconocer que la mera discusión del reconocimiento de la identidad de género constituye un hecho relevante, pero eso no habilita a justificar cualquier regulación.

Por lo tanto, también expreso mi punto de vista, ya que hay algunos aspectos que pueden ser mejorados, y que nuestro rol constitucional exige que mejoremos, entre ellos:

barazo exitoso. No obstante, es aquí cuando no cabe desconocer la potencialidad de los embriones, más allá de los beneficios que pueda aportar la fertilización asistida a personas que quieren ser padres o madres. Es decir que la misma aplicación de esta técnica trae aparejadas consecuencias éticas y normativas de crucial relevancia en tanto pueden implicar la sanción de normas –para el caso en que se apruebe el proyecto– que vayan en contra del derecho a la vida, cuya importancia para nuestro esquema constitucional y social es hartamente conocida.

Luego, vale la pena indicar que, aparte de las implicancias de la aplicación de la técnica en sí, el proyecto contiene otras normas cuestionables en lo concerniente a la conservación de embriones. Ello se debe a que el proyecto que viene con el dictamen de la mayoría consiente que la conservación de embriones viables humanos tiene un plazo de diez años. Luego, deben ser descartados. Naturalmente, los embriones no pueden ser descartados, ya que eso atenta, también, contra la vida.

En todo caso, el dictamen de minoría del diputado Fiad contiene los siguientes artículos que, en mi opinión, aportarían una solución más nítida, saludable y práctica: “Artículo 15: A partir de la sanción de la presente ley, queda prohibido: a) La adopción de embriones...; e) La donación de embriones. Artículo 16: La críoconservación de embriones está prohibida. Sólo se permitirá en los siguientes supuestos: a) Mientras dure el tratamiento; b) Cuando surjan interurrencias transitorias que pongan en riesgo la viabilidad del embarazo”.

Es esencial aportar una solución a los problemas reproductivos de muchas personas. También es cierto que en estas cuestiones hay fuertes cuestiones éticas que no pueden ser eludidas. Por lo tanto, haciendo una puesta en común entre las exigencias sociales, las facultades legislativas y las nociones éticas, considero que la solución aportada por el dictamen de minoría es, en este tema, la que debería prevalecer. De todos modos, tampoco cerraría la discusión acerca de la disponibilidad de los embriones a partir de la implementación de la técnica de fertilización asistida.

El derecho a la vida, vale la pena repetir, es el eje central de nuestro sistema de derechos, y como tal no puede ser soslayado por esas técnicas médicas. La vida, entonces, aparece como presupuesto lógico y jurídico para el ejercicio de cualquier otro derecho de las personas. Por lo tanto, su trascendencia y jerarquía es superior respecto del resto. No hay libertad alguna sin vida. Por ende, no hay en principio argumento válido posible para avasallar la vida de otro ser humano.

Consecuentemente, opino que el proyecto sobre el régimen de técnicas de reproducción humana asistida (492-D.-2010, 2.106-D.-2010, 2.459-D.-2010 y otros) no está en condiciones de ser aprobado, en tanto merece una mayor amplitud de debate y análisis para evitar

que su sanción vulnere nuestro ordenamiento constitucional y convencional.

21

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR DIPUTADO VIALE

Fundamentos del apoyo del señor diputado al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Legislación General y de Derechos Humanos y Garantías en los proyectos de ley por los que se modifica la ley 26.529, y se incorpora el concepto de muerte digna

El bloque socialista acompañará el dictamen mayoritario en relación con la ley 26.529, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, entendiendo que se realizan dos importantes incorporaciones en ella: por un lado, el reconocimiento al derecho a una muerte digna, que formaba parte del espíritu de esta norma pero no había sido taxativamente incluido; y por otro, la ampliación del consentimiento informado con la incorporación de información que debe ser brindada de manera obligatoria. En ambos casos, se trata de reconocer y proteger por medio de la ley la autonomía de las personas.

La vida es un derecho, no una obligación penosa. Extenderla por medio de lo que se ha definido como “encarnizamiento terapéutico” o por otras acciones que chocan con la razonabilidad y el humanismo, es contrario a los principios básicos que deben imperar en una sociedad democrática, en la que la pacífica convivencia de individuos de diversas cosmovisiones, credos e idearios debe llevar al legislador a imponer el mandato ético y jurídico de que los pacientes reciban un trato digno y respetuoso de parte de los agentes del sistema de salud, extensivo a sus familiares y acompañantes.

