

Ética, Ley y Salud: el día después del veto de la Ley de trombofilia.

Ethics, Law and Health: the day after the thrombophilia law was vetoed

Grand B¹, Rossi A²

¹Médica hematóloga. Departamento Materno Infantil. División Obstetricia. Hospital Juan A Fernández. CABA. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Hemostasia y Trombosis en la Mujer del Grupo CAHT.

²Médica hematóloga. Jefa del Servicio de Hematología. Hospital Universitario Fundación Favaloro. CABA. Presidente del Grupo CAHT

bgrand@arnet.com.ar // arossi@ffavaloro.org

Fecha de recepción: 26/02/2017

Fecha de aprobación: 10/03/2017



ARTÍCULO
ESPECIAL

HEMATOLOGÍA
Volumen 21 n° 1: 36-43
Enero - Abril 2017

Palabras claves: Ley de Trombofilia, trombofilia hereditaria, aspectos éticos, salud pública.

Keywords: Thrombophilia Law, hereditary thrombophilia, ethics aspects, public health.

Resumen

Éste es el tercer artículo que publicamos en la revista HEMATOLOGÍA con referencia al Proyecto de Ley de Trombofilia entre marzo de 2016 y marzo de 2017. Si bien esperábamos la posibilidad de poder debatir con los legisladores los fundamentos de la ley, esa oportunidad se perdió porque el senado la votó por unanimidad, sin escuchar la voz médica. Al poco tiempo el presidente la vetó con una observación total. En el Boletín Oficial se hace referencia sobre que existe consenso científico y técnico de los aspectos negativos del proyecto de ley sancionado, de parte de asociaciones científicas nacionales como la Sociedad Argentina de Hematología (SAH) y el Grupo Cooperativo Argentino de Hemostasia y Trombosis (CAHT), coincidente con el Ministerio de Salud. A pesar de esta decisión sigue el reclamo

por la fundamentación del veto, hecho que nos hace reflexionar en forma más profunda sobre la legitimidad de la ley. Para ello una evaluación desde la ética es una herramienta importante. Los aspectos éticos a considerar son: la autonomía del paciente que demanda el estudio de trombofilia vs la del médico que es obligado por ley a solicitarlo; el estudio universal de trombofilia hereditaria en mujeres sanas; el uso de medicación *off label* o no validada en embarazo; la distribución de recursos en salud; el papel de la Salud Pública en definir programas y políticas de salud cuando la población demanda una acción al gobierno en áreas donde la evidencia científica no lo considera y por último aspectos no resueltos de la investigación y regulación de ensayos clínicos en la mujer embarazada.

Abstract

This is our third article published in the journal HEMATOLOGIA during the last year about Thrombophilia Law. Though we waited for the possibility of discussing the law with the legislators before being voted, we missed the opportunity. Senators voted the law; the medical voice was not heard. Finally the president vetoed the law and argued in the Official Gazette: the tests are expressly not recommended to be routinely carried out adding that it has been questioned by medical societies Argentine Thrombosis and Hemostasis Group (CAHT) and Hematology Society (SAH) in coincidence with the Ministry of Health. In spite of this decision, there is actually a parliamentary claim for the justification of the presidential veto. In

these cases the ethical reflection is an important tool. The ethics aspects to be considered are: patient's autonomy in demanding thrombophilia tests vs medical autonomy in the obligation to prescribe them when unnecessary; universal study of hereditary thrombophilia in healthy women; the use of medication in pregnancy that is off label or non-validated; the distribution of economic resources; the role of Public Health in defining Health Programs and Policies when the population demands the government action in areas where scientific evidence do not support this petition and the aspects related to the unresolved questions such as investigation and regulation of research in pregnant women.