La ley que se propone modificar, tal como lo señalan estudiosos de esta temática como Oscar Garay, si bien no receptaba expresamente la muerte digna, permitía vislumbrarla como un derecho implícito del paciente, coherentemente con la filosofía insita en la norma. Del mismo modo, el consentimiento informado deriva de la idea de que la decisión sobre las acciones médicas de las que será objeto una persona debe ser tomada por ella, porque se asienta en su proyecto de plan de vida “autoconstruido”. En la expresión concreta de derechos personalísimos y del principio bioético de autonomía, los terceros deben respetar esa decisión, dado que sólo de ese modo estarán respetando la autonomía y dignidad de la persona.

Distintas leyes provinciales que reglamentan los derechos del paciente se pronunciaron a favor del derecho a la muerte digna del paciente en el final de la vida, entre ellas la reforma constitucional en mi provincia, en 2008, que la incorporó en su artículo 16. Lo

mismo se observa en normas éticas internacionales y nacionales.

Los principios bioéticos en los que se fundamenta la idea del derecho a la muerte digna son el de no maleficencia y el de autonomía. Según el primero, aunque el fin siempre es curar al enfermo, no deben utilizarse indiscriminadamente todos los medios que la ciencia provee; el límite está impuesto por la razonabilidad, la prudencia y los principios de humanismo y de respeto de la dignidad del paciente; cuando la enfermedad presenta la nota de irreversibilidad (es decir que no dan resultados los tratamientos aplicados), no se debe hacer daño al enfermo a través de la insistencia en un tratamiento médico, lo que configura el encarnizamiento terapéutico: cuando los medios empleados resultan claramente desproporcionados para los objetivos que plantea la situación específica del paciente. Según el principio de autonomía, mientras sea posible, el facultativo debe consultar y respetar la voluntad del paciente sobre hasta adónde avanzar en el tratamiento médico.

Entonces, si una de las notas distintivas del paciente terminal es que presenta un “daño irreversible” y como consecuencia “la muerte está próxima”, cabe preguntarse: ¿es razonable que se le aplique “tecnología de alta complejidad” o que se lo interne en una unidad de cuidados intensivos? ¿Es razonable prolongar el proceso de morir a través de procedimientos que profundicen el sufrimiento y el dolor humano?

La doctrina bioética nos dice que la muerte digna tiene el sentido de “muerte a su tiempo” (ortotanasia), sin abreviaciones tajantes (eutanasia) ni prolongaciones irrazonables (distanasia) del proceso de morir, concretándose esa muerte “correcta” mediante la abstención, supresión o limitación de todo tratamiento fútil, extraordinario o desproporcionado ante la inminencia de la muerte del paciente, muerte a la que no se la busca –pues lo que se pretende es humanizar el proceso de morir, sin prolongarlo abusivamente– ni se la provoca –ya que resultará de la propia enfermedad que el sujeto padece–.

El reconocimiento del derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando se haya detectado una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, requiere la inclusión de los aspectos vinculados en la expresión del consentimiento informado. Debe tenerse presente que el consentimiento informado es un proceso y no un acto aislado. Tiene una sucesión temporal de pasos que incluyen la comunicación al paciente de la información –que debe ser “clara, precisa y adecuada” por parte del profesional interviniente–. Por ello, es imprescindible la inclusión de la obligación de brindar toda la información al paciente, en el sentido de que es su derecho, luego de haber comprendido la información recibida y reflexionado

sobre la decisión de tomar, emitir su “consentimiento informado” o su “rechazo informado”.

Incorporar estos derechos a la ley contribuye a una sociedad más humana. El aporte de una enorme cantidad de casos que le han dado la encarnadura y la dimensión sensible a lo que de otro modo son debates abstractos no exentos de visiones cerradas o a los que estadísticamente se pretende relativizar, ha hecho avanzar notablemente a la sociedad argentina, que entendemos está en condiciones desde hace tiempo de abordar este tipo de problemáticas.

Como dice Martín Farrell, Premio Konex de Platino en Ética, las convicciones de tipo religioso son todas dignas de respeto, pero no al extremo de impedir reformas legislativas que impidan el ejercicio de la autonomía a quienes no las compartan. La legítima preocupación por mejorar la vida terrena y respetar los derechos de las personas incluye, en nuestra opinión, que el Estado asegure la posibilidad de aliviar la agonía de quienes no desean ser mártires de creencias ajenas. En este sentido, aporta positivamente la modificación que se propone a la ley 26.529.

22

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR DIPUTADO ZIEGLER

Fundamentos del apoyo del señor diputado al dictamen de las comisiones de Finanzas y de Presupuesto y Hacienda en el proyecto de ley del que es coautor por el que se dispone la acuñación de una moneda conmemorativa, de curso legal vigente, del Bicentenario de la Revolución de Mayo, con la imagen –en el anverso– de las cataratas del Iguazú

Deseo manifestar nuestra satisfacción porque en el día de hoy estamos tratando en esta Honorable Cámara este proyecto de ley destinado a decidir la acuñación de una moneda de curso legal vigente con la imagen en el anverso de las cataratas del Iguazú, en el marco de la conmemoración del Bicentenario de la Revolución de Mayo de 1810.

En la provincia de Misiones se encuentran las espectaculares cataratas del Iguazú. A 20 kilómetros de Puerto Iguazú, en el norte de Misiones, las cataratas del Iguazú comprenden el atractivo turístico más importante de Sudamérica y son las cataratas más imponentes y grandes del mundo. Están distribuidas entre las fronteras del Brasil y la Argentina y desde un lado y el otro se obtienen fantásticas postales visuales.

Este espectáculo único de la naturaleza se originó hace unos 200 mil años, en el sitio que hoy conocemos como Fito de las Tres Fronteras (Argentina, Brasil y Paraguay), donde confluyen el río Iguazú y el río Paraná. Una falla geológica producida en el cauce del río Paraná hizo que la desembocadura del río Iguazú quedara convertida en una abrupta cascada de 80 metros

de altura. Desde aquel punto, donde se originaron las cataratas, hasta donde hoy en día se encuentra la Garganta del Diablo, existen 27 kilómetros de distancia, debido al retroceso lento erosivo, pero continuo, en la posición de las cataratas. Esta gran cascada original se ha convertido en dos grandes arcos sinuosos de 2.700 metros de extensión, siendo el salto más imponente del conjunto la Garganta del Diablo, de 80 metros de altura y que se encuentra en el curso principal del río. Según el río posea más o menos caudal, se pueden admirar entre 160 y 260 saltos, que en términos medios serían unos 1.500 metros cúbicos de agua por segundo. Este espectáculo natural ubicado en el extremo noreste de la República Argentina, en este momento está siendo protagonista a nivel mundial.

Esta maravilla natural del planeta es pieza clave en la gran industria sin chimeneas que hay que promover con pasión. Rodeada de una selva inmensa, cubierta de una niebla espesa y continua provocada por la permanente caída de agua que, en combinación y atravesada por los rayos del sol y la niebla, forma una infinidad de arcos iris que surgen en todos los rincones.

La toma de conciencia de la importancia de este espectáculo único de la naturaleza se comienza a manifestar en 1934, con la creación del Parque Nacional Iguazú, con el principal objetivo de proteger y conservar la majestuosidad de uno de los mayores fenómenos naturales del mundo: las cataratas y la espectacular biodiversidad que la rodea. El parque posee alrededor de 67.620 hectáreas, que fueron declaradas por la UNESCO, en el año 1984, Patrimonio Natural de la Humanidad, en razón de sus bellezas escénicas y de la gran diversidad biológica de la selva subtropical.

El texto que estamos tratando se suma al acontecimiento vivido por los argentinos hace pocas semanas: la coronación de nuestras cataratas del Iguazú como una de las Siete Maravillas del Mundo, distinción que honra a nuestro país, y especialmente a los misioneros, quienes tenemos el privilegio y la gran responsabilidad de velar por la integridad natural de las cataratas. Aprobar este proyecto es un aporte más de este honorable cuerpo a las diversas acciones que se han llevado a cabo, desde todas las provincias de nuestro país y desde los países hermanos, a la difusión de las cataratas como destino turístico a nivel mundial, situación que beneficiará a todos los destinos nacionales.

Asimismo, destaco y agradezco la voluntad de las autoridades e integrantes de las distintas comisiones y a todos quienes trabajaron para traer este tema al recinto, especialmente por otorgarle la debida importancia y demostrar el compromiso asumido y la toma de conciencia de que somos ciudadanos bendecidos por la naturaleza.