Introducción

El presente artículo es el tercero de nuestra serie de trabajos publicados en la revista HEMATOLOGIA con referencia al Proyecto de Ley de Trombofilia, entre marzo 2016 y marzo 2017. Recomendamos a aquellos lectores que no hayan leído los anteriores que lo hagan, dado que intentamos hacer una presentación cronológica que nos permita tratar todo lo sucedido como un proceso complejo y que resulta difícil de comprender desde varios aspectos. En particular, resulta aún inentendible cómo se llegó a votar una ley con serios cuestionamientos, entre otros desde la bioética, a pesar de haber puesto a disposición de los legisladores un extenso informe científico comentando cada uno de los puntos conflictivos de los proyectos y fundamentando el porqué de los mismos sobre bases científicas universalmente aceptadas^(1,2).

Aunque los especialistas en hemostasia y trombosis hayamos tomado la iniciativa de encarar este proyecto de informar al Ministerio de Salud, este tema va claramente más allá de la hemostasia y la trombosis.

Esto motivó la elección del título que encabeza este trabajo: Ética, Ley y Salud, para desarrollar nuestra exposición.

Consideramos que nuestro trabajo no se acabó con el veto de la ley. En primera instancia nuestro objetivo fue que esta ley no fuera sancionada por falta de fundamentos, pero una vez votada coincidimos

que había que vetarla. La trombofilia se conoce hace años en nuestro país, varios profesionales argentinos han trabajado y trabajan en el tema, los estudios se solicitan cuando hay indicación médica tanto a nivel público como privado.

Tuvimos la oportunidad de dar nuestra opinión en una "Jornada sobre Embarazo y Trombofilia" en el Ministerio de Salud de la CABA⁽³⁾, en presencia de representantes de la legislatura, antes que se votara en diputados (noviembre 2015), pero no fue suficiente. Quisimos llegar a la comunidad, pero no fue posible y el compromiso de la Comisión de Salud del Senado cuya carta está publicada⁽²⁾, no se cumplió.

Los abortos recurrentes, los fallos de implantación, las muertes fetales y las severas complicaciones gestacionales que pueden aumentar la mortalidad materna son ámbito de la ley de salud reproductiva en el caso de los primeros y de la salud materno-fetal los segundos. La protección psicofísica de la mujer que tiene abortos recurrentes se hace a través de un equipo multidisciplinario, que mundialmente se presenta bajo el concepto de "clínica de aborto recurrente". No se hace con la solicitud de un estudio de trombofilia. La reducción de la mortalidad materno-fetal se hace con prevención, educación, atención primaria y derivación a centros de atención de embarazos de alto riesgo en caso de complicaciones obstétricas previas. No se hace con el estudio de una

trombofilia en una salita periférica de las afueras de la ciudad de Salta, como nos fundamentó una periodista el pedido de una ley para estudiar la trombofilia en zonas de bajos recursos. La obstetricia de alta complejidad debe ser manejada en un centro especializado y los estudios de trombofilia se hacen a nivel público en varios hospitales que a su vez cuentan con servicios de alto riesgo obstétrico.

La forma como se ha difundido el tema ha confundido a las mujeres y llevó a la generación de dos “bandos”, como lo exponen algunas notas periodísticas. Nunca obtuvimos la palabra y/o informe médico de quienes propusieron una Ley de Trombofilia.

Nos encontramos el pasado mes de diciembre en una situación nunca esperada. Luego del esfuerzo y el tiempo que durante varios meses dedicamos en forma incondicional a trabajar en este tema para llegar a los legisladores y por su intermedio a la gente, tuvimos que acudir a los medios de comunicación para informar a la población la realidad de este tema relacionado con la salud pública.

Sigue siendo nuestra obligación profesional aportar todas las herramientas que ayuden a la comunidad en general y a nuestros colegas a entender cómo seguir

enfocando este tema. Probablemente tengamos que modificar algunas conductas tradicionales de comunicación sobre cómo llegar a la gente, pero de una u otra forma es el bien del paciente y la comunidad lo que, como fin, buscamos. Con la Ley de Trombofilia se propone una puerta equivocada de ingreso a estos problemas de reproducción y/u obstétricos

Enfocaremos este trabajo en dos partes. En la primera se revisarán cronológicamente los hechos hasta la votación del senado y posterior veto y una segunda donde se trabajarán los temas de cuestionamiento ético de la ley.