Este proyecto de ley claramente favorece a las cataratas, no sólo a los efectos de su difusión sino también como manifestación del orgullo nacional que sentimos de tener el privilegio de contar en nuestro territorio con uno de los destinos más admirados del mundo.

23

INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA DIPUTADA CHIQUICHANO

Fundamentos del apoyo en general y rechazo del artículo 17 del dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda en los proyectos de ley por los que se regulan las técnicas de reproducción humana asistida

Hago uso de la palabra para referirme al proyecto de ley contenido en el expediente 492-D.-2010, de técnicas de reproducción humana asistida. Regula. Expreso mi voto afirmativo en general, porque siempre voy a estar a favor de la vida, y la situación de angustia que viven miles de parejas argentinas que no pueden procrear lesiona sus derechos humanos, porque no gozan de salud. La Organización Mundial de la Salud define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y el dolor que atraviesan esas parejas rompe el equilibrio emocional de las personas por el dolor de no poder tener un hijo. Pero esta situación se agrava, porque los intentos de recurrir a un tratamiento médico que hoy no tiene una cobertura universal por parte de las obras sociales llevan a las personas, en la búsqueda de una solución que tanto los angustia, a desprenderse de bienes materiales afectando así su calidad de vida digna. Pertenezco a la comunidad ancestral de los tehuelches, donde la mayor celebración se realizaba cuando nacía un niño, una niña. Los tehuelches somos personas muy amorosas con nuestros hijos y, en tiempos pasados, cuando los hombres realizaban actividades imprescindibles para la manutención de la familia, como era la cacería en la estepa patagónica, al llegar a sus hogares tenían grandes demostraciones de cariño hacia los niños, expresadas en gestos y palabras muy amorosas. La ceremonia de la "casa bonita" era un ritual de celebración de la vida. Esta cultura de amor y de paciencia para enseñar a nuestros niños se mantiene viva en nuestras familias, por eso comprendo el dolor de las mujeres y hombres que no pueden procrear y deben recurrir a las técnicas científicas para poder concretar el mayor anhelo de todos los seres humanos.

Por eso, señor presidente, contundentemente apoyo este proyecto de ley, pero por este amor a la vida, por mis convicciones, mi filosofía y mi ética, no voto el artículo 17 (diecisiete), por el que los gametos y embriones que se conserven por un máximo de diez años y no sean reclamados después de ese período deben ser descartados. La ciencia y el costo material a veces se conducen por un camino reñido con la moral y la ética. Yo quiero estar tranquila con mi conciencia y mantener vivos los valores morales de mi cultura. Soy una mujer que ama la vida y mi ética me conduce a manifestar lo que estoy expresando, porque si los gametos y

embriones dieron vida, es inmoral conservar gametos y embriones que pueden ser descartados. ¿No estamos destruyendo la potencial vida de otros seres humanos? ¿Esto es lo que quieren los argentinos y argentinas que reclaman esta legislación? ¿Logro lo que tanto me angustió y me hizo sufrir, logro la felicidad, pero después destruyo la vida que me dio la vida de mis hijos?

Señor presidente, señores diputados y diputadas, senadores y senadoras: cuando se debata en particular esta ley, resuelvan esta situación con amor y por amor. La humanidad celebrará la vida.

24

INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA DIPUTADA CHIQUICHANO

Fundamentos del apoyo parcial de la señora diputada al proyecto de ley en revisión por el que se autoriza al Poder Ejecutivo a transferir sin cargo a la agrupación mapuche Curruhuinca el dominio en propiedad comunitaria de parcelas de tierras nacionales

Hago uso de la palabra para referirme al proyecto de ley contenido en el expediente 34-S.-2010. En primer término, como presidenta de la Comisión de Población y Desarrollo Humano de esta Cámara, quiero agradecer a las señoras y señores legisladores que dieron quórum a la reunión que se realizó para tratar esta iniciativa, en la que tuvo dictamen favorable, y celebro que hoy tenga tratamiento en el recinto, porque este proyecto es emblemático en lo que hace a la restitución de derechos a los pueblos originarios y a familias humildes sin techo.

Nuestro ordenamiento jurídico consagra normas que reivindican los derechos de los pueblos originarios: nuestra Constitución Nacional, los tratados internacionales con jerarquía constitucional, el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo y preceptos constitucionales establecidos en la mayoría de las Constituciones provinciales. Pero la verdad, señor presidente, el proceso de reivindicación y consagración de los derechos humanos para quienes somos moralmente dueños de la tierra es demasiado lento, en contraposición con el acelerado proceso de enajenación de tierras por parte de extranjeros al que este Congreso tiene la responsabilidad moral y cívica de ponerle un límite urgentemente. Los derechos consagrados deben materializarse en acciones concretas, como las contempladas en este proyecto de ley que tiene por finalidad la sesión de tierras, la restitución de territorio a las comunidades de pueblos originarios que los ocupan tradicionalmente, y de desarrollar un conglomerado habitacional intercultural y ambientalmente sustentable bajo el carácter de propiedad comunitaria en el lote 27, colonia pastoril Maipú, departamento Lácar, jurisdicción de la Reserva Nacional Lanín, según plano efectuado por la intendencia del Parque Nacional Lanín, que como anexo 1 forma parte de la presente ley.

Nuestra Constitución consagra los derechos humanos para todos los habitantes de la Nación. A lo largo de nuestra historia, la Nación Argentina ha dispuesto grandes dimensiones de territorios para inmigrantes que vinieron a buscar refugio en nuestra tierra y construir un futuro mejor. Hoy, es de estricta justicia tomar resoluciones para resolver la situación de viviendas para verdaderos argentinos, como lo son los pueblos originarios y los ciudadanos sin techo, para que puedan construir sus hogares y generar condiciones de vida dignas. Tengo el orgullo de pertenecer a una nación milenaria, con más de doce mil años de presencia en la Patagonia y, como mujer de sangre tehuelche, quiero dejar este testimonio que me duele como argentina y como ciudadana nacida en Yala Laubat, en el departamento Gastre de la provincia del Chubut. En la aldea escolar que se conformó hace varias décadas, con la escuela donada por el cacique Chiquichano, hoy sufren falta de agua segura, padecimientos por la ceniza volcánica y carencia de medios para calefacción, tal como lo publicó el diario *Jornada*, de Trelew, Chubut, el día 29/11/11, en una noticia periodística que dice:

“Los vecinos de Yala Laubat pidieron más agua potable, calefacción y ayuda contra la ceniza.

”La diputada nacional Rosa Chiquichano se reunió en Yala Laubat con alumnos, docentes y pobladores de esa comunidad.

”Entregó una computadora para la Escuela N° 62, la única área con Internet y de una gran importancia para el lugar. El acercar la tecnología constituye una herramienta fundamental para la legisladora, que alienta el revitalizar la cultura tehuelche y en particular el rescate de la “günnüna iäjicht”, que es la lengua ancestral de los tehuelches.

”Chiquichano se mostró muy satisfecha por la labor cultural de la escuela respecto al afianzamiento de la cultura aborígen, que sigue viva en la comunidad. En este sentido, es muy elogiable el Festival del Tejido Artesanal, que, por segunda vez, se realizará los días 8 y 9 de diciembre, promovido por las docentes de la escuela, y que convocará a artesanas y pobladores de otros parajes de la meseta.

”Los servicios:

”Los pobladores aprovecharon la presencia de la diputada nacional para darle a conocer la grave situación que atraviesan con la provisión de agua y la calefacción, y la necesidad de disponer de recursos genuinos para afrontar el desastre de la ceniza volcánica.

”En marzo, solicitaron la urgente solución del problema actual del servicio de agua potable, que viene con complicaciones desde septiembre de 2010, aportando la idea de su solución a través de una perforación de mayor profundidad que la actual. Está en riesgo la continuidad de este servicio, y aún no han recibido respuesta, según comentó Rosa Chiquichano.

”En cuanto a la disponibilidad de leña, los pobladores reciben unos 300 kilos por año, cantidad que resulta insuficiente. En el lugar no hay leña para extraer,

el precio del kilo es casi de 2 pesos y no les alcanza el dinero para adquirirla. ‘Por ahora la opción es juntar bosta de animales para calefaccionar nuestros hogares’, dijeron.

”La diputada expresó el contraste de realidades, ya que ‘hay una comunidad con voluntad de trabajar para fortalecer su identidad cultural, pero no tiene a su alcance las soluciones que deben venir de parte del Estado’.

”Aludió al fenómeno de las cenizas y advirtió que aún falta instrumentar mecanismos de reparación socioeconómica, como también reprochó que ‘en estos tiempos de la informática, es inconcebible que no se den las soluciones básicas a las comunidades’.