Desarrollo del tema

Primera parte. Antes del veto

Nuestra preocupación inicial quedó atrás luego de presentar el documento del CAHT al Ministerio de Salud de la Nación⁽¹⁾ y obtener la respuesta de que íbamos a ser llamados para poder abordar el tema con los legisladores antes de su votación en el Senado⁽²⁾. En la tabla enumeramos aquellos puntos iniciales que consideramos necesarios debatir luego de haber presentado el informe médico por especialistas⁽²⁾.

Tabla: Ley de Trombofilia: abordaje del tema⁽²⁾



Abordaje del tema

¿Por qué es un debate de toda la sociedad?	Informe científico por especialistas en el tema
<ul style="list-style-type: none"> • Porque hay una ley con medio proyecto • Dirigida a gente sana • Menores de edad • Estudios genéticos • Obliga a médicos a solicitarlos • No informa claramente a la población y no da alternativas sobre qué pasaría si no se estudia 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CAHT

Pero los acontecimientos no fueron así. En la mañana del 23 de noviembre nos enteramos de que organizaciones de trombofilia se manifestaban frente al Congreso donde al poco tiempo los senadores aprobaron por unanimidad la Ley de Trombofilia. La gente se quedó sin el debate propuesto por las sociedades científicas al Ministerio de Salud. Tuvimos que difundir la evidencia científica a través de los medios de comunicación, quienes no podían comprender cómo se había votado una ley sin consultar

a los especialistas en el tema.

Hubo notas en los diarios, revistas, entrevistas televisivas y radiales. La sociedades científicas enviaron notas a diarios (SAH) y otras como la de Medicina Reproductiva (SAMeR) expresaron su apoyo al documento del CAHT en sus páginas web.

La pregunta de cómo es posible que una ley se votara sin la consulta o el informe de las sociedades científicas relacionadas con el tema, quedó sin respuesta.

Pasó un mes y el Sr. Presidente vetó finalmente la ley con observación en su totalidad. Hace referencia el Boletín Oficial⁽⁴⁾:

“Que el estudio temprano, aún en edad pre fértil y fértil en mujeres asintomáticas, no sólo no se encuentra recomendado por entidades científicas nacionales e internacionales, sino que está expresamente desaconsejado. Que existe consenso científico y técnico de los aspectos negativos del proyecto de ley sancionado, de asociaciones científicas nacionales como la Sociedad Argentina de Hematología (SAH) y el Grupo Cooperativo Argentino de Hemostasia y Trombosis (CAHT), coincidente con el Ministerio de Salud.”

Que, por lo expuesto precedentemente, corresponde observar en su totalidad el Proyecto de Ley registrado bajo el N° 27.335.⁽⁴⁾

Segunda parte. El día después del veto

Entre la gente quedó la idea de que se le negaba a la sociedad el acceso al estudio de trombofilia, cuando no es así. En aquellos casos cuya indicación médica lo justifica los estudios son autorizados. Pero el principal cuestionamiento fue por qué no se podían estudiar igual y no tener que esperar a tener una complicación obstétrica. La respuesta a nuestro planteo que estudiarse en forma innecesaria podría “estigmatizarla”, fue que quien decide estigmatizar o no queda bajo su propia decisión. En cierta forma, es válido este deseo pero entonces ya entramos en otro terreno de reflexión que va más allá de la especialidad e incluso de la decisión médica.

A pesar del veto basado en el informe de las sociedades científicas en conjunto con el Ministro de Salud, sigue el reclamo por la fundamentación del veto, hecho que nos hace reflexionar en forma más profunda sobre la legitimidad de la ley. Para ello una evaluación desde la ética es una herramienta importante.

Los aspectos éticos a considerar son:

- La autonomía del paciente que demanda el estudio de trombofilia vs la del médico que es obligado por ley a solicitarlo.
- El estudio universal de trombofilia hereditaria en mujeres sanas.
- La información y veracidad sobre los datos existentes.
- El uso de medicación *off label* o no validada en embarazo.

- La distribución de recursos en salud donde la evidencia no esta comprobada.
- El papel de la salud pública en definir programas y políticas de salud cuando la población demanda una acción al gobierno en áreas donde la evidencia científica no lo considera.
- Los aspectos éticos no resueltos de la investigación y regulación de ensayos clínicos en el embarazo.

En primer lugar, es interesante revisar aquellos aspectos relacionados con estas respuestas que resaltan el pedido de las mujeres más allá de una indicación médica basados en su libertad y derechos a estudiarse si quieren.

La ética y la ley difieren en que la ética es una guía social basada en principios y valores morales, mientras que las leyes son reglas y regulaciones que tienen penalidades y consecuencias específicas cuando las mismas son violadas. La ética no tiene penalidades cuando el individuo no la cumple, mientras que la ley sí. Ambas determinan estándares esperados de acciones en la sociedad, pero la ley las fuerza, mientras que la ética aporta una guía de comportamiento social. Uno de los aspectos más difíciles que enfrenta actualmente la ley en medicina es su legitimidad. Durante siglos, el principio de beneficencia permaneció inalterable como el primer principio de la práctica médica, predominando el paternalismo médico hasta la primera mitad del siglo XX^(5,6). Sin embargo, con el curso del tiempo y en la entrada a la segunda mitad del siglo XX dicho paternalismo empezó a ser cuestionado. Recién a partir del último cuarto de siglo la autonomía del paciente aparece como un principio moral *prima facie*, de igual o mayor importancia que el de beneficencia^(5,7,8).

El principio más importante de la ética médica es el bien del paciente⁽⁵⁾. Sin embargo este bien que aporta la medicina debe aplicarse en relación con los bienes propios del paciente: sus deseos, valores, necesidades y tipo de vida que está dispuesto a vivir. Estos valores propios del paciente son únicos para él, no los puede definir el médico, el familiar u otra persona. Los valores y preferencias del paciente son reconocidos como un elemento esencial en la decisión de tratamientos⁽⁹⁾.

Para algunos, esa forma de ver la medicina la encuadran como una ética nueva. Los valores y preferencias de los pacientes entran a ser considerados y

la adecuada información con la finalidad de poder ejercer por parte del paciente una elección autónoma en determinados escenarios conflictivos (por ejemplo: toma de decisiones al final de la vida) juega un papel fundamental⁽⁸⁻¹¹⁾. Se gira hacia la responsabilidad, legalidad y otros cambios que probablemente a muchos médicos les es dificultoso aceptar.

A su vez, el modelo de relación médico paciente empieza a sufrir, en los últimos años, un cambio cualitativo que ha ido parejo a los cambios sociales. La demanda de más información ha pasado a ser algo habitual y hay un mayor deseo de los pacientes de participar en su atención⁽⁷⁻⁹⁾.

Se plantea, de esta forma, un tema que probablemente sea objeto de un debate mayor en los próximos años: ¿qué conducta tiene que tomar el médico frente a situaciones médicas que no comparte con las preferencias del paciente?

Para desarrollar este tema, es interesante el planteo que hace del mismo Edmund Pellegrino^(12,13) bajo el título de los desafíos de la autonomía del médico. Una faceta abandonada del crecimiento dominante de la autonomía del paciente es el impacto de ésta sobre la autonomía del médico. La relación médico paciente es una relación recíproca. En la búsqueda de los aspectos relacionados con la autonomía del paciente con frecuencia se olvida que el médico es un agente moral al igual que el paciente y merece respeto. Parecería paradójico preocuparse por la autonomía del médico cuando es el paciente quien es vulnerable. El médico no puede imponer sus valores al paciente, de la misma forma tampoco lo puede hacer el paciente al médico. La relación médico paciente es una ecuación moral recíproca con reglas y obligaciones^(8,13).