”Más adelante, Chiquichano sostuvo que la escuela de Yala Laubat tiene instalados zepelines que tienen la capacidad de poder abastecer simultáneamente a las once viviendas del paraje, pero que por falta de decisiones políticas no se hace extensible la red para proveer de gas a esas unidades de la aldea escolar. ‘¿Cómo puede ser que las cuestiones burocráticas estén por encima de los derechos humanos fundamentales?’, se preguntó la diputada chubutense y agregó ‘creo que si hay voluntad, se encuentran los mecanismos técnicos y jurídicos para brindar las soluciones’.”

Por eso, señor presidente, señores y señoras diputadas: celebremos este momento, porque hay ciudadanos que desde hace mucho tiempo esperan, de parte de quienes tenemos responsabilidades públicas, que sancionemos las leyes que hagan efectivos los derechos humanos y generen las condiciones de bienestar y justicia social para las presentes y futuras generaciones.

25

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR DIPUTADO FORTUNA

Fundamentos del apoyo del señor diputado al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda en los proyectos de ley por los que se regulan las técnicas de reproducción humana asistida

Quiero comenzar esta intervención recordando que la Organización Mundial de la Salud define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades.

Es decir, las enfermedades o afecciones constituyen una noción negativa en relación con la imposibilidad de satisfacer esta definición general de salud, que implica el pleno goce del derecho humano a la vida.

Este marco conceptual es el que nos lleva a considerar a la infertilidad como un funcionamiento anormal del sistema reproductivo, que priva a las personas, cualquiera sea su nivel socioeconómico, crear una familia.

De aquí entonces la importancia de este proyecto que tiene por objeto regular el uso de las técnicas de reproducción humana asistida.

En ese sentido, la infertilidad se puede entender como la incapacidad de embarazarse a pesar de haberlo intentado durante un año sin utilizar método anticonceptivo alguno. Esta problemática es padecida tanto por mujeres como hombres, en proporciones similares.

La infertilidad impacta de modo negativo en la salud psíquica de las personas que la padecen. Asimismo, la imposibilidad de procrear es una deficiencia que puede afectar en forma real y efectiva la calidad de vida, siendo que la salud reproductiva involucra la salud psicofísica de la pareja, además de su derecho a procrear.

Desde esta perspectiva, las circunstancias por las cuales un paciente se ve impedido de procrear representan un deterioro en su salud y, por ende, se constituye como un derecho enteramente pasible de protección.

En nuestro país, la infertilidad afecta entre un 10 y 15 % a de las parejas, lo que la constituye un problema frecuente en nuestra sociedad.

Hoy, en la Argentina, la infertilidad no está considerada como enfermedad, por eso el Programa Médico Obligatorio (PMO) no cubre los tratamientos de fertilización asistida, que son, en algunos casos, la única alternativa que tienen las parejas para lograr un embarazo.

Los tratamientos son muy costosos, por lo que no están al alcance de todos, transformándose así en una prestación inaccesible para determinados estratos sociales.

La posibilidad de tener hijos biológicos debe estar abierta a todas las personas, sin que la condición social sea una barrera en el acceso a este derecho. La ciencia puede ayudar a muchas parejas a tener un hijo propio, pero la escasez de medios económicos muchas veces lo impide.

Por eso, es importante que exista un reconocimiento de la infertilidad como enfermedad y cobertura para su tratamiento. Por lo tanto, es elemental normatizar la atención y hacerla accesible y universal para toda persona que la necesite, asegurando la implementación sin costo de estas técnicas en los efectores públicos, privados y de la seguridad social.

La recepción en este marco jurídico de las consideraciones teóricas señaladas se plasma en el artículo 23 de este proyecto, que establece que el Sistema Público de Salud, las obras sociales, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados, independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar como prestación obligatoria y brindar a sus afiliados la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, diagnóstico y tratamiento de las técnicas de reproducción humana asistida en casos de esterilidad e infertilidad diagnosticadas, cuando otras medidas terapéuticas de

menor complejidad hubieren sido médicamente descartadas por inadecuadas o ineficaces.

Asimismo, expresamente se sostiene que quedan incluidos en el Programa Médico Obligatorio el diagnóstico, tratamiento y cobertura de medicamentos conforme lo establezca la autoridad de aplicación.