En el caso de los pacientes, los deseos de solicitar todo lo que quieran desafían la integridad profesional, desprecian su experiencia y reducen su papel en la toma de decisiones. Lo importante a considerar es que esta decisión puede poner, en algunas situaciones, en riesgo al paciente y generarle un daño que, en el caso de estudios genéticos, puede extenderse a sus familiares. Lo que demanda la población puede no ser efectivo ni beneficioso, sino que incluso podría dañarlo.

En el caso de los ensayos clínicos, es legítimo y está reglado el control de la forma cómo se desarrolla el avance científico para que sean considerados aquellos riesgos a los cuales puede ser expuesta la pobla-

ción. Sin embargo, en la práctica médica cotidiana, hay una zona donde los pedidos o la demanda de estudios y/o tratamientos por la gente sana y los pacientes entran en un terreno gris.

Así empezó la historia de la Ley de Trombofilia en nuestro país, la cual surge de experiencias individuales, pero de gran convocatoria por quienes inician la difusión del tema, que en muchas ocasiones lo hacen a través de los medios de comunicación. Celebrities del medio artístico, en particular relacionados con programas televisivos de entretenimientos, que sufrieron pérdidas de embarazo y se les detectó trombofilia, iniciaron una campaña basada en la difusión de la trombofilia como una enfermedad. Hasta aquí uno puede decir que son situaciones que forman parte de una realidad del mundo actual. Varias publicaciones internacionales reportan la influencia de las *Celebrities* en la salud⁽¹⁴⁾.

Sin embargo, el tema toma un carácter diferente cuando la sumatoria de estos pedidos individuales llega a tal convocatoria, que termina en un petitorio que se presenta al organismo legislativo como proyecto de ley.

Muchas decisiones en cómo regular o legislar dependen de un enfoque basado o referido al balance entre el daño y el beneficio o el daño potencial y el beneficio potencial. Este mismo razonamiento puede ser considerado al momento de solicitar estudios en gente sana o menores de edad. Aquí, a su vez, se pone en juego el libre ejercicio de nuestra profesión si una ley obliga a solicitar estudios que ningún trabajo científico avala, porque la ley hay que cumplirla.

Por lo expuesto, se asume que quienes legislaron lo hicieron considerando que el daño se hacía si no se solicitaban los estudios de trombofilia, por dicho motivo la ley pretendió ponerlos como obligatorios en sanos en edad fértil y prefértil.

No hay, en los documentos presentados por ambas cámaras y finalmente votados en senadores por unanimidad, un abordaje sobre el daño que la solicitud de estos estudios, en particular los genéticos y en menores de edad sanos podría generar en la población. Este tema no fue abordado. Por otra parte, el discurso de la ley se ha basado prioritariamente en la solicitud de estudios, pero no en el motivo final que es medicar a la mujer si esos estudios son positivos. Acá entramos en una zona más compleja porque la heparina que es la medicación solicitada por la ley para tratar a las mujeres en caso de pruebas

positivas de trombofilia, aún está siendo investigada en el caso de abortos recurrentes y trombofilia hereditaria⁽¹⁵⁾ y algunos meta-análisis no mostraron resultados beneficiosos⁽¹⁶⁾. En otras complicaciones obstétricas como la preeclampsia severa y/o restricción en el crecimiento intrauterino, aún no está comprobado que sea efectiva en su prevención⁽¹⁶⁾. Dos estudios recientes sobre el uso de heparina en la prevención de las complicaciones vacuoloplacenterias (Estudio HEPEPE)⁽¹⁷⁾ y en la prevención de la recurrencia de la preeclampsia (Estudio EPPI)⁽¹⁸⁾ no mostraron beneficio.

Pareciera que debemos asumir que el papel de la ley, es controlar el daño a partir del ejercicio entre las elecciones de los pacientes y las de los profesionales, más que de determinar la moralidad de las prácticas en cuestión (estudios genéticos, medicación *off label* y gastos innecesarios). En este caso, claramente se priorizó el pedido de miles de mujeres basado en experiencias individuales sobre la de los profesionales.

Podemos decir entonces que tenemos que hacer referencia a la legitimidad de la ley médica y preguntarnos si esta conexión entre ley y moralidad puede mantenerse en una sociedad consumista, medicalizada y mediatizada. Nos preguntamos luego de esta experiencia, ¿en qué medida la legislación médica es un justificativo usado por los legisladores para que se fuerce, por medio de una ley, la práctica médica y por qué?

Es aquí donde la bioética permanece firme como un área de consulta legítimamente establecida, su enfoque debe estar dirigido en identificar cuál es el curso correcto de acción para los individuos. Mientras que la persuasión es una medida que permanece apropiada, la coerción ya sea por la fuerza de una ley o por una presión social, requiere una justificación adicional.

Cuando en nuestro documento del CAHT⁽¹⁹⁾ enumeramos los justificativos en contra de la ley planteamos no sólo la falta de evidencia científica, sino que resaltamos la importancia sobre dos puntos sobresalientes que son “la estigmatización” y la “falta de adecuada información a la mujer sobre la trombofilia”⁽²⁰⁾.

Cuando finalmente se vetó la ley e hicimos la comunicación a nuestros colegas, resaltamos el esfuerzo que implicó lograr llegar a este resultado y dijimos en nuestra carta:

“Hemos recibido el informe oficial acerca de la Ley de Trombofilia, la misma fue observada en su totalidad por el Presidente de la Nación Argentina, en base al informe recibido por el Ministerio de Salud y las sociedades científicas, CAHT y SAH (Art. 1 y 2).

Esto confirma que frente a situaciones incorrectas en la práctica médica diaria, no hay que bajar los brazos y seguir adelante para lograr que la información, hacia los pacientes en lo particular y la población en general, sea la adecuada. El camino para este logro ha sido largo y tedioso y ustedes lo han recorrido con nosotros. La ley ya estaba sancionada, pero la convicción de que la misma generaba un daño a la población por su inadecuada información, redobló nuestro esfuerzo.”⁽²¹⁾

La ley se votó y se vetó quedando un documento médico por especialistas en hemostasia y trombosis que forma ya parte del expediente en el Ministerio de Salud de Nación.

Sin embargo, desde nuestra perspectiva queda aún mucho camino por andar. El debate bioético sugerido en nuestra editorial sobre el “fenómeno trombofilia” quedó esperando⁽²⁾.

¿Qué se hace cuando piden por ley la realización de estudios médicos científicamente no avalados? El punto de partida, y como médicos coincidimos, es que no hay que regular la elección del paciente. Pero la pregunta que inmediatamente surge es cuál es el límite para el profesional, y nuestra reflexión al respecto fue “el de no dañarlo”. Podría considerarse hoy una conducta paternalista, pero si esto va seguido de un tratamiento no comprobado o no aprobado que se indica por ley, el tenor de la conflictividad bioética es mayor.

Hoy estamos frente al reclamo por el veto y una sociedad que no recibió la información adecuada para poder entender los fundamentos de una ley que a nuestro entender no era necesaria. La trombofilia se conoce hace más de 40 años. Nuestro país tiene investigadores que han colaborado en el descubrimiento de mecanismos fisiopatológicos del síndrome antifosfolípido a nivel local e internacional. El tema de trombofilia y complicaciones obstétricas es tratado en nuestras reuniones científicas y congresos. Interactuamos en forma permanente con otras sociedades científicas afines con el tema de emba-

razo, pero esto no se ha difundido a la sociedad. ¿Por qué se muestra una sola cara del tema? ¿No tendríamos que preguntarnos como ciudadanos qué está pasando? Deberíamos bajar la ciencia al mundo y no mundanizar la ciencia. En algún punto la comunicación falló y sólo quedó lo que primero se observa con los sentidos, pero eso no es ciencia: se priorizó la *doxa* sobre la *episteme*.

Se abre un nuevo capítulo de un libro que, de haber habido una adecuada comunicación e información, nunca tendría que haberse editado: ahora hay que fundamentar el veto.

Agradecimiento:

Los autores agradecen a Eugenia M. Ravenna por revisar la publicación y hacer las correcciones de estilo y gramaticales.