Si bien quienes me han precedido en el uso de la palabra se han extendido sobre las prescripciones contenidas en el presente proyecto, no puedo dejar de mencionar la importancia que tiene legislar sobre aspectos tales como la donación y conservación de gametos y embriones, identidad y filiación, el régimen de sanciones y el establecimiento del Ministerio de Salud de la Nación como autoridad de aplicación.

En definitiva, este proyecto está encaminado a proporcionar los instrumentos que permitan a las parejas dar cumplimiento a una gran ilusión, a un profundo deseo, que es el pasaje de pareja a configuración familiar.

Y en ese sentido no podemos dejar de señalar la importancia que para el peronismo siempre ha tenido la institución familiar, que ha sido uno de sus ejes doctrinarios fundamentales y que da sustento a todo el pensamiento justicialista.

Por todo lo expuesto, apoyar ese tipo de iniciativas significa un paso más hacia la igualdad de oportunidades y a un sistema más solidario de salud.

26

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR DIPUTADO MOLAS

Fundamentos del rechazo del señor diputado al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Legislación General y de Derechos Humanos y Garantías en los proyectos de ley por los que se modifica la ley 26.529, y se incorpora el concepto de muerte digna

El tema que hoy nos reúne está íntimamente relacionado con el derecho a la vida: ¿tenemos derecho a decidir por nosotros mismos o por nuestros representantes legales, como dice el proyecto de ley puesto a consideración, si queremos vivir o morir?

La Iglesia Católica nunca ha enseñado que debamos prolongarle la vida a todo enfermo terminal hasta el último momento, utilizando para ello todo medio posible. Ella nos enseña que Dios es quien determina el momento de la muerte de toda persona, y que por lo tanto es tan ilícito el intentar extender dicho momento como el abreviarlo. En su Declaración sobre la Eutanasia de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe nos dice: “Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo las curas normales debidas al enfermo en

casos similares”. Obsérvese que la inminencia de la muerte de la cual se habla aquí ocurre a pesar de los medios empleados y no por causa de retirar unos medios o por emplear otros medios (letales); ambos actos serían eutanásicos y por tanto moralmente graves.

La diferencia entre “medios proporcionados” y “medios desproporcionados” es a la vez sutil y abismal.

¿Podemos, como dice el artículo 1º de este proyecto, rechazar las curas normales como la atención higiénica, la ventilación, el agua y la alimentación que todo enfermo necesita? Entiendo que no: esto, según la declaración antes mencionada, forma parte de los medios proporcionados que no le deben ser retirados al enfermo.

Apartándonos del fundamento religioso, veamos la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948; ella dice en su artículo 3: “Todos tenemos el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de las personas”. Este fundamento pone en desafío a la humanidad: debemos reconocer la dignidad inherente y los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana. Hoy, algunos países miembros o jurisdicciones dentro de ellos han legalizado el aborto y están al borde de legalizar la eutanasia. Ambos son una violación directa de la garantía de la declaración del derecho a la vida.

En mi entender, la eutanasia voluntaria es innecesaria porque siempre existen tratamientos alternativos. Hay un punto intermedio entre los que mueren lentamente en sufrimiento o reciben eutanasia: es la medicina paliativa.

Un paciente con una enfermedad terminal es vulnerable. No puede aliviar sus propios síntomas y puede padecer miedo sobre su futuro. No es objetivo sobre su propio estado.

Con la eutanasia voluntaria desalentamos la investigación médica. Ella cambia la conciencia pública y viola códigos históricamente aceptados de ética médica, llevándonos inevitablemente a la eutanasia involuntaria.

Para concluir, no estoy de acuerdo con lo establecido en el tercer párrafo del artículo 1º de la presente ley. Entiendo que los niños, niñas y adolescentes no están capacitados para tomar decisiones sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o su salud.

Tampoco coincido con lo expuesto en el párrafo tercero de su artículo 4º. Es mi opinión que ningún profesional actuante puede intervenir en la decisión del paciente o de su representante legal de revocar el rechazo a los tratamientos indicados para su enfermedad.

Considero que para que exista la muerte debe existir la vida, ¿acaso podemos desdoblarse esa unión indisoluble que existe entre la moral, la ética, la religión y las disposiciones legales que condenan este tipo de prácticas?

Por todo lo expuesto, y por convicción personal, adelanto mi voto negativo al presente proyecto de ley.