Declaración de conflictos de interés:

Las autoras declaran que no poseen conflictos de interés.

Bibliografía

- Grupo Cooperativo Argentino de Hemostasia y Trombosis: Ley de Trombofilia. HEMATOLOGIA. 2016; 20:53-69.
- Grand B. El Fenómeno Trombofilia: respuesta del Ministerio de Salud y algunas reflexiones. HEMATOLOGIA. 2016; 20:203-207.
- <http://www.grupocaht.com/pdf/Nota%20Ministerio%20de%20Salud.pdf>.
- Boletín Oficial. VETO Decreto 1281/2016. Obsérvese en su totalidad el Proyecto de Ley registrado bajo el No 27.335. <https://www.boletinoficial.gob.ar/pdf/linkQR/bnYvdFRaM-21tT0UrdTVReEh2ZkU0dz09>.
- Gracia, D. La tradición médica y el criterio del bien del enfermo: El paternalismo médico. Fundamentos de Bioética. Gracia D, 1989, Cap 1 p 23-121. Eudema Universidad, Madrid.
- Gracia, D. El juramento Hipocrático. Como arqueros al blanco, Gracia, D 2004, Cap 10 p 245-264. Triacastela, Madrid.
- Gracia, D. La medicina en el cambio de siglo. Como arqueros al blanco, Gracia, D 2004, Cap 1 p 17-93. Triacastela, Madrid.
- Beauchamp T y Childress JF. El respeto por la autonomía. Principios de ética biomédica. Beauchamp T y Childress JF 1999, p113-178, 4ª Ed. Masson, Barcelona.
- Grand B. Valores y preferencias de los pacientes. (Parte 1). HEMATOLOGÍA, 2014; 14: 126-132.
- Luna F y Salles ALF. Decisiones de vida y muerte, eutanasia, aborto y otros temas de ética médica, Bs. As., Sudamericana, 1995.
- Luna F y Salles ALF. Bioética: investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada, Bs. As., Sudamericana, 1998.
- Pellegrino E. The philosophy of medicine reborn, University of Notre Dame Press, 2008.
- Pellegrino E. The four principles and the doctor-patient relationship. The philosophy of medicine reborn. Engelhardt T Jotterand F, 2008 cap 9 p 187-203. University of Notre Dame Press, Indiana.
- Hoffman S, Mansoor Y, Natt N et al. Celebrities' impact on health-related knowledge, attitudes, behaviors, and status outcomes: protocol for a systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis. Systematic Reviews. 2017; 6:13.
- de Jong P, Quenby S, Bloemenkamp K et al. ALIFE 2 study: low-molecular-weight heparin for women with recurrent miscarriage and inherited thrombophilia - study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2015.16:208. <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-015-0719-9>.
- Skeith L, Carrier M, Kaaja R et al. A meta-analysis of low-molecular-weight heparin to prevent pregnancy loss in women with inherited thrombophilia. Blood. 2016; Feb 2. pii: blood-2015-12-626739. [Epub ahead of print].
- Haddad B, Winer N, Chitrit Y et al. Enoxaparin and Aspirin Compared With Aspirin Alone to Prevent Placenta-Mediated Pregnancy Complications. A Randomized Controlled Trial Heparin-Preeclampsia (HEPEPE) Trial Investigators. Obstet Gynecol. 2016; 128:1053-63.

18. Groom K, McCowan L, MacKay L et al. Enoxaparin for the prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction in women with a history: a randomized trial. EPPI Trial. Am J Obstet Gynecol. 2017.
19. <http://www.grupocaht.com/pdf/Documento%20acerca%20de%20la%20Ley%20de%20Trombofilia%20CAHT.pdf>.
20. http://www.grupocaht.com/pdf/comunicado%20de%20prensa%20ley%20TF_pc1.pdf.
21. <http://www.grupocaht.com/pdf/Carta%20por%20Decision%20del%20Poder%20Ejecutivo.pdf>.